

Innholdsfortegnelse

Redaksjonelt	2
--------------------	---

Fagartikler

Torbjørn Liaaen og Inger Helene Vevatne:

<i>Redde menn og kreative kvinner: Opplevelser av terapeutens holdning og gruppens rammer/metode i en korttids psykodynamisk gruppepsykoterapi for pasienter med rusmiddelproblemer</i>	4
---	---

Fredrik D. Moe:

<i>Den opiatavhengiges streben etter uavhengighet.</i>	20
--	----

Eystein Victor Våpenstad:

<i>Den riktige temperaturen – Psykoanalytisk terapi med barn med tidlige og kumulative relasjonsskader</i>	41
--	----

Filmessay

Cecilie Hillestad Hoff:

<i>Når begjæret mangler grenser. Om incestuøse forbindelser, makt og sårbarhet</i>	60
--	----

Redaktionellt

Vi är glada att äntligen få presentera ett nytt nummer av Matrix. Corona-pandemin har slagit hårt även mot Norden och vi är många som drabbats på något sätt. Isolering, rädsla, sjukdom och dödsfall, men även hjälpsamhet, generositet, solidaritet och tillit har visat sig på många olika sätt.

Vår nya redaktionsmedlem Cecilie Hillestad Hoff presenterar sig med en filmessay om "Dronningen". I den spelar relationerna och gränsöverskridanden en central roll.

I våra artiklar står relationen till varandra i fokus på olika sätt. I barnterapi som stundom kan bli alltför icke-relaterande och då bli destruktiva. Att våga relatera utan att bli inträngande är av vikt, men var går gränserna? Vet vi det, vet våra klienter det?

Till vår glädje har vi med två artiklar som utgår från psykoterapier där kemiska beroendetillstånd behandlas på olika sätt. De handlar om relationen till drogerna och till livet.

I den första artikeln dryftas att vara självständig och beroende. Ett tema vi människor kommer att arbeta med på olika sätt i livets skiftningar. Detta kan relateras till den rådande corona-pandemin då vi än en gång blir påmind om hur närheten till andra kan vara livräddande, men även dess motsats.

I artikeln om gruppterapi tycker sig författarna även kunna se ett genusperspektiv på hur deltagarna i gruppen relaterar till de två terapeuterna, vilket vi tycker är en spännande vinkel som behöver beforskas mer. Där står nyfikenheten och kreativiteten kontra rädslan i fokus.

Vi önskar er mycket nöje under hösten med dessa artiklar och ser framemot eventuella svar på artiklarna. En uppfriskande, relaterande diskussion må ske? Ett samhälle isolerat från andra, människor isolerade från varandra är inte liv. Det kommer alltid att vara svårt med relationer och de är grunden

för vårt liv. De väcker vår nyfikenhet och vår rädsla och mycket, mycket mer.

Maria Anter og Cecilie Hillestad Hoff

Redde menn og kreative kvinner: Opplevelsen av terapeutenes holdning og gruppens rammer/ metode i en korttids psykodyna- misk gruppepsykoterapi for pasi- enter med rusmiddelproblemer

Torbjørn Liaaen¹ og Inger Helene Vevatne²

Sammendrag

I denne studien undersøkte vi pasientopplevelser i en korttids psykodynamisk gruppepsykoterapi for pasienter med rusmiddelproblemer med kvalitativ forskningsmetode. Deltakerne ble dybdeintervjuet etter avslutning. Vi analyserte intervjuene med Interpretive Phenomenological Analysis (IPA). I denne artikkelen undersøker vi det overordnede temaet 'terapeutens holdning og gruppas rammer/metode'. Resultatene viste at menn og kvinner reagerte forskjellig på terapeutenes holdning og gruppens rammer/metode. Mennene utviklet en negativ overføring som kan ha forstyrret dem i deres terapeutiske arbeid,

1. Torbjørn Liaaen, psykologspesialist i privat praksis. Økern torgvei 1, 0580 Oslo
2. Inger Helene Vevatne, psykolog og avdelingsleder ved A-senteret, Maridalsveien 176a, 0469 Oslo. Vi vil rette en stor takk til Institutt for psykoterapi og A-senteret for økonomisk støtte til dette arbeidet, samt til psykologspesialist og gruppeanalytiker Andreas Ekberg og psykolog Lene Suzann Emanuelsen for deres hjelp.

mens kvinnene virket mer i stand til å arbeide kreativt. Dette kan være et resultat av kjønnskvaliteter, men også et mer generelt fenomen i gruppeterapi med pasienter med rusmiddelproblemer.

Innledning

Gruppepsykoterapi er en behandlingsform med veldokumentert effekt i behandlingen av et bredt spekter av psykiske lidelser (Burlingame, Fuhrman, Mosier, & Kivlighan, 2003; Leichsenring & Leibing, 2007; McRoberts, Burlingame, Hoag, & Forsyth, 1998). Gruppebehandling har en lang tradisjon i behandlingen av rusmiddelproblemer. Dette er nok en følge av bl.a. AA-bevegelsens sterke innflytelse i fremveksten av behandling av rusmiddelproblemer (Vannicelli, 2012).

Psykodynamisk gruppebehandling var imidlertid lenge lite representert i behandlingen av rusmiddelproblemer, men mot slutten av forrige århundre skjedde det en utvikling i takt med at rusmiddelproblemer fikk status som et helseproblem som kunne behandles, og at behandling fundert på systematisk teori og forskning vant terreng. I dag finner vi flere psykodynamiske gruppebehandlingstradisjoner i rusfeltet: tilnærningsfokusert, interpersonlig, modifisert psykodynamisk og anvendt gruppeanalytisk (Flores, 2001; Weegman, & English, 2010).

Det foreligger en kasuistisk litteratur som beskriver terapeutisk arbeid med pasienter med rusmiddelproblemer i psykodynamisk gruppepsykoterapi (Weegman, & English, 2010). I tillegg foreligger det noe kontrollert forskning på utfallet av korttids psykodynamisk gruppepsykoterapi for pasienter med alkoholproblemer. Sandahl, Herlitz, Ahlin og Rönnerberg (1998) sammenliknet i en randomisert kontrollert studie effekten av korttids psykodynamisk gruppepsykoterapi (KPG) med kognitiv atferdsterapeutisk gruppepsykoterapi (KAT) for moderate alkoholproblemer, og fant at begge behandlingsmetodene hadde effekt. Imidlertid hadde størsteparten av pasientene i KPG opprettholdt mer positive drikkemønstre gjennom hele follow up-perioden (15 md.) enn pasientene i KAT-gruppene.

Bruken av systematisk *kvalitativ* forskningsmetode for å undersøke gruppedeltakeres opplevelse av egen prosess i gruppepsykoterapi er imidlertid liten (Morken, Binder, Arefjord, & Karterud, 2017). Det har generelt vært lite bruk av kvalitativ metode innen forskningen på rusmiddelproblemer, selv om det er i ferd med å endres (Shinebourne, & Smith, 2008). I denne artikkelen skal vi se nærmere på prosessen i KPG ved hjelp av kvalitativ metode, med fokus

på deltakernes opplevelse av gruppeterapeutene og gruppas rammer/metode. Vi vil undersøke deltakernes fortellinger om sin opplevelse i psykoanalytisk informerte forskningsintervju (Strømme, Gullestad, Stänicke, & Killingmo, 2010) ved hjelp av analysemetoden Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith, Jarman, & Osborne, 1999; Smith, Flowers, & Larkin 2009). Så vidt vi vet er dette ikke tidligere gjort.

I dette arbeidet trådte det, som vi kommer tilbake til, frem en kjønnsforskjell. Kjønnsforskjeller i psykoterapi generelt, og gruppeterapi spesielt, er et lite utforsket område (Moreno, Kramer, Scheidegger, & Weitzman, 2005; Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2004).

Metode

Utvalg

Gruppens deltakere ble rekruttert fra en ruspoliklinikk. 13 pasienter ble søkt inn fra sine polikliniske behandlere, seks ble vurdert som egnet for gruppen. Én deltaker trakk seg like før oppstart. Utredningen besto av to intervjuer om tanker om egen problematikk/dynamikk, hva det innebærer å gå i gruppeterapi av denne typen, samt hvilke tema de ønsket å arbeide med i gruppen.

Alle de som ønsket å være med i gruppen, skrev kontrakt for deltakelse. De fikk også utdelt et informasjonsskriv om gruppepsykoterapi, og signerte samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt. Før, midtveis og etter gruppen, samt ved en 10 md. follow up, fylte deltakerne ut en rekke selvrapporteringsskjema. Gruppesesjonene ble tatt opp med digital lydopptaker.

Gruppen besto av fem deltakere, tre kvinner og to menn. Alle hadde et alkoholproblem, unntatt én som hadde kokain som sitt hovedproblem. Han hadde vært avholden fra kokain i ca. tre måneder før gruppen startet. De resterende deltakerne hadde et på-og-av-drikkemønster; ingen av dem var avholdne. Tre hadde avhengighetsdiagnoser, og to hadde skadelig bruk.

Gruppen var relativt jevnt fordelt i alder, mellom 40 og 60 år. Alle var i arbeid og gikk i ukentlig individualterapi ved siden av gruppen, med unntak av én, som til vanlig gikk i individualterapi til en av gruppeterapeutene, men hadde pause fra denne i forbindelse med gruppen. Tre levde i parforhold og hadde barn, to var single og hadde ikke barn.

Terapeutene og gruppeterapien

Gruppen besto av 18 møter og ble drevet av to terapeuter (forfatterne), etter

prinsipper for korttids psykodynamisk gruppepsykoterapi beskrevet i manualen *Group Analytic Psychotherapy. Working with affective, anxiety and personality disorders* (Lorentzen, 2014). Vi som gruppens terapeuter leste gjennom manualen, og hadde et drøftingsmøte før oppstart av gruppen, hvor gruppens rammer og grunnleggende terapeutiske holdningskvaliteter og intervensjonsmåter ble diskutert.

Intervju

Fire måneder etter avslutning gjennomførte deltakerne et dybdeintervju om sin deltakelse i gruppen med en annen gruppeterapeut. Intervjuene ble gjennomført som et psykoanalytisk informert forskningsintervju (Strømme, Gullestad, Stänicke, & Killingmo, 2010). Dette er en intervjuform hvor intervjuer tilstreber noe projeksjon gjennom intervjuet, en viss grad av frittflytende oppmerksomhet hos intervjuer og fri assosiasjon hos den som intervjues. En forsøker å unngå å komme i en spørsmål/svar-modus, og er oppmerksom på den som intervjues sin måte å forholde seg til den som intervjuer (relasjonsstil, tilknytningsstil).

Etter intervjuet skrev intervjuer et prosessnotat, med alt han husket av nonverbal kommunikasjon (blikk, holdning, kroppsspråk, pust, fremstillingsform) fra intervjuet, samt egne motoverføringsreaksjoner.

Intervjuene ble åpnet med følgende instruksjon, inspirert av forslaget til instruksjon hos Strømme et al. (2010):

Nå er jeg interessert i hvordan du opplevde din og gruppens prosess – alle innfall du får til prosessene. Føl deg fri til å utbrodere og utdype når du måtte ønske. Det er ikke spesielt viktig å svare på mine spørsmål, jeg er først og fremst interessert i hva du legger vekt på i din opplevelse av din og gruppas prosess.

Intervjuer hadde også en liste med tema som han kunne gjøre bruk av ved behov:

- *Opplevelsen av gruppeterapeutene*
- *Opplevelsen av de andre gruppedeltakerne*
- *Opplevelsen av gruppa som helhet*
- *Om noe har forandret seg i deres forhold til seg selv, andre mennesker eller rusmidler.*

Denne intervjuformen er ment å skulle fange inn også latent meningsinnhold, det som kommuniseres hinsides ordene, gjennom kroppsspråk, holdning, tema det unngås å snakke om, følelsesuttrykk osv., og kan si noe om informantens forsvarsmekanismer og relasjons-/tilknytningsstil.

På grunn av utvalgets størrelse og mangelfullt utfylte spørreskjema, valgte vi å legge de kvantitative dataene fra selvrapporteringsskjema til side, og fokusere på etter-intervjuene og kvalitativ metode i det videre arbeidet. Disse ble transkribert verbatim fra lydopptakene, og analysert etter IPA-metoden (Smith, Jarman, & Osborne, 1999; Smith, Flowers, & Larkin 2009).

For ivaretagelse av konfidensialitet er alle navn og en del detaljer endret i den videre presentasjonen av resultater. Deltakerne har gitt skriftlig samtykke til sin deltakelse i forskningsprosjektet.

Analyseprosessen

Vårt samlede materiale besto av de transkriberte intervjuene, intervjuers motoverføringsnotater, vår egen erfaring som terapeuter i gruppen og lydopptak av alle gruppemøtene. Av dette gjorde vi systematisk bruk av intervjuene og intervjuers motoverføringsnotater. Vår erfaring som terapeuter i gruppen og lydopptakene utgjorde mer en erfaringsbakgrunn som vi hadde med oss inn i analysen av intervjuene.

Resultater

De overordnede temaene som trådte frem for oss gjennom analysearbeidet var:

- *Terapeutenes holdning og gruppas rammer/metode*
- *Rusmiddelbruk*
- *Intervjusituasjonen*
- *Egen prosess og problematikk*
- *Gruppeterapeutiske faktorer*

Et spørsmål som ansopret oss til å starte dette prosjektet var: Hvordan vil det være å arbeide med rusmiddelproblemer som symptom i korttids psykodynamisk gruppepsykoterapi, som en del av det polikliniske behandlingstilbudet innen Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelproblemer? Vi ble derfor nødvendigvis trukket mot de to første temaene i listen over, og valgte å legge hovedfokus på undersøkelse av gruppedeltakernes opplevelse av

oss som terapeuter og metoden vår, da dette var aspekter av materialet som trådte spesielt tydelig frem.

Når det gjelder tema tre og fire, har vi også gjort bruk av elementer herfra der det er naturlig. Tema fem vil vi i liten grad belyse.

Terapeutenes holdning og gruppas rammer/metode

Vi har valgt en kasuistisk tilnærming i presentasjonen av resultater, og starter med en mer inngående beskrivelse av et gruppemedlem. Dette er i tråd med den psykoanalytiske tradisjonen, og gir mulighet for mer dybde i fremstillingen. For å gå om bord skal vi ta utgangspunkt i en deltaker vi har valgt å kalle David.

David er en mann i begynnelsen av 40-årene, som har søkt behandling for et problem med kokain. Da han startet i behandling, hadde han allerede avruset seg selv i samarbeid med fastlege, men han ønsket terapi for å vedlikeholde avholdet og få hjelp med de vanskelige følelsene som var kommet til overflaten. David var enslig og strevde med å få kontakt med kvinner ut over vennskap. Fra oppveksten beskrev han far som fraværende og mor som dominerende. Han hadde psykisk lidelse og rusmiddelproblemer i både nær og mer perifer familie, og strevde selv med depressivitet, lav selvfølelse og selvforakt. Kokainet hadde fungert som et slags «prestasjonsfremmende» middel for å klare å fungere på jobb i perioder med nedtrykthet og lite initiativ.

Han strevde betydelig med kontakt med egne genuine følelser, og var fortvilet over dette. Winnicotts begrep «falsk selv» (Winnicott, 1965/2007) dukket opp i møtet med David; hans kroppslig funderte vitale og genuine følelser virket avstengt og holdt borte gjennom tilpasning og tankevirksomhet. Som vi skal se nærmere på nå, ble vår dynamiske administrering (Berg, 2000) og gruppens åpne og frie form en utfordring for David. Hvilke regler og retningslinjer skulle han forholde seg til her?

Dette er det første David sier om sin opplevelse av gruppen:

D: Eh, og det har jeg tenkt på sånn i etterkant at kanskje det hemmet litt at man ikke følte seg så trygg i begynnelsen fordi de, eh. Eh det var mye diskusjon, det var litt sånn at noen pratet litt lenge og det ble frustrasjon ja ikke sant, det var noen sånne konflikter som dukket opp gjennom hele prosessen.

I: Mhm

D: Eh, så det, det husker jeg at var, eh, det ga også litt sånn grobunn for en litt sånn ehm, mye spekulasjon i hva er liksom. Hva er det no motivene til psykologene egentlig, sånn?

I: Mhm

D: Det å ikke få klare svar eller at de ikke tar tydelig eh, altså det var (kremter). De reglene som eksisterte, i forhold til at alt som sies i gruppa blir i gruppa og, eh, ja det var vel egentlig det ene, også var det litt sånn fritt frem.

I: Ok

D: Så det var veldig lite styrt, det var jo på en måte en litt sånn flat struktur også tanken at vi skulle på en måte finne litt ut av det selv. Eh, eh, men da begynner man å spekulere hvorfor. Hvorfor velger de det sånn? Hvorfor er det? Ikke sant, så det er. (Ler litt), ehm.

I: Du ler litt.

D: Ja, nei, jeg ler fordi jeg har jo også en sånn tendens til å overtenke ting litt.

I: Ok

D: At det, som, det er vel, jeg holdt på å si litt derfor jeg er her i utgangspunktet også eh.

I: Mhm

D: En del av det er, ikke sant, at man grubler mye og er mistenksom (ler litt) eller ja, ehm, men, jeg tror jeg var der stort sett alle gangene.

Terapeutene og gruppas rammer/metode er altså det første temaet David bringer inn i sin fortelling, så det er grunn for å tro at dette er noe som har gjort inntrykk på ham. Han beskriver hvordan den åpne utvekslingen av tanker, følelser og fantasier som gruppeterapeutene inviterte til, skapte grobunn

for grubling og mistenksomhet hos ham. Når intervjuer påpeker latteren hans, kommer han i kontakt med en selverkjennelse: Han er en som overtenker ting, og det er faktisk noe av grunnen for at han har søkt terapi.

David vender tilbake til dette temaet ved flere anledninger i intervjuet, og vi skal se på et eksempel til:

D: De var ikke ute etter å skape den hyggeatmosfæren.

I: Nei

D: De var mer: Ja, jasså, du er her, ja, fem over. Klokken er fem over.

I: Mhm

D: Veldig sånn nøkterne, ikke sånn at de dreit ut noen foran de andre eller, på en måte hang ut noen eller sånn, men det var veldig, eh, det var litt strengt da.

I: Ok

D: (Ler litt). Så de hadde på en måte, ehm, den, ja, litt sånn strenge, strenge og alvorlig. Det var også et sted en gang hvor de. Eller husker jeg feil nå? Nei, jeg husker ikke. Streng er et sterkt ord, men du skjønner hva jeg?

I: Litt både og, på en måte høres det ut som det var, du opplevde det som veldig fritt og på en måte alt er lov...

D: Ja, med unntak av.

I: ... men noen ting var veldig fast.

D: Var veldig fast, og at når man begynte å rokke ved de tingene som var veldig fast, så var de veldig kjøpt ute med å gi deg stenansikt, og sånn: Det får være opp til deg, men sånn er det. Det er i og for seg fair nok, eh, men jeg holdt på si jeg ser det tydeligere nå enn jeg gjorde den gang, for da var det litt sånn ja, eh, da opplevde man mer alt som en helhetlig grøt. Nå kan jeg på en måte skille litt mellom, skille litt mellom det å komme i tide og hva man prater om er to forskjellige ting (...)

Her setter David ord på hvordan terapeutenes holdning og gruppens rammer skapte det som kan virke som et følelsesmessig kaos, eller en grøt da han satt i gruppen. I etterkant kan han skille ting mer fra hverandre og se at terapeutene på ingen måte var ute etter å henge ut noen, men det kan virke som om dette ikke var helt klart for ham mens gruppen pågikk. Slik sett kan det se ut som at forskningsintervjuet hjelper ham å sortere i inntrykkene sine etter gruppeterapien, og kan kanskje ha en terapeutisk effekt i seg selv?

Han bruker ordet *stenansikt* for å beskrive terapeutenes tematisering av for sent-komming og andre rammebrudd. Vi tenker at dette er et betegnende bilde for den indre objektrepresentasjonen som ble vekket hos ham i møtet med terapeutenes holdning og gruppens rammer. Gullestad & Killingmo (2013) definerer objektrepresentasjon slik: "en kompleks perseptuell, begrepsmessig og emosjonelt ladet indre «organisasjon» som uttrykker hvordan en selvrepresentasjon, bevisst eller ubevisst, oppfatter et objekt" (s. 58). Davids møte med terapeutenes holdning og gruppas rammer blir til noe forvirrende og overveldende, hvor terapeutene i hans indre verden blir til utilgjengelige stenansikter som ikke anstrenger seg for å ivareta gruppen eller ham.

Vi som gruppeterapeuter husker David som veldig stille i begynnelsen av gruppen. Vi satt med en tydelig fornemmelse av at han hadde mye angst, og både vi og de andre gruppemedlemmene bestrebet oss på å invitere ham inn i samtalen. Flere av de andre gruppedeltakerne nevner ham i sine intervjuer, og snakker om hvordan gruppen strevde med å inkludere ham. Han var deltakeren med det mest stabile oppmøtet, og som innordnet seg gruppens rammer til punkt og prikke.

Mot slutten av intervjuet sier han:

D: Ja, nei veld..., altså veldig hyggelig personlig sånn eh, det er ikke, eh, men jeg ble veldig, eh, jeg spekulerte mye på deres rolle på en måte.

I: Ja

D: Hva de, og det tror jeg også lett tilla dem på en måte skjulte motiver eller prøvde å, prøvde å de var veldig sånn gåtefulle da på en måte ved å ved å være så tilbakelemt og ikke ikke ta styring eh. Også, men så blir man liksom ja hva? Det, hva skal jeg få? Hva hvilken læring skal jeg trekke ut av dette på en måte? var vel litt sånn noe som opptok tankene mye da, hva? Hvorfor? Jeg kanskje av og til ble litt sittende sånn i metaperspektiv og tenke: Hvorfor gjør de dette her? snarere enn å være i situasjonen.

Den andre mannlige deltakeren i gruppa, som vi har valgt å kalle Isak, hadde en tilsvarende reaksjon som David. Han hadde en annen personlig stil og væremåte enn David, og fikk således en annen rolle i gruppen, men hans indre bilde av terapeutene er i samme sjanger som Davids. Han bruker ordet *sfinx* for å beskrive terapeutene. Sfinx er betegnelsen på et gresk fabelvesen sammensatt av dyr og menneske, og kan danne grunnlag for interessante assosiasjoner, men i denne sammenhengen virker det rimelig å tenke seg at Isak har statuene fra det gamle Egypt i tankene. Også for ham ble terapeutene til uttrykksløse stenansikter i bokstavelig forstand, gjennom å gi gruppen ansvaret for å sette dagsorden. Gjennom intervjuet virker det som også han strever med å forholde seg til dette.

De kvinnelige deltakerne har imidlertid en ganske annen holdning til dette temaet. Ingen av dem synes å være preget på samme måte av terapeutenes holdning og gruppas rammer. Én nevner det som noe relativt ukomplisert, og to av dem beskriver terapeutenes holdning som noe vekstfremmende og bra for gruppen. Maria sier det slik:

I: Mm, jeg lurer på om du får noen tanker omkring hva, hvordan det ble så trygt. Var det noe?

M: Det var, jeg tror det var det at vi eh, vi var så, altså samme situasjon på en måte og at når noen tok opp noe så, og i forhold til det som har med gruppeledelse også, så det var jo det at de styrte jo ikke sånn at nå skal dere gjøre det, og nå skal du si det, ikke sant, det ble jo til slutt vi tror jeg som på en måte tok ansvaret for mye av, sammen med lederne egentlig, men at det ble en egen. Vi ble ansvarliggjort, eller, det hørtes litt sånn intellektualiserende ut, men.

For Maria blir altså terapeutenes holdning og gruppas rammer noe som skapte trygghet og førte med seg et felles ansvar for prosessen. Rakel sier det slik:

Som jeg sa tidligere så tror jeg at jeg hadde forventet at de skulle være noe mer aktive, men det føltes ikke nødvendig. Jeg synes gruppa hadde ganske all right dynamikk og folk var såpass interessert i hverandre at det stimulerte til at vi kom interessante steder nesten hver gang.

De kvinnelige gruppe medlemmene viste altså større evne til å ta i bruk terapeutene og gruppas rammer i en kreativ prosess for å forstå mer av seg selv. Maria forteller her om hvordan relasjonen til den mannlige gruppeterapeuten utviklet seg:

M: Eh, ja det var mer tanker i jeg hadde, men det var viktig liksom hva han syntes om meg. Eh, det er jo, men samtidig så var det en sånn mistenksomhet eller at, eh i starten husker jeg, at liksom at han hadde en sånn slags makt i gruppa fordi han var gruppeleder og at jeg tror jeg var litt sånn i oppr..., ikke i opprør, men litt sånn: Jasså ja! Hva skal? Hva mener du med det liksom? Eller litt sånn, eh, mistenksom kanskje på hans hensikter eller noe sånn at eller annet sånn litt vart der da eh, mm. Som, men som også utviklet seg da, til at jeg ble jo mer og mer trygg på han og hans intensjoner etter som jeg så han, hvordan han på en måte behandlet alle likt, eller sånn som jeg opplevde det mm. Sånn at.

I: Ok. Så noe av den usikkerheten tenker du handlet om at du var usikker på om du ble behandlet annerledes kanskje, eller?

M: Eh, nei, det var nok mer jeg som projiserte en eller annen sånn utrygg..., men jeg tenkte i hvert fall. Altså nå vet ikke jeg, nå bare snakker jeg hva jeg tenker ikke sant.

Kvinner og menn trer altså frem som tydelige subgrupper i måten de forholdt seg til terapeutenes holdning og gruppas rammer. Det er forskjellige overføringer og relasjonsscenario som utløses hos dem. Forenklet sagt blir mennene famlende og forvirrede, og terapeutene blir til stenansikter og sfinx. For kvinnene blir det imidlertid et trygghetsskapende og fruktbart samarbeid som leder til interessant dynamikk og selvutforskning.

Diskusjon

Det var altså en forskjell i hvordan kvinner og menn i gruppa forholdt seg til oss som terapeuter og måten vi drev gruppa på. Dette betyr ikke at mennene ikke hadde utbytte, de beskriver også gode erfaringer, men det kan synes som de ble mer forstyrret i sin prosess av overføringen til terapeutene. Dette fikk de ikke satt ord på i gruppen, så det ble ikke mulig å gjennomarbeide det. Dette er i tråd med eksisterende forskning på kjønnsforskjeller i gruppeterapi.

Ogrodniczuk, Piper, & Joyce (2004) beskriver en kjønnsforskjell i menn og kvinners utbytte av både fortolkende og støttende korttids gruppepsykoterapi. Dette var riktignok snakk om grupper for pasienter med depressiv problematikk, men vi tenker at dette funnet kan være av interesse for å forstå mer av

kjønnsforskjellen vi fant hos våre deltakere i deres forhold til terapeutenes holdning og gruppens rammer.

Ogrodniczuk et al. (2004) fant at mennene jevnt over fikk dårligere utbytte av gruppeterapi enn kvinner, og at de i mindre grad følte seg knyttet til gruppene. De foreslår at deres funn kan forstås om et uttrykk for at «menns selvfølelse tenderer til å være mer avhengig av å oppleve uavhengighet, distinksjon, og separasjon fra andre» (s. 239, egen oversettelse). Den mellompersonlige tilknytningen i grupper kan hos menn virvle opp angst for at selvets grenser er truet, slik at de kobler seg fra gruppen og blir følelsesmessig reserverte eller kompetitive. Videre foreslår de at menn blir sårbare dersom de er i undertall i en gruppe; de er avhengige av en større subgruppe for trygt å kunne engasjere seg i gruppen.

Moreno et al. (2005) beskriver liknende forståelsesmåter, som kretser rundt at menn ønsker å dominere og søker bekreftelse hos lederne, mens kvinner vegrer seg fra å dominere og søker bekreftelse hos de mannlige deltakerne i gruppen. De beskriver også overføring som en faktor i denne sammenhengen, men da i hovedsak med utgangspunkt i terapeutens kjønn, og hvordan gruppedeltakernes persepsjon av dette preger overføringen. De siterer bl.a. Burrows (1981) sin forskning som indikerer at forholdet til foreldre av samme kjønn som terapeuten preger overføringen. Hvorvidt kvinner og menn danner ulike overføringer med utgangspunkt i eget kjønn er imidlertid mindre diskutert.

Ogrodniczuk et al. (2004) og Moreno et al. (2005) forklarer sine funn primært ut fra menns forhold til gruppen som et hele, og til dels med en litt stereotyp oppfatning av at menn er individualister og kvinner er kollektivistiske. Dette kan kanskje gi mening på gruppeplan, med ved å se nærmere på Isak og Davids subjektive opplevelse, med bevisste og ubevisste lag, kan vi legge til et nytt lag i forståelsen.

Å forstå et fenomen med utgangspunkt i kjønn er krevende, da det som tidligere nevnt lett inviterer til dikotomi og forenkling. Kalb (2002) tar til orde for en mer kompleks forståelse av kjønns innvirkningskraft: «Et moderne perspektiv kan omfatte den fundamentalt intrikate, inkongruente og tåkeete både/og-posisjonen hvor kjønn til tider spiller en sentral rolle og til andre tider trer i bakgrunnen, til tider er et ekko av sosiokulturelle prototyper og til andre tider blir mer flytende. Til syvende og sist er kjønn en psykisk realitet. Klinisk usikre kjønnsforestillinger kan sveve rundt vår bevissthet i det analytiske møtet, og slik utvide rommet vi arbeider i.» (s. 141, vår oversettelse).

I vår gruppe så det ut til at fraværet av retningslinjer og instruksjoner for hvordan samtalen i gruppen skulle forløpe virket hemmende på mennene i

gruppen, og gjorde terapeutene til utilgjengelige stenansikter og sfinx. Kalb (2002) peker på at kjønnene har ulike sosiokulturelle og utviklingsmessige erfaringer når det gjelder grenser, makt, intimitet, seksualitet og separasjon-individuering fra mor. Terapeuter av begge kjønn inviterer til en type regresjon og avhengighet hos pasienter, og kanskje spesielt menn har en frykt for denne regressive dragningen da den kan kjennes som en trussel mot den mannlige selvfølelsen. Kalb spør derfor om menn og kvinner kan ha litt ulike forsvar mot denne typen følelser.

Dette kan gi mening i forståelsen av David og Isak: Fraværet av retningslinjer og konkrete oppgaver inviterer i større grad til å ha tillit til terapeutene og gruppa. Denne mulige regresjonen i egos tjeneste (Kris, 1999/1952) ble skremmende for dem, og resulterte i mer indre kaos, paranoid beredskap, grubling og en negativ overføring, fremfor lek og kreativitet i gruppen. Denne overføringen hadde selvsagt sitt utspring i deres forhold til primære omsorgspersoner, men i nyere forståelse av overføring innbefatter dette kliniske fenomenet mer enn bare repetisjon (Kalb, 2002). Også aspekter ved nå-situasjonen tas i betraktning, og her kommer kjønn inn som en av flere faktorer.

Når det er sagt, er det også verdt å spørre seg om mennenes reaksjoner bare bør forstås som koblet til kjønn. Behovet for terapeuter som er mer aktive, varme og følelsesmessig tilgjengelige er et behov som er beskrevet mer generelt i litteraturen om gruppepsykoterapi med pasienter med rusmiddelproblemer (Weegman & English, 2010) - også i den fremvoksende litteraturen om mentaliseringsbasert terapi (Bateman, & Fonagy, 2016).

I vår gruppe var det en terapeut av hvert kjønn, og den kvinnelige terapeuten ble oppfattet som varmere, mildere og mer tilgjengelig enn den mannlige. Dette avhenger nok av både kjønnsstereotyper og reelle forskjeller i vår terapeutiske stil. I tillegg var det første gang vi drev gruppe sammen, og første gang noen av oss drev en korttids psykodynamisk gruppepsykoterapi. Dette kan nok ha preget vår grad av ledighet og emosjonell tilgjengelighet, da vi måtte regulere vår egen angst som nybegynnere og var nye for hverandre som gruppeterapeuter.

Samtidig kan det være grunn for å tenke at det er større behov for denne typen terapeutkvaliteter i arbeid med pasienter med rusmiddelproblemer enn det er i arbeid med den pasientgruppen som behandlingsmanualen i utgangspunktet er utviklet for: personlighetsforstyrrelser og symptomidelser (Lorentzen, 2014).

I så måte virker det naturlig å spørre om mennene i vår gruppe kunne ha behovd mer tid for å bli trygge, og få gjennomarbeidet den overføringen som

oppsto tidlig. Svaret på dette tror vi er ja, og vårt generelle inntrykk av gruppen er at den som helhet kunne ha behovd mer tid. Vi satt igjen med en opplevelse av at psykodynamisk gruppepsykoterapi er nyttig for pasienter med rusmiddelproblemer, men at de behøver å vare lengre. Vår intensjon med å lage en korttidsgruppe var å tilby dette som et supplement til ordinær individualterapeutisk behandling – uten å kreve forpliktelse over så lang tid. Vår erfaring ble imidlertid at det korte formatet ble for krevende for denne pasientgruppen; spesielt mennene hadde behovd mer tid for å etablere trygghet og rom for å arbeide.

Konklusjon

Dette er en kvalitativ undersøkelse med et lite utvalg, så det er begrenset hvilke konklusjoner som kan trekkes på bakgrunn av resultatene, men de kan ha klinisk nytteverdi og anspore videre forskning. I denne korttids psykodynamiske gruppepsykoterapien for pasienter med rusmiddelproblemer kan det se ut til at de mannlige gruppedeltakerne i større grad enn de kvinnelige ble preget av negative overføringer til terapeutene, som følge av en opplevelse av terapeutene som mer tilbaketrukne og nøytrale. Dette førte til forvirring og utrygghet som kan ha stått i veien for terapeutisk arbeid. I langtidsgrupper vil det være mer tid til å gjennomarbeide negative overføringer.

De kliniske implikasjonene av disse funnene kan være at pasienter med rusmiddelproblemer i kjønnsblandede grupper er i behov av aktive, varme og følelsesmessig tilgjengelige terapeuter for å få mest mulig ut av korttids gruppeterapi. Dette kan være spesielt viktig for mannlige gruppedeltakere, noe som kan være verdt å merke seg i og med at menn er overrepresentert i TSB.

Videre forskning bør utforske betydningen av kjønn med tanke på opplevelse av terapeuter og gruppas rammer/metode ytterligere, gjerne også opp mot tid som dimensjon.

Referanser

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Berg, E. M. (2000). Etableringen av et terapeutisk rom. Om Rammer, lek og dynamisk administrering. *Matrix. Nordisk tidsskrift for psykoterapi*, 17, s. 377-398.
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., Mosier, J., & Kivlighan, D. M. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7, 3-12.

- Burrows, P. B. (1981). The family-group connection: Early memories as a measure of transference in a group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 3-23.
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment Disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 63-81.
- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kalb, M. B. (2002). Does sex matter?: The confluence of gender and transference in analytic space. *Psychoanalytic Psychology*, 19, 118-143.
- Kris, E. (1999). *Psychoanalytic Explorations in Art*. New York: International Universities Press. (Originalverket publisert i 1952).
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 217-228.
- Lorentzen, S. (2014). *Group analytic psychotherapy: working with affective, anxiety and personality disorders*. London: Routledge.
- McRoberts, C., Burlingame, G. M., Hoag, M. J., & Forsyth, D. R. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2, 101-117.
- Moreno, J. K., Kramer, L., Scheidegger, C. M., & Weitzman, L. (2005). Gender and group psychotherapy: A review. *Group*, 29, 351-371.
- Morken, K. T. E., Binder, P. E., Arefjord, N., & Karterud, S. (2017). Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychotherapy research*, 1-16.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2004). Differences in men's and women's responses to short-term group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 14, 231-243.
- Rose, C. (2002). Talking gender in the group. *Group Analysis*, 35, 525-539.
- Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G., & Rönnerberg, S. (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 8, 361-378.
- Shinebourne, P., & Smith, J. A. (2009). Alcohol and the self: An interpretative phenomenological analysis of the experience of addiction and its impact on the sense of self and identity. *Addiction Research and Theory*, 17, 152-167.
- Smith, J. A., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. I M. Murray, & K. Chamberlain (Red.) *Qualitative Health Psychology*. London: SAGE Publications Ltd.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Strømme, H. (2010). *Confronting helplessness. A study of psychology students' acquisition of dynamic psychotherapeutic competence*. (Doktoravhandling). Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Strømme, H., Gullestad, S. E., Stänicke, E., & Killingmo, B. (2010). A widened scope on therapist development: Designing a research interview informed by psychoanalysis. *Qualitative Research in Psychology*, 7, 214-232.
- Vannicelli, M. (2012). Effective management of substance abuse issues in psychodynamic group psychotherapy. I Kleinberg, J. L. (red.) *The Wiley-Blackwell Handbook of Group Psychotherapy* (første utg.). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Weegmann, M., & English, C. (2010). Beyond the shadow of drugs: Groups with sub-

stance misusers. *Group Analysis*, 43, 3-21.

Winnicott, D. W. (2007). Ego Distortion in Terms of the True and the False Self. I M. M. R. Kahn (Red.), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (s. 140-152). London: Karnac books. (Originalverket publisert i 1965).

Abstract

In this study we examined patient experiences in a short-term psychodynamic group psychotherapy for patients suffering from alcohol and drug problems with qualitative research methodology. Participants were depth interviewed after termination. We analyzed the interviews utilizing Interpretive Phenomenological Analysis (IPA). In this paper we investigate the overarching theme therapist attitude and the frame of the group. Our results indicate that men and women reacted somewhat differently to the therapists' attitude and the frame of the group. The men developed a negative transference which may have disturbed them in their therapeutic work, whilst the women seemed more able to work creatively. This may be the result of gender qualities, but also a more general phenomenon in group therapy with addicted patients.

Keywords: group psychotherapy, gender, addiction, qualitative research, Interpretative Phenomenological Analysis

Den opiatavhengiges streben etter uavhengighet

Fredrik D. Moe¹

Sammendrag

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bygger på den biopsykososiale modellen (Helsedirektoratet, 2010). Samtidig består behandlingstilbudet innenfor LAR først og fremst av medikamentell behandling. På den måten blir psykologiske aspekter redusert til fordel for et biologisk perspektiv. Forfatteren argumenterer for at fraværet av psykologiske perspektiver utgjør et kunnskapshull i vår forståelse av LAR-pasienten. Formålet med artikkelen er å belyse psykologiske aspekter hos denne pasientgruppen. Det utføres ved å redegjøre for og drøfte teori innenfor psykoanalyse, Lacaniansk psykoanalyse, psykodynamiske retninger og eksistensfilosofi. Praktiske implikasjoner og hvordan kunnskapshullet kan tettes vil bli belyst.

Introduksjon

Rusmiddelavhengighet forstås stort sett innenfor en biopsykososial sykdomsmodell, som fremhever at årsakene til utvikling av rusmiddelavhengighet er massefaseterte. Det vil si at et individ som utvikler rusmiddelavhengighet vil kunne være påvirket av biologiske aspekter, som for eksempel temperament eller genetisk predisposisjon, psykologiske faktorer, som for eksempel lav

1. Fredrik D.Moe, psykologspesialist og filosof. Arbeider som doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Stavanger, det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sosialfag. Mail: fredrik.d.moe@uis.no. Adresse: Kjell Arholmsgate 41.

mestringstro eller svak affektregulering, og sosiale bestanddeler, som for eksempel familiedynamikk eller lav sosioøkonomisk status. I Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2010) fremheves det at rusmiddelavhengighet forstås som en biopsykososial lidelse. Medikamentet, enten det er Metadon eller Buprenorfin,² skal da behandle det fysiologiske (og biologiske) aspektet ved ruslidelsen. Det kan stilles spørsmål ved om substitusjonsbehandling, og spesielt LAR, fører til en medikalisert forståelse av rusmiddelavhengighet. Det kan føre til at individet blir fanget i en lidelseskonsepsjon hvor individuelle og biologiske årsaks-sammenhenger forstås som grunnlag for deres rusmiddelavhengighet og er noe som skal behandles av helsevesenet. En slik forståelse vil kunne lede til en nedprioritering av det psykososiale. Ved å betrakte lidelsen som et medisinsk problem står en i fare for å devaluere behandlingseffekten av psykologiske og sosiale virkemidler. Dermed omhandler det ikke å bli «frisk», eller symptomfri, men om vedlikehold og opprettholdelse av avhengigheten gjennom medikamentell behandling. LAR blir på den måten en aktiv vedlikeholdelse av ens rusmiddelavhengighet.³

Kan det være at heroin, eller opioider, fyller et behov eller begjær for relasjonell kontakt som ikke finner sted og kanskje aldri har funnet sted? Det fremstår som at rusmidler generelt anvendes for å oppnå en endring av ens bevissthetstilstand og fremprovosere noe som ikke er tilstede. Ved rusmiddelavhengighet er det muligens slik at rusmiddelet setter noe på plass eller fyller et psykologisk tomrom, for et øyeblikk. Selv om teksten hovedsakelig omfatter heroinavhengighet kan det tenkes at andre rusmidler fungerer på lignende måter. Hos LAR-pasienter er det formodentlig slik at heroin fungerer som det gode, en substans som gir en opplevelse av å være elsket som den du er. Det kan være at det er en sammenheng mellom maternal atferd og effekten heroin gir opiatavhengige (Panksepp, 2004); at det er en sterk tilknytning mellom kjærlighet, sosiale bånd og heroin. Eksempelvis er det en sammenheng mellom redusert separasjonsangst og stimulering av hjernens opioidsystem (Panksepp, 2004). Det kan tolkes dit hen at det er en sammenheng mellom følelsen barnet oppnår gjennom tilknytning til mor, og rusen heroin gir. Dog kan det fremstå som at den maternale opplevelsen for heroinisten imploderer.

2. Det finnes andre medikamenter som kan anvendes, som f. eks Dolcontin, men jeg velger å nevne kun de vanligste medikamentene.

3. For utenom nedtrapping.

Den rusinduserte opplevelsen sprenger seg innover i heroinistens følelsesliv. Rusen skaper intet, men stimulerer et utømmelig begjær.

Sosiale relasjoner kan gi trygghet og nærhet, og på den måten bidra til at en evner å håndtere sine egne følelser. Rusmisbruk gir ikke samme muligheter for utvikling. En kan ikke lære selvivaretagelse fra heroin. Den avhengige trenger stadig nytt påfyll av rusmiddelet for å kunne ivareta seg selv. Rusopplevelsen etterligner sosial nærhet og trygghet, men kan aldri erstatte eller reparere relasjonelle erfaringer. Fordi opiatet aldri kan reparere et relasjonelt savn, økes gradvis trykket i heroinistens tomme følelsesliv, som til slutt går i stykker.

Heroin ser ut til å gi en opplevelse av sosial nærhet og trygghet som overgår hva som er mulig i enhver menneskelig relasjon. Når en har opplevd denne totale nærheten og tryggheten kan det bli vanskelig å søke tilbake til menneskelige relasjoner. Panksepp (2004) har skissert likheter mellom opiatavhengighet og sosial avhengighet. Han indikerer at vedkommende er like avhengig av den sosiale relasjonen som hun er av rusmiddelet, at substansoleranse har likhetstrekk med fremmedfølelse, og at abstinenssymptomer har likhetstrekk med separasjonsangst. Panksepp hevder videre at psykisk smerte av rusmiddelavhengighet minner om ensomhet, lakrimasjon og gråt, anoreksi og tap av appetitt, motløshet og depresjon, insomni og søvnløshet, og aggresjon og irritabilitet. Videre polemiserer Panksepp (2004) at noe av årsaken til at mennesker fortsetter å bruke opiatpreparater er den gratifiserende effekten en oppnår, som en vanligvis får gjennom gode sosiale relasjoner. Den opiatavhengige kan indusere de positive følelsene av tilhørighet og nærhet til andre ved hjelp av opioider, følelser som en kan oppnå gjennom sosiale interaksjon. I romanen *Om våren* av Karl Ove Knausgård (2017) beskriver han den komplekse interaksjonen og relasjonen som foregår mellom mor, far, bror og barn, de sosiale båndene, kjærligheten, alt som var og ikke var. Et sitat som er verdt å inkludere, fordi det er relevant for artikkelens tematikk, er følgende: «Noen fortalte meg en gang at heroin var så fantastisk fordi de følelsene det vekket, var i slekt med dem vi har som barn, når alt blir tatt hånd om, den totale tryggheten vi lever i da, som er så grunnleggende god. Alle som har hatt rusen, vil ha den igjen, for de vet at den finnes og er mulig» (s. 8). Sitatet er passende til Panksepp (2004) nevnt ovenfor og sammen formidler de to perspektivene noe om opiatets, kanskje mer bestemt heroinets, potensiale for å føre til opiatavhengighet, vanskeligheten med å slutte og kanskje hvorfor en bevisst eller ubevisst velger å begynne i LAR-behandling – det er jo nesten som å få i pose og sekk.

En kan undres over om utdeling av LAR-medisiner, henteordning og LAR-

regimet igangsetter noen infantile prosesser i pasienten. Spesielt når pasienten ikke lenger får det gratifiserende utbytte som en har fått gjennom heroin, fordi helsepersonell administrerer medisinen. At pasienten ikke kan administrere opioider selv kan igangsette infantile mekanismer ettersom det innebærer et kontrolltap og en frihetsberøvelse, og dermed kan føre til økt frustrasjon, usikkerhet og angst. Videre er det slik at behandlingsregimet bygger på en underliggende antagelse om at LAR-medikamentet er nødvendig for individets liv og at vedkommende trenger medisinen for å overleve. Det kan være tilfellet i enkelte omstendigheter hvor personen ruser seg ukritisk. Forklaringsmodellen lider imidlertid av en etiologisk feiltakelse, da den impliserer at medisinen tilfører kroppen noe den trenger, eller må ha, for å kunne overleve, slik som ved tilførsel av insulin ved Diabetes type 1. Selv om medisinen tilføres for å unngå abstinenssymptomer og redusere sannsynligheten for overdose, er det slik at sistnevnte punkt ikke fører til overdose ved at individet ikke får medisin, men kun om vedkommende administrerer opioider på uforsvarlige måter.

Selv om spørsmålet om LAR-behandling er komplekst og vanskelig å besvare i en avgrenset artikkel, er det fordelaktig å reflektere rundt mulige *hvor- dan* og *hvorfor* hos den opiatavhengige. Hva er det som gjør at noen mennesker finner tilflukt i rusmidler? Hvilken rolle har bestemte rusmidler for individet? Er det mulighet for at mennesker med en ruslidelse anvender rus for å fylle et tomrom, fortrenge vanskelige minner, for å håndtere dysregulerte emosjoner, eller er det for å holde abstinenssymptomer i sjakk? En kan undre seg over om noen LAR-pasienter, som er fullstendig rehabilitert og ikke greier å trappe seg ut av LAR, dypest sett er redde for tilbakefall. Hva er det med opioider som gjør det så altoppslukende og panegyrisk at mennesket neglisjerer sin livsførsel og omverden, og heller gir seg hen til en symbiotisk tilstand av komplett sammensmeltning med et demonisk kjærlighetsobjekt?

ICD-10 sin forfektelse av rusmiddelavhengighet

I ICD-10 (1999) beskrives følgende symptomkriterier for å innfri en rusmiddelavhengighetsdiagnose: a) sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen; b) problemer med å kontrollere substansbruken; c) fysiologisk abstinensstilstand når en stopper å bruke stoffet eller reduserer dets mengde; d) toleranseutvikling, slik at økning i dose er nødvendig for å oppnå samme effekten som lavere doser gav tidligere; e) økende likegyldighet overfor andre gleder og interesser, som skyldes stoffbruk, hvor mesteparten av ens tid anvendes på å skaffe stoff, bruke stoff og gjenoppnå likevekt etter stoffbruk; og

Den opiatavhengiges streben etter uavhengighet

f) fortsetter stoffbruk selv om det er åpenbare tegn til alvorlige konsekvenser. I ICD-10 (1999) nevnes det at avhengighet involverer fysiologiske, atferdsmessige og kognitive aspekter.

I den forstand vil LAR-medisinen være et terapeutisk tiltak for å behandle fysiologiske aspekter ved opioidavhengighet. Fra symptombeskrivelsene fremkommer det ikke noen etiologisk redegjørelse av hvordan lidelsen oppstår for pasienten. Hva som ligger til grunn for at individet har en sterk tvang eller følelse for å innta substansen sies det ikke noe om. Det er her psykologiske teorier er fruktbare.

Ulike teoretiske forståelser av rusmiddelavhengighet

Under det faglige årsmøtet til Norsk Forening for Avhengighetspsykologi (NFAP) i 2018, presenterte Robert West et innlegg vedrørende forståelse av begrepet avhengighet.⁴ West formidlet at det foreligger en begrepsforvirring angående avhengighetskonseptet og en myriade av teoretiske modeller og tilnærminger som ikke refererer til hverandre. West, Christmas, Hastings, and Michie (2018) forsøker å redegjøre for og foreslå en mulig løsning. Hva som er relevant for denne artikkelen er oppsummeringen av de ulike modellene og perspektivene som finnes på avhengighet, og hvordan de kan relateres og anvendes på LAR-pasienter. West et al. (2018) nevner følgende modeller:

1. Kost/nytte analyse, hvor individet foretar en vurdering av fordeler og ulemper ved å bruke substansen(e).
 2. Insentiv sensitivering, hvor den inntatte substansen fører til sensitivering i nettverk i hjernen som fører til økende «wanting» ved cues til substansen uavhengig av effekten av «liking.» Når en inntar substansen vil det føre til økt lyst og mengde av substansen selv om effekten av substansen, «liking», reduseres.
 3. Belønningssøking, som henviser til at vedkommende har lært at inntak av substansen gir positive følelser og derfor fortsetter å bruke substansen.
 4. Tilknytning, som refererer til at personen blir emosjonelt tilknyttet til substansen fordi det har vært en pålitelig kilde for trygghet og gratifikasjon.
4. Han var også så vennlig at han delte ut et bokkapitel vedrørende temaet han foreleste om, via mail etter foredraget.

5. Driftsreduksjon omhandler at personer som inntar substanser gjentatte ganger utvikler et behov, et sug, som erfares ved fravær av substansen.
6. Unngåelse av ubehag henviser til at mennesker som bruker gitte substanser lærer at det reduserer og letter eller lindrer mentalt og fysisk ubehag forårsaket av psykiske vansker, livssituasjon og/eller abstinenssymptomer.
7. Sosial påvirkning omhandler at kultur, familie og venner påvirker ens mottakelighet for å innta rusmidler.
8. Manglende kontroll henviser til at avhengighetsatferd utvikler seg og opprettholdes av predisposisjonelle faktorer som omfatter manglende impulskontroll.
9. Klassisk betinging refererer til at repetert paring av stimuli assosiert med effekten av avhengighetsatferd leder til at de stimuliene fremkaller forventninger til de effektene.
10. Operant betinging omhandler at avhengighetsatferd følges av sterke positive eller negative forsterkninger i nærværet av en bestemt stimulus, slik at den stimulusen (og flere stimuli) fremprovoserer en sterk impuls til å utføre atferden.

De nevnte modellen kan grupperes i flere undergrupper. Poenget med å vise til de ulike modellen og perspektivene er å demonstrere mangfoldet i avhengighet, og antyde at det er sannsynlig at flere modeller kan overlappe. Eksempelvis kan det være en overlap mellom lært atferd, ens sosiale miljø, fysiologiske endringer i hjernen som følge av rusmiddelbruk og oppvekstsvilkår, der de ulike delene sammen forklarer hvorfor et individ utvikler rusmiddelavhengighet. Denne artikkelen vil forfølge noen bestemte retninger, uten å implisere at andre teorier, modeller og perspektiver er irrelevante.

Psykoanalytisk forståelse av opiatavhengighet

Et psykoanalytisk blikk på LAR-pasienter vurderes fordelaktig ettersom det innenfor psykoanalysen finnes teorier om objektets⁵ nødvendighet for utvikling av den menneskelige psyken. Disse teoriene forfekter en grunnleggende antakelse om at mennesket fødes inn i verden med et behov for menneskelig kontakt. Dette kan betraktes som en av hovedprinsippene i objektrelasjons-

5. Objekt forstås her som et menneskelig subjekt.

Den opiatavhengiges streben etter uavhengighet

teori (Scharff, 1996). Perspektivet representerer en vending bort fra postulatet om at mennesket hovedsakelig er opptatt av å relatere seg til andre mennesker for å dempe eller redusere instinktive behov eller drifter. Barnets omsorgsgivere blir sentrale for dets utvikling av seg selv og psykisk helse. En grunnleggende antakelse for denne artikkelen er at opiatet fyller en moderlig og faderlig funksjon for personen som utvikler en opiatavhengighet. Imidlertid er det viktig å understreke at det ikke kun er *miljøet* som er avgjørende for om en utvikler opioidavhengighet, men sannsynligvis også ens intrapsyriske disposisjoner, fylogenetiske og ontogenetiske forutsetninger. Hovedpoenget er at opiatet har en funksjon utover den biomedisinske forståelsen og at funksjonen er sentral for pasientens psyke.

Wurmser (1974) har skrevet om hvordan ulike rusmidler kan ha forskjellige funksjoner for personen, og hvordan dette henger sammen med intrapsyriske konflikter (Wurmser, 1987). Ut fra klinisk erfaring anslår han at det kun er 10% (den kompulsive rusbruker) som utvikler rusmiddelavhengighet, mens de resterende 90% er eksperimenterende eller rekreasjonelle. Livstidsprevalensen for å utvikle en avhengighetslidelse viser seg å være 14.6% (Kessler, Berglund, Demler, Merikangas, og Walters, 2005) og epidemiologiske studier indikerer at omtrent 7.4% av den amerikanske befolkningen tilfredsstiller kriteriene for en avhengighetslidelse («substance use disorder» innen det siste året (National Survey on Drug Use and Health, 2018). Tallene kan tolkes dit hen å underbygge Wurmser sine påstander om den kompulsive rusmisbrukeren.

Den kompulsive rusbrukeren anvender rusmidler for å håndtere symptomer som gjenspeiler underliggende problematikk. Wurmser (1974) skriver at den kompulsive rusbrukeren opplever at den rusinduserte tilstanden fører til lindring og lettelse. Når vedkommende er uten tilgang til sitt rusmiddel eller rusmidlene, fører det ofte til at andre symptomer dukker opp, som depresjon, suicidalitet, aggressivitet, m.m. Wurmser (1974) hevder at det vanskeligste med å behandle denne pasientgruppen er deres emosjonelle behov for å innta rusmiddelet og anvendelsen av destruktive mestringsstrategier. Han konkluderer med at han ikke har møtt en kompulsiv rusmiddelbruker som ikke har vært dypt emosjonelt forstyrret, og innenfor borderlinespekteret eller preget av psykotiske konflikter. Sistnevnte minner om Otto Kernbergs teori om personlighetsorganisering (Kernberg, 2004). Kernberg (2004) inndeler menneskets personlighet i tre kategorier; psykotisk, borderline og nevrotisk. Han hevder at psykopatologi er assosiert med graden av svekkelse i egokonstans, bruken av primitive forsvarsmekanismer og realitetstestende evne. En person lider av mer alvorlig psykopatologi jo lengre til høyre (fra nevrotisk til psyko-

tisk) vedkommende beveger seg. Når Wurmser (1974) hevder at de kompulsive rusmiddelbrukerne han har møtt er innenfor kategorien borderline eller psykotisk organisering betyr det at de har vansker med selv-andre forhold (identitets diffundering) og anvender primitive forsvarsmekanismer (som splitting, proaktiv identifikasjon m.m). De som befinner seg i den psykotiske kategorien har i tillegg svekket realitetstestende evne. Kernberg hevder at ens *selv* består av gode og onde deler (Etchegoyen, 2018), som individet internaliserer i møte med sin(e) omsorgsgiver(e). Disse møtene danner grunnlaget for individets psykologiske organisering. Videre nevner Wurmser (1974) den psykologiske tvangen og suget rusmiddelbrukeren har etter å finne ekstern lindring av et internt begjær. Jacques Lacan hevder, i motsetning til objektrelasjonsteorien, at objektet (*objet petit a*)⁶ ikke er en representasjon av et faktisk ytre objekt eller instinkter, men et tapt objekt og objektet som forårsaker ens begjær (Parker, 2003; Lacan, 1991).

Christopher Bollas (2017) sin redegjørelse av *selvet som objekt* og Donald Winnicott (1971) sine elaboreringer av overgangsobjekter og overgangsfenomener kan utdype nødvendigheten av et menneskelige objekt for individets psykologiske utvikling. Bollas (2017) hevder at mennesket danner en indre representasjon av mor og far og deres evne til å være et holdende miljø⁷ basert på tidligere samspill. Det Bollas (2017) forsøker å formidle er hvordan mennesket forholder seg til seg selv i nåtid, med de representasjonene det har av seg selv i sitt tidligere forhold til sin mor og far. Disse representasjonene påvirker hvordan individet bedriver intrasubjektivt selvsnakk og utviklingen av evnen til selvivaretagelse.

Selvet som objekt er en eksistensiell kategori for Bollas (2017); et kroppslig minne av vår tidligste eksistens i relasjon til andre og vårt miljø. Dette danner også potensialet for å hevde at mennesket kan ha tendenser for å gjenskape noe av dets infantile omgivelser senere i livet. Eksempelvis kan det være noe

6. *objet petit a* betraktes som et agalma og er ifølge Fink (1997) ansett som et algebraisk tegn som ikke (bør) oversettes. Jeg vil understreke for leseren at *objet petit a* var et begrep som var under stadig utvikling i Lacan sin karriere og at han har skrevet flere tusen sider om det, som enda ikke er oversatt, ifølge Fink (1997). Hovedhensikten med å introdusere begrepet er å illustrere noe av kompleksiteten med å behandle LAR-pasienter, ikke gi en komplett redegjørelse av *objet petit a*. For øvrig har Green (1966) påpekt at *objet petit a* sitt libidinøse aspekt unndrar seg psykoanalytisk strukturalisme og muligens er en utfordring for psykoanalysen generelt.

7. Min oversettelse av «holding environment».

som utspiller seg ved utdeling av LAR-medisin på LAR-poliklinikken eller gjennom overføringen i en psykoterapiprosess, ved at terapeuten blir en container⁸ for pasientens projeksjoner av infantile behov, deler av seg selv og hvordan de infantile behovene ble møtt i barndommen. Dette gjenspeiler hvordan ulike deler av individets selv ble containet i forskjellige holdende miljøer. I så fall kan terapeuten gi pasienten en korrigerende emosjonell erfaring, og bidra til at pasienten opplever noe nytt ved å verbalisere og symbolisere hva som skjer i terapirommet. Om alliansen er god nok mellom partene kan terapeuten fortolke det som skjer. Imidlertid vil slike intervensjoner være avhengig av pasientens alvorlighetsgrad av psykopatologi. Det kan hevdes at LAR-pasienter, og ruspasienter generelt, forsøker å regulere noe indre (et begjær) ved å innta noe ytre (et konkret materielt objekt). Det terapeutiske møtet omhandler ofte en fortolkning av dette begjæret⁹ hvor det er viktig at terapeuten er tro mot den terapeutiske intervensjonen (utforskning, fortolkning) og begrenser beroligelser og oppmuntring.

Winnicott (1971) teoretiserte om hvordan barnet håndterer objekter, som f. eks. sutteklut og smukk, i sine tidligste år og hvordan barnet bruker objektet for å berolige seg selv og utspille fantasier av positiv og destruktiv art. Overgangsfenomenet betegner mellomrommet av erfaring av ens indre og ytre verden. Winnicott (1971) sine formuleringer gjør det mulig å tenke over hvordan mennesker anvender objekter for selvivaretagelse og hvordan den erfaringen kan internaliseres og kontinueres uten det representasjonelle objektet. Det foreligger et paradoks i spedbarnets skapelse av objektet, siden objektet allerede har funnet plass og ventet på å bli fylt med emosjonell energi. For at denne kapasiteten skal utvikles, at spedbarnet kan bruke objekter, må det vokse opp i et fasiliterende miljø (Winnicott, 1971). Hovedpoenget er at barnet må innse at objektet er utenfor dets selv og sine forsvarsmekanismer, for å kunne bruke og relatere seg til objektet. Det muliggjøres ved at objektet destrueres i spedbarnets ubevisste fantasi. Om objektet overlever danner det grunnlag for at spedbarnet kan interagere med objekter i verden. Om objektet overlever spedbar-

8. Et begrep som stammer fra Wilfred Bion og henviser til omsorgsgivers evne til å fordøye spedbarnets projeksjoner av beta-elementer som deretter skal formidles tilbake igjen til spedbarnet, ferdig fordøyd, som alfa-elementer (Bion, 1994).
9. Jeg velger å bruke begrepet begjær, fremfor behov, da begjær innebefatter en sterk trang til eller lengsel etter noe som ikke kan fylles, mens behov ikke innehar denne distinksjonen.

nets destruktivitet skaper det et indre rom for å kunne tåle seg selv. I LAR-behandling er man ofte utsatt for primitive forsvarsmekanismer som devaluering og splitting. Da er teorien til Winnicott (1971) nødvendig for å forstå hva pasienten utspiller i det terapeutiske møtet, at pasienten forsøker å destruere terapeuten og at det er viktig at terapeuten tåler det (overlever) slik at pasienten gradvis vil kunne utvikle et indre rom for å tåle seg selv.

Ifølge Winnicott (1971) er hvordan omsorgsgiver aktivt speiler spedbarnet avgjørende for hvordan spedbarnet ser seg selv og bidrar også til formeringen av en indre representasjon av seg selv. Dette er også viktig for Bollas (2017). Begge redegjør for hvordan det tidlige samspillet med omsorgsgivere blir en del av mennesket. Det er ikke utenkelig at opiatrus (og annen rus) forsøker å fylle et umøtt begjær, for eksempel etter å være elsket. På den måten blir opiatet et overgangsobjekt; et overgangsobjekt som er av destruktiv art og dermed bidrar til å begrense, heller enn å støtte, utviklingen. I hvilken grad terapeuten, behandleren, og omgivelsene rundt opiatbrukeren skaper et fasiliterende miljø vil være avgjørende for om opiatbrukeren kan bli rusfri.

Et annet begrep som kan være relevant for å forstå opiatets psykologiske rolle er narsissistiske omnipotente objektreasjoner, utviklet av Herbert Rosenfeld (2003). Det sentrale med *narsissistiske omnipotente objektreasjoner* handler om hvordan individet identifiserer seg med objektet. Via projeksjon eller introjeksjon smelter forholdet mellom subjekt og objekt sammen. Individet opplever da fullstendig kontroll over objektet og har vansker med å erkjenne separasjonen mellom subjekt og objekt. Opiatet er under personens kontroll og kan brukes som det ønsker. Opiatet gir individet akkurat det han ønsker slik at autentiske sosiale relasjoner med andre mennesker blir unødvendig. Fordi objektet er livløst fører det potensielt til mer sosial isolasjon samtidig som individets indre kapasitet for selvfølelse ikke vokser til, da det får alt det trenger via opiatet. Slik kan opiatet, og da også LAR-medikamentet, bli en anti-terapeutisk komponent i psykoterapi; noe som forhindrer og motvirker terapiprosessen.

Potik (2018) polemiserer for en kleiniansk forståelse av opiatavhengighet. Han sammenligner spedbarnets forsvarsmekanismer når det opplever angst, av å være forfulgt av en indre og ytre virkelighet, og den opiatavhengiges. Hos Klein er samspillet mellom barn og mor sentralt for hvordan barnet håndterer indre ubehag og aggressive impulser. Fordi barnets projeksjon av indre ubehag over i mor fører til en opplevelse av forfølgelse hos barnet, vekker det angst. Samtidig vekker det aggresjon mot forfølgelsesobjektet (Segal, 1989). Disse prosessene bidrar til at barnet splitter det eksterne objektet, eksempelvis

brystet, til et godt og et ondt objekt. Finnes det likhetstrekk mellom morsmelk fra brystet og heroin? Nærheten til morsmelk for spedbarnet representerer trygghet og kjærlighet, i likhet med heroin for brukeren. Samtidig vises en avhengighet til noe annet. Det kan gi opphav til misunnelse og aggressive impulser, så vel som omnipotent kontroll over objektet som besitter begjæret.

Klein (1946) argumenterer for en forståelse av projektiv identifikasjon som bestående av både narsissistiske objektrelasjoner og anankastiske mekanismer for å kontrollere objektet. Potik (2018) illustrerer hvordan disse mekanismene er tilstede hos den opiatavhengige. Når andre mennesker gir ham det han trenger eller ikke, da virker andre mennesker som delobjekter. De blir enten gode eller onde. Når pasienten opplever abstinenser sammenligner Potik (2018) det med spedbarnets opplevelse av desintegrert angst. Objektet, opiatet, blir gjenstand både for det som gir lettelse og lindring, men også forakt, frustrasjon, fysisk og psykisk smerte. Som spedbarnet som ikke får, men må ha, brystmelk når det vil ha det. Begge er kjærlighetsobjekter og muligens nødvendig for å eksistere for de involverte partene. Når den opiatavhengige opplever et indre angrep, som f. eks. ved abstinenser, å ikke få det han vil ha, vil han projisere sin skam, ydmykelse og skyld over til objektet for å forsøke å kontrollere det (Potik, 2018). Potik (2018) hevder også at misunnelse er en sentral side ved den opiatavhengige. Misunnelse er en aggressiv impuls der en vil ha nytelsesobjektet for seg selv. Det er ønsket om å tømme objektet for sin «kraft» slikt at ingen får det. Vedkommende vil forhindre at andre får det eller ødelegge det for andre. Potik (2018) sin anvendelse av Kleins tenkning gir teoretiske beskrivelser av praksis som kan være vanskelig å forstå uten dette rammeverket.

Psykodynamiske synsmåter av opiatavhengighet

Heinz Kohut sin teori om selvobjekter kan være nyttig for å forstå hvordan rusmidler kan få en funksjon som arkaiske selvobjekter (Kohut, 1971). Kohut (1971) betrakter selvobjekter i lys av narsissistisk patologi, hvor individet bruker andre mennesker, substanser eller ting som objekter for tilfredsstillelse av sitt selvbylde eller instinktive investeringer. Dermed vil utnyttelsen av andre som selvobjekter alltid være aggressiv (Vetlesen & Stänicke, 1999) og kimen til narsissistisk raseri. Det er mangel i relasjonen mellom spedbarn og mor som fører til psykopatologi, noe som skiller det fra Klein sitt perspektiv ovenfor, som er basert på intrapsyriske konflikter. Selvpsykologien er også en retning som forfekter at terapeutisk empati vil være nok, at terapeuten skal repa-

rere en «feil» i spedbarn-mor dyaden og således avpatologisere pasienten. Dette står i kontrast til Lacans antakelse om mennesket som grunnleggende mangelfullt, som drøftes nedenfor.

Hagman (1995) forfekter også en forståelse basert på selvpsykologi når han belyser pasienter i metadonbehandling. Han hevder at heroin blir brukt som et objekt for å reparere selvet, men blir et objekt som ikke fungerer. Metadon skal erstatte heroin og når pasienten er stabil på metadon kan han begynne å bruke andre deler av behandlingstilbudet. Hagman (1995) hevder at heroin er et arkaisk selvobjekt, mens metadon fremstår mer som et nyttig middel mot heroin. Metadonbehandling kan hjelpe den opiatavhengige ved å mildne fysiologiske og psykologiske symptomer (Hagman, 1995). I denne sammenheng kan både metadon og behandlere bli gode selvobjekter for LAR-pasienten.

Ovennevnte perspektiv på selvobjekter kan tolkes dit hen å hovedsakelig fokusere på hvordan opiatavhengighet er et resultat av vansker oppstått i separasjon-individuasjonsfasen som har medført vansker i affektregulering og håndtering av konflikter – fordi opiatavhengiges tidligste erfaringer med omsorgsgivere var preget av ambivalens har de ikke utviklet selv- og objektrepresentasjoner (Potik, 2018). Kaufman (1974) gjennomførte psykoanalytiske intervjuer med 23 opiatavhengige for å undersøke grad av psykopatologi og psykodynamikk. Han formidlet at han kun fant trender for opiatavhengige i lavere sosial klasse, og ikke generelle mønstre av familiodynamikk eller psykopatologi. Kaufman (1974) hevdet at opiatavhengige i lavere sosiale klasser beskrev lignende trekk når de beskrev mor og far, hvor enkelte av trekkene hos foreldrene var sadisme, aggressivt konkurrerende, fraværende, forførende, og kald. Funnene indikerer at noen opiatavhengige har hatt utfordringer i separasjon-individuasjonsfasen.

Philip Flores (2004) beskriver rusmiddelavhengighet som en tilknytningsforstyrrelse. Han beskriver hvordan den avhengige må slutte med rusmiddelet for å kunne frigjøre seg fra det, for så å kunne knytte seg til andre gode og utviklende selvobjekter. I forbindelse med substitusjonsbehandling er denne påstanden interessant. Det kan fremstå som at Hagman (1995) og Flores (2004) polemiserer lignende premisser, men har ulik konklusjon. Jeg forstår det slik at førstnevnte konkluderer med at substitusjonsbehandling er en god behandlingsform for opiatavhengige, mens sistnevnte konkluderer at pasienten må gi opp opiatet. Imidlertid kan det være at Flores (2004) refererer til heroin og ikke andre opiater i form av medikamenter, men dette er noe uklart. Likefullt kan det stilles spørsmål ved om en forståelse av objektet differensiert

som heroin og metadon går glipp av opiatets fundamentale betydning for individet. Om opiatet er en fantasi om fullstendig fullbyrdelse av det gode, vil substitusjonsmedikamenter fortsatt kunne inneha en slik betydning for individet, i ubevisst forstand. I alle fall om vi skal ta utgangspunkt i Lacans antakelse om at pasienten (ubevisst) ikke vil bli bedre, men kun lappes sammen slik at det kan fortsette sin vante gang (Fink, 2009).

Et Lacaniansk blikk på opiatavhengighet

Jacques Lacan har noen interessante og nyttige teoretiske iakttakelser angående individets begjær.¹⁰ Et viktig begrep er *objet petit a*, som henviser til årsaken for individets begjær og er det som gjør et objekt til noe fantastisk. Žižek (2006) hevder at det er to distinksjoner som er viktig for *objet petit a*: 1) når det er årsak for vårt begjær og 2) objektet for vårt begjær. Førstnevnte refererer til det trekket ved objektet som gjør at vi begjærer objektet. Sistnevnte refererer kun til det ønskelige objektet. *Objet petit a* er en gitt ting som ikke har noen substansiell konsistens, men som er tillagt subjektets begjær – det har ikke noe objekt, men en årsak (Fink, 2009). Det kan hevdes at opiatet kan forstås som objektet for den opiatavhengiges begjær. Da neglisjeres bakgrunnen for hva som ligger til grunn for at det er årsaken til vårt begjær. Dette er vesentlig ettersom *objet petit a* ikke kan mette individets begjær. Begrepet begjær kan forstås som det begjæret vi utvikler fra fødselen av i våre tidlige samspill med omsorgsgiverne våre. Begjæret vårt er ønsket om å være objektet for begjæret til den andre. Det innebærer at mennesket alltid er separert fra den *andre*, men likevel drives mot den *andre* for å være *den* det ønsker. Ifølge Lacan (2006) er begjæret vårt strukturert innenfor den symbolske orden, den store Andre, det symbolske rommet vi er født inn i. Den store Andre er da noe annet en den (lille) andre (Lacan, 1988) nevnt ovenfor. Den store Andre representerer blant annet språket vi bruker og regler (og normer) vi følger, mens den lille andre representerer egoet; mer bestemt bildet en selv har av egoet som er blitt speilet av den andre (omsorgsgiver). Egoet er da todelt, et bilde jeg har av meg selv og et av den andre. Begjæret konfronterer mennesket, ettersom vi aldri kan vite hva den andres begjær er. Følgelig er mitt eget begjær alltid gåtefullt. Subjektet forblir manglende, idet begjæret alltid har sin opprinnelse utenfor subjektet. Begjæret er også knyttet til menneskets kropp og

10. Min oversettelse av *desire*.

kroppslige opplevelser, noe som kan beskrives nærmere med begrepet *jouissance*. Det kan oversettes til nytelse, men i en slik forstand som overgår den allmenne forstanden av å nyte og kjenne glede fordi det også innebærer patos. Dermed er pasientens symptom både gjenstand for nytelse og smerte, slik LAR-pasienten fortsetter å bruke opiater (og andre rusmidler) på tross av destruktive konsekvenser.

Objet petit a minner individet om det som alltid allerede er tapt fra begynnelsen av og påminner personen om det tapte *jouissance*. Objet petit a oppstår i splittingen av subjektet i spedbarnets utvikling. Dermed omhandler det ikke subjekt-objekt relasjonen, men begjæret som oppstår mellom det splittede subjektet og objet petit a. I separasjonen mellom barn og omsorgsgiver oppstår objet petit a som noe som er til overs når enheten mellom barn og omsorgsgiver brytes ned (Fink, 1997). Fink (1997) beskriver at objet petit a er et spor etter symbolisering, og det som er igjen av mor-barn dyaden som subjektet henger seg fast i med sin fantasi, det spedbarnet tar med seg i separasjonen fra mor; begjæret og objet petit a oppstår muligens ved mors bryst når spedbarnet opplever mor som et separat objekt og ikke får tilfredsstilt sitt begjær. Begjæret kan ikke tilfredsstilles og søker sin egen kontinuitet i objet petit a, som ikke er et objekt, men årsaken for mitt begjær. Objektet er av sekundær interesse – noe som vil skille seg fra Sartre (2012) sitt syn på følelser, vist nedenfor. Heroin er objektet jeg begjærer, men det er ikke objektet som forårsaker begjæret.

Videre finnes det moderne Lacanianske analyser av rusmiddelavhengighet (Baldwin, Malone, & Svolos, 2011). Meyer (2011) påstår at forholdet mellom *jouissance* og den store Andre¹¹ er relevant for substitusjonsbehandling. Han referer til hvordan effekten av substansen vedkommende bruker, enten det er et medikament eller et rusmiddel, er tilknyttet personens effekt (*jouissance*) av stoffet. Stoffet som anvendes vil alltid foreligge i det symbolske registeret. Det symbolske registeret representerer bestemte livsbetingelser som mennesket er født inn i og påvirker derfor utviklingen av vår selvforståelse. Meyer (2011) impliserer at selv om heroin er byttet ut med et annet opiat, er ikke årsaken til avhengigheten borte. Hvordan individet skal forstå og håndtere sitt begjær er uadressert. Det fører muligens til at subjektets narrativ blir *substituert* til medikamentet. Objektet, opiatet, er fortsatt ansett som årsaken til problemet. Loose (2011) ser også rusmiddelavhengighet som en subjektspesifikk effekt og at de ikke er avhengig av rusmiddelet, men effekten de får. Det påstås at psykoфар-

11. Min oversettelse av «the big Other».

maka er et forsøk på å løse menneskelige vansker utenfor det selv (Loose, 2011). Eksempelvis er substitusjonsbehandling et forsøk på å ta grep over *jouissance* og eksterne løsninger som har kommet ut av kontroll. Dette kan også sees i 12-trinns behandling, hvor avhengighet anses som en sykdom og noe individet er maktesløs overfor. Kuren består blant annet i at personen skal underkaste seg en høyere makt enn seg selv. I likhet med psykofarmaka kan modellen anses som et forsøk på å løse indre vansker med ytre løsninger. Et mål for behandlingen er å få subjektet i tale for dets *jouissance* og kroppslige opplevelse slik at det kan symboliseres eller bli psykisk prosessert; psykologiske symptomer er ikke psykisk prosessert og følgelig vises ofte bare kroppslige plager, noe som også kan være avgjørende for at medikamentelle behandlingsformer kommer til kort (Loose, 2011). Miller (2011) tilbyr et annet perspektiv enn den medisinske sykdomsbasert modellen på avhengighet. Det hevdes at sykdomsmodellen frarøver mennesket dets eksistensielle grunnvilkår, særegenhet, og i ytterste tilfelle dets meningsfullhet. Dette impliserer at substitusjonsbehandling opprettholder LAR-pasientens begjær til opiatet som gjør at personen ikke får symbolisert sitt tap; han kommer ikke i tale (Miller, 2011).

Eksistensfilosofiske betraktninger av opiatavhengighet

Vetlesen og Stänicke (1999) beskriver hvordan drifter, følelser og grunnvilkår ved å være menneske påvirker vår psykologiske utvikling. Det understrekes hvordan ethvert menneske er avhengig, sårbar, dødelig, opplever eksistensiell ensomhet og at relasjoner er skjøre. Videre at ethvert menneske er drevet innenfor disse grunnvilkårene (Vetlesen & Stänicke, 1999). Mennesket er kastet inn i en verden, uten å ha villet det selv, for å kaste seg ut mot betingelser som det ikke har valgt (Heidegger, 1996). Heidegger (1996) formulerer et begrep, *Stimmung*, som henspiller på at mennesket alltid allerede er stemt, i et humør, noe vi kan anvende for å forstå begrepet angst. En person som opplever angst *er* angst, og å være angst er noe fullstendig annet enn å ha angst, som fremstår som noe villet (Vetlesen & Stänicke, 1999). Dette skiller seg fra Sartre (2012) sitt synspunkt om følelser, som han betrakter som noe viljemesig og rasjonelt.

Vetlesen og Stänicke (1999) fremhever en distinksjon mellom følelsers kognitive og affektive dimensjon. Sartre (2012) beskriver førstnevnte, men ikke sistnevnte. Sistnevnte omhandler hvordan følelser kommer over individet og konstituerer noe ved å være menneske, og det at mennesket er stemt. Når det mest interessante vedrørende følelser angår dets intensjonalitet, at de

er rettet mot et objekt og kan evalueres og tolkes, forsvinner den affektive dimensjonen, at jeg føler og er følende (Vetlesen & Stänicke, 1999). Begrepet til Heidegger (1996) ovenfor viser også hvordan menneskets betraktning av verden ikke kun forekommer kognitivt. Dermed oppstår spørsmålet om hvordan vi kan forstå en følelse før dets kognitive dimensjon inntreffer. Først og fremst er ikke følelser noe valgt, det er noe vi er gitt i kraft av vår eksistens. En person føler noe som en bevegelse, det er noe som skjer, og ikke noe han observerer – at jeg kan forholde meg til følelser på en gitt måte er ikke det samme som å fortelle hva følelser er. Hovedpoenget er å fremheve følelsers grunnleggende aspekt ved menneskets væren uten å falle hen til situasjonisme. Det impliserer at det er situasjonen som avgjør følelsenes natur; på denne måten blir menneskets vurdering av situasjonen prekær og avgjørende for hva en følelse er og hvordan den skal håndteres.

Vi er avhengig av andre mennesker for trøst og glede, og det er noe spedbarnet erfarer fra fødselen av gjennom følelsens intensitet. Dermed kan det hevdes at det er relevant for mennesket å takle ambivalens i nære relasjoner ettersom en får både positive og negative erfaringer. Hvordan kan vi se dette i kontrast til perspektivene nevnt ovenfor? Eksempelvis gir det muligheten til å tenke noe om hvordan menneskets grunnvilkår, av å være avhengig av sine omsorgsgivere, at relasjoner er skjøre, at vi vil oppleve eksistensiell ensomhet og være sårbare, henger sammen med spedbarnets interaksjon og psykologiske utvikling i spill med sine omsorgspersoner. Videre kan det plassere opiatbruk i en relasjonell, eksistensiell, symbolsk og utviklingspsykologisk kontekst. Og at mennesket er drevet mot forståelse av seg selv i møte med den andre for å håndtere sine affekter. Aggresjon og destruksjon, så vel som kjærlighet og reparasjon, er alminnelige sider ved spedbarnets utvikling og mennesket som sådan, og ikke noe som kun er ved det kontekstuelle. Winnicott vektlegger hvordan destruksjon av objektet, i fantasi, har en skapende og kreativ funksjon når objektet overlever, og når spedbarnet opplever at objektet ikke gjengjelder dets angrep (Vetlesen & Stänicke, 1999). Dette fører til en anerkjennelse av objektet som separat fra subjektet, og destruktivitet og negative følelser. For Klein er overgangen fra paranoid-schizoid posisjon til den depressive posisjonen essensiell for spedbarnet. Det skjer ved å tåle ambivalens, kjenne på skyld over de aggressive impulsene overfor sitt kjærlighetsobjekt og ønske å reparere med objektet. Mor må tåle spedbarnets aggressivitet om det skal være mulig for spedbarnet å anerkjenne ytre realiteter (Vetlesen & Stänicke, 1999).

Hos Lacan, Winnicott, og Klein er aggresjon en elementær side ved mennesket og ikke et sekundært fenomen som hos Kohut, som en svikt ved ens

selvobjekter (Vetlesen & Stänicke, 1999). Dermed blir et rent intersubjektivt syn på menneskets psykologi mangelfullt. Imidlertid må det ikke glemmes at det finnes dårlige foreldre og faktisk svikt av ens selvobjekter. Eksistensfilosofi kan øke vår forståelse av LAR-pasienter fordi det belyser fundamentale sider ved menneskets liv som kommer forut språk og hendelser, men som forstås gjennom språk og erfaring. Det er også et forsøk på å inkludere en ontologisk forståelse av å være drevet fremfor en biologisk og instinktiv. Videre at noen sider ved menneskets liv ikke er valgt og dermed ikke kan velges bort. Basert på nevnte forståelser av opiatet fremstår opiatets virkning og funksjon som å unngå ens eksistensielle grunnvilkår. LAR-pasienten befinner seg således i et vakuum, i alle fall hvis han har sidemisbruk, for det å være tilknyttet opiatet innebærer at ens grunnvilkår ikke beveges men blir beveget.

Konklusjon

En ontologisk forståelse av LAR-pasienten bidrar til å tillegge dens symptomatologi en forståelseshorisont som kan gjøre det lettere for behandlere å begripe hva som står på spill og hva som utspiller seg. LAR-pasienten inntreffer i en meningshorisont og ikke kun en biologisk sykdomsmodell eller medikalisert forståelse av rusmiddelavhengighet. Det fremstår som at den diagnostiske kategorien F11.22 implisitt betrakter opiatavhengighet som hovedsakelig en fysiologisk avhengighet og dermed hopper over eksistensfilosofiske og psykologiske betraktninger. Mennesket er drevet for å utspille noe overfor en annen og hvordan det møtes, påvirker og transformerer individet. Det understreker også hvor sentralt det sosiale er for LAR-pasienten som et menneske. For å være menneske er smertefullt. Det innebærer å vite at jeg aldri fullt ut vil bli forstått, at relasjoner vil svikte og at jeg er avhengig av andre mennesker hele livet.

Lacan sin forståelse av begjær, objet petit a og jouissance kan øke vår forståelse for opiatets altoppslukende kraft. Opiatet gir en opplevelse av at fullstendig tilfredsstillelse er mulig, noe som i følge Lacan er umulig. Klein forefokter at det foregår en splitting av objektet til noe som bare godt og ser dette som en del av det psykiske forsvaret som dominerer i den paranoide schizoide posisjonen. Bollas og Winnicott bidrar med sine teorier til en økt forståelse av hvordan opiatet kan bli et relasjonelt objekt. Hvilket intrasubjektivt selvsnakk bidrar opiatet til for LAR-pasienten og hvordan henger det sammen med selvutvikling? Winnicott belyser opiatets begrensninger som et overgangsobjekt.. Om vi forstår begjæret til LAR-pasienten innenfor denne teoretiske konteksten impliserer det at pasienten anvender opiatet for å oppnå en regressiv til-

stand tilbake til mors bryst. LAR-pasienten misforstår opiatet som faktisk objekt for dets begjær og går glipp av at det ikke er årsaken for det. Ved at opiatet fremkaller en jouissance så potent at det muligens er som å komme tilbake til den første spedbarnsperioden, medfører det at personen vil neglisjere andre aspekter av sitt liv. Med begrepet narsissistiske omnipotente objektreasjoner kan vi si at LAR-pasienten har funnet et livløst og konkret objekt som det faktisk har fullstendig kontroll over. Det fører potensielt til mer regresjon idet individet kan fraskrive en hver ekte sosial relasjon og heller flykte inn i en illusorisk verden hvor han slipper unna eksistensielle grunnvilkår og vonde følelser. Om vi forstår det psykologiske begjæret slik, endres noe av tematikken rundt LAR-pasienten. Vi kommer i berøring med noe som stikker dypere enn dosejustering, sidemisbruk, henteordning og urinprøver. LAR-pasienten er fanget av sitt psykologiske begjær, som han tror omhandler opiatet og ikke det emosjonelle aspektet bak.

Hvorfor kommer ikke LAR-pasienten videre? Kanskje det omhandler at pasienten ubevisst tror at opiatet representerer både årsak og løsning og dermed ikke ser nødvendigheten av andre inngrep. Kanskje det involverer en redsel for å slippe menneskets grunnvilkår inn i livet og stå i eksistensiell ensomhet med sin mangelfullhet som aldri vil bli fylt av noen. Imidlertid kan det, dersom vi følger Klein, finnes håp i det å erkjenne hva en har manglet og ta innover seg ens aggressive sider eller sørge over det som har skjedd. Det innebærer å et steg ut av den paranoide schizoide posisjonens splittende karakter og fornektelse av livets ambivalens. Dette kan bli den viktigste terapeutiske oppgaven til terapeuten; å hjelpe pasienten til å sørge over det tapte og føle livets grunnvilkår. Den paranoide schizoide posisjonen kan tjene som eksempel på hva som skjer for noen LAR-pasienter som har sidemisbruk. Når behandlerne frustrerer pasienten og han ikke får det han ønsker, gir det opphav til narsissistisk raseri, til splitting og devaluering, og til projektiv identifikasjon. Klein sitt begrep om misunnelse passer godt inn her, da LAR-pasienten kan bli fylt med destruktivt og narsissistisk raseri som vil sørge for å ødelegge like mye for andre som seg selv ved å overføre sine negative følelser til terapeuten. Om vi ikke teoretiserer slike nonverbale prosesser kan det føre til avmakt, håpløshet, og hat overfor LAR-pasienten. Det vil videre kunne føre til pseudoterapi, der terapeuten gir pasienten forsikringer og beroligelser, eksempelvis gjennom medisiner eller behandlingsgoder utenfor behandlingsrammene. Andre utfordringer kan være at et medikalisert fokus opprettholdes ved at vi prater om pasientens vansker innenfor en sykdomsdiskurs, og følgelig vil pasienten opprettholde sin tro på at hans vansker kan medisineres bort. Det

fremstår som at det kan opprettholde pasientens fundamentale fantasi om at objektet finnes. Individet må hjelpes til å erkjenne tapet over det som aldri har vært, men som en ønsker skulle ha vært der.

Analytikerens, og behandlerens, oppgave er å fastholde og utholde mangler, ja det er menneskets oppgave i seg selv (Vetlesen & Stänicke, 1999). Det største feiltaket vi kan gjøre er å la LAR-pasienten tro at fullstendig tilfredsstillelse er mulig og noe en som menneske har krav på. Relasjonen er nødvendig, men ingen kur i seg selv. Terapeuten må hjelpe pasienten med å utvikle en evne til å tåle å stå i relasjonen, med alt det innebærer av fravær og mangler. Bare slik kan den opiatavhengige erkjenne og tolerere skillet mellom opiatet og objektet. Livet er mangelfullt, men ikke meningsløst. Å lære å etablere mening i livet og avdekke hvem en selv er, er kun mulig i relasjon til andre mennesker.

Referanser

- Baldwin, Y. G., Malone, K. R., & Svolos, T. (2011). *Lacan and addiction: An anthology*. London: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1994). *Learning from experience*. USA: Jason Aronson, Incorporated.
- Bollas, C. (2017) *The self as object. The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. USA: Routledge.
- Etchegoyen, R. H. (2018). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. Routledge.
- Fink, B. (1997). *The Lacanian subject: Between language and jouissance*. UK: Princeton University Press.
- Fink, B. (2009). *A clinical introduction to Lacanian psychoanalysis: Theory and technique*. USA: Harvard University Press.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Lanham, MD, US: Jason Aronson.
- Green, A. (1966). L'objet (a) de J. Lacan, sa logique et la théorie freudienne. *Cahiers pour l'analyse*, 3, 15-37.
- Hagman, G. (1995). A psychoanalyst in methadonia. *Journal of substance abuse treatment*, 12(3), 167-179. doi: 10.1016/0740-5472(95)00008-S
- Heidegger, M. (1996). *Being and time: A translation of Sein und Zeit*. USA: SUNY press.
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet: Helsedirektoratet. Oslo.
- ICD-10. (1999). ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer: Oslo: universitetsforlaget.
- Kaufman, E. (1974). The psychodynamics of opiate dependence: A new look. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 1(3), 349-370.
- Kernberg, O. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. Yale University Press. USA.
- Klein, M. (1946). *Notes on some schizoid mechanisms*. *The International journal of psycho-analysis*, 27, 99.
- Knausgård, K. O. (2017). *Om våren*. Norge: Oktober.

- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: Univ. Press.
- Lacan, J. (1988). *The seminar of Jacques Lacan. Book 1, Freud's papers on technique 1953-1954*. J-A Miller (Ed). New York & London: Cambridge Univ. P.
- Lacan, J. (1998). *The Seminar of Jacques Lacan, Book XX: On Feminine Sexuality, the Limits of Love and Knowledge, 1972-1973*. Trans. Bruce Fink. New York: WW Norton & Company.
- Lacan, J. (1991). *The Ego in Freud's Theory and in the Technique of Psychoanalysis, 1954-1955* (Vol. 2). WW Norton & Company.
- Lacan, J. (2006). *Ecrits: The first complete edition in English*. New York & London: WW Norton & Company.
- Loose, R. (2011). *Modern symptoms and their effects as forms of administration: A challenge to the concept of dual diagnosis and to treatment*. *Lacan and addiction: An anthology*. (pp.1-39). Baldwin Y. G., Malone K., & Svolos T (Eds). London: Karnac Books.
- Meyer, C. (2011). *Speech, language, and savoir in the Lacanian clinic of addiction*. *Lacan and Addiction*. (pp. 195-206). Baldwin Y. G., Malone K., & Svolos T (Eds). London: Karnac Books.
- Miller, M. (2011). *Lost objects: repetition in Kierkegaard, Lacan, and the clinic*. *Lacan and addiction*. (pp. 163-177). Baldwin Y. G., Malone K., & Svolos T (Eds). London: Karnac Books.
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford university press.
- Parker, I. (2003). *Jacques Lacan, barred psychologist*. *Theory & Psychology*, 13(1), 95-115.
- Potik, D. (2018). *Kleinian Conceptualization of Heroin Addiction, Part 1: The Paranoid-Schizoid Position*. *Clinical Social Work Journal*, 46(1), 34-41. doi: 10.1007/s10615-016-0609-y
- Rosenfeld, H. (2003). *Impasse and interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients*. London: Routledge.
- Sartre, J.-P. (2012). *Being and nothingness*. USA: Open Road Media.
- Scharff, D. E. (1996). *Object relations theory and practice: An introduction*. Oxford: Rowman & Littlefield.
- Segal, H. (1989). *Klein*. London: Karnac Books.
- Vetlesen, A. J., & Stånicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Oslo: Gyldendal.
- West, R., Christmas, S., Hastings, J., & Michie, S. (2018). *DEVELOPING GENERAL MODELS AND THEORIES OF ADDICTION*. *The Routledge Handbook of Philosophy and Science of Addiction*, 143.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. USA: Psychology Press.
- Wurmser, L. (1974). *Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22(4), 820-843. doi: 10.1177/000306517402200407
- Wurmser, L. (1987). *Flight from conscience: Experiences with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers: II. Dynamic and therapeutic conclusions from the experiences with psychoanalysis of drug users*. *Journal of substance abuse treatment*. 4(3-4), 169-179. doi:10.1016/S0740-5472(87)80011-9
- Žižek, S. (2006). *How to read Lacan*. London: Granta.

Abstract

In opioid maintenance therapy (OMT), psychological theorizing appears to be absent. The main focus seems to be on medical interventions to control this addiction, thus

Den opiatavhengiges streben etter uavhengighet

leading to a reduction of psychological aspects in favor of biological perspectives. The objective of the present study is to illuminate the psychological aspects of patients in OMT. This will be done by discussing psychoanalytic theory, Lacanian psychoanalytic theory, psychodynamic theory, and existential philosophy. Practical implications and how this omission can be solved will be discussed.

Keywords: substance abuse, opiate, psychoanalysis, existential philosophy.

Den riktige temperaturen – Psykoanalytisk terapi med barn med tidlige og kumulative relasjonsskader

Eystein Victor Våpenstad¹

Sammendrag

Forfatteren ønsker å introdusere begrepet 'Positiv kapasitet' for å beskrive og operasjonalisere en mer aktiv og subjektivt tilstedeværende barnepsykoterapeut. Dette er i tråd med utviklingen i moderne barnepsykoanalyse. Dagens barneterapeuter behandler stadig flere barn med tidlige og kumulative relasjonsskader, og en slik pasientgruppe trenger at terapeuten i større grad strukturerer og tilfører noe til relasjonen. Positiv kapasitet er ment å skulle danne en spenning eller dialektikk med Bion sitt begrep 'Negative capability'. Negative capability vil fortsatt være en sentral del av barnepsykoterapeutisk arbeid men vil i arbeidet med tidlige relasjonsskader trenge et tillegg. Dette tilleggget kan defineres som en 'Positive capability'.

Innledning

Moderne barnepsykoanalyse kjennetegnes av at analytikeren er en aktiv og

1. Eystein Victor Våpenstad, førsteamanuensis, Dr.Philos. Psykoanalytiker og barnepsykoanalytiker. Spesialist i klinisk voksenpsykologi og i klinisk barnepsykologi. VID Vitenskapelige Høgskole, Norge. eystein.victor.vapenstad@vid.no

subjektivt tilstedeværende deltaker i den terapeutiske relasjonen (Våpenstad, 2011). Dette er slik fordi den generelle utviklingen i psykoanalysen er slik (Bohleber, 2010; Ferro & Basile, 2009; Tubert-Oklander, 2013), men også fordi dagens barneanalytikere ofte arbeider med barn med tidlige og kumulative relasjonsskader, og slike barn trenger ofte en analytiker som er mer aktiv, pågående og strukturerende (Alvarez, 2012; Midgley, Anderson, Grainger, Nesic-Vuckovic & Urwin, 2009). På denne måten er den moderne psykoanalysen og barnepsykoanalysen helt på linje med nyere spedbarnsforskning, hjerneforskning, tilknytningsforskning og generell psykoterapiforskning (Lambert, 2013; Fosha, Siegel & Solomon, 2009; Narvaez, Panksepp, Schore & Gleason, 2013; Norcross, 2011; Tronick; 2007).

Jeg har introdusert begrepet "Positive Capability" (Våpenstad, 2017) for å kunne beskrive denne mer aktive og subjektive tilstedeværelse fra barneanalytikerens side. Jeg vil her forsøke å definere og beskrive dette begrepet og hva jeg tror er viktig i en moderne barnepsykoanalytisk arbeidsmåte. Begrepet "positive capability" er valgt for å kunne danne en spenning eller dialektikk med begrepet "negative capability" som er et sentralt begrep, spesielt i den neo-kleinianske psykoanalysen etter Bion (Mawson, 2011; Lopez-Corvo, 2003). Bion (1970; s. 125) sier at han med "negative capability" mener: "when a man is capable of being in uncertainties, mysteries, doubts, without any irritable reaching after fact and reason." Mitt hovedanliggende i denne teksten er å sette under lupen og delvis utfordre dette meget viktige og riktige psykoanalytiske prinsippet om å holde ut ikke-viten og stille seg nysgjerrig avventende og lyttende til det pasienten kommer med. Det er et vesentlig kjennetegn ved psykoanalytiske terapiformer at terapeuten prøver å unngå å alt for tidlig gi etter for et indre press til å agere gjennom en teknisk intervensjon eller regulerende handling. Jeg vil gjennom et klinisk eksempel og teoretiske drøftinger forsøke å beskrive hvordan negative capability noen ganger kan bli en for passiv og fraværende væremåte eller holdning hos barneanalytikeren. Barneanalytikeren står ofte i en prekær situasjon med disse alvorlig relasjonsskadede barna (Våpenstad, 2013), og analytikerens terapeutiske innsats handler mange ganger om å vinne disse barna tilbake til humaniteten. Det handler om livreddende psykisk helsehjelp, og slik helsehjelp krever etter min mening en mer invasiv terapiteknikk der barneanalytikeren fører humaniteten inn i barnet igjen.

Hvis vi skal forsøke å oversette "capability" til norsk, kan vi begynne med å konstatere at vi også på norsk kan si "kapabilitet" eller "kapabel". Dette kan bety å ha en egenskap, være istand til å gjøre noe. Mitt forslag er at ordet "kapa-

sitet" på norsk kan peke i retning av det fenomenet jeg ønsker å diskutere her. Vi kan derfor snakke om en "negativ kapasitet" eller en "positiv kapasitet".

Når jeg her snakker om "barneanalyse" og "barneanalytiker" inkluderer dette også psykoanalytisk orienterte barneterapeuter og psykoanalytisk barnepsykoterapi.

Mellom "negativ kapasitet" og "positiv kapasitet"

Mellom barnet og barneanalytikerens vil det utvikle seg en helt egen historie med særegne elementer som vil være både kreative og skadelige, men spesifikke for denne konkrete analytiske relasjonen. Det er ikke analytikerens dekodning gjennom tolkninger som er det viktigste, men transformasjonen av pasientens projektive identifikasjoner. Dette er en oppgave der analytikerens må være klar over sin aktive rolle i å påvirke og bestemme hva det handler om. Analytikerens tilstedeværelse som observatør er viktig, men enda viktigere er hans egne forsvarsmekanismer og relative projektive identifikasjoner. Med utgangspunkt i Bions unike bidrag til psykoanalysens utvikling, sier Ferro (1999) at den røde tråd hos Bion er "the entirely new way in which the analyst's mind, his functioning and his dysfunctions enter the field." (s. 11). Bion mener at analytikerens er tilstede med hele sitt mentale liv. Dette er en sentral premiss for mitt argument her. Analytikerens bidrag vil farges av hans grad av mottagelighet for barnets projeksjoner og hans evne til å fordøye og modifisere dem med sitt eget mentale apparat. Dette fordøyelsesarbeidet er først og fremst emosjonelt og affektivt, og minner om det som skjer mellom spebarnet og mor gjennom mors reverie. Det handler om å være ett med pasienten samtidig som man er forskjellig, noe som ikke betyr å lete etter objektive eller historiske fakta, eller å gi etter for og bare tilpasse seg pasienten, men mer om å være på samme affektive frekvens som pasienten. Det betyr å kunne tilby pasienten en modell for en emosjonell og psykisk relasjon, som kan introjiseres og internaliseres av barnet. Grunnlaget for denne relasjonen er det vi kan beskrive som et *temperert nærvær* (Våpenstad, 2011). Et temperert nærvær er først og fremst et begrep for kvaliteter ved analytikerens, som for eksempel tålmodighet, begeistring, hengivelse, intuisjon, eller klokskap, herunder en negativ kapasitet.

Tublin (2011) viser hvordan den moderne psykoanalysen ikke primært forholder seg til tekniske instruksjoner, men heller vil beskrive analytikerens intensjoner. Jeg vil ikke beskrive hva barneanalytikerens bør gjøre, men vil mer forsøke å antyde en bevegelse. Jeg kaller denne bevegelsen "mellom nega-

tiv kapasitet og positiv kapasitet". Dette betyr ikke at vi går fra noe som er feil til noe som er riktig, men mer at vi *utvider* vår forståelse av hva pasienten trenger, og av hva som skjer i den analytiske relasjonen. I arbeidet med mange barnepasienter må vår negative kapasitet utvides. Den trenger et tillegg, noe som utvider og gjør negativ kapasitet mulig. Jeg kaller dette for "positive capability" eller "positiv kapasitet".

Litt begrepsforskning

En introduksjon av begrepet 'Positiv kapasitet' som tillegg til begrepet 'Negativ kapasitet', har i seg elementer av begrepsforskning. Det vil være en type begrepsforskning som ikke en gang for alle vil definere et begrep, men som primært er opptatt av å prøve å forstå begrepene (Dreher, 2000). Her handler det om å spørre hva begrepet prøver å beskrive. Hvilket spørsmål er det begrepet skal hjelpe oss med å forstå. Her kan «spørsmål» også være et klinisk fenomen eller en klinisk utfordrende situasjon, for eksempel arbeid med barn med tidlig og omfattende relasjonsskader. Målet er å åpne for en dypere forståelse av sammenhengen mellom begrep og virkelighet. Vi bør derfor ikke for tidlig låse oss fast i en bestemt definisjon av et begrep men holde åpent for nye erfaringer lengst mulig. En slik tilnærming tar hensyn til at begreper ofte har en implisitt betydning, ikke minst i en praktisk-klinisk situasjon. Det er først etter at begrepet hentes opp til overflaten at det kan gjøres mer eksplisitt og konkret gjennom teoretisk refleksjon. Bions begrep 'Negativ kapasitet' kan gå inn i listen over begreper som kan utsettes for en psykoanalytisk «extension» slik Dreher (2000; s. 35) beskriver her:

Perhaps conceptual research is "anarchistic" in a special way in that it tries to trace those creative changes of meaning which, in psychoanalysis, really only open up new views on existing phenomena. Examples of this were Freud's extension of the terms "sexual" or "unconscious".

Jeg ønsker å bidra til det Dreher (2000; s. 164) beskriver som en «concept-reflecting discourse». En vesentlig del av en slik begreps-reflekterende diskurs, beskriver Dreher (2000; s. 165; kursiv i original) slik: «to *examine* concepts as to their adequacy and meaningfulness for clinical practice and if necessary, to make *proposals as to how they might be changed*». Dette er helt i tråd med mitt prosjekt i denne artikkelen.

Sandler (1983) beskriver i sin artikkel om forholdet mellom psykoanaly-

tiske begreper og psykoanalytisk praksis en idealtilstand der alle psykoanalytiske begreper bare har en eneste korrekt betydning. Men tilstanden til psykoanalytiske begreper er nok mer i tråd med Dreher (2000; s. 130) sin beskrivelse:

Here the concepts are semantically opaque, perhaps because the very subject matter, the human mind, is itself inherently opaque; or because the analyst as the subject who wants to know is initially still unsure when groping his way forward; but maybe also because existing psychoanalytic knowledge is not yet sufficient to achieve any kind of precision.

Utvikling av psykoanalytisk teori, ikke minst på bakgrunn av stadig nye oppdagelser i den psykoanalytiske klinikk, gjør at svært få psykoanalytiske begreper befinner seg i den idealtilstand som Sandler beskriver. Begrepene blir dratt i ulike retninger og får ny eller utvidet betydning. Sandler er klar over dette, og han beskriver hvordan begrepene får et «meningsområde» («meaning-space» eller «dimensions of meaning»; Sandler, 1983; s. 36) der begrepets elastisitet («elasticity»; Sandler, 1983; s. 35) er det primære. Et elastisk begrep er ikke et entydig og skarpt definert begrep, men et kontekst-avhengig og dynamisk konsept som kan tilpasse seg bruk i ulike situasjoner og av ulike brukere. At et begrep kan være elastisk, betyr at det kan ha flere meninger, men det betyr ikke at det kan ha alle meninger. Hvis et begrep får for mange betydninger, blir det utvannet og mister sin teoretiske og opplysende kraft. Et begrep må, selv om det er elastisk, begrenses på en eller annen måte. Her kan Herbert Blumers (1969) teori om “sensitiverende begreper” hjelpe oss. Blumer (1969; s. 148) sier at: «Whereas definitive concepts provide prescriptions of what to see, sensitizing concepts merely suggest directions along which to look.»

Jeg mener Bions begrep ‘Negativ kapasitet’ og mitt eget begrep ‘Positiv kapasitet’ er sensitiverende begreper. ‘Negativ kapasitet’ og ‘Positiv kapasitet’ er tett knyttet sammen, og ‘Positiv kapasitet’ er på mange måter avhengig av ‘Negativ kapasitet’.

Våre begreper påvirker hva vi ser og forstår, og hva vi ser, påvirker vår forståelse av begrepene. Denne vekselvirkning, eller “dialog med begrepet”, kan hjelpe oss med å reflektere over vår bruk av begrepet, samtidig som begrepet hjelper oss til å finne ut hvor vi skal lete for å utvikle vår teori videre. En slik hermeneutisk søken etter forståelse er, som Dreher (2000) sier, også påvirket av den som søker, det vil si den som gjennom sin bruk av et begrep ønsker å forstå fenomenene han er i og har rundt seg. Dette gjelder også min

bruk og forståelse av begrepet 'Negativ kapasitet' – den vil være åpen for diskusjon og vil kunne utvikle seg videre, for eksempel gjennom begrepet 'Positiv kapasitet'.

Innføringen av begrepet 'Positiv kapasitet' er gjort for å avklare og fremheve viktige aspekter ved 'Negativ kapasitet', og for å sette navn på en terapeutisk framgangsmåte som begrepet 'Negativ kapasitet' etter min mening ikke synes å dekke. Jeg vil forsøke å vise hvordan 'Negativ kapasitet' også kan inneholde problematiske sider eller sensitivisere i en uheldig retning. Jeg ønsker å vise hvordan én type forståelse av begrepet 'Negativ kapasitet', med noen barnepasienter, kan sensitivisere oss i feil retning, en retning som kan begrense vår mulighet til å hjelpe disse barna.

Dreher (2000; s. 162) sier: «Psychoanalytic concepts, then, must look for justification both in practice and in discourse.» Dette gjelder også for mitt begrep 'Positiv kapasitet', som må prøve sin verdi i praksis og i en faglig diskurs omkring fenomener og terapeutiske intervensjoner. Begrepet 'Positiv kapasitet' er ment å skulle beskrive. Mitt håp er at begrepet 'Positiv kapasitet' kan vise seg nyttig også for andre barneterapeuter, og at andre terapeuter vil bidra til en videre begrepsforskning omkring bruken av dette begrepet og dets sensitiviserende egenskaper.

Klinisk eksempel: Iqra²

Iqra var 9 år da hun begynte sin psykoanalytiske behandling. Hun hadde bak seg en historie med omfattende neglekt der hun stort sett hadde vært overlatt til seg selv. Hun hadde en litt yngre bror som var både fysisk og psykisk utviklingshemmet, og denne broren hadde tatt all oppmerksomhet og kraft fra foreldrene. Brorens tilstand og fungering var også en stor skuffelse og et stort nederlag for familien, og foreldrene ville ikke be om hjelp fra det offentlige fordi dette ble forbundet med skam. Iqra ble enten oversett, plassert på et rom alene for seg selv eller overlatt til en eldre kvinnelig slektning som nok ikke tok seg særlig godt av henne, men mer av plikt ga Iqra et minimum av mat og dekket hennes mest basale fysiske behov. Hun gikk heller ikke i barnehage, og hennes alvorlige situasjon ble ikke oppdaget før hun skulle begynne på skolen.

I starten var timene med Iqra preget av en tydelig umoden og understimulert ni-åring som var veldig medgjør og tilpasningsdyktig. Hun gjorde ti-

2. Eksempelen er anonymisert etter vanlige retningslinjer

mene til en søndagsskole for analytikerens der alt han sa ble tatt imot som om det var et pauli ord i en andakt. Det manglet bare at hun sa "takk og amen". Etter hvert ga dette analytikerens en følelse av å ikke være om bord i samme båt som Iqra, men mer av å se på en dokumentar om et barn alene i en båt. For analytikerens skapte dette en tilstand av frakopling og ro, ja nesten slik det er å sløve foran fjernsynet, mens man ser på et halvinteressant program. Denne frakopling og ro som analytikerens kunne oppleve i timene med Iqra, var på den ene siden behagelig, det er mer enn nok av pasienter som i løpet av en vanlig arbeidsdag uroer og plager analytikerens, og noen ganger er timer med "behagelige" pasienter kjærkomne pauser. Men på den andre siden, var det også noe kjedelig og fabrikkmessig over timene hennes.

Nesten umerkelig begynte Iqra å utfordre rammene. Analytikerens opplevde dette som noe livgivende og som en måte å få kontakt på. Analytikerens lot seg forføre av Iqras små og forsiktige rammebrudd; det ble for analytikerens en måte å slippe ut av en kjedsomhet som gradvis hadde satt seg fast i relasjonen til Iqra. Når Iqra ville låne noe fra kontoret eller se inn i et skap som pleier å være låst, så gikk analytikerens med på dette uten å forsøke å forstå (tolke) hva dette kunne handle om hos Iqra. Det var liksom ikke så mye det kunne handle om, det var bare det at nå skjedde det noe i timene, nå kom det et initiativ fra Iqra. Etter hvert ble hennes utprøving av rammene mer utfordrende, og hun kunne for eksempel plutselig si at hun ville "ut på tur", noe som innebar at hun forlot kontoret og gikk ned trappene og ut på parkeringsplassen. Analytikerens fulgte etter henne og stoppet henne når hun kom ut av huset, men jeg visste at hun tidligere flere ganger bare hadde gått av gårde hjemmefra og blitt borte uten at noen hadde lagt merke til det eller savnet henne. Når Iqra ble stoppet på parkeringsplassen, ble hun alltid med tilbake til kontoret, som velvilligheten selv, men etter en stund med den frakoplete væremåten på kontoret, kunne hun igjen bare åpne døren og gå av gårde. Det var som om en episode av denne dokumentaren om det ensomme barnet i båten nå var slutt for denne gang, og analytikerens kunne bare "zappe" videre på tv-kontrollen på leting etter et nytt program med den samme sløvende virkningen. Etter mange slike turer ut og inn av kontoret (det var for øvrig ingen som ventet på Iqra på venterommet, hun ble transportert i taxi til og fra timene sine, eller tok buss og T-bane alene) i en og samme time, etter omtrent et halvt års behandlingstid, fikk endelig analytikerens en oppvåkning og dermed kontakt med noe humant og menneskelig. Han ble irritert og mente at nå burde Iqra «gå i land» og være tilstede i timene her-og-nå på hans kontor. Han foreslo for Iqra at vi kunne

tegne båter og sammen finne ut hvem som kunne være om bord. Iqra samtykker på sin sedvanlige servile måte, men reiser seg ganske raskt og går sin vei. Analytikeren venter denne gangen litt lenger enn han pleier før han følger etter, kanskje det var en utagering av frustrasjonen i motoverføringen. Når han kommer ned trappen og ut på parkeringen, er Iqra borte, og dette gir analytikeren en meget ubehagelig og konkret erkjennelse av at et menneske er blitt borte, helt borte. Et barn uten plass i noens indre, kan leve rent fysisk, men er likevel grunnleggende ikke tilstede i verden. Analytikeren begynte å tenke på Ole Paus sin sang: "Jeg reiser alene". Den er om barn som reiser alene med fly mellom skilte foreldre. Paus (1994) beskriver rørende godt denne grunnleggende ikke-eksistens som mange barn befinner seg i, for eksempel i sangens refreng:

*Og under meg er hele jorden
der voksne og små barn har et hjem
men hvis du spør meg, om hvor jeg bor henn
så er det i SK-305*

Dette forteller oss noe om hvordan Iqra selv fra hun var bitte liten kronisk har blitt forlatt, men skal analytikeren make å formidle til henne at han forstår dette, behøves en felles frekvens, en samforståelse og et felles språk der analytikeren kan formidle dette til Iqra. Men fra sofakroken foran fjernsynet er det ikke så lett å formidle noe som helst til et barn i en båt langt ute på havet og i et program inni fjernsynet. Heldigvis hadde ikke Iqra kommet så veldig langt av gårde. Hun var ikke så stor av vekst og en eldre herre hadde sett henne forsvinne bak huset. Han sa: "det var et lite barn som gikk rundt hushjørnet her, hun leter vel etter sin mor der borte på butikken." Når analytikeren kommer rundt på baksiden, står Iqra og smiler. Han sier til Iqra: "Iqra, du trenger ikke lete mer, jeg er her og du er her også, vil du ut å gå, vil jeg være med deg og vil du være på kontoret så er du der sammen med meg, vi må være i samme båt." Vel oppe på kontoret igjen maktet analytikeren å formidle tydelig til Iqra at han ble redd da han ikke fant henne ute på parkeringen, og at det var vondt, men viktig, for det viste oss at det er mulig å være redd for hva som skjer med Iqra, hun kan være i noens indre. Jeg tror dette var første gang Iqra opplevde at noen var redd for henne, og det var kanskje dette hun søkte på sine turer ut av kontoret fordi det enda ikke var å finne inni analytikeren. Det at hun nå kunne ha en plass inni en annen, at en annen ble berørt når hun ble borte, er en helt grunnleggende human verdi, en positiv kapasitet.

Pasienten må vinnes tilbake til humaniteten

Barnepasienter med relasjonsskader kan ofte skape en ørken av meningsløshet og umenneskelighet rundt seg. Slike barn må vinnes tilbake til humaniteten. Mange av våre barnepasienter har med seg en bagasje og en utviklingshistorie som ikke bare ødelegger, men også skjuler for mer konstruktive utviklingsmuligheter som å kjenne håp og retning i livet. Den type kumulativ tidlig traumatisering og neglekt som vi kan se for oss i starten av livet til mange av barna vi møter i en barneanalyse, skaper først en desperasjon og deretter en kronisk apati. En slik omfattende skade både av selvet og det indre objektet gir en "chronic apathy about relating" (Alvarez, 2012; s. 21). Desperasjonen er et tilbakelagt stadium, og ingenting forventes mer av noen relasjon. Det er derfor ikke slik at alt livgivende projiseres inn i analytikeren som alene må bære håpet og livskraften fremover. Her snakker vi om en "addictive solution", sier Alvarez (2012; s. 24). Alt livgivende, alt humant skal og må ødelegges, ikke lagres (projiseres) et annet sted til pasienten er klar til å hente det tilbake. Eric Brenman (2006; s. 48) sier at den grusomhet som behøves for å ødelegge alt livgivende "has the function of squeezing out humanity and preventing human understanding from modifying the cruelty. The consequence of this process produces a cruelty which is 'inhuman'." Alvarez (2012; s. 25) konstaterer at dette er "work at the very foundation of human relatedness", og hun mener analytikeren aktivt må "reclaiming the child". "Reclaim" kan her bety å vinne barnet tilbake til humaniteten (restaurere eller reformere humaniteten i barnet).

Mot en inhuman grusomhet er det vanskelig å vite hva vi skal stille opp. Men vi må finne en måte å presse inn igjen humaniteten. Etter min mening er en vesentlig del av vår humanitet å skape mening. Med dårlige barnepasienter er det viktig å ikke bare skape mening, men å insistere på mening. Vi må som Alvarez (1992) sier, være et reelt objekt i den virkelige verden, aktivt engasjere oss i barnet og insistere på barnets moralske rett til en plass i humaniteten.

Bion (1965) beskriver hvordan mening er et grunnleggende psykologisk behov. Manglende mening vil på et primitivt nivå oppleves som en destruksjon og ikke som et nivå i utviklingen mot noe som skal komme. Spedbarnets projiserte dødsangst vil gjøres meningsfull av mor gjennom hennes transformasjon av dødsangsten til et ønske om å leve. Der mor ikke makter dette, og dødsangsten er sterk og vedvarende, vil evnen til å skape mening og til å holde ut å vente på mening, bli alvorlig skadet.

Med begrepet «epistemic trust» har Peter Fonagy (Allison & Fonagy, 2016)

beskrevet en livsnødvendig egenskap barnet trenger å utvikle i den tidligste relasjonen til omsorgspersonen. 'Epistemisk tillit' betyr tillit til at det i den andre, i mors indre, finnes en mulighet til å skape mening. Men der det lille barnet ikke får mulighet til å utvikle en 'epistemisk tillit', kan forståelsen av eget og andres mentale apparat bli svært begrenset. Jeg mener at der 'epistemisk tillit' er dårlig utviklet, får vi det samme kliniske bildet som beskrevet her, og terapeuten får det samme behovet for på en mer aktiv måte å skape mening. En 'positiv kapasitet' kan derfor noen ganger være nødvendig for å kunne starte utviklingen av en 'epistemisk tillit'.

Vi har ofte ingen tid å miste, det er som Torhild Leira (1993) sier: "en pre-kær indikasjon" for å gripe inn i situasjonen og hjelpe barnet. Min mening er at "aktiv" er det sentrale begrepet. Slike barn som beskrives her, kan ikke tåle en tilbakelent og mer passiv analytiker som i for stor grad har sin oppmerksomhet rettet mot et sted inni seg selv, der han tenker og føler og vurderer og holder ut. Analytikeren kan ikke bare bruke sin negative kapasitet til å vente på mening. Mening som er projisert bort eller begravet, kan graves frem igjen, mens mening som aldri har eksistert, må skapes mer aktivt. Det er ikke mulig å vente på mening som aldri har eksistert. Slike barn trenger at analytikeren tydelig møter dem med sin egen subjektivitet. Det vil si at han aktivt tilbyr seg selv og sin egen person i her-og-nå, ja ikke bare tilbyr, men også påtvinger seg barnet med en insistering på barnets menneskeverd, terapiens nødvendighet, håpets betydning og kjærlighetens helbredende kraft. Vi snakker ikke her om en mors- eller farskjærlighet, men om en medmenneskelighet som viser seg i det alltid tilstedeværende arbeidet med å skape og forsvare mening i enhver relasjon og i ethvert liv.

Parallelt med psykoterapeutens aktive arbeid med å skape mening og vinne barnet tilbake til humaniteten, må det åpenbart skje et arbeid i barnets livskontekst. Hvis vårt arbeid "at the very foundation of human relatedness", skal kunne sette i gang en livsnødvendig utvikling i barnet, må også barnets miljø være tilrettelagt for denne utviklingen. Hvordan dette gjøres i praksis, er utenfor denne artikkelen å beskrive, men det bør være åpenbart at et barn med en utviklingshistorie bestående av kumulative traumer og neglekt, må tilbys et oppvekstmiljø som kan gi psykisk næring til den helt grunnleggende oppgaven det er å vokse seg inn i humaniteten.

Negativ kapasitet kan overdrives

I barnepsykoanalyse med relasjonsskadede barnepasienter er det viktig å ikke

glemme hvor skadet pasienten faktisk er. Bare slik kan vi tolerere, kontaine og holde ut pasientens onnipotente, destruktive og foraktfulle væremåte (Brenman, 2006). Klein (1957) var tydelig på at analytikerens som et godt objekt kan rette opp mye der starten har vært mangelfull eller skadelig. Jeg er enig i at analytikerens utholdenhet og tilbud om en god relasjonserfaring er meget viktig for alle pasienter. Men Kleins ord om viktigheten av å være et "godt objekt" kan i kombinasjon med Bions begreper 'containment' og 'reverie' føre til at analytikerens overdriver sin negative kapasitet. Bell (2011; s. 99) beskriver hvordan en dyrking av analytikerens toleranse for 'ikke-viten' "can become transformed into the cult of the celebration of ignorance. Reticence and hesitancy³ as indicators of humility in the analyst can be idealised and made into something of an omnipotent cult among clinicians." Britton viser hvordan vår tro på en bedring hos pasienten gjennom vår nærmest rituelle dyrking av ikke-forståelse, kan føre galt av sted. Britton (2013; s. 318) sier:

Keats's phrase [negative capability], taken from one of his letters has become iconic in some Bion-admiring circles, and by its associations it can give the expectation of an analyst providing non-understanding as a poetic, meditative pause.

Istedenfor denne poetisk meditative tilstand, vil Britton heller beskrive "the persecutory quality of such a countertransference state" (s. 318), som noen pasienter kan skape i analytikerens, ikke minst barnepasienter. Negativ kapasitet blir her ikke en meditativ pause, men en forferdelig persekutorisk smerte. Barneanalytikerens relasjon til sine pasienter kjennetegnes ikke alltid av meditativ ettertanke, men av sterke og ofte primitive tilstander av frykt og hat, så sterke at det noen ganger er nesten umulig å ikke utagere eller sette opp et primitivt forsvar mot det analytikerens utsettes for.

Poenget er at analytikerens meget vel kan ha evnen til reverie og negativ kapasitet, men ikke til å transformere det som oppstår i hans reverie til noe meningsbærende for pasienten. Bion (1965) mente at vi transformerte våre indre erfaringer og tilstander hele tiden, men at vi ikke alltid maktet å bruke dette til å formidle og forstå sannheten. Jeg tror en positiv kapasitet noen ganger er nødvendig for å kunne transformere og formidle analytikerens reverie og negativ kapasitet til noe meningsbærende for pasienten.

Negativ kapasitet må kombineres med en positiv kapasitet. Analytikerens

3. Oversatt: tilbakeholdenhet og nøling

må ikke bare ha evnen til å holde ut 'ikke-viten' og dyptgripende usikkerhet – han må også kunne tilføre en personlig forankret mening. 'Containment' må kombineres med 'reclaiming'. Den rommende og utholdende analytiker må ikke bare fordøye alle pasientens projeksjoner, men han må også noen ganger vekke og styre pasienten vekk fra dem. Jeg tror vi trenger det Alvarez (2012; s. 5) kaller en "intensified transformation".

Analytikeren må forsvare terapien og seg selv

Winnicott (1949) sier at noen ganger er det viktigste analytikeren kan gjøre for pasienten, å overleve pasientens destruktive angrep. Sett fra analytikerens ståsted: "survival was the name of the game", for å si det med Britton (2013; s. 317).

Med relasjonsskadede barnepasienter inneholder analysen ofte både verbale, psykiske og fysiske angrep som også kan være farlige. Barneanalytikeren må derfor kunne stå opp for sitt eget helbred. Det er snakk om både et fysisk og et psykisk forsvar. Barneanalytikeren må være tydelig på når han opplever at pasientens angrep er åpenbart urimelige, når barnets negativitet og mobbing ikke bare har en proaktiv eller evakuerende funksjon. Når barnet for eksempel kommer til sin time etter å ha vært i en konflikt på skolen og er opprørt og sint, og tar dette ut på analytikeren, er det primære å kunne romme dette og forsøke å formidle små doser av forståelse og støtte. Men når barnets massive angrep på analytikeren og analytikerens forsøk på å etablere en emosjonell og containende link til barnet, primært har preg av formålsløs og repetitiv ødeleggelse og blir en henfallen væremåte heller enn en kommunikasjonsform, da bør barneanalytikeren etter hvert forsøke å begrense og stoppe dette. Det blir som Alvarez (2012; s. 21) sier: "we must ascertain how long we should go on playing the part of the victim that the abused child once was (and for a while needs us to be), and when we should start showing the resistance he was unable to muster."

Noen ganger må barneanalytikeren, for å kunne overleve analysen, legge inn pauser i den mentale fordøyelsesprosessen (negative kapasitet) barnet krever av ham (Våpenstad, 2014, 2017). Skal vi kunne kontaine det mange barnepasienter utsetter oss for, må vi bære dette ofte over lang tid uten å kunne gi noe som helst tilbake (Britton, 1992; Joseph, 1978) og uten at pasienten på noen måte forstår (og enda mindre verdsetter) hva vi gjør for henne. Vi må tillate at vårt reverie blir både kaotisk, primitivt og ubehagelig. Samtidig tror jeg vi trenger tid til en viss rekonvalesens, til å gjenvinne oss selv og vår egen mentale balanse. Bion (1962) understreker det primære i å fordøye våre erfa-

ringer. Utviklingspsykologisk forskning (Brazelton, Koslowski & Main, 1974) har vist hvordan spedbarnet både må fordøye, men også få fred fra sine interpersonlige erfaringer til å kunne "komme seg igjen". Dette tror jeg gjelder for analytikere også. Den primære rekonvalesens vil skje mellom timene, men med noen barnepasienter blir det også nødvendig i timene. Dette kan konkret skje for eksempel ved å reise seg og gå bort til vinduet og se ut en liten stund. Jeg har også brukt reverie-musikk (Våpenstad, 2014) til denne pause-funksjonen. Jeg tror dette behovet for pauser fra sterke interpersonlige erfaringer, er noe mange barnepasienter selv ikke har fått tilstrekkelig ivaretatt i sin tidligste levetid, og at analytikerens noen ganger imperative følelse av å trenge slike pauser, er barnets måte å fortelle ham dette på. Her blir denne pause-funksjonen et eksempel på bevegelsen mellom 'negativ kapasitet' og 'positiv kapasitet'. 'Negativ kapasitet' forhindrer at det kaotiske og ubehagelige i analytikerens utageres på en skadelig måte, og 'positiv kapasitet' er det aktive og ivaretagende i å reise seg og gå bort til vinduet, i å tydelig ta vare på seg selv.

Bevare analytikerens vitalitet – øke analytikerens spontanitet

Sammen med nødvendigheten av å forsvare seg er det også viktig å fremstå på en mer vital og levende måte i relasjonen til dårlige og utfordrende barnepasienter. Alvarez (2012; s. 5) snakker om en "vitalizing activity" i arbeidet med denne type pasienter. Barneanalytikeren kan ofte kjenne et sterkt behov for en "act of freedom" (Symington, 1986), og dette kan være det "stikkordet" analytikeren trenger for å begynne å kjempe seg frem til en mer spontan måte å være på.

En viktig spontanitetskanal har for meg vært en etter hvert utstrakt bruk av mitt musikk-reverie (Våpenstad, 2014). I arbeidet med utfordrende barnepasienter tillater jeg at den musikken som tidligere primært hadde en indre reverie eller pausefunksjon, nå også kan komme ut og bli til lyd og bevegelse i rommet. Jeg kan nynne og tralle musikkstrofer og tromme rytmer med fingrene på bordet eller med føttene på gulvet. Eigen (1999; s. 82) sier at "Very often deeply damaged people reach for something musical in the therapist, and hope that the latter will respond to something deeply musical in themselves." Di Benedetto (2005) beskriver hvordan det han kaller et 'akustisk reverie' kan transformere sensoriske stimuli og indre forestillinger til lyd som videre blir forløperen til et verbalt språk i analysen. På denne måten bidrar musikk til den kreative intuisjon (spontanitet) som er nødvendig for å løse de vanskeligste kliniske situasjoner. Det som er umulig å tenke, blir likevel mulig å uttrykke gjennom musikken.

Vi må skille mellom livgivende spontanitet og impulsiv utagering

Klauber (1981, 1987) skiller mellom spontanitet og impulsivitet. Han understreker at det er nødvendig å først lære seg ordentlig den grunnleggende psykoanalytiske teknikken. Men som Kennedy (1998) sier, er en spontan respons noen ganger den eneste eller den mest effektive måten å få frem dypt ubevisst materiale eller bringe terapien ut av en fastlåst situasjon. Dette gjelder ikke minst i psykoterapi og psykoanalyse med barn (Våpenstad, 2014, 2015, 2017).

Mer spontanitet kan bety mindre refleksjon og mer agering. Dette dilemma vil alltid være der. Analytikerens intervensjoner vil, som Hoffman (1998) sier, alltid bevege seg på et kontinuum mellom å være en respons på press fra pasienten og uttrykk for noe eget i analytikerens. Polene i dette kontinuum forholder seg til hverandre som figur og grunn. Hoffman (s. 186) sier at: "What appears to be responsive to pressure from the patient is also, in the background, expressive of something within the analyst, and what appears to be the analyst's spontaneous initiative is also, in the background, responsive to something in the patient." I mange barneanalyser kan spontanitet og en øket bruk av det intuitive, bli en måte å bevare analytikerens vitalitet på. Dette er en vitalitet som er nødvendig for å kunne reflektere og kontaine. Jeg mener som Maroda (2002; s. 107) at en eksponering av analytikerens affektive respons blir viktig fordi "the analyst to attempt to stifle her naturally occurring emotional responses is to deprive the patient of exactly what he is desperately seeking." I psykoterapeutisk behandling av utfordrende og skadede barnepasienter kan jeg bli en "vill" analytiker som ikke bare analyserer. En av disse "ville" analytikerne, Ferenczi (1933), advarte mot det re-traumatiske aspekt i en altfor forsiktig psykoanalytisk teknikk.

Det er en etablert forståelse (som jeg er helt enig i) av psykoanalytisk teknikk at analytikerens overreaksjon på pasientens omfattende projeksjoner kan forstyrre det analytiske arbeidet. Men, som Alvarez (1996; s. 117) sier: "under-reaction has perhaps been less well explored as a technical problem". Det kan være en fare for at den aktive analytiker forfører barnet. Men jeg tror at det i flere barneanalyser og terapier handler mer om å bli attraktiv nok til å vekke barnets interesse for en livsnødvendig link til analytikerens reverie, og derigjennom til det livgivende i menneskelige relasjoner.

Klauber (1981; s. 116) har et viktig poeng når han sier at "Spontaneous exchanges humanize the analytical relationship... It is this human quality of the relationship which is the antidote to the traumatic quality of transference". I den analytiske behandlingen av utfordrende og dårlige barnepasienter

er det et hovedmål å vinne pasienten tilbake til humaniteten, og det er derfor nødvendig med en motgift til det traumatiske i både overføring og motoverføring. Vi må forstå at en (standard) psykoanalyse kan være en traumatisk påkjenning for både pasient og analytiker. For meg blir en øket spontanitet ofte en måte å bevare egen humanitet og å motvirke slike barnepasienters dehumaniserende 'Attacks on Linking' (Bion, 1959; Våpenstad, 2017).

Bion (1965, 1967) beskriver flere steder viktigheten av analytikerens intuitive forståelse og spontane kommunikasjon av denne forståelsen. Vi har her å gjøre med et hermeneutisk prinsipp: observatøren vil påvirke det observerte. Her utvider jeg dette prinsippet til å være et aktivt prinsipp, ikke bare en passiv erkjennelse av en uunngåelig vitenskapelig "metodefeil". En 'positiv kapasitet' inneholder en aktiv intuitiv påvirkning som et nødvendig bidrag i en psykisk førstehjelp. Vi kan snakke om en "psykisk hjertemassasje" der analytikerens må presse pasientens mentale brystkasse tydelig sammen for at pasientens menneskelighet skal begynne å "pumpe" igjen for egen maskin.

Om å leve med pasienten og å skape et mentalt hjem (a home for the mind)

Med Iqra ble det en overordnet målsetting å skape et mentalt hjem, et sted i rommet, i terapien og i analytikerens der hennes rudimentære, forstyrrede og skjøre sinn kunne flytte inn og starte å vokse igjen. For å bygge et slikt mentalt hjem må vi ha tydelige rammer, men også en tydelig medmenneskelighet. Dette kan beskrives som en intensiv markedsføring av en relasjon eller av et intersubjektivt møtested der både barnets og analytikerens subjektivitet kan settes i bevegelse (Slavin & Kriegman, 1998).

I vårt mentale hjem (mind) håper vi at våre barnepasienter kan finne tilbake til "needed but missing or damaged-beyond-repair parts of their own minds." (Spezzano, 2007; s. 1581). Skal vi få til dette må vi forsøke å vekke barnets interesse for vårt mentale apparat og hvordan dette fungerer. Spezzano (2007; s. 1571) sier at: "When we talk spontaneously, the patient gets to see the kind of place in which he or she is being invited to live for a while and do the work the patient has come to us to do."

En viktig del av en slik vekkelse er at pasienten får oppleve hvordan noe kan ha stor betydning for en annen, at noe kan være veldig viktig for analytikerens. Alvarez (2012; s. 11) sier at: "certain patients need to be helped to be able to feel and to find meaning, sometimes via an experience that something matters imperatively to someone else". Hvis analytikerens på en tydelig, sub-

jektivt forankret og autentisk måte kan vise barnet at behandlingen virkelig betyr noe også for analytikeren, så vil dette kunne vekke barnet og bringe det tilbake på sporet mot en posisjon der relasjoner igjen kan gi livsviktig mental næring. Jeg tror en slik tydelighet fra analytikeren noen ganger må komme uten at fornuften og det rasjonelle i for stor grad er koplet inn som kontrollinstans. Når vi slipper vår spontanitet til på denne måten, tror jeg likevel at det er en ubevisst kontroll tilstede, en ubevisst motivasjon bygget på en dyp og inderlig medfølelse hos analytikeren for barnets vanskelige situasjon. Dette er dermed også et verdispørsmål, altså et moralsk spørsmål som handler om hva som fremmer det som er godt for mennesker i konkrete situasjoner. Her er koplingen til analytikerens praktiske kunnskap (Fronesis). Den ubevisste empati-termostaten vil hjelpe analytikeren til å finne den riktige temperaturen, en temperatur som har flere kilder (også verdibaserte) og som med noen barnepasienter må være noen grader varmere enn det som er typisk i den tradisjonelle teknikken. Noen grader varmere betyr ikke at det koker over, dette er en gradestokk, ikke en dikotom variabel. Det handler om et temperert nærvær, en evig bevegelse mellom negativ kapasitet og positiv kapasitet, slik også Ferro (2011) beskriver det.

Barneanalytikerens praktiske kunnskap (fronesis) kjennetegnes absolutt av en evne til ikke-viten (negativ kapasitet). Men den viser seg også som en måte å kunne bruke denne ikke-viten gjennom en tydelig fremvisning av en livgivende nysgjerrighet og et ønske om å få vite. Livgivende nysgjerrighet er en aktiv meningssøkende kapasitet preget av intuisjon og spontanitet, og kan bedre beskrives som en 'positiv kapasitet'. Det handler om å finne den riktige temperaturen. Å finne den riktige temperaturen i en barneanalyse er ikke noe som kan bestemmes på forhånd for eksempel gjennom en diagnostisk utredning av barnet, men må oppdages og justeres underveis. Nettopp denne nysgjerrige, intuitive og aktive leting etter en riktig temperatur, sammen med barnet, er den terapeutiske helbredelsesprosess i mange barnepsykoanalyser.

Referanser

- Allison, E. & Fonagy, P. (2016). When is truth relevant? *Psychoanalytic Quarterly*, 85, 275-303.
- Alvarez, A. (1992). *Live company*. London: Routledge.
- Alvarez, A. (1996). Different uses of the countertransference with neurotic, borderline and psychotic patients. I Tsiantis, J., Sandler, A.-M., Anastasopoulos, D., & Martindale, B. (Red.), *Countertransference in psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents* (s. 111-123). London: Karnac Books.

- Alvarez, A. (2012). *The thinking heart*. London: Routledge.
- Bell, D. (2011). Bion: the phenomenologist of loss. I C. Mawson (Red.), *Bion Today* (s. 81-101). London: Routledge.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on Linking. I W. R. Bion, *Second Thoughts* (s. 93-109). London: Karnac Books, 1967.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations*. London: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts*. London: Karnac Books.
- Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation*. New York: Jason Aronson.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. Berkeley: University of California Press.
- Bohleber, W. (2010). *Destructiveness, intersubjectivity and trauma*. London: Karnac Books.
- Brazelton, T. B., Koslowski, B. & Main, M. (1974). The origins of reciprocity: the early mother-infant interaction. I M. Lewis & L. A. Rosenblum (Red.), *The effect of the infant on its caregivers* (s. 49-77). London: Wiley.
- Brenman, E. (2006). *Recovery of the lost good object*. London: Routledge.
- Britton, R. (1992). Keeping things in mind. I R. Anderson (Red.), *Clinical lectures on Klein and Bion* (s. 102-113). London: Routledge.
- Britton, R. (2013). Commentary on three papers by Wilfred R. Bion. *Psychoanalytic Quarterly*, 82, 311-321.
- Di Benedetto, A. (2005). *Before words. Psychoanalytic listening to the unsaid through the medium of art*. London: Free Association Books.
- Dreher, A. U. (2000). *Foundations for conceptual research in psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Eigen, M. (1999). *Toxic nourishment*. London: Karnac Books.
- Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between adults and the child. I S. Ferenczi, *Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis* (s. 156-167). London: Karnac Books, 2002.
- Ferro, A. (1999). *The bi-personal field. Experiences in Child Analysis*. London: Routledge.
- Ferro, A. (2011). Clinical implications of Bion's thought. I C. Mawson (Red.), *Bion Today* (s. 155-172). London: Routledge.
- Ferro, A. & Basile, R. (Red.), (2009). *The Analytic Field. A Clinical Concept*. London: Karnac Books.
- Fosha, D., Siegel, D. J. & Solomon, M. F. (Red.), (2009). *The healing power of emotion*. New York: W. W. Norton.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Joseph, B. (1978). Different types of anxiety and their handling in the analytic situation. I M. Feldman & E. B. Spillius (Red.), *Psychic equilibrium and psychic change. Selected papers of Betty Joseph* (s. 106-115). London: Routledge, 1989.
- Kennedy, R. (1998). *The elusive human subject. A psychoanalytic theory of subject relations*. London: Free Association Books.
- Klauber, J. (1981). *Difficulties in the analytic encounter*. London: Karnac Books.
- Klauber, J. (1987). *Illusion and spontaneity in psychoanalysis*. London: Free Association Books.
- Klein, M. (1957). Envy and gratitude. I M. Klein. *Envy and gratitude and other works* (s. 176-235). London: Vintage, 1997.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (Sixth edition)*. Hoboken, NJ: Wiley.

- Leira, T. (1993). Psykoanalytisk barneterapi – noen synspunkter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 30, 20-29.
- Lopez-Corvo, R. E. (2003). *The dictionary of the work of W. R. Bion*. London: Karnac Books.
- Maroda, K. (2002). No place to hide: Affectivity, the unconscious, and the development of relational techniques. *Contemporary Psychoanalysis*, 38, 101-120.
- Mawson, C. (2011). *Bion Today*. London: Routledge.
- Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Nesic-Vuckovic, T. & Urwin, C. (2009). *Child psychotherapy and research*. London: Routledge.
- Narvaez, D., Panksepp, J., Schore, A. N. & Gleason, T. R. (Red.), (2013). *Evolution, early experience and human development*. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Red.), (2011). *Psychotherapy relationships that work (Second edition)*. Oxford: Oxford University Press.
- Paus, O. (1994). *Hjemmevant. Utenfor*. Oslo: Warner/Chappell Music Norway AS.
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 35-45.
- Slavin, M. O. & Kriegman, D. (1998). Why the analyst needs to change: Toward a theory of conflict, negotiation, and mutual influence in the therapeutic process. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 247-284.
- Spezzano, C. (2007). A Home for the Mind. *Psychoanalytic Quarterly*, 76S, 1563-1583.
- Symington, N. (1986). The analyst's act of freedom as agent of therapeutic change. I G. Kohon (Red.), *The British school of psychoanalysis. The Independent tradition* (s. 253 – 270). London: Free Association Books.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York: W. W. Norton.
- Tubert-Oklander, J. (2013). *Theory of psychoanalytical practice. A relational approach*. London: Karnac Books.
- Tublin, S. (2011). Discipline and Freedom in Relational Technique. *Contemporary Psychoanalysis*, 47, 519-546.
- Våpenstad, E. V. (2011). *Det tempererte nærvær. En teoretisk undersøkelse av psykoterapeutens subjektivitet i psykoanalyse og psykoanalytisk psykoterapi*. Universitetet i Bergen 2011 (ISBN 978-82-308-1732-2). Doktorgradsavhandling.
- Våpenstad, E. V. (2013). Med ryggen mot veggen. Om psykoterapeutens strev i behandlingen av alvorlig traumatiserte barn. *Matrix*, 30, 4-23.
- Våpenstad, E. V. (2014). On the psychoanalyst's reverie. From Bion to Bach. *International Forum of Psychoanalysis*, 23, 161-170.
- Våpenstad, E. V. (2015). Spontanitet i psykoanalytisk orientert arbeid med barn og familier. *Mellanrummet*, 32, 5-15.
- Våpenstad, E. V. (2017). Attack and Defence: from "Attacks on Linking" to "Positive Capability" in a Child Psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 34, 290-299.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.

Abstract

The author wishes to introduce the concept of 'Positive Capability' to describe and operationalize the movement by the analyst to become more actively present. A more active and subjectively present analyst marks modern child psychoanalysis. Today's child

therapists treat children with earlier and cumulative relationell damages. This group of patients need the therapist to structure and add something to their relationship. The concept of 'Positive Capability' creates a dialectic with the central psychoanalytic concept of 'Negative Capability' by Bion. Negative capability will still be a central part of the psychotherapeutic work with children but will in the work with early relationell trauma need an addition. This addition may be defined as 'Positive Capability'.

Key words: Negative capability, Positive capability, child psychotherapy, active.

Når begjæret mangler grenser Om incestuøse forbindelser, makt og sårbarhet

Cecilie Hillestad Hoff¹

Sammendrag

I den danske filmen *Dronningen* (2019) møter vi Anne, en kvinne i 40-årene som sammen med mannen Peter og deres to tvillingdøtre bor i et luksuriøst hjem utenfor København. Men så flytter Peters 17 år gamle sønn Gustav inn. Og idét Anne begjærlig forfører sin unge stesønn, setter hun alt på spill. Med utgangspunkt i psykoanalytisk utviklingsteori ser essayet nærmere på Annes begjær etter sin unge stesønn, som tydelig vekker noe fremmed og ukjent i henne. Videre utforsker forfatteren Annes indre dynamikk, som ser ut til å være preget av repetisjon heller enn utvikling, og løfter frem hvordan dette kan ha vært med på å hindre en voksen seksualitet i å ta form i henne.

Innledning

I den danske filmen *Dronningen* (2019), regissert av May el-Toukhy, møter vi

1. Cecilie Hillestad Hoff, psykolog/PhD – stipendiat ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Kandidat ved Norsk Psykoanalytisk Institutt. Mail: cechoff@gmail.com

Anne, en kvinne i 40-årene som sammen med mannen Peter og deres to tvillingdøtre bor i et luksuriøst hjem utenfor København. Anne driver et advokatfirma som særlig jobber med barn og unge, og der flere av klientene er unge jenter som er utsatt for ulike former for overgrep. Ekteskapet med Peter er tilsynelatende harmonisk. Men så flytter Peters 17 år gamle sønn Gustav inn. Og idet Anne begjærlig forfører sin unge stesønn, åpner hun opp for ukjente og destruktive krefter som setter alt på spill, både for henne selv og de rundt henne. Filmen har mottatt priser både under filmfestivalen i Gøteborg og Sundance Film Festival, og vant i 2019 Nordisk Råds Filmpris.

I det følgende vil jeg, med utgangspunkt i psykoanalytisk tenkning, utforske Annes begjær etter sin unge stesønn, som ser ut til å vekke noe fremmed og uregjerlig i henne, og som setter den ellers så rasjonelle kvinnen ut av spill. Jeg vil trekke inn psykoanalysens driftsbegrep, og utforske i hvilken grad et slikt perspektiv kan hjelpe oss med å forstå hva som skjer med Anne. Jeg vil også argumentere for at deler av Annes utvikling ser ut til å være preget av repetisjon heller enn utvikling, og at dette har hindret en voksen seksualitet i å ta form i henne.

Den infantile sensualiteten

Freud var som kjent opptatt av seksualitet. Og han var en radikal tenker; han utfordret folks oppfatning av seksualiteten på flere nivåer. Særlig utfordret han den tanken at seksualiteten er ikke-eksisterende frem til et visst punkt i menneskets liv, for så å våkne til live. Freud (1905) forstod seksualiteten som en grunnleggende drift som er tilstede i oss fra livets begynnelse. Barnets seksualitet, mente han, kommer til uttrykk gjennom ulike behov for sanselige opplevelser. Tenk på barnet som intenst suger på tommelen, eller smokken, for eksempel, og nekter å gi slipp. Eller barnet som med blussende kinn ligger ved mors bryst, helt absorbert av nytelsen. Freud så dette som en slags urscene for opplevelsen av tilfredsstillelse, som vi gjennom hele livet et sted i oss lengter tilbake til.

Tanken om en slik tidlig seksualitet er for mange fremmed. Psykoanalysen blir ofte karikert som ensidig opptatt av seksualiteten – mye med rette. Men jeg tenker også at vi her kan snakke litt forbi hverandre. Vi snakker nemlig om ulike former for seksualitet. For når vi innen den psykoanalytiske tenkningen er opptatt av en *infantil seksualitet* er dette noe kvalitativt annet enn en mer voksen form for seksualitet. Som den norske psykoanalytikeren Siri Gullestad (2019) påpeker bør vi kanskje heller snakke om en infantil sensua-

litet - det fanger bedre inn betydningen av begrepet, og tydeliggjør at det er en vesentlig forskjell mellom barnets lyst og den voksne seksuelle lysten.

Tenkningen om menneskets utvikling har innen psykoanalysen endret seg siden Freuds tid. Gjennom tilknytningsteorien, med Bowlby i spissen, og objektrelasjonsperspektivet, med kjente navn som Klein, Fairbairn og Winnicott, er betydningen av individets tilknytningsbehov løftet frem som en sentral drivkraft bak utviklingen. Vi drives ikke bare av en seksuell drift, men også av et grunnleggende behov for å knytte oss til andre. Disse tilknytningsbehovene er inkorporert i dagens psykoanalytiske utviklingsteori. Noen vil hevde at behovet for tilknytning har fått for stor plass innen dagens psykoanalyse, og at tenkningen om drift blir skjøvet ut til fordel for tilknytningsperspektivet. Det foregår innenfor den psykoanalytiske diskursen i dag en debatt om dette, der tilhengere av et mer tilknytningsorientert perspektiv vil fremheve tanken om en seksuell drift som gammeldags, reduserende og utdatert, mens de som holder fast ved betydningen av et begrep om drift peker på at vi ved å utvanne eller gå vekk fra driftstanken vil miste noe vesentlig som omhandler menneskets utvikling og psykologi.

I Norge har den faglige uenigheten rundt drift og relasjon kommet til uttrykk gjennom en diskusjon mellom to kjente skikkelser innenfor fagfeltet, psykoanalytikeren Siri Gullestad, som forsvarer av driftsbegrepet, og psykiateren Sigmund Karterud, som hevder at begrepet er gått ut på dato. Debatten, som foregikk i Psykologi, tidsskrift for Norsk Psykologforening, ble løftet frem i media da parterapeuten Sissel Gran skrev om dette i Morgenbladet (Gran, 2019). Her fremhevet hun hvordan hun har strevd med å forstå alt det hun gjennom sitt virke som parterapeut møter av villskap og begjær på ville veier – utroskapens psykologi. Hun konkluderer med at hun må vende seg til psykoanalysen, og driftsbegrepet, for å finne et svar.

Hos Freud befinner driften seg et sted i grenselandet mellom kropp og psyke (Freud, 1905, s. 168). Den kan oppleves fremmed; av og til skremmende, men tidvis også forlokkende. Den eksisterer i oss som noe eget, *uavhengig* av objektet. Og dette ser vi jo, i klinikken, men også andre steder, at begjæret på den ene siden og behovet for tilknytning på den andre, ofte kan gå i hver sin retning. *Den de elsker begjærer de ikke, og den de begjærer elsker de ikke*, skriver Freud (1912, s. 183). Han sikter her til hvordan det hos noen kan oppstå en sammenblanding av det infantile begjæret og den voksne seksualiteten, og hvordan dette kan føre til at kjærlighet og begjær ikke kan integreres i relasjonen til en og samme person. For å forstå kompleksiteten i dette mener jeg vi trenger et begrep både om drift og om tilknytning. Og jeg skal argumentere

for at diftsbegrepet kan gi oss et utgangspunkt for å forstå litt mer av det som foregår i Anne.

Det ødipale dramaet

Tanken om en infantil sensualitet henger nært sammen med forståelsen av *det ødipale* som en grunnleggende konflikt hos alle mennesker (Freud, 1900). Som en kjerne i det ødipale dramaet ligger tanken om mor som barnets første kjærlighetsobjekt. Hele livet, mente Freud, leter vi etter noe som likner på eller minner om det primære kjærlighetsobjektet. På poetisk vis konkluderer han med at "å finne et objekt er å gjenfinne det" (Freud, 1905, s. 222, min oversettelse). Det ødipale dramaet rommer potensialet for kreativitet, skapelse og utvikling, men er samtidig et mytisk uttrykk for menneskets iboende ensomhet og utenforskap, der vi alle må finne ut av vår plass i den trekanten vi med nødvendighet fødes inn i. En viktig drivkraft i den ødipale konflikten er at barnet begynner å lure på sin egen opprinnelse. Hvordan blir egentlig babyer til? For å finne svaret drives barnet av en nysgjerrighet, som jo ligger til grunn for å lære nye ting og å utvikle seg.

Pushwagners bilde *What's happening* fanger på glitrende vis inn dette synes jeg, der en svartfarget barneskikkelse står med bamsen i armen og forsøker å åpne døren til det jeg ser for meg er foreldrenes soverom – selvsagt mot en knallrosa bakgrunn. Jeg lar meg stadig fascinere av hvordan barn, når de først har begynt å lure på hvor de selv kommer fra, spør - med en standhaftighet - til de får vite sannheten. De avslører med letthet alle former for bortforklaringer og fordreininger, og roer seg ikke før de har fått svaret. Men så, i det de forstår hvordan deres egen tilblivelse henger sammen med en intimitet mellom foreldrene som de selv ikke kan være en del av, ja da følger en eksistensiell krise, en grunnleggende opplevelse av å være utestengt og utenfor. Det handler om å erkjenne at mor og far deler noe som barnet selv ikke kan være en del av. Og dette er en realitet som er smertefull å ta inn.

Den ødipale konflikten blir således en dypt menneskelig konflikt mellom det å erkjenne realiteten, og det å fordreie eller fornekte den. At barnet finner en løsning på konflikten blir grunnleggende for den videre utviklingen, både emosjonelt, kognitivt og seksuelt. I følge Freud ligger løsningen i at barnet identifiserer seg med forelderen av samme kjønn, og på den måten tåler foreldrenes intime relasjon og sitt eget utenforskap. Når barnet har gjennomlevet dette dramaet er den ødipale konflikten transcendent. Den går i oppløsning, og barnet kan i sin videre utvikling leve med sitt utenforskap. Som ledd i

Når begjæret mangler grenser

denne utviklingen vil også seksualiteten anta en mer moden form, der respekten for generasjonsforskjeller etableres. Slik blir avgrensede kjærlighetsforhold mellom to voksne mennesker både mulig og naturlig. Løsningen på den ødipale konflikten fører, for å si det med Jacques Lacan, til etableringen av en barriere mot incest (Lacan, 1966/2015).

Men så går det jo ikke alltid så vel.Psykoanalysen rommer en teori både om normalutvikling og om skjevutvikling. Og en grunnleggende tanke er at mennesket fra første stund utvikler seg i relasjon til *en annen*. Som Winnicott (1960) skriver: "There is no such thing as an infant". (s. 587). Han viser med det til hvordan det lille barnet fullt og helt er prisgitt en annen for å overleve. Og *kvaliteten* ved denne relasjonen er avgjørende for barnets utvikling. For at barnet skal kunne finne ut av seg selv og gjennomleve det ødipale dramaet, trenger det trygge voksne å speile seg i, som kan ta i mot og romme barnets følelser slik at barnet gradvis selv blir trygg nok til å utforske og regulere sitt eget indre liv, sin egen kropp og sine egne lyster. I møte med pasienter synes jeg å se hvordan det å ha hatt foreldre som på ulike måter har et uavklart eller lite avgrenset forhold til sin egen kropp eller til det seksuelle, ofte kan skape en sterk utrygghet hos barna, som setter spor i utviklingen og som kan føre med seg ulike former for seksuelle vansker. Det er altså ikke bare de som selv er utsatt for overgrep som kan streve med sin egen seksualitet, men også de som har levd med en utrygghet rundt dette i sine nære relasjoner.

Anne og Gustav

Så til filmen. Når Gustav kommer for å flytte inn hos Anne og Peter forstår vi at han har strevd, både med forholdet til moren og med skolen. Anne tar i mot ham med varme og omsorg, og forsøker å hjelpe Gustav med å finne seg til rette i det nye familielivet. Men Gustav er utilpass, og det er tydelig vanskelig for ham å falle til ro. Han stjeler en rekke ting fra huset, og lar det fremstå som et innbrudd. Det er som om han vil ødelegge idyllen som preger familien. Når Anne så oppdager at det er Gustav som står bak innbruddet dekker hun over for ham, og benytter anledningen til å stille krav til at han skal ta seg sammen. Hva slags relasjon er det vi her blir vitne til? Er det et avgrenset forhold, der Anne er den voksne som setter grenser, og Gustav er den som utfordrer dem? Eller kan vi allerede her fornemme konturene av det som skal utvikle seg til et grovt maktmisbruk? For ville ikke det mest naturlige for Anne være å innlemme Peter i det som har skjedd? Når Anne velger å la hendelsen bli mellom henne og Gustav skaper hun samtidig en

allianse med gutten, der hun sitter med makten og han er prisgitt hennes handlinger.

Gradvis er det så noe som endres mellom de to. I en scene sitter Anne alene hjemme om kvelden med et glass vin, og Gustav kommer hjem med den jevnaldrende og flotte Amanda. De to har en flørtende tone seg i mellom, noe som tydelig blir vanskelig for Anne. Når de unge går ovenpå, og Anne etter hvert hører at de har sex, fremstår hun ensom og plaget. Idet hun døyver sine følelser med grådige slurker hvitvin, opplever jeg at filmen når et dreiningspunkt der begjæret tydelig er vekket i Anne, og det ikke er noen vei tilbake.

I etterkant av møtet med Gustav og Amanda retter Anne først begjæret mot ektemannen Peter. Han, derimot, har oppmerksomheten rettet mot arbeidet, og lar henne dessuten få vite at han skal reise bort med jobb i helgen. Vi forstår at Anne føler seg avvist. Det hviler en tomhet mellom de to. Som om det er en flathet i alt det vellykkede. Kanskje har det ikke vært plass til så mye lidenskap og begjær i forholdet. Senere, når Anne og Gustav er ved sjøen og bader med tvillingjentene, er det en mer åpenlyst flørtende tone mellom Anne og stesønnen. Anne tar Gustavs utfordring om å bade, noe vi gjennom datterens kommentar får vite at hun aldri gjør. Det er som om vi fornemmer at Anne er i ferd med å kaste seg ut i noe nytt. Når de kommer hjem, Gustav bærer en av tvillingene sovende inn fra bilen og de to etterpå sitter i stua og prater, er det som om Gustav har tatt farens plass.

Under et påfølgende selskap i hagen forstår vi tydelig at Anne er utilpass. Igjen drikker hun grådig av glasset, og har samtidig noe utpreget sensuelt over seg. Apropos den infantile sensualiteten. Det er som om begjæret taler rett til oss; Anne vil fylles av noe. Hun holder snart ikke ut mer ensomhet. Plutselig reiser hun seg og skifter musikk; beveger seg sensuelt og sexy til de umiskjennelige linjene fra sangen *Tainted Love. Sometimes I feel I have to run away*. Når hun så stikker av fra gjestene og går med Gustav på en bar er det som om begjæret finner seg et objekt. Hun flørter åpenlyst med ham og gir ham et plutselig kyss på munnen. Så kommer vi til scenen der Anne om kvelden trer inn i stesønnens rom. Hun sier ingenting, men setter seg på sengen og berører ham. Begjæret vekkes hos den unge mannen. Anne forfører ham, ordløst og selvsikkert. At hun lar være å si noe er kanskje ikke tilfeldig. For akkurat da finnes vel ingen ord for det som er i ferd med å skje.

Gustav er 17 år, og på vei til å bli en voksen mann. Noen vil kanskje stille spørsmål ved hvorvidt det seksuelle forholdet mellom ham og stemoren er av en incestuøs karakter. Jeg tolker det slik. Selv om Gustav i alder nærmer seg en ung mann, fremstår han i filmen mer som et barn. Han kommer for å bo med faren

Når begjæret mangler grenser

etter at det har skåret seg med moren. Og det er tydelig at han gjennom oppveksten har lidd under manglende kontakt med sin far. Slik jeg ser det er filmen en beretning om hvordan Anne utnytter Gustavs sårbarhet, og drar fordel av at han befinner seg et sted i mellom det å være en ung mann med et seksuelt begjær og et sårbart barn som søker seg til faren for å få noe han så sårt har manglet.

Anne

Anne er en vakker kvinne. Hun er varm, sensuell og osrer av selvsikkerhet. Hun kler seg elegant og delikat, og har samtidig dybde og karakter. Hun er en dronning i sin egen tilværelse. Rollen er glitrende tolket av Trine Dyrholm, som på en nyansert måte får frem dynamikken i karakteren. Anne utfordrer sitt publikum. Hennes kompleksitet og feilbarlighet gjør det vanskelig å plassere henne i kategorier som gal eller ond. Hun blir ikke enten hore eller madonna, men begge deler. Som tilskuere veksler vi mellom ulike følelser i spekket mellom forakt og empati. Slik tvinges vi til å forholde oss både til våre egne følelser og til det som spiller seg ut i filmen.

Vi blir ikke servert en samlet fortelling om Annes liv og bakgrunn. Snarere får vi innimellom små drypp som kaster lys over deler av historien. I dialogen med søsteren forstår vi at Anne ikke har kontakt med moren. Gjennom Annes dialog både med ektemannen og en kollega får vi høre at hun må vise mer ydmykhet. Som kollegaen sier til henne: "Anne, kan du ikke for en gangs skyld innrømme at du har gjort en feil? Du blir nødt til å lære å beherske deg". Med stoisk ro svarer Anne: "Jammen du kjenner jo meg. Du visste jo hva du gikk til". Vi fornemmer en hardhet hos henne. Noe på innsiden skiller seg diametralt fra det varme og vellykkede uttrykket. Som publikum begynner vi å lure på hva som skjuler seg i hennes historie.

Repetisjon

"Hvem var den første du hadde sex med?", spør Gustav Anne om i en scene der han intervjuer henne. "Det var en det ikke burde ha vært", svarer Anne. "Noen ganger", fortsetter hun, "er det som skjer og det som ikke burde skje det samme". "Som med oss", svarer Gustav. Det er ikke så mye vi får vite; filmen spiller godt på antydningens kunst. Det gir god næring til fantasien. Jeg fornemmer konturene av et trekantdrama. En datter som er utsatt for overgrep av faren, en mor som ikke har beskyttet henne. Og der datteren i fortvilelse, sinne og skuffelse over dette ikke klarer å ha kontakt med moren.

Dette er mine tanker. Vi vet jo ikke hva som har skjedd. Men det vi vet er at noe inni Anne er forstyrret. Og at dette forstyrrede knytter seg opp mot hennes seksualitet. For det er som om ømhet og kjærlighet slik vi føler det overfor et barn og en erotisk, seksuell kjærlighet ikke er godt nok avgrenset inni henne, men snarere kan blande seg sammen. Som om hun i dypet av seg selv bærer på en uløst ødipal konflikt, som hun hittil i livet har klart å holde i sjakk, men som ubønnhørlig og skjebnesvangert vekkes til livet i møtet med Gustav. Det er interessant at Anne i jobben som advokat kjemper for sårbare mennesker som er utsatt for overgrep og som i den forbindelse utsettes for lignende former for maktutøvelse som hun selv utøver overfor Gustav. Igjen er det som om hun er fastlåst i en indre konflikt, der hennes engasjement ikke kanaliseres inn i noe avgrenset, men snarere vikles inn i hennes egne indre konflikter. For det virker rimelig å stille spørsmål ved om det i møtet med de unge sårbare jentene er seg selv hun ser.

Men, så er det spørsmål om det jeg antar Anne bærer med seg av indre konflikter kan forklare alle sider ved hennes maktutøvende handlinger. For er det ikke også i møtet med Gustav noe annet som vekkes i Anne? Krefter hinsides det som kan gripes med fornuften, og som faller utenfor det vi er vant til å forholde oss til? For å virkelig forstå det som skjer med Anne er det for meg naturlig å søke til Freuds driftsbegrep. For det er som om en indre styrt drift kastes på henne. Som noe fremmed, vilt og utemmelig som fremstår fullstendig ukjent for henne, og som overstyrrer hennes ellers så rasjonelle karakter. Uten en tanke om en indre styrt drift finner jeg det vanskelig å forstå hva som kan ligge til grunn for Annes plutselige lammelse av sin egen impulskontroll.

Hva så med Gustav? Hvordan kan vi forstå hans begjær overfor stemoren? Hos Anne blir Gustav tatt i mot slik han kanskje aldri tidligere har opplevd. Han tennes av stemorens begjær, og blir forelsket i henne. Jeg tror det er viktig å merke seg at han reagerer som han gjør. For det ville ikke være unaturlig om han hadde reagert annerledes på stemorens tilnærmelser. For eksempel med sinne og forskrekkelse – følelser som ville kunne hjulpet ham med å sette grenser for det ville begjæret på avveie. Men Gustav velger dronningen fremfor prinsessen. Det er nærliggende å tenke at også han preges av en uforløst ødipal konflikt, og at nettopp dette gjør ham mer sårbar i møte med stemorens begjær. Gjennom den seksuelle relasjonen til Anne får han levd ut sine infantile, ødipale fantasier. Han vinner moren over faren. Når han så etterpå møtes av Annes løgner og maktutøvelse blir fallet uutholdelig stort. Han har vært i himmelen og faller ned i helvete.

Fallet

Når Peter, etter at Gustav har fortalt ham om forholdet mellom ham selv og Anne, konfronterer sin kone, møtes han med fornektelse og vantro. Anne legger det hele over på Gustav, og påstår, idet hun ser ham rett i øynene, at han lyver. Anne er rå, brutal og umenneskelig. Men, samtidig ser vi sårbarheten og skammen der inne et sted. Det er nesten så vi kan se den indre konflikten rive i henne. På den ene siden finnes det ingen grenser for hva hun er villig til å gjøre for å redde seg selv. På den andre siden er hun så inderlig klar over sin egen makt, og hvordan hun manipulerer alle rundt seg.

Først blir vi vitne til hvordan skamløsheten seirer. Slik ser det i alle fall ut under fødselsdagsselskapet der Anne feires og hylles for sin menneskeinnsikt og sitt viktige arbeid for andre. Midt under festen kommer budskapet om at Gustav er forsvunnet. Med tilsynelatende empati – som om hun ikke har gjort det hun har gjort – spør Anne Peter om de skal sende gjestene hjem. Og Peter, han ser ut til å tro på Anne. Med mild stemme og varme i blikket forsikrer han henne om at det er hennes fest, og at gjestene skal bli.

Så får vi den vonde beskjedningen om at Gustav er funnet død. Med det når filmen nok et dreiningspunkt. Vi ser Anne på badet, fullstendig oppløst i gråt. Hun holder et håndkle foran munnen og ansiktet, som for i desperasjon å hindre sammenbruddet i å utvikle seg. Idet hun forsøker å samle seg ser hun med ett Gustav stå der å se på henne. Og det er som om hun ser seg selv med hans blikk. Som om hun først gjennom å miste kontakten med virkeligheten kan evne å se, eller innse, hva hun har gjort. I neste scene er Anne og Peter inne på soverommet. Anne forteller ham at ingenting av det som har skjedd er hans feil. Hun begynner på neste setning: "Jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre....". Og da går Peter til angrep på henne. Han ber henne om å holde kjeft, presser henne opp mot veggen og legger hånden over munnen hennes. Han klarer ikke høre det Anne vil fortelle ham. Og Anne tier. Slik forblir Annes ugjerninger usagt mellom dem. Men vi fornemmer at Peter kjenner sannheten.

Filmen har en dobbelthet i seg når det gjelder årsaken bak Gustavs død. Var det et selvmord? Eller en ulykke? Han var på vei til hytta, der han betrodde seg til faren sin, og må ha følt en nærhet til ham. På veien dit blir han kanskje overveldet av hvor alene han er, hvordan han nå ikke bare har mistet moren, men også faren og Anne. Og fallhøyden blir så stor at det ender i døden.

I en av filmens aller siste scener ser vi familien gjøre seg klare til begravelsen. Anne fletter tvillingpikenes hår stramt og fester omstendelig sitt eget halskjede i nakken. Som om kontrollen er gjenvunnet. Når de så sitter i bilen

på vei til begravelsen zoomer kameraet inn på ansiktene, en etter en. Tomme, alvorlige og sorgfulle uttrykk. I Peters ansikt er det imidlertid ikke bare sorg, men også et sammenbitt og forknytt raseri, vi ser. Og slik slutter historien. En åpen slutt, der vi ikke får vite hvordan livet går videre. Men Peters angrep på Anne, og blikket hans i filmens siste scene, forteller oss kanskje at Gustav tok Anne med seg i fallet, og at hennes liv som dronning er over.

Dypest sett er *Dronningen* en film om maktmisbruk, incestuøse relasjoner og om ubearbejdede traumers vandring i generasjoner. Og om hvordan barn dukker under når de blir offer for omsorgspersoners egne vonde erfaringer, og ikke får egne trygge rom å utvikle seg i.

Referanser

- Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams*. SE 4.
Freud, S. (1905). *Three essays on the theory of sexuality*. SE 7: 135-244.
Freud, S. (1912). On the universal tendency to debasement in the sphere of love. SE 11: 65-177.
Gran, S. (2019). Hjertet? For noe tull. Jeg følger kjøttets higen. *Morgenbladet*, 12.04.19.
Gullestad, S. E. (2019). *Seksualitet i dagens psykoanalyse*. Freuds Bar, Oslo, 18.10.2019.
Lacan, J. (2015/1966). *Écrits. The first complete edition in english*. Translated by Bruce Fink. New York: W.W. Norton & Co.
Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*. 41: 585-595.

Abstract

The danish movie Queen Of Hearts (2019) tells the story about Anne, a lawyer who lives in a delicate luxury house outside Copenhagen together with her husband Peter and their twin daughters, who puts everything at risk when she seduces her 17 year old stepson. Taking psychoanalytic development theory as a point of departure, the author explores Annes sexual desire of her stepson, which undoubtedly arouses something representative of a foreign otherness in her. Furthermore, Anne's inner dynamic, which seems to be characterized by repetition rather than development, is explored, looking specifically into what looks like an interrupted growth of a mature sexuality.

Keywords: Queen of Hearts, theory of drives, oedipal conflict, infantile sensuality, incest.