

# Følelser og pasientens subjektive opplevelse: Et psykoanalytisk perspektiv

I en psykoanalyse er følelser det første som lyttes til i en pasients tale, men de er ikke det eneste som skal håndteres, evalueres og endres. Ethvert menneskelig psykologisk uttrykk kan forstås motivert av fantasier om relasjoner, følelser og avverge.

## TEKST

**Erik Stänicke**

**Sverre Varvin**

**Line Indrevoll Stänicke**

**PUBLISERT 6. august 2013**

## ABSTRACT:

Affects and subjective experience: A psychoanalytic perspective

The aim of this article is to discuss the status of affects in psychoanalytic theory and treatment. The authors argue that human expressions and communications may be understood as motivated by feelings, fantasies of interpersonal relations, and defences against these feelings and fantasies. In psychoanalytic therapy all these three elements are of equal importance. In the therapist's listening perspective patient's feeling states are first in line. Feelings are what the psychoanalytic therapist first responds to. Nevertheless, feelings do not have a status of being the only aspect that must be handled, evaluated and changed. Contemporary psychoanalytic conceptual and empirical research is presented. A case presentation illustrates how one work with feelings in psychoanalytic therapy and how this particular clinical material has been applied in a study of annihilation anxiety.

---

Keywords: annihilation anxiety, affects, drive-affect, psychoanalysis

---

EMNER

Tilintetgjørelsesangst

affekter

drift-affekt

psykoanalyse

---



ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND

I Sigmund Freuds kliniske kasusstudier er det tydelig hvor sensitiv han var for pasientens følelser. Men likevel hadde følelser en teoretisk underordnet rolle (se Gullestad & Killingmo, 2013). Det psykoanalytiske lytteperspektivet har fortsatt et ideal om å søke frittflytende oppmerksomhet (Freud, 1912), og det Bion (1967) formulerte som en lytting «without memory and desire». I kraft av en åpen lytteinnstilling kommer vi først i kontakt med en affektiv stemning og følelsene til pasienten – en affektiv kommunikasjon (Gullestad, 2005).

Affektiv kommunikasjon innebærer at terapeuten lar seg berøre og bevege av pasientens uttrykk. Analytikerens følelser og fornemmelser, tanker og forglemmelser omtales som «motoverføring» (Zachrisson, 2008). Paula Heimann (1950, 1960) argumenterer for at motoverføring – ens egne følelsesmessige reaksjoner – er et instrument vi har for å hjelpe oss til å forstå overføringen til pasienten. Det betyr at

psykoanalysen borger for en personlig og intim relasjon der en tillater seg å bli berørt og beveget av pasienten, for så å bruke dette som informasjon til å forstå. I en psykoanalytisk behandlingsprosess tilbys pasienten en ny mulighet for å skape indre mening.

**«Følelser har ikke en separat teori, fordi de blir forstått som et sammensatt fenomen, sammenvevd med ubevisste fantasier med kognitive egenskaper og relasjonelle forhold»**

Det har blitt påpekt at psykoanalysen ikke har en «egen» teori om følelser. Vi vil argumentere for at følelser ikke har en separat teori, fordi følelser blir forstått som et sammensatt fenomen, sammenvevd med ubevisste fantasier med kognitive egenskaper og relasjonelle forhold. Ubevisste fantasier står i sentrum av det som søkes å forstås og intervenseres på (Sandler & Sandler, 1994). Et slikt fokus er kanskje det som skiller psykoanalysen mest fra andre terapiretninger. Ubevisste fantasier representerer en indre meningssammenheng mellom objektrelasjoner, følelser og forsvarsmekanismer. Dersom den ene faktoren skal gi mening, må de andre faktorene også forstås.

Målet vårt med denne artikkelen er å beskrive måter følelser blir forstått på i psykoanalysen, og vi vil referere til forskning som ansees som viktig og relevant om følelsers funksjon i den menneskelige psyke. Til slutt vil vi gi en kort presentasjon av en klinisk vignett som viser en måte å arbeide med følelser på som ble et utgangspunkt for å forske på tilintetgjørelsesangst. Psykoanalysen er i dag kjennetegnet av en teoripluralisme med flere ulike kliniske retninger. Følelser har en sentral plass i alle retningene, men det mangler også her *en* omforent teori. Vi vil skrive ut fra vår tilhørighet i en psykoanalytisk retning hvor objektrelasjonsteori integreres med moderne konfliktteori – også omtalt som «contemporary freudians».

### **Nyere forskning på emosjoner**

For å forske på kliniske fenomener må vi ha flere metoder. I psykoanalysen har det meste av forskningen tatt utgangspunkt i klinisk materiale og utviklet teori ut fra dette. Kasusstudier er utgangspunktet for det som i dag omtales som «conceptual research» (Bohleber et al., 2013; Dreher, 2000; Kächele, Schachter & Thomä, 2009; Varvin, 2003). Empirisk forskning med eksperimentell design eller kvantitative effektstudier har også hatt en rolle i psykoanalysen, men alltid vært kontroversielt i deler av det kliniske analytikermiljøet (se Sandler, Sandler & Davies, 2000). Vi vil understreke viktigheten av at psykoanalytisk teori testes, sannsynliggjøres og utfordres av empirisk forskning, og at forskning fra andre fagdisipliner assimileres. Vi vil også hevde at psykoanalytisk teori og kliniske observasjoner kan ha innflytelse på empirisk forskning (Kandel, 1998).

## Begrepsforskning på emosjoner

Fra 1950-tallet ble det en økende oppfatning av alvorlig psykopatologi, som alvorlig personlighetsforstyrrelser, borderlinetilstander og psykose. Dette utfordret daværende teori og teknikk innenfor psykoanalysen – også omtalt som «the widening-scope discussions» (Sandler & Dreher, 1996). Det var et behov for tydeligere teoretiske skillelinjer som kunne hjelpe analytikeren i å lytte og intervensjonere differensiert etter hvilken lidelse og grad av patologi det er tale om.

Mange av disse diskusjonslinjene samles i et sentralt bidrag fra Bjørn Killingmo (1989) om *konflikt-* eller *mangelpatologi*. Konfliktperspektivet var sentralt i psykoanalysen, og refererer til pasientens indre konflikter mellom driftsønsker og forbud, for eksempel incestforbudet. Mangelperspektivet tar på alvor betydningen av reell svikt, overgrep og traumatisering, samt emosjonelt fravær og uforutsigbarhet i tidlige relasjoner. Det refererer til skader på barnesinnet før psyken er utviklet og strukturert slik at et scenario med motsetninger kan oppleves som indre konflikt. Mens konfliktpatologi karakteriseres ved en relativ stabilitet i psyken, er mangelpatologi preget av ustabilitet; det er en ustabil oppfattelse av seg selv og andre, og personen opplever forskjellige indre mentale tilstander som står i skarp og uforenlig motsetning til hverandre. Dette fører ofte til at selvrepresentasjoner eller ens indre objekter ikke tåles og blir eksternalisert. I den analytiske situasjonen kan dette projiseres på analytikeren, og føre til at terapeuten blir behandlet som om han var ganske lik for eksempel en straffende far.

Samme pasient kan ha både konfliktpatologi og mangelpatologi, og disse kan aktiveres på forskjellige tidspunkter i den analytiske prosessen – selv i samme time. I en situasjon der konfliktpatologi er aktualisert, er det mulig å arbeide sammen med pasienten med en undersøkende og fortolkende holdning for å *avdekke* en underliggende mening. Derimot vil aktualisert mangelpatologi være preget av forvirring, usikkerhet og mangel på mening. Oppgaven i analysen er da å *bekreft*, *holde* og *romme* pasientens opplevelse av det som kjennes uutholdelig og meningsløst, og sammen med pasienten arbeide for å *etablere* mening, og hjelpe med å skape en kontinuitet i selvopplevelsen.

I en forlengelse av dette utviklet Gullestad og Killingmo (2013) begrepene «strukturalisert» og «aktualisert affekt», som er spesielt sentrale for å kunne forstå hvilke *ulike roller* følelsene kan spille i en behandling. Begrepene bevisstgjør terapeuten i hvordan han lytter til pasientens følelser og følelses kvaliteter i overføringen, og hvilke følelser det er viktig å identifisere og snakke om. En utfordring for oss terapeuter – som lytter til ubevisst meningsinnhold – er at pasienter forteller om ting i terapitimene som allerede er navngitt og ordnet. Når pasienten uttrykker sorg over tapte muligheter i livet, eller om en krenkelse på jobb, uttrykker han eller hun noe som er mer eller mindre fortrolig og velkjent selv om det er smertefullt. Følelser som tristhet og raseri er viktige komponenter i eksemplene, men følelsene uttrykkes ikke spontant, og er *strukturalisert* i meningssammenhenger som pasienten kan snakke om og føle på.

Noe helt annet er det med de følelsene som spontant *aktiveres* i relasjon med terapeuten. Den følelsen som oppstår *her og nå* i den terapeutiske samtalen, kan omtales som «den aktualiserte affekt». Dette er et følelsesuttrykk som ikke har fått en klar plassering i en velkjent meningssammenheng, men er noe som kanskje til og med overrasker pasienten når den oppstår. Et eksempel kan være når en person får en sterk gråt eller angst mens hun snakker om noe som hun ikke tenkte ville gjøre henne trist eller redd. Når den aktualiserte affekten ikke benevnes, eller til og med forblir ubevisst, uttrykkes den i subtile stemninger i terapirommet og preger relasjonskvaliteten mellom pasient og terapeut.

Vi tenker at de aktualiserte følelsene er en vei til å forstå de ubevisste fantasiene som organiserer pasientens måte å være på. Dette er noe som ofte går upåaktet hen i vanlige samtaler. Det faller oss ofte ikke inn å kjenne på relasjonskvaliteter, aktualisert affekt og formaspekter i samvær med andre, selv om følelsene i kommunikasjonen berører og preger oss sterkt. Det er som regel innholdet i det som sies, som blir fokus. Psykoanalysen innebærer dermed en annen måte å lytte på som kan fange opp avspaltede, og mer eller mindre ubevisste, tilstander.

### **Empirisk forskning på emosjoner**

Utviklings- og tilknytningsforskningen har tydeliggjort viktigheten av det tidlige affektive og kommunikative samspillet mellom barn og omsorgspersonen (Bowlby, 1958; Ainsworth, 1979; Winnicott, 1965; Stern, 1985; Zeanah, Anders, Seifer & Stern, 1989; Emde, 1998; Emde & Spicer, 2000; Fonagy & Target, 2000). Dette bidro til debatten om menneskets grunnleggende motivasjonssystem i psykoanalysen. Det har vært en bevegelse fra Freuds vektlegging av drift til et sterkere fokus på relasjonsbehov som trygghet, selvbekreftelse og fellesskap. Dette omtales som «den relasjonelle dreiningen» fra en enpersonspsykologi med et intrapsykisk fokus til en topersonspsykologi med et komplementerende intersubjektivt fokus.

Utviklingspsykologisk forskning har også utfordret psykoanalysens utviklingsteori, hvor for eksempel begrepet om spedbarnets «autistiske fase» har blitt problematisert. Vi ser i dag en økende interesse for ulike forskningsmetoder innenfor psykoanalysen. Det er et økende samarbeid mellom biologisk orienterte og empiriske psykoanalytiske forskere. Det er en erkjennelse av at man trenger komplekse modeller for psyken for å kunne fortolke empiriske nevrobiologiske forskningsfunn (Kandel, 1998; Panksepp, 1999; Damasio, 2012; Solms & Turnbull, 2002).

Et av de mest kjente forskningsfelt tilknyttet det psykoanalytiske fagmiljøet i dag er på mentalisering, hvor det integreres kunnskap fra utviklingspsykologi, nevropsykologi, kognitiv psykologi og psykoterapiforskning (Fonagy, Gergerly, Jurist & Target, 2002). Vi vil fremheve eksempler på den empiriske forskningen mentaliseringsperspektivet står for, fordi vi mener den også støtter grunnleggende antagelser innenfor psykoanalysen. Imidlertid ønsker vi også å fremheve at psykoanalyse skiller seg fra en terapi med en mer avgrenset målsetting.

Mentalisering defineres som evnen til å forstå egne og andres atferd som uttrykk for mentale tilstander som følelser, tanker, intensjoner, fantasier, motivasjon m.m. (Fonagy et al., 2002). Essensielt for utvikling av mentalisering er en *kompleks relasjonell transaksjonsprosess* (Stänicke, 2012). Omsorgspersonen tar imot og bearbeider barnets emosjonelle uttrykk, og gir tilbake en passende gradert og kongruent representasjon, også omtalt som «markert speiling» (Allen & Fonagy, 2006). Studier viser sammenheng mellom omsorgspersonens tilknytningsmønster (målt med Adult Attachment Interview) og barnets tilknytningsmønster ved 12. og 18. måned (Fonagy et al., 1991), og tilknytningsmønster synes å ha sammenheng med barnets videre utvikling av selvforståelse, egen affektregulering og forståelse av andres perspektiv (Fonagy & Target, 1997). Forstyrret utvikling av mentalisering kan kaste lys over en rekke kliniske tilstander, symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser (Bateman & Fonagy, 2007). Interessant her er flere studier som undersøker en sammenheng mellom spedbarns temperamentsforskjeller, tidlig stimulering og relasjonsmønstre mellom barn og omsorgsperson, og hvordan dette påvirker nevrologiske utviklingsprosesser i hjernen i de første leveårene og senere emosjonell og kognitiv utvikling (Caspi et al., 2003; Schore, 2003; Allen & Fonagy, 2006).

Allan Schore (2003) argumenterer for at omsorgsgiver og spedbarn hele tiden har en før-verbal kroppslig dialog som aktiverer spesifikke områder i det høyrelaterale limbiske system i hjernen. Denne *primære kommunikasjonen* som fremstår som umiddelbar og ubevisst, er egentlig en hurtig sekvens av gjensidige utvekslinger av kroppslig uttrykte følelser (Schore, 2003, s. 73). Videre argumenterer han for at det er de samme hjernefunksjonene som er aktivert i dette intime følelsesmessige feltet som også blir aktivert hos pasient og analytiker, spesielt dersom pasienten har tidlige relasjonstraumer der forsvarsmekanismer med dissosiasjon og avspalting dominerer. Etter en gjennomgang av interdisiplinære psykofysiologiske, spedbarns- og traumestudier underbygger han at kommunikasjon mellom omsorgsgiver og spedbarn er i tråd med det klinisk beskrevne og teoretiske begrepet «projektiv identifikasjon» (Klein, 1946) og motoverføring (Heiman, 1950, 1960; Zachrisson, 2008).

Psykoanalytikerens forståelse og bearbeiding via motoverføring og projektiv identifikasjon er ifølge Schore en «mind–body»-kommunikasjon som dagens empiriske forskning langt på vei har belyst, og som er grunnleggende og normal i spedbarnets kommunikasjon med omsorgsgiveren. Dette er en av psykoanalysens styrker som behandlingstilbud: den kan legge til rette for en behandlingsrelasjon med meningsutvikling for pasienter med tidlige relasjonsskader. Det er økende empirisk støtte for at psykoanalytisk terapi kan være til hjelp for pasienter med sammensatte psykiske lidelser som ofte er gitt opp av helsevesenet (Leichsenring, 2005).

Fonagy og kollegaer argumenterer ut fra nevrofysiologiske studier for at hjernens aktivitet under tilknytningsrelasjoner, og aktiviteten når vi reflekterer om følelser og relasjoner, er to delvis gjensidig utelukkende biologiske systemer (Allen & Fonagy, 2006). Med andre ord, jo mer betydningsfull og aktualisert en relasjon er, desto mer aktiveres tidligere tilknytningsmønstre, og desto vanskeligere blir det å mentalisere om

relasjonen. Hypotesen er at psykoterapi er effektiv når tilknytningssystemet er aktivert, og terapeuten likevel evner å få pasienten til å være med på å mentalisere. Selv om dette er en faktor som er mer eller mindre aktiv i all form for samtalerapi, er det åpenbart at denne hypotesen setter søkelyset på nettopp det som moderne psykoanalytisk behandling fokuserer på: å invitere pasienten inn i en sterk relasjonstilknytning med aktivering av overføringsreaksjoner, og samtidig tilby refleksjon om de aktualiserte følelsene i relasjonen. Dette kan bearbeide tidligere relasjonserfaringer, og bidra til integrasjon av flere erfaringskvaliteter – for eksempel en følelse av tomhet, ødeleggelsestrang, lyst, sinne eller misunnelse.

De nevnte forskningsområdene, som er innenfor referanserammen til mentaliseringsperspektivet, er relevante for psykoanalytisk teori og praksis, men *ikke* fordi fokus på affektregulering og emosjonell speiling fra omsorgsgiveren er et nytt tema i psykoanalysen. Viktigheten av emosjonell tilstedeværelse, og imøtekommenhet overfor emosjonelle utspill i de første leveår har gjennom flere tiår vært vektlagt som helt nødvendig for psykisk utvikling. Begreper som projektiv identifisering (Klein, 1946), holding (Winnicott, 1960), romming («containment») (Bion, 1970), speiling (Kohut, 1971) og inntonning («attunement») (Stern, 1985) er sentrale i denne sammenhengen. Forskningen på affektregulering kan imidlertid nyansere forståelsen av de atferdsmessige aspektene ved denne relasjonelle kommunikasjonen, mens psykoanalysen tilbyr teoretisk forståelse og utvidende tenkningsmodeller også for forståelsen av *det indre emosjonelle arbeidet*, ubevisst og bevisst. Det er et eksplisitt fokus på følelser i psykoanalytisk behandling, men følelser er da forstått som uløselig relatert til psykiske representasjoner, symboliseringsevne, minner og ubevisste fantasier. I et psykoanalytisk perspektiv vil dermed den indre bearbeidingen av relasjonserfaringer være vel så relevant som den reelle relasjonshistorien for å forstå utvikling av psykisk lidelse. Det fremhever også viktigheten av å ha en refleksjon over ens eget bidrag i vanskelige terapiprosesser, der terapeutens egne ubearbeidede temaer – emosjonelle knagger – kan hindre videre utvikling (Gabbard, 1995). Den utviklingspsykologiske og nevropsykologiske forskningen har også bidratt i debatten om terapeutisk holdning og om nyansering av intervensjonsformer (Ornstein & Ornstein, 2008). Pasienter med tidlige relasjonsskader trenger en mer aktiv, støttende og bekreftende holdning, slik vi tidligere viste til ved Killingmos (1989, 1995) begrepsskille mellom konfliktpatologi og mangelpatologi.

Når vi nå valgte å fremheve begrepet mentalisering, er det naturlig å nevne at dette begrepet har røtter i en rekke begreper i psykoanalytisk teori for å vise til psykiske funksjoner som muliggjør *bearbeiding* av kroppslige fornemmelser og følelser til psykisk innhold, stabile representasjoner og symboler (Stänicke, 2012).

Psykoanalytikerens Pierre Marty's tidlige definisjon av mentalisering som psykisk gjennomarbeiding – «the subject's representational and fantasy activity» – er også interessant å nevne (Marty, de M'Uzan & David, 1963 gjengitt i Aisenstein & Smadja, 2010 s. 91). Marty foreslår at mentalisering kan vurderes ut fra en representasjons dybde, bevegelse (fluidity) og kvalitet (lasting quality). I forlengelse av denne

definisjonen benytter Serge Lecours og Marc-André Bouchards (1997) begrepet mentalisering som et overordnet begrep for å favne en *gradvis prosess av symbolisering og mental bearbeiding*, som i sin tur fremmer psykologisk perspektivtagning og affekttoleranse. De er opptatte av en grunnleggende endringsprosess som finner sted når kroppslige fornemmelser og følelser, også kalt «drift–affekterfaringer», knyttes til mentale representasjoner. I en bidimensjonal modell spesifiseres fire uttrykkskanaler – somatisk, motorisk, billedlig og verbal, og fem ulike nivåer av psykisk bearbeiding eller grad av mentalisering – utagering, modulert utagering, ekternalisering, tilvenning, og abstrakt reflektert meningsassosiasjon. Når de to separate og uavhengige dimensjonene kombineres, fremkommer det en mengde muligheter for individuelle uttrykk av psykisk og emosjonelt innhold. Kliniske fenomener kan ut fra modellen forstås som drift–affekt-erfaringer som i ulik grad er tolerert, bearbeidet og tilgjengelig for meningsfull refleksjon. Et eksempel på hvor forskjellig sinne kan uttrykkes, kan være at en pasient kaster en stol etter sin behandler (motorisk, utagering), en annen har fantasier om å skjelle ut sin terapeut (billedlig, verbalt, ekternalisering), og en tredje sier til sin terapeut at «jeg var så sint sist jeg var her, men jeg turte ikke si det» (verbalt, tilvenning). Mer overordnet handler det om i hvilken grad vi har et «eierskap» til våre følelser.

I Martys, Lecours og Bouchards definisjoner av mentalisering fokuseres det på å *inkludere og nyansere* kroppslige opplevelser og følelser. Kroppslige og motoriske symptomer betraktes som mulig uttrykk for en lavere grad av mental bearbeidet erfaring. Usymboliserte, ikke-representerte og ikke-bearbeidede opplevelser og følelser forstås ut fra en dimensjon av mentalisering hvor meningsfull refleksjon er det andre ytterpunktet. De fremhever at all erfaring – ubearbeidet og bearbeidet, relasjonell og emosjonell – betraktes som tilgjengelig her og nå, og dermed kan de aktualiseres i nåtidige relasjoner. At de kan det gjør at de også kommer til uttrykk i overføringen til analytikeren, noe som plukker opp tråden vi spant ut tidligere i forbindelse med begrepene aktualisert og strukturalisert affekt.

Det er også interessant i denne sammenhengen at Lecours og Bouchard velger å benytte begrepet «drift–affekt-erfaringer». Drift («Trieb») ble av Freud betraktet som den grunnleggende motivasjon for menneskets handlinger, men som nevnt har driftbegrepet fått en svært marginal posisjon i store deler av psykoanalysen i de senere år til fordel for relasjonelle behov. Freud (1915) fremhevet at drift kan defineres ut fra dets kraft («Drang»), mål, objekt og kilde. Han anså drift som verken somatisk eller psykisk, men på grensen mellom dem. Drift er et begrep som fanger inn grensefeltet der psyken må håndtere, bearbeide og forstå kroppslige prosesser. Begrepet innebærer det i kroppen vår som vi ikke har kontroll over, men som «skjer oss» og dermed krever at psyken forholder seg til. Dersom ikke psyken evner å bearbeide «kroppen», så kan vi tenke oss at «kroppen i psyken» forvreges, overvelder oss, og de symptomene som oppstår, blir et uttrykk for kroppslige ubearbeidede erfaringer. Dermed blir drift virkelig et grensebegrep. Driftene og deres uttrykk er tett sammenvevd med personens relasjonshistorie og de internaliserte objektrelasjoner. Det representerer psykens



historie og dens forhold til kroppen via fantasier om relasjonelle samspill *mellom* kropp. Det er for omfattende å drøfte driftsbegrepet ytterligere her (for en mer utførlig presentasjon se Vetlesen & Stänicke, 1999). Det vi vil fremheve er at det er aspekter ved driftsbegrepet som vi kan overse – aspekter ved menneskets motivasjon – hvis vi kun forholder oss til relasjonelle behov som styrende for våre handlinger. Som eksempler kan nevnes sammensatte psykiske lidelser, psykosomatiske lidelser og relasjonsvansker med seksuelle problemer og perversjonsproblemer. Drift er også et begrep som viser til det positive i at vi er drevet mot seksualitet, livslyst, nytelse, selvhevdelse og skapertrang. På alle disse områdene bør vi ha en teori om hvordan kroppslige prosesser interagerer med psyken, og hvordan dette finner sted i viktige relasjonssamspill her og nå.

Lecours og Bouchard – som Freud – fremhever affekt som et *psykisk uttrykk* for drift. Vi mener at det fortsatt kan være behov for et begrep, som drift-affekt, som viser tilbake til noe som er hinsides relasjonsbehovene, noe som springer ut fra det helt innerste i hver enkelt av oss, som kanskje er kropp og psyke samtidig, og som vi med store vansker og smerte forsøker å bearbeide til noe kommuniserbart i relasjonen med andre. Vi kan kanskje gjenkjenne hvordan pasienter, pårørende eller terapeuter kommer til kort i å skape mening av, og konstruktivt formidle, indre tilstander. Psykoanalysen er en av de få psykologfaglige retninger som holder en slik ubehagelig, og tidvis kontroversiell, tankemodell oppe for videre begrepsliggjøring og uttesting. Vektlegging av en driftsmodell, parallelt med relasjonsbehov, skal selvfølgelig utsettes for intellektuell og akademisk kritisk testing, men bør ikke forkastes ut fra en ideologisk ide om at mennesket bør forstås utelukkende i en positiv synsvinkel.

**«Det er fortsatt behov for et begrep, som drift-affekt, som viser tilbake til noe som er hinsides relasjonsbehovene»**

Vi mener *ikke* at mennesket utelukkende kan forstås i et driftsperspektiv, men det er interessant å tenke seg at kvaliteten i tidlige relasjonserfaringer danner utgangspunktet for å bearbeide driftsuttrykk til en opplevelse av affekt, affektgjenkjennelse i selv og andre, og opplevelse av psykologisk atskilthet fra andre. Tilsynelatende irrasjonelle, destruktive og meningsløse ytringer, fantasier, kroppslige opplevelser og handlinger kan forstås som ubearbeidede og forvrengte uttrykk av dype menneskelige behov, ønsker og savn. Ved somatiseringslidelser, selvskading eller andre destruktive voldelige handlinger kan slike begrepslige nyanser være nyttige. De kan også gi mening til følelsesmessige stemninger og fornemmelser som kan aktiviseres i terapeuten i et terapiforløp, og dermed gi innholdsforståelse til motoverføringstemaer. Med andre ord kan motoverføringstemaer være uttrykk for en primitiv kommunikasjon av tidlige ubearbeidede og usymboliserte emosjonelle erfaringer fra pasienten, også omtalt som driftsaffektserfaringer.

## **Klinisk vignett: Tilintetgjørelsesangst og symbolisering**

I det følgende skal vi beskrive et utsnitt av en behandling av en alvorlig traumatisert mann, Mohammed, som var i behandling vel et år etter at han kom til Norge som politisk flyktning. Vi vil kort framstille en mikroanalyse av to terapitimer foretatt av en forskergruppe i New York, og publisert i boka «Another Kind of Evidence» (Freedman, Hurvich & Ward, 2011). Psykoterapien var psykoanalytisk orientert, foregikk i Norge på engelsk med en av forfatterne som terapeut, og er også beskrevet og analysert med andre metoder (Varvin, 2003). Vi vil her se på sammenhengen mellom affekten tilintetgjørelsesangst (annihilasjonsangst) og symbolisering/desymbolisering som sentrale temaer i en behandling.

Mohammed opplevde langvarig fengsling med omfattende tortur i sitt hjemland. Da han ble arrestert for politisk opposisjon, hadde han familie med kone og seks barn. Han var i fengsel i vel 9 år og opplevde foruten tortur og mishandling mot seg selv en ekstrem dehumaniserende behandling av medfanger. Noe av det som gikk sterkest inn på ham, var å se barn og kvinner bli torturert, inklusive medlemmer i hans egen familie. Religionen ble viktig for ham under fengselsoppholdet, og det hjalp ham til en viss grad til å romme sterke følelser som aggresjon og skam. Han mistet kontakten med sin familie, giftet seg på ny, og ankom Norge med kone og et barn. Han begynte i behandling umiddelbart etter ankomsten til Norge, ca. tre måneder etter at han slapp ut av fengselet. Han oppfylte kriteriene på en PTSD-diagnose, men slet også med sterke kroppslige smerter, følelse av utmattelse og tretthet. Hans liv i eksil ble svært vanskelig med opphold på asylsenter, bosetting i kommune under vanskelig forhold, sosiale problemer med bl.a. opplevd utstøting og rasisme, samt behandling for somatiske sykdommer.

### **Tilintetgjørelsesangst**

Tilintetgjørelsesangst (TA) er en sentral følelse ved mange psykiske lidelser og spesielt ved posttraumatiske tilstander (Levin & Hurvich, 1995; Hurvich, 2003; Freedman & Hurvich, 2010). Tilintetgjørelsesangst er en følelse relatert til situasjoner der jeget eller selvets overlevelse er truet. Den er beskrevet av flere psykoanalytikere (Winnicott, 1960; Bion, 1962), og Marvin Hurvich (2003) har spesifisert tilintetgjørelsesangstens dimensjoner og grad av opplevd hjelpeløshet. Denne angsten framtrer på følgende måter i klinikken, noe som også er operasjonalisert i forskningen: overveldelse, frykt for fusjon eller en følelse av å bli slukt, fragmentering, bli invadert, forlatt og ødelagt (Hurvich et al., 2013).

### **Symbolisering og desymbolisering**

Symbolisering og desymbolisering er prosesser relatert til psykisk integrering, eller mangel på integrering, av affektive kroppslige erfaringer gjennom dannelse av mentale symboler. I denne sammenhengen blir symbolisering og desymbolisering sett på som modifiseringer av tilintetgjørelsesangst. Typisk hos alvorlig traumatiserte er prosesser der erfaringer, spesielt angsterfaringer, *enten* ikke blir symbolisert, men forblir på et

affektivtkroppslig nivå, *eller* at prosesser blir desymbolisert og uttrykt gjennom kroppslige fornemmelser (for eksempel smerter), i handling eller gjennom uintegreerte psykiske fenomener (som hallusinasjoner).

Symbolisering er i denne studien operasjonalisert ut fra følgende dimensjoner: objektrelasjonsrommet, det imaginære rommet og det temporale rommet.

Desymbolisering kan operasjonaliseres ut fra psykisk «blankness», symbolsk ekvivalens og frosne konstellasjoner. I den empiriske analysen av terapitimene med Mohammed ble hyppighet, viktighet og intensitet av de forskjellige kliniske fenomenene relatert til tilintetgjørelsesangst og symbolisering og desymbolisering vurdert i relasjon til dette. I situasjoner med tilintetgjørelsesangst der symboliseringsprosessen fungerte, kunne dette føre til integrering som i time 4 (se nedenfor). Der desymbolisering dominerer, blir tilintetgjørelsesangsten ikke modifisert, og angsten øker, som i time 3 (se nedenfor). Formålet med analysen var derfor å se på hvilken måte disse tre fenomenene relaterte seg til hverandre i løpet av prosessen i de to valgte timene, hvordan de framsto i den kliniske prosessen basert på kvalitativ vurdering, og hvilken klinisk betydning de kunne ha. I denne sammenhengen ble det viktig å se på hvorvidt følelsen tilintetgjørelsesangst ble modifisert eller transformert av symboliserings-/desymboliseringsprosesser.

### **«Aktualiserte følelser er en vei til å forstå de ubevisste fantasiene som organiserer pasientens måte å være på»**

Utgangspunktet i analysen var en kvalitativ analyse av det kliniske materialet relatert til aktuelle begreper om angst, symbolisering og desymbolisering i litteraturen. Det ble så spesifisert hvilke aspekter ved begrepene som det var empirisk dekning for i det kliniske materialet. Deretter ble begrepene operasjonalisert og terapitimen delt opp i scener med et visst antall meningsenheter bestående av et visst antall uttalelser eller setninger. Hver scene utgjorde et definert tema som pasienten introduserte. Hver enhet i en scene ble så skåret og visualisert i grafer, som så igjen ble relatert til det kliniske materialet, der en ny kvalitativ vurdering ble foretatt. Man kunne så få et bilde av hvordan utviklingen innenfor en time var preget av de underliggende prosessene som var relatert til tilintetgjørelsesangst, symbolisering og desymbolisering<sup>[1]</sup>.

### **Mohammeds terapi**

Time 3 og 4 sto fram som viktige i den tidlige fasen av terapien. Time 3 var karakterisert av et retrospektivt blikk på Mohammeds traumatiske erfaringer, her kalt «gjenfortelling av traumer», mens time 4 var preget av «gjenopplevelse av traumer». I hver time ble det funnet et tydelig samspill mellom følelsen tilintetgjørelsesangst, og dens modifisering gjennom desymbolisering (time 3) og symbolisering (time 4).

I time 3 forteller Mohammed om de farene han møtte under krigen han deltok i, og om hvor fryktelig det var når han så medsoldater bli drept (representasjon av kroppslig ødeleggelse, men plassert utenfor «jeg» i medsoldater). Når han kommer inn på torturerfaringene, uttrykker han sterke kroppslige smerter sammen med en opplevelse av å bli invadert og overveldet av angst. Vi kan si at det skjer en somatisering av psykisk smerte. Noe som hadde gått sterkt inn på ham, var møte med torturistene i hans hjemland etter at han kom ut av fengselet, de sterke aggressive og morderiske følelser som nesten overmannet ham da, og delvis i timen mens han snakket om det. I timen kunne man se en klar sammenheng mellom økende nivåer av tilintetgjørelsesangst, spesielt i relasjon til følelsen av å bli invadert, og en økende oppløsning av mening. Tilintetgjørelsesangsten så ut til å ha en ødeleggende virkning på symboliseringsprosessen med økende desymbolisering.

I time 4 forteller Mohammed i sterk affekt om mangel på mat i fengselet, og om hvordan medisinsk behandling ble en del av torturen. Det siste hang sammen med en forestående mindre operasjon han skulle ha der. Det underliggende spørsmålet var om man her i Norge også behandlet syke inhumant slik han hadde opplevd i fengselet. Om torturen sa han: «Det var meget slem. Når jeg tenker på det, får jeg følelser jeg ikke kan sette ord på.»<sup>[2]</sup> Hva skal man gjøre med slike følelser, var hans spørsmål. Og direkte til terapeuten sa han: «Hva ville du råde meg til å gjøre hvis jeg ser en fra torturgruppen i Norge?» Mohammed insisterte på at terapeuten skulle svare ham, gi ham råd. Alle forsøk på å be om hans tanker eller fantasier ble møtt med motargumenter: terapeuten måtte svare, han måtte få vite hvordan terapeuten tenkte om slike ting. Terapeutens motoverføring var preget av en følelse av å være i et umulig dilemma: Han følte at han må si noe om hvor han sto, at han støttet Mohammed, men samtidig en følelse av at dette ville kunne bli brukt som at terapeuten var like hatefull som pasienten og torturistene. Terapeuten arbeidet iherdig med å romme dilemmaet: Hans følelse var imidlertid preget av ganske stor hjelpeløshet, og en sterk tvil på om det han gjorde, var hjelpsomt. Var den psykoanalytiske holdningen der man skal «stå i» vanskelige motoverføringsfølelser riktig? Var det ikke mer til hjelp å være «hjelpsom» og gi råd? Med denne sterke tvilen og hjelpeløshetsfølelsen valgte likevel terapeuten å «stå i det» og ikke svare direkte, men bekrefte hans usikkerhet, og holde fast på at Mohammed måtte arbeide videre med dette. Det ledet Mohammed til å tenke på hvilke regler som finnes i hans religion når det gjelder hevn: kan man handle ut fra «øye for øye – tann for tann»? Må man søke råd hos «de eldre» i moskeen? Hos en «lege»? Han vendte tilbake til situasjonen da han traff torturistene i hjemlandet, og beskrev hvordan raseriet ble så sterkt at han «kunne drepe dem». Han ble her mer og mer klar over hvor vanskelig det er å kontrollere seg selv, og hvor morderisk hans raseri er. Men så begynte han å reflektere: «Hvis du forsøker å hevne deg, blir du lik den personen (torturisten). Men når jeg ser slike mennesker, da blir jeg trist, og jeg må kontrollere min personlighet og mine følelser. Prøve å ikke reagere, drepe eller torturere ham.» Så Mohammed tar her

opp dilemmaet terapeuten strevde med. Dette medførte en viss lettelse hos terapeuten, men det skal ikke legges skjul på at terapeuten delte mye av det raseriet Mohammed hadde overfor de som mishandlet andre, spesielt barn. Det kjentes som et uutholdelig dilemma der fantasier om hevn og destruktivitet lå ganske nær bevisstheten, men også en følelse av sorg og fortvilelse over at Mohammed og hans nærmeste var blitt utsatt for slike overgrep. Usikkerheten om terapeuten gjorde mer skade en gagn, var lenge etter denne timen til stede – noe som krevde tid å arbeide med.

Denne sekvensen er preget av bruk av metaforer og bilder (bl.a. hentet fra religionen), og klare tilløp til refleksjon. Han vender så tilbake til hvordan han erfarte torturen i fengselet, og beskriver flere dimensjoner relatert til tilintetgjørelsesangst. I fengselscellen ble han nektet mat, og fangevokterne forlangte å få det lille han hadde av penger: «Og så måtte jeg gi det til dem. Hvis jeg ikke gjorde det, ville de ikke la meg få spise eller gå på toalettet. Jeg ble nervøs, sint og veldig voldelig. Når jeg nå blir sint, føler jeg smerte i kroppen. Noen ganger føler jeg meg helt nummen, har hodepine og blir trett. Jeg prøver å holde meg rolig slik at den andre personen ikke vet hva jeg føler».

Prevalensen av tilintetgjørelsesangst var høyere i time 4 enn i time 3, og flere dimensjoner var til stede. Det var således en klar tendens til at Mohammed i time 4 uttrykte den fare han opplevde, tydeligere og hyppigere både innholdsmessig og i hans bruk av bilder eller metaforer. Symboliseringsprosessen var imidlertid dominerende i forhold til desymboliserende prosesser, både i skårede enheter (104 vs. 24), og når det gjaldt identifiserte dimensjoner: dimensjonen for objektrelasjon dominerte, og det imaginære og temporale rommet var klart mer til stede.

Tidligere i artikkelen definerte vi strukturalisert affekt som affekter integrert i etablerte relasjonserfaringer – og som således utgjør et stabilt, om enn til tider defensivt, grunnlag for måter å relatere til andre på. Mohammed var grunnleggende usikker på om det var mulig å etablere relasjon til andre, inklusive terapeuten. Så å si alt som skjedde i relasjon til andre, ble preget av sterke aktualiserte affekter som i stor grad var skremmende og lite differensierte. Tilintetgjørelsesangst dominerte og ble påvirket av de voldsomme aggresjoner og den store hjelpeløshet han følte. Man kan også si at hos Mohammed, og sannsynligvis hos mange alvorlig traumatiserte, dominerer en lav grad av psykisk bearbeiding av bestemte følelser, noe som gjør relasjoner til andre og opplevelsen av seg selv ustabil, angstfylt og usikker. Vi kan observere et lavere mentaliseringsnivå preget av utagering i kroppslig og billedlig form. Følelser oppleves i liten grad som «eid» og tolerert, men noe en må bli kvitt – noe som primært er knyttet til ytre opplevelser og påført av andre.

Vi valgte å bruke tilintetgjørelsesangst som eksempel fordi den på en radikal måte viser at mangel på organisering og symbolisering av kroppslige–affektive erfaringer ledsages av desymboliseringsprosesser. Imidlertid kan et konsekvent arbeid i overføringen bidra til at symbolisering og mentalisering styrkes. Grenselandet mellom det kroppslige og det psykologiske er fokus i psykoanalytisk psykoterapi, og arbeidet med følelser har en sentral rolle i arbeidet med mer eller mindre ubevisste fantasier hos pasienten. Terapeutens arbeide med egne følelser i behandlingen til Mohammed hjalp med å gi

informasjon om pasientens vansker, samtidig som det var – som vanlig – spesielt viktig å sortere eget bidrag i vanskelige relasjonelle prosesser.

## Konklusjon

Vi har i artikkelen forsøkt å vise at forståelsen av, og arbeidet med, følelser er helt sentralt i psykoanalyse. Vi har argumentert for at følelser er sammenvevd med underliggende ubevisste fantasier om samspill. Fantasiene om relasjonelle samspill forstås spesielt fornet ut i fra historien med tilknytningspersonene og med bidrag fra pasientens selv, og som følge kan de være et avverge mot dypere erkjennelser om seg selv og andre. I en psykoanalytisk behandling blir pasientens følelser – spesielt slik de uttrykkes i den aktualiserte relasjonen – inngangen til å forstå de ubevisste fantasiene som kan være bidragsytende og opprettholdende for pasientens relasjonsvansker og psykiske problemer. I den kliniske vignetten, og den korte presentasjonen av studiet av denne terapien, forsøkte vi å vise hvordan analytiker arbeider med alle disse psykiske lagene.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, side 772-780*

### TEKST

**Erik Stänicke**

**Sverre Varvin**, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, OsloPsykoanalytiker

**Line Indrevoll Stänicke**, psykologspesialist

KONTAKT: erik.stanicke@psykologi.uio.no

+ Vis referanser

### Referanser

Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother attachment. *American psychologist*, 34, 932-937.

Aisenstein, M. & Smadja, C. (2010). Conceptual framework from the Paris psychosomatic school: A clinical psychoanalytic approach to oncology. *International Journal of Psychoanalysis*, 91, 621-640.

Allen, J. & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. London: John Wiley and Sons.

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg.

Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.

Bion, W. R. (1967). *Second thoughts*. London. Heinemann.

Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock.

Bohleber, W., Fonagy, P., Jiménez, J. P., Scarfone, D., Varvin, S. & Zysman, S. (2013). Towards a better use of psychoanalytic concepts: A model illustrated using the concept of enactment. *International Journal of Psychoanalysis*, in press.

Bowlby, J. (1958/ 1986). The nature of the child's tie to his mother. I P. M. D. Buckley (red.), *Essential papers on object relations*. New York: New York University Press.

- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A. & Poulton, R. (2003). Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science*, 301(5631), 386-389.
- Damasio, A. (2012). Neuroscience and psychoanalysis: A natural alliance. *The psychoanalytic review*, 99, 591-594.
- Dreher, A. U. (2000). *Foundations for conceptual research in psychoanalysis*. London: Karnac.
- Emde, R. N. (1998). Early emotional development: new modes of thinking for research and intervention. *Pediatrics*, 102, 1236-1243.
- Emde, R. N. & Spicer, P. (2000). Experience in the midst of variation: new horizons for development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 313-331.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, 12, 201-218.
- Fonagy P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P. & Target, M. (2000). The place of psychodynamic theory in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 407-425.
- Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Freedman, N. & Hurvich, M. (2010). Three pathways toward the modification of annihilation anxiety, IPTAR@50 The Daisy Franco Memorial Research Symposium: «Another Kind of Evidence». New York: IPTAR .
- Freedman, N., Hurvich, M. & Ward, R. (2011). *Another Kind of Evidence. Studies on Internalization, Annihilation Anxiety, and Progressive Symbolization in the Psychoanalytic Process*. London: Karnac.
- Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. Standard edition, vol. 12.
- Freud, S. (1915). Instincts and their vicissitudes. Standard edition, vol. 14.
- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 475-485.
- Gullestad, S. E. (2005). In the beginning was the affect. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 28, 3-10.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Heimann, P. (1960). Countertransference. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 9-15.
- Hurvich, M. (2003). The place of annihilation anxieties in psychoanalytic theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 579-616.
- Hurvich, M., Petrou, A., Sapolsky, Z., Rom, A. & Mannix, K. (2013). *Scoring manual for annihilation anxieties from transcript if therapy sessions*. Long Island University.
- Kandel, E. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65-79.
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503-518.
- Klein, M. (1946). *Notes on Some Schizoid Mechanisms. Envy and Gratitude and other works 1946-1963*. London: The Hogarth Press.

- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kächele, H., Schachter, J. & Thomä, H. (2009). *From psychoanalytic narrative to empirical single case research*. New York: Routledge.
- Lecours, S. & Bouchards, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855-875.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychoanalytic and psychodynamic psychotherapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 1-26.
- Levin, R. & Hurvich, M. (1995). Nightmares and Annihilation Anxiety. *Psychoanalytic Psychology*, 12, 247-258.
- Ornstein, P. H. & Ornstein, A. (2008). The structure and function of unconscious fantasy in the psychoanalytic treatment process. *Psychoanalytic Inquiry*, 28, 206-230.
- Panksepp, J. (1999). Emotions as viewed by psychoanalysis and neuroscience: An exercise in consilience. *Neuropsychoanalysis*, 1, 15-38.
- Sandler J. & Dreher A. U. (1996). *What do psychoanalysts want? The problem of aims in psychoanalytic therapy*. London: Routledge.
- Sandler, J. & Sandler, A. M. (1994). Phantasy and its Transformations: A Contemporary Freudian View. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 387-394.
- Sandler, J., Sandler, A. M. & Davies, R. (2000). *Clinical and observational psychoanalytic research: Roots of a controversy*. London: Karnac books.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton.
- Solms, M. & Turnbull, O. (2002). *Brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of the subjective experience*. New York: Other Press.
- Stern, D. 1985. *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stänicke, L. I. (2012). Mentalisering i arbeide med barn og ungdom. *Mellanrummet*, 27, 19-31.
- Varvin, S. (2003). *Mental Survival Strategies after extreme Traumatization*. Copenhagen: Multivers.
- Vetlesen, A. J. & Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse. Muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Winnicott, D. W. (1960). *The Maturational Process and the Facilitating Environment*. New York: International University Press.
- Winnicott, D. W. (1965). *The family and individual development*. New York: Basic Books.
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring i psykoanalyse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 939-948.
- Zeanah, C. H., Anders, T. F., Seifer, R. & Stern, D. N. (1989). Implications of research on infant development for psychodynamic theory and practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 657-668.