



**Line Indrevoll Stänicke**  
Oslo

## Relasjonelle utfordringer i en ungdomsterapi – sett i lys av noen psykodynamiske grunnbegreper

Artikkelens formål er å bidra til en økt forståelse av relasjonelle utfordringer, kriser og brudd, som kan oppstå mellom pasient og terapeut i løpet av en terapiprosess. Kliniske eksempler fra en ungdomsterapi vil drøftes i lys av noen sentrale begreper – overføring, motoverføring, proaktiv identifikasjon, tilknytning og mentalisering. Det vil undersøkes i hvilken grad begrepene fremhever intrapsykiske og intersubjektive aspekter, det fortidige eller det nåtidige, og om mening avdekkes eller etableres i den terapeutiske relasjonen. Forfatteren argumenterer for at begrepene kan utfylle hverandre i en helhetlig forståelse av pasientens vansker, og nyansere de relasjonelle utfordringene som oppstår. Det å forstå relasjonelle utfordringer fra ulike innfallsvinkler kan bidra til å opprettholde motivasjon hos behandler, og mellom ulike samarbeidende helsearbeidere, i en behandlingsprosess. Bruk av teori kan ha en funksjon av å skape bevegelse når den terapeutiske prosessen stagnerer.

Terapeuten henter Mina på venterommet, hilser og Mina ser på henne. Hun legger en avis i vesken sin, hilser ikke, bare ser terapeuten fort i øynene, og ser så ned før hun følger etter. Terapeuten må gå litt saktere for at hun skal følge hennes tempo. Terapeuten snur seg, smiler og går inn på kontoret. Mina stopper foran døren ute i gangen. Hun

ser på terapeuten, som sier ”vær så god”, og hun kommer inn, men lukker ikke døren. Terapeuten ser på henne igjen og setter seg i stolen, smiler litt forsiktig. Da spør Mina om hun skal lukke døren. ”Ja, gjør det”, svarer terapeuten. Mina lukker døren og setter seg.

Terapeuten ser på henne, for å se om hun vil starte. Mina sier ikke noe, og terapeuten lar det bare gå noen sekunder før hun sier: "Ja, da er vi her igjen. Kanskje du er opptatt av noe i dag. Noe du vil bruke tiden på?" Mina bare trekker på skuldrene, ser på gulvet fremfor seg, sitter med jakken på og vesken på fanget. "Ikke noe spesielt i dag", prøver terapeuten. "Vet ikke", svarer Mina. Terapeuten kjenner en økende uro inni seg. Terapeuten tar litt sats og fortsetter: "Kanskje du har mye på programmet, at det er mye som skal skje, og kanskje det å komme hit bare er en stopp på vei til noe annet etterpå". Mina nikker, men sier ingenting. Hun sitter og ser ned i fanget på hendene

### Innledning

Forståelse av møte mellom mennesker har vært og er et sentralt tema innenfor mange fagretninger, som filosofi, litteratur, medisin, sosialantropologi og psykologi. Innen psykologifaget er menneskelige relasjoner studert fra ulike innfallsvinkler – generell psykologi, utviklingspsykologi, abnormal psykologi og psykoterapiforskning. Vi kan si at det innen de ulike fagområdene er ulik vektning av intrapsyke, intersubjektive, biologiske og situasjonelle faktorer for å forstå utvikling av psykisk helse, psykisk lidelse og endringsmekanismer i psykoterapi. En økende oppmerksomhet av relasjonelle faktorer har blitt omtalt som "den relasjonelle vendingen" innen dynamisk psykoterapiteori. Også innen psykoterapiforskningen har det vært en tilsvarende interesse for å forstå relasjonen mellom pasient og terapeut (se Norcross, 2002). Empirisk forskning på den terapeutiske alliansen har vist seg viktig for å forstå endringsprosesser i psykoterapi. I dag betraktes spesielt reparasjon og håndtering av kriser i terapeurisasjonen som avgjørende for terapeutisk endring (Safran & Muran, 2000). En økende oppmerksomhet er også rettet mot terapeutens håndtering av egne vanskelige følelser som oppstår i relasjonen (Wampold, 2001).

I denne artikkelen vil det rettes fokus mot *det relasjonelle møtet* i en terapeutisk situasjon, og da spesielt for å forstå *relasjonelle utfordringer, kriser og brudd*, som kan oppstå mellom pasient og terapeut i løpet av en terapiprosess. Spørsmål som vil belyses er hvordan vi kan forstå Minas tilbakeholdenhet? Hva er det som skjer inni henne i møtet med

sine, tvinner remmen på vesken. Lyst langt hår ned foran ansiktet. Tynn og sped. Hun ser yngre ut i ansiktet enn alderen tilsier, men øynene er triste. Terapeuten stopper litt, puster ut. "Det kan være utfordrende noen ganger å bare være der vi er, ofte tenker vi mer på fortid og fremtid. Jeg vet ikke om det går an å ta en liten pause her, finne en ro og bare sitte her litt i stolen". Mina åpner munnen, lukker den, så sier hun med dyp, men forsiktig stemme: "Jeg skal ta en blodprøve etterpå". "Du skal ta en blodprøve. Da ville det ikke vært så rart om du er opptatt av det. Du synes kanskje det er ubehagelig", kommenterer terapeuten. "Ja", sier Mina.

terapeuten? Er hun redd, eller nærmere bestemt engstelig, eller er hun avventende og sint? Er hun trist og oppgitt, synes at livet er håpløst og at alle hun møter også er håpløse? Og hva skjer inni terapeuten i møte med pasienten? Kan terapeutens følelser gi viktig informasjon om pasientens følelsesmessig strev? Er det situasjoner hun har opplevd overveldende eller truende, og som hun på en eller annen måte assosierer med møtet med terapeuten? Enda et spørsmål er om tilbakeholdenheten er et uttrykk for emosjonell omsorgssvikt, som kan ha medført at hun raskt følelsesmessig aktiveres i alle nære relasjoner?

Det vil vises til noen sentrale begreper innen psykodynamisk teori, nærmere bestemt overføring, motoverføring og proaktiv identifisering (Gullestad og Killingmo, 2005, Zachrisson, 2008), tilknytning (Bowlby, 1958, Ainsworth, 1979) og mentalisering (Fonagy et al., 2002). Formålet med denne teoretiske presentasjonen er å utforske om vi kan få en økt forståelse av det utfordrende samspillet mellom Mina og terapeuten som den overstående kliniske vignetten illustrerer. Fortløpende vil det fremheves ulike momenter fra den terapeutiske prosessen, men en helhetlig presentasjon er ikke formålet. Det vil gjennomgående drøftes hvordan begrepene fremhever intrapsyke og intersubjektive aspekter i den terapeutiske relasjonen, det fortidige eller det nåtidige i pasientens liv, og om mening avdekkes eller etableres i terapien. Forfatteren argumenterer for at begrepene kan utfylle hverandre i en mer helhetlig forståelse av pasientens vansker, og nyansere de relasjonelle vanskene som oppstår. Det vil fremheves at *bruk av teori* kan

skape bevegelse når den terapeutiske prosessen stagnerer. Det kan bidra til å opprettholde motivasjon hos behandler, og mellom ulike samarbeidende helsearbeidere.

### Ulike teoretiske begreper for å forstå relasjonelle utfordringer

**Overføring, motoverføring og proektiv identifisering.** Begrepet overføring har gjennomgått en utvikling siden Freud begynte å bli opptatt av fenomenet på begynnelsen av 1900-tallet. Begrepet viser til det fenomenet Freud syntes å observere hos sine pasienter – at pasientene syntes å etter hvert oppleve terapeuten som sine omsorgsfigurer, og at deres tidlige relasjonshistorie kunne gjenta seg i møte med terapeuten. Gjennom å arbeide med overføringstemaer menes det at underliggende konflikter, savn, tap og mangler kan komme til uttrykk og bearbeides, og ikke lenger repeteres i nye nære relasjoner som voksen (Gullestad og Killingmo, 2005). Innen de ulike psykoanalytiske teoritradisjoner har begrepet hovedsakelig vært betraktet som ”noe” pasienten har med seg fra sin fortid og som preger relasjonen, med andre ord en intrapsykisk konstruksjon. I dette perspektivet antar man at ubevisste aspekter knyttet til relasjonshistorien (betegnet som ”relasjonsscenario”) kan aktualiseres her og nå i overføringen, og således være potensielt tilgjengelig for intervensjon. Det å bli kjent med aktuelle relasjonsscenario muliggjør vekst for pasienten.

La oss vende tilbake til Mina for å se om overføringsfokuset kan belyse den kliniske illustrasjonen. Mina kommer til timen med et passivt uttrykk, tar ingen initiativ, må inviteres inn, og svarer så vidt på henvendelser. Hennes fremferd og ordknapphet kan informere oss om et overførings-tema. Mina uttrykker samme avventende holdning i forhold til terapeuten som overfor sin mor. Hun hadde aldri snakket åpent med sin mor om sine vansker. Kontakten med mor var i stor grad styrt ut i fra om det ”passet” for mor. Mina hadde utviklet en evne til å se om mor var tilgjengelig, og trakk seg ellers tilbake. Kanskje kan vi si at hennes avventende holdning rommet en skepsis mot nære relasjoner generelt – en forventning om å bli skuffet og ikke bli forstått. Hun tar for gitt at dette også gjelder overfor terapeuten.

I den tiden terapirelasjonen med Mina varte åpnet hver time på samme måte; senket blick og avventende holdning. Den avventende holdningen syntes å være hennes viktigste sosiale strategi; en relasjonsform hun møtte de fleste mennesker med. Innholdet i relasjonsformen ble etter hvert mer eksplisitt. Hun kunne si at hun aldri følte seg ønsket noe sted, ikke var av betydning for noen, og kun var til bry. Hun betraktet seg selv som en som ødela. Derfor måtte hun ha et initiativ og et ønske fra andre om kontakt. Hun kunne ikke ta for gitt at andre ønsket nærhet med henne. Hun bekreftet at hun også kjente usikkerheten i timene, lurte på om hun var til bry, og om terapeuten egentlig brydde seg. Terapeuten var fristet til å avkrefte hennes antagelser, men valgte å bekrefte hennes engstelse og fokusere på overføringstemaet. Terapeuten kunne si ”det virker som du blir utrygg og redd. Det ville vært fristende å si at du ikke trenger å være redd her, men jeg tror du må erfare at det er trygt her. Du må finne ut over tid at det er trygt her”. Eller ”det tar tid for deg å bli trygg hos andre, og spesielt når du skal snakke om det som er vanskelig. Ut i fra din historie er det ikke rart at du trenger å få bekreftet at det er trygt her”.

I lys av begrepene ”overføring” og ”relasjonsscenario” kan vi kanskje si at hun knyttet seg til terapeuten, men opplevde da også komplekse og vanskelige følelser i relasjonen – slik hun også gjorde i relasjon med sin mor. Men i relasjonen til terapeuten turte hun i økende grad å ta initiativ, korrigere og avkrefte terapeuten innspill. Hun kunne også etter hvert være eksplisitt på at hun var redd, hva i situasjonen her og nå som gjorde henne engstelig, og hvor umulig det var for henne å skulle formidle dette til andre mennesker. Mor visste at Mina var en del trist og engstelig, men det tok lang tid før mor fikk vite om brennmerkene og dødstankene. Enda mer var Mina redd for å være til bry, slik at hun aldri var eksplisitt i konkrete situasjoner hvis mor sa eller gjorde noe som ble vanskelig for henne. Hun unngikk moren etter vanskelige situasjoner, og forsøkte på den måten å unngå negative følelser i seg og andre. Dette ga heller ikke andre en mulighet til å kunne se og respektere hennes følelser og grenser.

Begrepet overføring viser til mange ulike relasjonsaspekter, og disse vektlegges noe ulikt i forskjellige psykoanalytiske retninger. Begrepet fremhever imidlertid pasientens bidrag inn i relasjonen

med en annen. Overføringsbegrepet kan forstås som å vise til intrapsykiske underliggende strukturer der det fortidige aktualiseres i relasjonen her og nå. Det er fremhevet av Joseph (1989) at overføring ikke bare viser til fortiden og relasjoners spor, men at det er "the total situation" som er et uttrykk for overføring. Med andre ord representeres og utspilles fortiden her og nå, og fortid er udelelig fra her og nå. Fortidige relasjoners betydning er likevel sentralt i forståelsen av overføring, og dette innebærer også en tanke om at noe som har funnet sted kan avdekkes i møtet mellom pasient og terapeut. I tillegg er det en grunnleggende antagelse om at dynamisk ubevisste og ubearbeidede temaer kan repeteres og gjennomarbeides.

Begrepet "motoverføring" ble lansert av Freud for å primært vise til fenomener som forstyrret terapeutens nøytralitet (Zachrisson, 2008). For å redusere innslag av motoverføring måtte terapeuten arbeide med sine egne ubevisste ubearbeidede temaer for å komme på sporet igjen, gjerne i egenbehandling. Paula Heiman var blant de første til å fremheve et utvidet perspektiv på motoverføring – som terapeutens instrument for å forstå pasientens ubevisste prosesser og følelsesmessige konflikter (Heiman, 1950; Zachrisson, 2008). "Generelt kan vi si at motoverføringsreaksjoner kommer til syne ved tegn på ubevisste konflikter, følelser og bestrebelsler hos terapeuten, slik som forsnakkelser, feilhandlinger, drømmer og uklare eller ugreie stemninger" (s. 941). De ledsagende følelsene hos terapeuten – for eksempel av ufrihet, irritasjon, kjedsomhet, tristhet – betegnes som terapeutens motoverføringer. Følelsene er terapeutens egne, men initiert av pasientens overføring. Terapeuten kan oppleve det som å få en rolle i pasientens indre drama (Sandler, 1976). Terapeuten kan føle seg begrenset i sin tenking, væremåte, og potensielt også bevegelsesfrihet, i møte med pasientens vansker. Terapeutens viktige arbeid er å gjenkjenne tildelingen av en rolle, eventuelt med ledsagende følelser og tanker, og forsøke å forstå hvorledes det som skjer i terapeuten kan gi ytterligere informasjon om pasientens indre drama. Der begrepet overføring fokuserer på intrapsykiske aspekter i pasienten for å forstå utfordringer i relasjonen, viser begrepet motoverføring til intrapsykiske og subjektive aspektene i terapeuten som aktiveres i møte med pasienten. I timene med Mina kunne terapeuten ofte kjenne en gryende uro, hjelpeløshet og ufrihet.

Følelsen av uro kan være et eksempel på motoverføring, og spørsmålet er om terapeutens uro kan gi oss informasjon om Minas indre tilstand.

Enda et begrep som gi forståelse til utfordrende fenomener i den terapeutiske relasjon er "projektiv identifisering" (Klein, 1946). Med projektiv identifisering rettes fokus på en intrapsykisk forsvarsstrategi i pasienten, men som hevdes at er en grunnleggende beskyttende strategi fra barnets tidlige utvikling. Mekanismen etableres som beskyttelse mot sterk angst for overveldelse og utsletting, og for å opprettholde en indre trygghet i møte med andre. Bion (1970) har i større grad vektlagt de relasjonelle aspektene ved etableringen av denne forsvarsstrategien, nærmere bestemt at projektiv identifisering knyttes til modellen for "container – contained". Bion beskriver hvorledes impulser, følelseselementer og tankeinnhold fra barnet kan projiseres i mor, som på sin side kan romme ("containe") og bearbeide impulsene slik at barnet lettere kan ta tilbake og internalisere impulsene som en del av seg.

Ut i fra dette perspektivet kan terapeutens uro være svar på en primitiv, umoden og ikke-verbal følelsesmessig kommunikasjonsform fra Mina. Uroen kunne i perioder øke i stor grad når destruktive tanker og atferd var aktuelt. Noen ganger initierte dette vurdering av selvmordsproblematikk, men også bekymring for omsorgssituasjon generelt. Dette var selvfølgelig viktige vurderingsområder, men det at terapeuten orienterte seg mot egne følelser som informasjon ga også en mulighet til å kjenne aspekter ved Minas væren. Kanskje ga uroen også informasjon om bakenforliggende hjelpeløshetsfølelse, og en eksistensiell erfaring om at relasjoner er skjøre og ikke alltid kan repareres. Det at hun i økende grad eksplisitt tok opp temaer eller vanskeligheter fra hverdagen eller i behandlingen, kan være et uttrykk for at hun på et nivå følte at terapeuten tok i mot noe fra henne, prøvde å forstå og satte noen ord på det. Dette økte hennes tro på å bli forstått av en annen.

Imidlertid kunne Minas tilknapphetet også vekke frustrasjon. Terapeuten fortsatte å invitere og komme med forslag, men Mina syntes i perioder å være oppgitt over alt som ble sagt, det var som om hun bare ville ha terapeuten og hennes forslag vekk. Det var vanskelig for terapeuten å holde motivasjonen oppe. Terapeuten kunne få tanker om at "jeg er helt udugelig", "nå bør jeg finne meg

en annen jobb”, og ble lett mottagelig for kritiske innspill fra andre. Kanskje kan også dette være en parallell til Minas negative selvilde, hennes overbevisning om at alt ved henne var råttent, ødeleggende og uten betydning. Det ble viktig å ikke agere på den avvisende holdningen, men finne tilbake til empatien. Se det såre i hennes fremtoning, og huske på at det var et barn i henne som nettopp følte seg forlatt bak den avvisende holdningen. Det ble viktig å bekrefte hennes usikkerhet og redsel, og det veldige savnet etter å bli tatt vare på. Terapeuten kunne si at ”jeg tror det er viktig for deg at jeg virkelig skjønner hvor hjelpeløs du kan kjenne deg, og hvor fastlåst alt føles. Det er som om du må sjekke det ut gang på gang – om jeg virkelig har forstått”. Kanskje kan vi også forstå hennes avventende holdning som en avvisning og således mer i retning av et uttrykk for sinne. I relasjon til terapeuten kunne hun i økende grad uttrykke

... pasienten må føle seg forstått før de kan kjenne et ønske om å forstå.

sterke vanskelige følelser i større grad enn overfor nær omsorgsgiver. Vi kan stille et spørsmål om dette også var forsøk på å kunne få bearbejdet følelser som ikke hadde kunnet bli bearbejdet tidligere. Og på tross av en avvisende holdning ble hun sittende, og hun kom til alle timene. Det viser kanskje også at noe i henne så nytten av prosessen på tross av at det var svært tøft.

Vi kan si at begrepene motoverføring og proektiv identifisering viser til intrapsykiske aspekter som aktualiseres i ulik grad ut i fra temaer i terapien. Begrepet motoverføring viser til et klinisk fenomen, og begrepet proektiv identifisering viser til en forsvarsmekanisme som kan gi forståelse for kliniske uttrykk. Begge begrepene kan bidra til at terapeuten sorterer egne følelser for å få økt forståelse av pasientens vansker. Mens fokus ved motoverføring er på indre temaer og følelser i terapeuten her og nå som må sorteres, så er fokus ved begrepet proektiv identifisering både på en intrapsykisk forsvarsstrategi i pasienten, og på en primitiv kommunikasjonsform pasienten gjentar fra tidlige relasjoner til nåtidige relasjoner. Således kan vi forstå motoverføring som et klinisk uttrykk av den psykiske mekanismen proektiv identifisering. Både begrepene om overføring, motoverføring og

proektiv identifisering fordrer alle en relasjon for å komme tilsyne, men den intersubjektive prosessen mellom pasient og terapeut fremheves mest ved motoverføring og proektiv identifisering. Pasienten kan få tilbake viktige deler av seg selv ved at terapeuten gjenkjenner og rommer subjektive fornemmelser og følelser, og så sorterer hva som i bearbejdet form kan gis tilbake til pasienten. Vi kan si at proektiv identifisering i større grad betyr det relasjonelle samspeillet, og terapeuten mottagelighet blir avgjørende for om pasientens primitive temaer kan bearbejdes i en ny relasjon (Symmington, 1985). Her vektlegges at fortidige relasjonsmønstre gjentas her og nå, men kanskje i noe større grad at noe etableres også her og nå. Det er bl.a. fremhevet av Steiner (1993) at pasienten må føle seg forstått før de kan kjenne et ønske om å forstå. Killingmo (1989) har også beskrevet at for pasienter med ”mangelpatologi” må noe etableres – en væren må først bekrefte, til forskjell fra ”konfliktpatologi” der fokus er mer på å avdekke mening.

Innen relasjonell psykoanalyse forstås overførings- og motoverføringsfenomener som pågående meningskonstruerende, og at de gir viktige selv-erfaringer for både pasienten og terapeuten (Binder et al, 2006). Dette kan hevdes å være en mer radikal forståelse, hvor slike fenomener betraktes hovedsakelig som samskapt (”co-constructed”). Kanskje kan vi se innen denne psykoanalytiske retningen ulik vektning av konstruksjonisme, hvor vi i ytterste konsekvens kan forstå relasjonelle vansker oppstått mellom terapeuten og Mina som et resultat av det som oppstår her og nå, samt av *relasjonelt* ubevisste prosesser (se også Wachtel, 2010). Det vil senere fremmes ytterligere at terapeuten andel er sentral for å forstå de utfordringene som utspiller seg. Etter forfatterens mening utelukker ikke dette nødvendigvis at intrapsykiske dynamiske og ubevisste prosesser er tilstede uavhengig av møtet med terapeuten her og nå.

**Tilknytning og relasjonelle traumer.** Kvalitative og kvantitative prospektive studier fra utviklingspsykologien presenteres ofte som en motsetning til et mer retrospektivt utviklingsperspektiv, som tidligere preget den psykoanalytiske og dynamiske psykoterapitradisjonen (Sandler et al, 2000). Kort sagt var man her mer opptatt av hvordan den voksne pasientens beretninger om tidlige barndomst-

raumer kunne kaste lys over viktige utviklingsfaser i barnets normalutvikling. Innen den psykoanalytiske og dynamiske terapitradisjon har det vært et økende inkludering av utviklingspsykologisk forskning, og en gjensidig påvirkning, mellom det dynamiske fagmiljøet og fagmiljøet som er opptatt av tilknytning. Innen tilknytningstradisjonen studeres betydningen relasjonen mellom omsorgspersonen og barnet har for utvikling. I følge Bowlby (1958) har barnet en biologisk predisposisjon for tilknytning til sine omsorgspersoner, som i sin tur øker barnets sjanse for overlevelse. Han mener vi er utstyrte med et artsspesifikt atferdsreportoar, som å gråte eller følge etter omsorgspersonen. Atferden gjør det mulig for barnet å søke nærhet og oppmerksomhet. Omsorgspersonen er programmert til å respondere og handle for å beskytte barnet mot farer. Psykologisk sett vil barnet etter hvert oppleve en følelse av trygghet.

Ainsworth (1979) utviklet en eksperimentell situasjon, "strange situation", hvor barnet presenteres angstprovoserende situasjoner som normalt vil få barn til å søke støtte hos omsorgsgiver. Barnet blir så observert med sin omsorgsperson, en fremmed kommer inn, og omsorgspersonen lar barnet bli igjen alene med den fremmede. Ut i fra barnas reaksjonsmåter og atferd kategoriseres tre tilknytningsformer – unnvikende (A), trygg (B) og ambivalent (C). Main (1991) har senere tillagt en tilknytningsform kalt "desorganisert" (D), som inkluderer barn som har reaksjonsmåter og atferd som ikke lar seg kategorisere i de opprinnelige tre formene, og som viser seg ofte forbundet med alvorlige relasjonsvansker. En kategori D kommer i tillegg til en hovedkategori A, B eller C. Senere har George, Main og Kaplan (1986) utviklet et intervju for omsorgspersonen, "Adult Attachment Interview" (AAI), som kategoriserer den voksnes tilknytningserfaringer og relasjonelle stil overfor barnet – enten avvisende, autonom og preokkupert. Det er funnet statistisk signifikant korrelasjon (.61) mellom kategorisering av omsorgspersonens indre representasjon av tidligere tilknytningserfaring og deres barns tilknytningsetferd; avvisende – unngående, preokkupert – ambivalent, autonom – trygg (Fonagy et al., 1991).

Kan Minas relasjonelle stil forstås i lys av et tilknytningsmønster? På tross av at det her ikke er fortatt AAI, kan vi kanskje forstå hennes avventende holdning som et uttrykk på "utrygg - un-

vikende" tilknytningsstil. Imidlertid var det også episoder der terapeuten opplevde å nærmest miste kontakten med henne, spesielt når sterke følelser var aktivert. Beroligende intervensjoner ble selvfølgelig viktig, men ord syntes ikke å nå inn. Tilbaketrekingen kunne kanskje best forstås som frakobling og brudd i kontakt. Kanskje kan dette forstås som en tilpasning for å takle vanskelige indre følelser. Det var som om det ikke var etablert en relasjonell base for trøst eller trygghet når det stormet som verst – da var hun, og hadde alltid vært, alene. Det var som om det måtte etableres en måte å være sammen på i det aller vanskeligste. Kanskje kan vi forstå dette som tegn på disorganisert tilknytningsstil.

Det er foretatt longitudinelle studier der undersøker sammenhengen mellom utrygg tilknytning, foreldres omsorgstil, opplevde traumer og utvikling av psykisk lidelse i voksen alder (Carlson et al., 2009). Her er det ikke et til et forhold, men slike studier antyder at det er viktig å ha en kompleks forståelse av utvikling av psykiske vansker, der tidlig samspillsvansker, utrygg tilknytning og traumatiske opplevelser kan ha innvirkning på en uheldig utvikling. Det fremkom i behandlingen med Mina at hun hadde opplevd flere dramatiske hendelser i nær familie i tidlig barnealder, og som omhandlet rusmisbruk, vold og seksuelt misbruk. I samme periode opplevde hun at besteforeldrene skilte lag og etablerte seg på nytt på hver sin kant, og en onkel fikk kreft og døde. Far flyttet til utlandet, og de hadde siden ingen kontakt. Mor hadde mistet sin bror, og hennes foreldre var opptatt av å etablere nye parforhold, så mor hadde også en meget vanskelig tid. Kanskje sier dette noe om den isolasjonen Mina må ha opplevd i oppveksten, umuligheten av å dele følelser, fordi voksenpersonene var okkupert med egne følelsesmessige vanskelige temaer og sorg. Mor uttrykte også mistro til om Mina egentlig hadde hatt det vanskelig i denne perioden. Mor trodde ikke hun husket eller hadde fått med seg det vanskelige. Mina våget ikke fortelle mor om overgrepene, og det gikk mange år før hun fikk vite at søster hadde opplevd det samme. Et viktig moment her er at mor, uansett om hun visste om overgrepene eller ikke, ikke grep muligheten til å bekrefte Minas opplevelse og det å ha hadde lidd overlast. Kanskje kan vi forstå hennes plager som konsekvenser av manglende emosjonell omsorg over tid, også betegnet som relasjon-

straumer (Benum, 2006). Minas relasjonelle stil var både fastlåst, men også påvirkbar. Imidlertid manglet hun trygge nok relasjoner i hverdagen sin til å utprøve og utvikle seg i, og det å komme i terapeutisk posisjon tok lang tid. Hun ble raskt følelse-smessig aktivert, og dette skapte store utfordringer i det terapeutiske arbeidet. Dette er beskrevet og kjent fra pasienter med traumbakgrunn (Benum, 2006). Det ble viktig å forsøke ulike innfallsvinkler for å støtte og bearbeide, bruke alternative uttrykksformer enn det språklige, gjenoppfriske tidligere mestringsstrategier og tilby foreldreveiledning.

Vi kan si at begrepet tilknytning viser til obser- verbar atferd av relasjonelle mønstre, og som kan skape en forståelse for emosjonelle og kognitive forhold. Tilnytningsmønsteret viser til en relativt stabil relasjonell stil, som kan overføres til andre enn omsorgspersonen. Imidlertid er det i de nære relasjoner tilknytningsmønster, og eventuelle tilknytningsvansker, aktiveres. Således kan vi forstå tilknytningsbegrepet som å vise til en biologisk fundert mekanisme som en person har med seg inn i en relasjon, som er preget av den fortidige relasjonshistorien, og som kan potensielt aktualiseres her og nå i relasjonen og samspillet. Det er ikke her et fokus på en intrapsykisk struktur eller mekanismer, men heller et fokus på reell relasjons- historie som kan skape forståelse for atferd her og nå. Imidlertid er det av Wachtel (2010) fremhevet hvorledes et fokus på tilknytningsmønstre i kombi- nasjon med en relasjonell psykoanalytisk forståelse av pasientens vansker kan gi viktige bidrag i en te- rapeutisk prosess.

**Mentalisering.** Fonagy, Target og Bateman (Fonagy & Target, 1996, 2000, Fonagy et al., 2002, Ba- teman & Fonagy, 2007) er forskere og klinikere som har spesielt vært opptatte av hvordan vi men- nesker utvikler en evne til å forstå oss selv og an- dre, samt hvorfor ikke alle får dette til. Begrepet ”mentalisering” viser til en evne til å forstå egen og andres atferd i lys av indre mentale tilstander, som intensjoner, følelser og tanker. Ved å systema- tisere og vise til forskning fra utviklingspsykologi, kognitiv psykologi, psykoanalyse og nevrobiologi argumenteres det for at vår mentaliseringsevne har klare utviklingstrinn.

Barn under fire år opplever verden på tre pre- reflekterende måter, henholdsvis ”teleologisk”,

”psykisk ekvivalens” og ”som om”. En teleolo- gisk opplevelsesform viser til at barnet ikke har en mental bevisst opplevelse av tilstanden, men at den utageres. For eksempel at sinne uttrykkes gjennom magedondt eller at barnet slår en annen. Videre vil barnet i en psykisk ekvivalent opplevelsesform ta for gitt at andre erfarer de samme følelsene og tan- kene som seg selv og omvendt. Et eksempel kan være et barn som er lei seg og tar for gitt at andre vet det. Eller at barnet ser at mor er lei seg, og au- tomatisk tenker at det er en selv som har gjort mor trist. I en ”som om” opplevelsesform vil barnet i lek kunne skille indre og ytre verden, og for eksem- pel leke at han er en stor og slem skurk – noe han da parallelt vet at han ikke er. Da kan sinne, makt og destruktive indre krefter få utspille seg i leken. Først når barnet nærmer seg fire årsalderen kan det tiltagende forstå kognitivt og emosjonelt at andre mennesker kan ha andre tanker, følelser og opple- velser i samme situasjon.

Imidlertid er sentrale forutsetninger for denne utviklingen at omsorgspersonen er støtte for bar- net ved å ta i mot følelser og opplevelser, i lek og generell samhandling (Fonagy et al., 2002). Det vektlegges en dialektisk speilingsprosess med om- sorgspersonen der barnets emosjonelle erfaringer gjøres tålbare og meningsfulle. Poenget er ikke at omsorgspersonens nøyaktig skal reflektere til- standen, men bearbeide og gi tilbake en passende representasjon: ”markert og kongruent speiling”. Denne prosessen er også omtalt som ”reflective parenting” og ”minding the baby”, og fremheves som et sentralt grunnlag for selvrepresentasjon, tenkning og mentalisering (Allen og Fonagy, 2006). Vi ser her overlappende aspekter med be- grepet ”container - contained” (Bion, 1970), og begrepene ”holding” (Winnicott, 1971), ”speiling” (Kohut & Wolf, 1978), samt ”attunement” (Stern, 1985). Det fremheves i dette perspektivet at barnet internaliserer ikke bare et rommende objekt, men et rommende objekt som tenker om barnet *med* intensjoner – ”a thinking self from within the con- taining object” (Fonagy og Target, 1996, s. 231).

Utvikling av mentaliseringsevne betraktes spe- sielt relatert til tilknytningsrelasjonen mellom barnet og omsorgspersonen, samt foreldrenes emosjonelle og relasjonelle historie. Studier viser sammenheng mellom barnets tilknytningsmønster ved 12 og 18 måneder, omsorgspersonenes tilknyt- ningserfaringer målt med AAI og barnets utvikling

... jo nærere  
relasjonen blir,  
desto vanskeligere  
er det å  
mentalisere.

av mentalisering (Fonagy et al., 1991, Fonagy et al., 1994, Fonagy et al., 1997, Steele et al., 1999). Studier har vist at spesielt ubearbejdede traumer i mors livshistorie kan få store konsekvenser for mors emosjonelle tilgjengelighet – og da spesielt hvis deres barn også opplever traume (Fonagy et al., 2002). Nevrobiologiske studier av hvordan det tidlige relasjonelle samspillet påvirker hjernens nevrologiske utvikling kan kanskje således både understøtte og utdype vår psykologiske kunnskap (Bateman og Fonagy, 2007, Allen og Fonagy, 2006). Nevrobiologiske studier mener også å vise at hjernens aktivitet når tilknytningsrelasjoner er aktivert og når vi evner å reflektere er to gjensidig utelukkende biologiske systemer. Med andre ord, jo nærere relasjonen blir, desto vanskeligere er det å mentalisere. Vi kan si at det antas en sammenheng mellom omsorgspersonens mentaliserings-

evne, grad av markert og kongruent speiling i forhold til barnets tilstander og opplevelser i lek og samhandling, og i hvilken grad barnet utvikler integrert, forstyrret eller manglende mentalisering (Stänicke, 2010). Hvis omsorgspersonenes ikke klarer å ta i mot eller ikke har følelsmessig kapasitet til å

nettopp bearbejde, gradere og gi tilbake impulser fra barnet, så vil barnet fortsette å bruke de primitive kommunikasjonsformene i utviklingen til voksen alder – spesielt når sterke følelser aktiveres. Fonagy og kollegaer hevder at forstyrrelser i utviklingen av denne evnen kan gi forståelse for utvikling av psykisk lidelse, spesielt relatert til personlighetsforstyrrelse, men også symptomlidelser som depresjon, angst, spiseforstyrrelse, traume, og psykose, eller atferdsuttrykk som dissosiasjon, selvskading og rusmisbruk (Bateman og Fonagy, 2007, Allen og Fonagy, 2006). Oppøvelse og utvikling av mentaliseringsevnen fremholdes derfor som et viktig endringsfokus i terapi. Hypotesen er at psykoterapi er effektiv når tilknytningssystemet er aktivert og terapeuten likevel evner å mentalisere. Pasienten tilbys en ny relasjon til å øve opp mentaliseringsevnen.

Dette perspektivet kan bidra med en forståelse av et påfallende trekk ved Minas fungering; en svært svingende evne til å tenke og forstå egen og

andres atferd. Det skulle lite aktivering av følelser til hennes tenkning ”kollapset” og alt ble ”svart – hvitt” – hun opplevde seg udugelig, ingenting var verdt noe, og hun opplevde å ikke ha noe å leve for. Vi kan forstå dette som at når sterke følelser, og bestemte sentrale vanskelige temaer, ble aktivert så var hennes mentaliseringsevne mangelfullt utviklet, og hun fortsatte å fungere prereflekterende – tenkningen ble preget av psykisk ekvivalens, indre og ytre verden ble sammenfallende, og det at andre kunne se annerledes på en situasjon ble helt uvesentlig og umulig å gripe. Dette syntes spesielt å omhandle temaer og følelser knyttet til tristhet og engstelse. Det ble viktig med bekreftelse, ro og trygghetsskapende verbale og ikke-verbale intervensjoner fra meg.

Andre ganger var det som om noe i henne ”drev” henne inni en destruktiv spiral, og hvor utagering i form av selvskading (brennmerker) ble eneste utvei når hun først var kommet i sterk affekt. Jeg tenker dette kan være eksempel på en teleologisk fungering, og det ble her svært utfordrende å finne måter å være sammen med henne på. Jeg forsøkte å holde fast ved en bekreftende holdning av hennes følelser uten å verbalisere for mye forståelse eller komme med forslag på konkrete løsninger. Dette må sees i sammenheng med at det var følelser hun forholdt seg til lite nyansert og bearbejdet. Innledningsvis i terapien nektet hun for at hun noen gang var sint hvis jeg foreslo at hun kanskje var irritert på en annen. ”Jeg kan bare være sint på meg selv”, sa hun. Dette syntes spesielt fremtredende i situasjoner hvor hun opplevde krenkelse og grensoverskridelse fra andre. Det vekket et sinne som syntes umulig å uttrykke, så hun skadet heller seg selv og tenkte på å ta sitt eget liv. Hun klarte ikke å rette sinne mot dem som hadde såret og krenket henne. Kanskje kan vi si at når bestemte følelser ble vekket var hennes evne til å mentalisere, og til å forstå egen og andres atferd, mangelfullt utviklet og følelser ble forholdt til på en teleologisk måte. At hun rettet sinne mot seg selv hadde ikke vært et gjenkjennelig mønster for henne før hun ble med på å sortere utfordrende situasjoner i hverdagen og i relasjonen til terapeuten. Etter hvert kunne hun bekrefte å være sint, og deretter i små steg relatere selvskadingen til forutgående krenkelser fra en viktig annen. Men det å skulle uttrykke disse følelsene overfor den det gjaldt var mye vanskeligere, nærmest utenkelig og utålelig. Hun fikk enormt dårlig



samvittighet.

Dette sorteringsarbeidet kan bli svært vanskelig når tidlige relasjonstraumer blir reaktivert i terapeur-relasjonen, men som kanskje også er nødvendig for endring – at tilknytningen aktiveres i relasjon til terapeuten. Hun kunne oppleve terapeuten lik mennesker hun hadde vært redd for, og det var som om noe i henne avfeide bekreftelse og forståelse for å slippe å kjenne på at det vonde minnet om sorg og savn. Jeg forsøkte å gjenfinne den lille jenta som hadde lidd overlast, men hun ble fylt av forakt i en slik grad at det var umulig for henne i perioder å ha egenomsorg. Det var lite å bygge på, men mine innspill må ha påvirket henne på tross av at hun i liten grad bekreftet dem. Fra å formidle at hun følte selvforsakt og skam, og at det nok var hennes egen skyld at alle vanskeligheter hadde skjedd, kunne hun etter hvert bekrefte at hun var svært skuffet og sint på de voksne som skulle ha

... det vonde utenfor henne ble tilskrevet noe grusomt i henne ...

gitt omsorg. Det var et viktig fremskritt mot å se muligheten av at hun selv ikke var årsak til alt hun hadde opplevd i sitt unge liv.

Minas alder når de vanskelige hendelsene og mors depresjon fant sted kan i lys av det overstående bidra til en forståelse av hvor gjennomgripende hennes følelsesmessige vansker var. Som barn forsøkte hun forståelig nok å finne mening til de vanskelige hendelsene. Hun hadde ikke da utviklet en evne til å forstå at det kan skje vanskeligheter i verden uten at det hadde noe med henne å gjøre, og den eneste muligheten var at hun selv tok ansvar for alle vanskelighetene. Det ble et sammenfall mellom ytre og indre verden – det vonde utenfor henne ble tilskrevet noe grusomt i henne – som ved psykisk ekvivalens. Vi kan si at hun opprettholdt en opplevelse av seg selv som en som ødela og som ikke kunne skape noe godt i relasjon med andre, fordi ingen hadde hjulpet henne med å nyansere hennes erfaringer og forståelse. Spesielt syntes det vanskelig for henne å kjenne seg avhengig, være hjulpetrengende og i behov av nærhet. Vi kan tenke oss at speilingen fra omsorgsgiver var svært mangelfull på enkelte områder, og hvor Mina ikke fant et bilde av seg selv med intensjoner i omsorgsgiverens psyke. I løpet av behandlingen ble hun mer åpen

om sine vansker, men etter et år var det fortsatt kun når andre spurte konkret at hun takket ja til tilbud eller bekreftet vansker. Det syntes også som om avvisningsatferd og sinne dekket over, og var et forsvar mot, mer grunnleggende trykksbehov. Mentaliseringsevnen i forhold til nærhets- og avhengighetsbehov var mangelfull, men også forstyrret.

Det ble viktig at jeg som terapeut sorterte mine følelser for å forstå dette komplekse samspillet. Jeg kunne reagere med uro når hun var avventende, og min uro kunne være en kommunikasjon om hvordan hun kjente seg. Men det var også viktig å sortere om min engstelse var et signal på en irritasjon. Jeg la merke til at jeg kunne kjenne irritasjon over at hun ikke tok timene mer i bruk, at ingenting var bra nok, og hvis hun hadde hatt det veldig vanskelig uten å komme til timen. Imidlertid ble det her også tydelig for meg at jeg selv måtte erkjenne hvordan hennes vansker med å kjenne på hjelpeløshet hadde en parallell i mine egne temaer. Det ble nødvendig å erkjenne mitt eget ”bidrag” i prosessen. Gabbard (1995) skriver om terapeuten ”emosjonelle knagger” som både det som får den terapeutiske prosessen i gang – at terapeuten blir følelsesmessig aktivert, og potensielt kan kjenne og forstå pasientens vansker – men at denne aktiveringen er viktig å få sortert for at prosessen ikke skal stagnere og bli uforløst. Og det viktige her er at min irritasjon både kunne være knyttet til mine egne temaer, men også et tegn på at jeg var aktivert av hennes spesifikke tematikk. Det ga meg hypoteser i samtalene med henne. Ved at terapeuten kjenner sin egenandel kan projeksjoner gis tilbake til pasienten slik at denne kan bli kjent med og integrere dem som en del av seg. Det at jeg tok ansvar for en indre sortering og bearbeiding av egne temaer, og således tok et delansvar i en utfordrende prosess, mener jeg var avgjørende for at hun kunne slippe seg mer fri i relasjonen og komme et skritt videre. Hun begynte etter hvert å bekrefte flere vanskelige følelser – som irritasjon, skam og skyldfølelse. Spesielt fremkom et tydelig sinne overfor moren som skulle ha gitt omsorg og vært der da hun var sårbar og liten. Hun kunne etter hvert også vise direkte skuffelse og sinne når vanskeligheter oppsto i terapeur-relasjonen, isteden for å uttrykke følelsene til andre i etterkant. I denne prosessen kan vi tenke oss at Mina får en ny mulighet til å oppleve, og ikke bare overleve, men også

dele vanskelige opplevelser.

Inspirert av å ha et mentaliseringsfokus i terapi forsøkte jeg å opprettholde en holdning dominert av nysgjerrighet, ikke være påståelig, men mest undrende og åpen. Jeg kunne også beklage hvis det var åpenbart at mine forslag ikke traff, eller understreke før et forslag at det var nettopp et forslag og ikke en sannhet. I stunder hvor jeg ble for aktivert kunne jeg legge merke til at mine innspill ble for lange, for kompliserte eller bestod av for mange ord. Balansen mellom stimulerende intervensjon og bekreftelse ble meget sentralt i hele terapien. Det var til tider som å balansere på en knivsegg. Selv om jeg i ettertid synes å se endringer i bestemte følelsesmessige temaer, var det mange ganger jeg mest av alt slet med å forstå.

I dette perspektivet vektlegges relasjonen her og nå for å forstå relasjonelle utfordringer som kan oppstå i en terapi, men fortidig relasjonshistorie ansees også som sentral for å forstå det som skjer her og nå. Det er opplevelsen pasienten har av situasjoner, følelser og temaer i rommet eller i hverdagen som har førsteprioritet. Tolkning av overføringstemaer fra fortidige relasjoner overses ikke, men avventes til lengre ut i terapiforløpet (Bateman og Fonagy, 2007). Dette har paralleller til det "utvidede" overføringsfokusert Joseph (1985) har vært opptatt av, og som er relativt dominerende i psykoanalytiske retninger i dag – som objektrelasjonsteori, interpersonlig og relasjonell psykoanalyse. Det som er viktig utspiller seg her og nå. Jeg mener det ved bruk av begrepet "mentaliserings" fremheves at relasjonelle utfordringer kan utspille seg også fordi noe må etableres i relasjonen. Dette er et annet fokus enn å avdekke et overføringstema med bakenforliggende ubevisste konflikter. Noe syntes stagnert, og kanskje på enkelte følelsesmessige områder mangelfullt utviklet, og det virket som om Mina måtte erfare at noen var nysgjerrig på hennes indre verden. Kanskje kan Minas avventende holdning også vitne om at hun manglet ord for å beskrive sine vansker til terapeuten. Kanskje har hun erfart å bli møtt med et tilsiktet fokus, og at omsorgspersonene i stor grad har vært på strekk, opptatt av egne konfliktfylte temaer og savn. Det har vært liten plass til Mina, og da spesielt ikke hennes negative følelser eller opplevelser. De har hun måttet holde for seg selv, og er derfor vanskelige å verbalisere. Vi ser her en parallell til begrepet proaktiv identifikasjon; det er

en primitiv ikke-verbal kommunikasjon som må få utspille seg i relasjonen for at Mina skal kunne uttrykke negative følelser til viktige andre. Vi ser også en parallell til Sterns (1985) fokus på preverbale selvaspekter, og at kroppen og selvet kan ha en implisitt hukommelse av tidlige relasjonelle erfaringer som så vil kunne utspille seg i nye relasjoner.

Etter min forståelse erverves mentaliseringssevnen i et intersubjektivt og transaksjonelt samspill mellom barnet og omsorgspersonene, og hvor relasjonell, kognitiv og emosjonell erfaring påvirker grad av utviklet eller forstyrret mentaliseringssevne (Indrevoll, 2000). Imidlertid er ikke mentaliseringssevnen statisk, ervervet og utviklet en gang for alle. Alle emosjonelle samspillserfaringer kan påvirke videre utvikling av mentaliseringssevnen. Grad av mentalisering en person fremviser (reflekterende funksjon) er også påvirket av den relasjonelle konteksten og emosjonelle tilstanden en person er i (Fonagy et al., 1997). Det betyr at evnen fremvises ulikt ut i fra grad av affektiv aktivering, som igjen er relatert til om den reelle relasjonshistorien aktiveres her og nå i en ny relasjon. Videre er emosjonell aktivering relatert til hvorledes relasjonserfaringer er integrert i personens indre fantasiliv om seg selv og andre. Det betyr at mentalisering også påvirkes av barnets intrapsykiske verden; eksplisitt og implisitt, bearbeidet og ubearbeidet, bevisst og ubevisst materiale. Alle ytre og indre erfaringer vil potensielt kunne påvirke den ervervede mentaliseringssevnen. Således kan begrepet forstås i skjæringspunktet mellom flere fagområder – som kognitiv psykologi, utviklingspsykologi, psykoanalyse og nevrobiologi.

Et fokus på mentalisering kan tilby en mulighet til å forstå fluktuerende aspekter i en relasjon mellom mennesker generelt, og her gjennomgått spesielt i forhold til et terapeutisk samspill. Følelser fluktuerer i hvilken grad de aktiveres, og dette påvirker både pasientens og terapeuten evne til å forstå seg selv og andre, og det å klare å være i et reelt samspill med en annen. Fokuset her er i større grad rettet mot hva som skjer og er i bevegelse i det intersubjektive møtet, som er en parallell til Sterns (2004) fokus på *intersubjektiv regulering*. Terapeuten har kunnskap, men ikke en sannhet om pasientens sinn. Oppklaring av misforståelser, og fremheving av ulike perspektiver, betraktes som viktig for å reetablere tillitt og arbeidsallianse.

Dette reparasjonsarbeidet er også fremhevet av Safran og Muran (2000) i deres fokus på *forhandling av terapeutisk allianse* for å bestyrke relasjonen og få til endring. Vi kan også se en parallell til *relasjonell utprøving* som fremheves innen kontroll – messtringsteori (Rappoport, 2002). En relasjonell test som kan bestås eller ikke, og som kan svekke eller bestyrke relasjonen og muliggjøre endring. Etter min forståelse vektlegges det i mentaliseringsperspektivet ikke kun et intersubjektivt perspektiv, men også at intrapsykiske dynamiske aspekter, som overføring og forsvar, ubevisste og irrasjonelle fantasi og følelsesliv kan påvirke tenkning og atferd (Fonagy og Target, 1996, 2000). Det som er viktig er å fremholde alternative forståelser for vansker som oppstår, og ikke tviholde på en forståelse hvis pasienten ikke opplever den meningsfull. Imidlertid er det viktig som terapeut å ha tillitt til at en forståelse som man igjen blir opptatt av, nettopp kan være av betydning.

### Avsluttende kommentar

Det er nå gjennomgått noen sentrale teoretiske begreper som fremhever ulike faktorer i en terapeutisk situasjon. Det er forsøkt å forstå relasjonelle utfordringer i lys av ulike begreper, og da med eksempler på utfordringer i en terapiprosess. Spesielt er det drøftet om begrepene overføring, motoverføring, proaktiv identifisering, tilknytning og mentalisering viser til intrapsykiske eller intersubjektive aspekter for å forstå utfordringer som kan oppstå. Det er også drøftet om de ulike begrepene fokuserer i hovedsak på pasienten, terapeuten eller selve samspillet. Det er fremhevet i hvilken grad de ulike begrepene representerer et fokus på det nåtidige eller fortidige, eller om begge tidsdimensjoner hevdes å være tilstede parallelt. Det er forsøkt å vise at uavhengig om det fremheves intrapsykiske eller intersubjektive aspekter så viser begrepene til fenomener som kommer til syne i en relasjon, og nærmest *forutsetter* et samspill.

Innen psykoterapiforskning er det fremhevet viktigheten av relasjon og allianse som sentrale forutsetninger for terapeutisk endringsarbeid på tvers av ulike behandlingsmetoder (Norcross, 2002). De ulike begrepene viser til ulike innfallsvinkler for å forstå relasjonsutfordringer, og etter min mening, kan ingen av begrepene alene tilby

en uttømmende forståelse. Den terapeutiske situasjon er sammensatt, og hvert individ og terapeut likeså. Imidlertid er det i de presenterte teoretiske perspektivene en gjennomgående vektlegging av relasjonens betydning i behandlings- og endringsarbeide. De ulike begrepene vektlegging av intrapsykiske eller intersubjektive aspekter kan også tilby et teoretisk stillas for å forstå kliniske forhold som kan true eller hindre en terapeutisk endring eller samarbeid mellom ulike instanser. Dette kan nettopp gi en utvidet forståelse av funn i klinisk psykoterapiforskning.

Ut i fra de gjennomgåtte perspektivene kan vi oppsummere at det relasjonelle samspillet omhandler både eksplisitte og implisitte temaer, bearbejdede og ubearbejdede, bevisste og ubevisste aspekter ved pasienten, men også ved terapeuten. Utfordringer i relasjoner må forstås nyansert ut i fra at pasienten har en relasjonshistorie og en historie med indre fantasier. Fortidige temaer kan påvirke møtet her og nå, enten i en overføringsform eller som primitiv kommunikasjon. Noen ganger kan noe avdekkes, og andre ganger må noe etableres for å komme forbi utfordringene. Vi kan si at utfordringer kan oppstå når pasientens og/eller terapeuten indre relasjonstemaer aktualiseres i samspillet, og derfor er en sortering av begges eventuelle bidrag helt essensielt. Teoretiske begreper som muliggjør opprettholdelse av refleksivitet i den terapeutiske prosessen, samt bearbejding av egne følelsesmessige reaksjoner, kan styrke motivasjonen når prosessen stagnerer. Alle begrepene tilbyr terapeuten en mulighet til å fortsette å være nysgjerrig og forsøke å forstå der alt synes umulig og fastlåst.

Videre er det forsøkt å vise at begrepet om mentalisering kan utdype en forståelse av hvordan ulike følelsesmessige temaer og relasjonelle sammenhenger påvirker den mentale fungeringen. Ulik mental fungering legger igjen føringer for ulike terapeutiske intervensjoner; jo mer pasienten opplever sin indre verden som en fysisk virkelighet – jo viktigere med emosjonell bekreftelse. Jo mer primitiv kommunikasjonsform som kommer til syne, desto mer må noe etableres i relasjonen til forskjell fra å avdekkes. I saker hvor ulike teammedarbeidere har ulike roller og funksjoner, samt der det er nødvendig med samhandling mellom ulike strukturer og enheter i en behandlingsskjede (kommune, poliklinikk og institusjon), er det spe-

sielt viktig å kunne skape en arena for utvikling av en felles forståelse. Det er av avgjørende betydning at de ulike enhetene forstår hverandres rolle for å kunne utfylle hverandres funksjon, forhindre at ulike tiltak blir konkurrerende, og forhindre unødig splitting og devaluering av hverandres arbeide i vanskelige perioder. Det å ha et fokus på mentalisering kan være en innfallsvinkel som kan favne ulike behandlingstilnæringer, og samtidig tilby en forståelse av pasientens svingende funksjon relatert til følelsesmessig tema, relasjon og situasjon. Det å ha en nøytral person utenfor behandlingsteamet som kan bistå med refleksjon og emosjonell støtte, i form av en "medtenker", kan også være nyttig. Dette kan støtte teammedlemmenes mentaliseringskapasitet når utfordringene relasjonelt blir store.

Etter et års behandling, og en klar økning i kommunikasjon av egne opplevelser, følelser og ønsker, fikk Mina likevel vanskelige perioder. Det var i de tyngste stundene fortsatt svært vanskelig for henne å ta i mot hjelp, og det var kanskje tryggest for henne å stole kun på seg selv. Skuffelsen var stor for Mina da vi vurderte å overføre behandlingsansvaret til voksenpsykiatrisk enhet på grunn av at hun ble 18 år. Det var svært vondt for meg å måtte formidle dette til henne. Hun kunne ikke forstå hvorfor hun ikke bare kunne fortsette å arbeide med dem hun kjente til. Det er et paradoks at når overføring av behandlingsansvar ble en kjensgjerning, var det som om hennes verdsettelse av relasjonen kom for en dag parallelt med en skuffelse. Forskjellen var at denne gangen kunne hun uttrykke sin skuffelse ansikt til ansikt. Det var det som var behandlingens store fremskritt. Hun klarte å si noe, si hva hun ønsket seg, hva hun ikke ønsket, hva hun var skuffet, lei seg og sint over.

## Referanser

- Ainsworth, M.D.S. (1979). Infant-mother attachment. *American psychologist*, 34, 932-937.
- Allen, J. & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. England: John Wiley and Sons, Ltd.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg.
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. I Anstorp, T., Benum, K. og Jakobsen, M. *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integreering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Binder, P.-E., Nielsen, G.H., Vøllestad, J. Holgersen, H. & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 43(9), 899-908.
- Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. London: Karnac books, 1984.
- Bowlby, J. (1958). 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, 1986.
- Carlson, E.A., Egeland, B. & Sroufe, L.A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21, 1311-1334.
- Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- 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., Steele, M., Steele, H. & Target, M. (1997). *Reflective-functioning manual. Version 4.1. For application to adult attachment interviews*. London: University college London.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International journal of psycho-analysis*, 77, 217-233.
- (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International journal of psycho-analysis*, 81, 853-873.
- Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International journal of psycho-analysis*, 76, 475-485.
- George, C., Main, M. & Kaplan, N. (1986). *Modifisert adult attachment interview*. Norsk oversettelse: Upublisert manus.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Universitetsforlaget: Oslo.
- Indrevoll, L. (2001). *Reflekterende funksjon – et be-*

- grep i skjæringspunktet mellom kognitiv psykologi, utviklingspsykologi og psykoanalytisk teori. Hovedoppgave Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Joseph, B. (1985). *Transference: The total situation. Psychic equilibrium and psychic change: Selected papers of Betty Joseph*. London: Routledge, 1999.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International journal of psycho-analysis*, 70, 65-79.
- Klein, M. (1946). *Notes on Some Schizoid Mechanisms. Envy and Gratitude and other works 1946-1963*. London: The Hogarth Press.
- Kohut, H. & Wolf, E.S. (1978). The disorder of the self and their treatment: An outline. *International journal of psycho-analysis*, 59, 413-425.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment. Findings and directions for future research. I C. M. Parkes og J. Stevenson-Hinde (Red.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that works. Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Rappoport, A. (2002). How psychotherapy works: The concepts of control-mastery theory. *Bulletin of the American Academy of Clinical Psychology*, 8(2), 10-14.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.
- Sandler, J. (1976): Countertransference and Role-Responsiveness. *Int. Review og psychoanalysis*, 3, 43-47.
- Sandler, J., Sandler, A. M. & Davies, R. (2000). *Clinical and observational psychoanalytic research: Roots of a controversy*. London: Karnac books.
- Stånicke, L. I. (2010). Selvmord og vurdering av selvmordsrisiko. I Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stånicke, E. *Psykiatriboka*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Steele, H., Steele, M., Croft, C. & Fonagy, P. (1999). Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years. *Social-development*, 8, 161-178.
- Steiner, J. (1993). Problems of psychoanalytic technique: patient-centred and analyst-centred interpretation. *Psychic Retreat. New library of psychoanalysis*, 19. London: Routledge.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic books.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. London: Norton & Company.
- Symington, N. (1985). Phantasy effects that which it represents. *International journal of psycho-analysis*, 66, 349-357.
- Wachtel, P.L. (2010). One-person and two-person conceptions of attachment and their implications for psychoanalytic thought. *International journal of psychoanalysis*, 91, 3, 561-581.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate*. London. Routledge.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. London: Routledge, 1991.
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring i psykoanalyse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 939-948.
- Keywords:** Psychodynamic therapy, adolescent, relational difficulties, transference, attachment and mentalization.
- Søkeord:** Relasjon, overføring, motoverføring, proektiv identifisering, tilknytning, mentalisering, dynamisk psykoterapi, ungdom.

### Abstract

The aim of this article is to contribute to an understanding of relational challenges, crisis and breakdowns that can emerge between patient and therapist during therapy. Clinical examples from a therapy with an adolescent are discussed in the context of central concepts such as transference, countertransference, projective identification, attachment and mentalization. The concepts are further discussed in what degree they emphasize different aspects such as intrapsychic and intersubjective processes, the past or the present, and if meaning can be uncovered or must be established in the therapeutic relation. The author argues that the concepts complement each other and together provide an integral understanding of the patient's

difficulties and relational challenges. An understanding of different aspects of relational challenges may contribute to supporting the therapist's motivation and maintain reciprocity between different health workers that cooperate in the treatment. On a more general level the article aims to illustrate how good clinical theory may instigate movement when the therapeutic processes have stagnated.

**Line Indrevoll Stånicke** er psykologspesialist innen voksenpsykologi. Hun arbeider ved Nic Waals Institutt, en barne- og ungdomspsykiatrisk enhet tilknyttet Lovisenberg diakonale sykehus i Oslo, Norge. Hun er kandidat ved Norsk Psykoanalytisk Institutt. Artikkelen er støttet med midler fra Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.

[line.stanicke@gmail.com](mailto:line.stanicke@gmail.com)