

# Ubevisst traumatisk samspill

*En teoretisk undersøkelse av relasjoner  
etter relasjonstraumatisering*

Åse Wegerif



Masteroppgave i psykososialt arbeid – selvmord, rus,  
vold og traumer, Institutt for klinisk medisin,  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

02. Mai 2012



© forfatter

2012

Ubevisst traumatisk samspill.

En teoretisk undersøkelse av relasjoner etter relasjonstraumatisering.

Åse Wegerif

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Social functioning of survivors shows wide variability, ranging from isolation, rebellion or defiance, and antisocial behavior to overfunctioning and compulsive compliance and social interaction. The personal disillusionment and interpersonal disturbance that accompany human-induced victimization can cause an alienation that pervades all aspects of life. (Courtois, 2010, s. 219)

# Forord

Som sosialarbeider og snart master i psykososialt arbeid med studieretningen vold og traumer, var det viktig for meg å fordype meg i en problemstilling som gir økt forståelse og trygghet i møte med klientene. Denne masteroppgaven ble til som følge av min sosialfaglige bakgrunn og store interesse for psykologi.

Jeg ønsker å takke min veileder Sverre Varvin for god veiledning, oppmuntringer og for å ha støttet meg gjennom prosessen. Takk for at jeg fikk mulighet for å fordype meg innen et fagområde og perspektiv som jeg finner så viktig og interessant!

Jeg ønsker også å takke min mann Marinus og to herlige sønner Ferdinand og Maurice. Takk for raushet og omtanke i en travel hverdag det siste året!

# Sammendrag

Mange relasjonstraumatiserte strever i senere relasjoner, både privat og i forhold til behandlere. Relasjonsvansker er en viktig dimensjon ved posttraumatiske reaksjoner etter relasjonstraumer. Forskning viser at sosiale relasjoner er viktige i det posttraumatiske forløpet. Mens gode relasjoner fungerer som en beskyttende faktor, representerer dårlige relasjoner en risikofaktor.

Denne studien undersøker mekanismer som spiller inn når tidlige relasjonstraumer manifesterer seg i senere relasjonsvansker. Problemstillingen er: *Hvordan forstå indre-ytre relasjonsdynamikk etter relasjonstraumer?* Det benyttes en teoretisk litteraturstudie av tre perspektiv: enactmentbegrepet sett fra et kleiniansk og intersubjektivt psykoanalytisk perspektiv, samt tilknytningssystemet ved Mikulincer og Shavers modell om tilknytningssystemet hos voksne. Studien beskriver sammenhengen mellom traumet (overgrepssituasjonen og traumatiseringen), den posttraumatiske tilstanden (symptomene, indre skade og relasjonsvansker) og psykologiske mekanismer bak relasjonsvanskene.

Hovedfunnene er at relasjonstraumer skaper forstyrrede indre objektrelasjoner og utrygge indre arbeidsmodeller. Senere relasjoner aktualiserer indre traumerelaterte relasjoner, som via ulike mekanismer påvirker samhandlingen i relasjonen. Det kleinianske perspektivet beskriver aktualiseringen via mekanismene projektiv identifikasjon og motoverføringsenactment. Det intersubjektive perspektivet beskriver hvordan intersubjektiviteten og dialogen mellom partene brytes i kontakt med traumerelatert materiale, slik at relasjonspartnerne inngår i en enactment og samspillet blir komplementært. Tilknytningssystemet beskriver hvordan den traumatiserte projiserer utrygge indre arbeidsmodeller, opplever relasjonen som utrygg, og relaterer seg gjennom en utrygg, eller disorganisert tilknytningsstil. Forståelsen gir implikasjoner for hvordan behandlere bør forholde seg i relasjon til relasjonstraumatiserte.

# Abstract

Many relationally traumatized persons struggle in their later relationships, both privately and in relation to therapists. Relational difficulties are an essential dimension of posttraumatic reactions after relational trauma. Research indicates that social relationships are important in the posttraumatic course. Whilst good relationships provide a buffering function, poor quality relationships pose a risk factor.

This study investigates mechanisms which interact when early relational trauma manifests itself in later relational difficulties. The research question is: *Understanding the inner-outer relational dynamics after relational trauma*. The study uses a theoretic literature review of three perspectives: the concept of enactment viewed from the kleinian and intersubjective psychoanalytic perspectives, and attachment theory represented by Mikulincer and Shaver's model of the attachment system in adults. The study describes the link between the trauma (traumatizing context and psychological traumatization), the posttraumatic condition (symptoms, inner damage and relational difficulties) and psychological mechanisms behind the relational difficulties.

The study's main findings are that relational trauma causes disrupted inner object relations and insecure internal working models. Later relationships actualize inner trauma-affected relations, which influence the current interaction through various mechanisms. The kleinian perspective describes the actualization using the mechanisms projective identification and countertransference enactment. The intersubjective perspective describes how the intersubjectivity and dialogue between the parties breaks down in contact with traumarelated material, and causes the relationship partners to take complementary positions in an enactment. The attachment perspective describes how the traumatized person projects insecure working models, experiences the current relationship as threatening, and subsequently relates through an insecure, or disorganized attachment style. The theoretic review gives implications as to how therapists should relate to relationally traumatized persons.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	11
1.1	Kunnskapsfeltet .....	12
1.2	Relasjonstraumer og relasjonsvansker.....	13
1.3	Indre og ytre relasjoner.....	14
1.4	Problemstilling.....	15
1.5	Forskningsspørsmål .....	15
1.6	Hensikt med studien .....	15
2	Teoretisk perspektiv .....	18
2.1	Psykoanalytisk teori.....	18
2.2	Tilknytningsteori .....	20
2.3	Sentrale begrep .....	22
3	Metode.....	26
3.1	Begrepsforskning.....	26
3.2	Litteraturstudie.....	28
3.2.1	Utvalg .....	28
3.2.2	Analyse.....	30
3.3	Etiske hensyn .....	33
3.4	Prosess .....	34
3.5	Diskusjon .....	35
4	Traumet .....	39
4.1	Karakteristika ved overgrepssituasjonen .....	39
4.2	Traumatiseringen .....	40
4.2.1	Identifikasjon med aggressor.....	41
4.2.2	Utvikling av utrygg og disorganisert tilknytning .....	43
4.3	Oppsummering .....	44



5	Den posttraumatiske tilstanden .....	45
5.1	Symptombilde.....	45
5.2	Indre skade.....	46
5.3	Traumenes manifestasjon i relasjon.....	47
5.4	En klinisk vignett.....	49
5.5	Oppsummering .....	50
6	Ubevisst traumatisk samspill.....	52
6.1	Enactment, kleiniansk perspektiv .....	52
6.1.1	Den traumatiserte benytter projektiv identifikasjon.....	53
6.1.2	Behandleren opplever motoverføring.....	53
6.1.3	Behandleren reagerer med motoverføringsenactment.....	54
6.1.4	Den traumatisertes relasjonsscenario leves ut .....	54
6.1.5	Oppsummering .....	57
6.2	Enactment, intersubjektivt perspektiv .....	58
6.2.1	Klientens relasjonsscenario utspiller seg i relasjonen .....	58
6.2.2	Relasjonen preges av intersubjektivitet og ”shared thirdness” .....	60
6.2.3	Klientens traumemateriale fører til brudd i dialogen .....	60
6.2.4	Enactment innebærer at dialogen skifter kvalitet.....	61
6.2.5	Oppsummering .....	62
6.3	Tilknytningsperspektivet .....	63
6.3.1	Utgangspunktet er den traumatisertes utrygge tilknytning.....	63
6.3.2	Den traumatiserte projiserer utrygge indre arbeidsmodeller.....	65
6.3.3	Den traumatiserte opplever relasjonen som utrygg.....	66
6.3.4	Den traumatiserte relaterer seg i tråd med sin utrygge, eller disorganiserte, tilknytningsstil .....	66
6.3.5	Interaksjonen gjenspeiler indre traumepregede relasjoner.....	68
6.3.6	Oppsummering .....	69

7	Hovedfunn og diskusjon.....	71
7.1.1	Ved relasjonstraumer dannes indre traumepregede relasjoner.....	71
7.1.2	Den traumatisertes indre relasjoner fører til relasjonsvansker .....	72
7.1.3	Indre-ytre dynamikk bak relasjonsvanskene .....	72
7.1.4	Implikasjoner for relasjonspartneren.....	74
7.1.5	Den kliniske vignetten.....	76
8	Konklusjon .....	79
	Litteraturliste .....	80

# 1 Innledning

Mange relasjonstraumatiserte strever med nære relasjoner, i privatlivet og i kontakt med behandlere. Mens selve vanskene og problemene er synlige, forblir den bakenforliggende sammenhengen til traumatiseringen ubevisst og usynlig. En måte å forstå relasjonsvanskene, er at tidlige traumatiske erfaringer preger den traumatisertes indre verden og indre relasjoner. I senere relasjoner, skaper de indre traumepregede relasjonene vansker i den ytre relasjonen. Målet med denne studien er å belyse denne sammenhengen, dvs de indre-ytre mekanismene, bak traumatisertes relasjonsvansker.

Det benyttes en teoretisk litteraturstudie av tre teoretiske perspektiv. To av perspektivene fokuserer på det psykoanalytiske begrepet enactment. Begrepet belyser et ubevisst samspillsmønster som klient og behandler trekkes inn i, og som virkeliggjør klientens indre relasjoner. Det vil si at traumepregede indre relasjoner, gjennom overføringsprosesser, virkeliggjøres i relasjonen til behandleren (og i andre relasjoner). Det tredje perspektivet er tilknytningsperspektivet, som gjenspeiler den traumatisertes måte å overleve traumatiske erfaringer, og som aktiveres i situasjoner som den traumatiserte subjektivt oppfatter som utrygge.

Perspektivene er valgt på bakgrunn av min sosialfaglige erfaring. I arbeid med rehabilitering av voksne traumatiserte klienter, har jeg ofte opplevd at det oppstår krevende og utfordrende situasjoner. Ofte har det virket som at klientens problematikk og historie gjentar seg, at vanskene klienten bærer med seg gjentas og spilles ut i relasjonen med meg. Jeg har også reflektert over hvordan ulike klienter relaterer seg til meg, eller ”posisjonerer seg”, og hvordan dette har virket på meg og relasjonen. På en måte fremstår det som om tidligere svik og krenkelser følger med inn relasjonen, og at klienten på ulike måter beskytter seg i relasjonen. Mitt ønske er å bedre forstå slike situasjoner for å kunne hjelpe kolleger i praksisfeltet til å mestre dem bedre, og finne måter å fungere på sammen med klientene som kan virke helende.

## 1.1 Kunnskapsfeltet

Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO) rammer interpersonlig traumatisering, forårsaket av menneskers vold og ondskap mot andre mennesker, mange gjennom omsorgssvikt, overgrep og neglekt, krig, flukt og tortur (Krug, Dahlberg, & Mercy, 2002). Kompleks traumatisering utgjør, på grunn av utbredelsen og de utviklingsmessige og psykososiale konsekvensene, et folkehelseproblem (Braarud & Nordanger, 2011).

Kompleks traumatisering kan gi komplekse posttraumatiske reaksjoner, inklusive endringer i relasjon til en selv og andre (Ford & Courtois, 2009; Herman, 2009; PDM Task Force, 2006). Mange studier viser at kronisk interpersonlig traumatisering fører til et komplekst mønster av psykologiske forstyrrelser, som viser tilbake på forsøket på å tilpasse seg kronisk interpersonlig vold, hvor PTSD symptomene kun utgjør en liten del av vanskene (van der Kolk & Courtois, 2005).

Det psykotraumatologiske fagfeltet inkluderer genetiske, psyko- og nevrobiologiske, kognitive, læringsteoretiske og psykoanalytiske / dynamiske perspektiv. Det finnes derfor svært mange ulike forståelser av traumatisering og posttraumatiske reaksjoner på ulike nivåer (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009).

Psykoanalytisk forståelse av traumatisering har utviklet seg over de siste 120 årene, siden 1890-tallet (Weisæth, 2002). Det psykoanalytiske perspektivet gir en omfattende, kompleks forståelse for individers subjektive og personlighetsmessige utvikling og interaksjon med det ytre miljøet (Varvin, 2003, s. 13). ”Psychodynamic formulations provide an invaluable guide through the maze of pretraumatic personality dispositions, peritraumatic experiences, and posttraumatic symptoms and syndromes that so often complicate the aftermath of overwhelming events.” (Kudler, Krupnick, Blank Jr., Herman, & Horowitz, 2009, s. 346).

Tilknytningsteori er en overordnet teori om psykologisk utvikling, opprinnelig utviklet av Bowlby på 1950-tallet (Cassidy & Shaver, 2008). Tilknytningsteori beskriver hvordan barn og voksne, på bakgrunn av tidlige relasjonelle erfaringer, ”organiserer seg selv” for å sikre overlevelse og beskyttelse fra fare (Crittenden, 1999). Ainsworth og Mains ”ABCD-modell” kategoriserer barns tilknytningsmønstre som utrygg-unnvikende(A), trygg(B), utrygg-ambivalent(C) eller disorganisert(D). Crittendens ”Dynamic Maturational Model” (DMM) beskriver ulike dimensjoner ved voksnes tilknytningsstrategier, kartlagt via diskursanalyse

etter gjennomgang av det semistrukturerte intervjuet ”Adult Attachment Interview” (Crittenden & Landini, 2011a).

Studien fokuserer på indre-ytre mekanismer ved traumatisertes relasjonsvansker. Jeg anser perspektivene som viktige for å belyse ulike aspekter ved relasjonsvanskene. Enactment teorien kan belyse hvordan indre traumerelaterte relasjoner (eller scenarier, se definisjon i kapittel 2.3) ubevisst gjenskapes mellom partene i relasjonen, og dermed påvirker denne i en uheldig retning. På den annen side kan tilknytningsteori belyse hvordan den traumatisertes relasjonelle strategier, utviklet på bakgrunn av de traumatiske erfaringene, virker inn på og utfordrer senere relasjoner.

## 1.2 Relasjonstraumer og relasjonsvansker

Komplekse traumer innebærer gjentatt mellommenneskelig traumatisering, som pågår over tid innen en relasjonell sosial kontekst hvor offeret er ”fanget” av situasjonen (Herman, 2009). Kompleks traumatisering kan forekomme både i barndom og voksen alder. Denne studien handler om hvordan traumatisering i barndom virker inn på den voksne traumatisertes nære relasjoner.

Å bli traumatisert av et annet menneske, som skulle representere trygghet, rammer den traumatiserte på en inngripende måte, både biologisk, psykologisk og sosialt. Offeret må, for å overleve, tilpasse seg til den traumatiske situasjonen og relasjonen til overgriperen. Dette påvirker personens utvikling. Den traumatiserte bærer traumene med seg i sitt indre, slik at disse kan ”dukke opp igjen” i senere relasjoner. Dette kan gi vansker for den traumatiserte og for de som inngår i relasjon til ham eller henne. De indre traumene rammer personens evne til å danne gode, nære og støttende relasjoner. Samtidig har forskning vist at gode relasjoner er viktige for et godt posttraumatisk forløp (Brewin, 2003). Sosial støtte fungerer som en buffer som beskytter den traumatiserte mot effektene av stress. Dette gjelder særlig opplevd støtte, snarere enn den reelle (Hyman, Gold, & Cott, 2003). Sosial støtte er mest effektiv når den traumatiserte selv kan bestemme når og hvordan han vil bruke denne. Samtidig er mangel på sosial støtte en risikofaktor for utvikling av PTSD og negative sosiale reaksjoner kan utgjøre en risikofaktor for det posttraumatiske forløpet (Brewin, 2003; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000).

Traumatiserte kan utvikle komplekse posttraumatiske reaksjoner, inklusive relasjonelle vansker (Courtois & Ford, 2009b). Sammenhengen mellom traumene og de relasjonelle vanskene er gjerne ubevisst. Den traumatiserte kan ha utviklet sider ved seg selv som var nødvendige under den traumatiske situasjonen (for eksempel vaksomhet og hyperreaktivitet). Disse kan på sikt innlemmes i personligheten, som senere under normale forhold, blir maladaptiv, rigid og patologisk. Den traumatiserte kan også, gjennom overføring, ubevisst forholde seg til personer i nåtiden som reflekterer de tidligere traumatiske relasjonene i sitt indre. Fordi den traumatiserte kan benytte forsvarsmekanismen og kommunikasjonsformen proaktiv identifikasjon (se kapittel 2), kan behandleren oppleve vanskelige følelser (motoverføring). Disse kan utøve press til å inngå i ulike former for destruktive samspill, slik at behandleren for eksempel inntar en (for den traumatiserte) traumerelatert rolle.

Traumatisertes relasjonelle vansker fremtrer både i private relasjoner og i relasjon til profesjonelle hjelpere og behandlere. Selv har jeg observert fenomenet i sosialt arbeid med langsiktig rehabilitering av traumatiserte. Faglitteratur beskriver at traumatiserte ubevisst kan invitere behandleren inn i samspill hvor aspekter ved den opprinnelige traumatiske relasjonen gjenskapes (Herman, 1992; Kudler, Krupnick, Blank, Herman & Horowitz, 2009; Varvin, 2008). Slik kan det som skulle være en helende relasjon bli til et destruktivt samspill. Virkningen kan bli at traumene befestes, særlig dersom behandleren ikke forstår hva som skjer.

### **1.3 Indre og ytre relasjoner**

Studien fokuserer på ”indre-ytre relasjoner” fordi de indre traumerelaterte relasjonene gjør at den traumatiserte får det reelt vanskelig i de ytre relasjonene.

Indre representasjon viser til hvordan psyken bygger og organiserer indre strukturer som gjenspeiler selvets relasjon til ytre objekter (se kapittel 2). Jeg benytter to hovedperspektiv om indre representasjon, psykoanalytisk objektrelasjonsteori og Bowlbys ”internal working models” (indre arbeidsmodeller).

Tidlig traumatisk samspill blir til indre traumerelaterte relasjoner, i form av forstyrrede objektrelasjoner og utrygge indre arbeidsmodeller, som påvirker personligheten og hvordan personen relaterer seg senere (Igra, 2002).

## 1.4 Problemstilling

Fokus for denne studien er å forstå den ”motsatte” prosessen, dvs hvordan indre traumerelatert representasjon senere ”vekkes til live” og kommer til uttrykk i ubevisste, nonverbale, tvingende og destruktive samspill.

Problemstillingen er: *Hvordan forstå indre-ytre relasjonsdynamikk etter relasjonstraumer?*

## 1.5 Forskningsspørsmål

For å besvare problemstillingen, har jeg valgt å belyse følgende underpunkter:

- Traumatet:
  - karakteristika ved overgrepssituasjonen
  - traumatiseringen
- Den posttraumatiske tilstanden
  - symptombilde
  - indre skade
  - traumets manifestasjon i relasjon
- Aktivering av traumatisk representasjon
  - i lys av begrepet enactment
  - i lys av tilknytningsteori

## 1.6 Hensikt med studien

### Behov for økt kunnskap

I forbindelse med at jeg gjennomgikk relevant litteratur for å sette meg inn i temaområdet forskningsfelt, fant jeg at det eksisterer litteratur som beskriver at indre objektrelasjoner og arbeidsmodeller kan skape vansker i ytre relasjoner. Jeg fant også ulike teorier som kan bidra til å belyse hvordan dette skjer. På den annen side, avdekket jeg at problemstillingen ofte er beskrevet spredt og overflatisk i ulike bokkapitler og artikler. Søk i de mest relevante databasene med ulike søkeord, avdekket at jeg ikke fant en samlet gjennomgang og oversikt

som konsentrerer seg om en dybdeforståelse for denne problemstillingen, ut fra mine valgte teoretiske perspektiv, og som omhandler voksne komplekst traumatiserte klienter.

Det ser derfor for meg ut som at det ikke tidligere er gjort en teoretisk litteraturstudie av akkurat denne problematikken og med denne vinklingen.

## **Studiens viktighet**

Forståelse for komplekst traumatisertes relasjonelle vansker er viktig i psykososialt arbeid fordi traumatiserte, uten en slik forståelse hos behandlere/hjelpere, risikerer å miste kontakten med hjelpeapparatet, på tross av omfattende hjelpebehov.

Det er svært viktig å forstå dynamikken bak vanskene fordi forskning har vist at sosial støtte er avgjørende for forløpet i den posttraumatiske fasen. Relasjoner kan utgjøre både beskyttelses- og risikofaktorer for posttraumatisk utvikling (Brewin, 2003). Problemet er at den traumatiserte kan være rammet på en slik måte at han projiserer ut vanskelige følelser og/eller uakseptable deler av selvet (som for eksempel er identifisert med offer/overgriper). Dermed har han vansker med å inngå i nære relasjoner. Traumatiserte trenger å få hjelp med sine vanskelige følelser men skaper situasjoner som gjør at de ikke får denne hjelpen.

## **Studiens design**

Studien benytter en litteraturgjennomgang av teoretisk litteratur. Metoden er begrepsforskning, som i denne studien innebærer å gjennomgå begrep og teori. Målet er å belyse problemstillingen på en samlet, kompleks, helhetlig måte.

Enactment er beskrevet ulikt fra ulike psykoanalytiske retninger (Varvin, 2011), jeg har valgt kleiniansk og intersubjektivt perspektiv. De to retningene er valgt fordi de har ulikt perspektiv. Mens det kleinianske perspektivet tradisjonelt har fokusert mest på det intrapsykiske aspektet ved klienten, fokuserer det intersubjektive perspektivet mer på relasjonen og intersubjektiviteten i møtet mellom klient og behandler, se kapittel 2.1.

Det tilknytningsteoretiske perspektivet belyses ut fra Mikulincer og Shavers modell om voksnes tilknytning, supplert med et teorikapittel om tilknytningsstil av Crittenden.



## **Oppgavens struktur**

Kapittel 2 beskriver teoretisk perspektiv, etterfulgt av definisjon av sentrale begrep. Kapittel 3 omhandler metode, etiske hensyn, prosess og diskusjon av metoden. Kapittel 4 beskriver traumet. Jeg starter med karakteristika ved overgrepssituasjonen. Deretter beskriver jeg traumatisering, ut fra Ferenczis teori om identifikasjon med aggressor og tilknytningsteori. I kapittel 5 beskriver jeg den posttraumatiske tilstanden. Jeg fokuserer på tre aspekter: symptombilde, indre skade og relasjonsvansker. Kapittelet avrundes med en klinisk vignett som illustrerer utfordringer i en sosialfaglig relasjon til en traumatisert klient. I kapittel 6 beskriver jeg min analyse av mekanismene bak relasjonsvanskene. De tre teoretiske perspektivene gjennomgås i hvert sitt underkapittel. Kapittel 7 oppsummerer hovedfunn, implikasjoner av disse og diskusjon. Til sist følger en drøfting av hvordan den kliniske vignetten kan forstås. Hovedfunnene beskrives kort i konklusjonen i kapittel 8.

## 2 Teoretisk perspektiv

”we can see social theory as a sort of kaleidoscope – by shifting theoretical perspective the world under investigation also changes shape.” O’Brien, 1993 i (Silverman, 2006, s. 387).

Hva er mekanismene i traumatisertes problemskapende relasjoner? Jeg har valgt psykoanalytisk teori og tilknytningsteori, som jeg anser for å være sentrale for å belyse dette.

Begge perspektivene forstår atferd som uttrykk for mentale tilstander med ubevisste elementer, og dermed som uttrykk for kompleks mening. Begge deler antakelsen om indre representasjon av relasjonserfaringer, psykologiske konflikter og forsvarsmekanismer. Perspektivene har en relasjonell tilnærming i forståelsen av utvikling og i forhold til psykoterapeutisk behandling. Sentralt i behandling er en støttende, respektfull og empatisk terapeut som tilbyr klienten en ”secure base”. Dette samsvarer godt med forskning, som viser at kvaliteten på alliansen er en av de beste prediktorene på terapeutisk utfall, se Orlinski, Rønnestad og Willutski, 2004 i (Fonagy, Gergely, & Target, 2008, s. 785). Teoriene har et utviklingspsykologisk perspektiv, hvor personens utvikling før, under og etter traumatisering er med i forståelsen for symptomene. Likevel er de ikke deterministiske, men peker på muligheter for utvikling og endring (Fonagy, et al., 2008).

Jeg mener derfor at begge perspektivene kan bidra til å belyse hvordan den traumatisertes erfaringer kan komme til uttrykk i senere nære relasjoner.

### 2.1 Psykoanalytisk teori

”The hallmark of psychoanalysis is the use of transference and countertransference as a guide to understanding the inner world.” (Bateman & Holmes, 1995, s. 95).

Psykoanalysen er læren om det ubevisste. Psykoanalysen ble grunnlagt av Freud og har en 120 år lang historie med begrepsutvikling. Psykoanalysen har særlig fokus på tre områder: psykologisk utvikling og innflytelse av tidlige erfaringer, læren om det ubevisste og den psykoanalytiske behandlingsmetoden, med særlig vekt på overføring og motoverføring (Bateman & Holmes, 1995, s. 17).

Psykoanalyse som behandlingsmetode tar utgangspunkt i en forståelse av at personer ofte mangler kjennskap til mange av faktorene som virker inn på egne følelser og handlinger. Disse ubevisste faktorene kan være en kilde til vansker som personen opplever i relasjon til seg selv og andre, i følelseslivet, i forhold til symptomer og selvfølelse. Psykoanalytisk behandling kan avdekke hvordan de ubevisste faktorene påvirker nåtidige relasjoner og atferdsmønstre, spore dette tilbake til tidligere erfaringer, forstå utvikling over tid og hjelpe personen til å forholde seg mer tilpasningsdyktig og fleksibelt. Den terapeutiske relasjonen som utvikler seg gjenspeiler blant annet klientens indre verden, som dermed blir tilgjengelig for utforskning og nye erfaringer (International Psychoanalytical Association, i.d.).

I løpet av den historiske utviklingen, har psykoanalysen forgrenet seg og det er dannet ulike retninger. Jeg vil kort introdusere to hovedretninger som jeg har valgt å benytte i oppgaven.

### **Kleiniansk psykoanalyse**

Den kleinianske retningen springer ut fra Melanie Kleins (1882-1960) arbeider i London. Klein la grunnlaget for objektrelasjonsperspektivet, hennes innflytelsesrike ideer er videreutviklet av blant annet Bion og Winnicott. Kleins ide var at den indre verden er dannet av representasjoner av tidlige barndomsrelasjoner, og står under innflytelse av indre fantasier (Bateman & Holmes, 1995, s. 10). Klein utviklet teorien om proaktiv identifikasjon, en evokativ kommunikasjonsform som berører den andre på en dypt ubevisst måte (Våpenstad, 2007).

I den kleinianske retningen har hovedfokuset tradisjonelt vært på hvordan klienten på ulike måter påvirker behandleren. Klientens intrapsykiske relasjoner rekkreeres i den analytiske relasjonen til behandleren, og behandleren blir et objekt for klientens projeksjoner. Behandlerens fokus er å forstå klientens indre verden og måten denne påvirker klientens relatering i relasjonen. Kleinianerne har vært kritisert for å nedtone det interpersonlige aspektet, ytre erfaringer og behandlerens subjektive bidrag i relasjonen, til fordel for et fokus på klientens intrapsykiske forhold (Bonovitz, 2007).

### **Intersubjektiv, relasjonell psykoanalyse**

Den relasjonelle psykoanalysen ble opprinnelig grunnlagt i USA av Sullivan (1892-1949), men er videreutviklet ved særlig Mitchell (1946-2000) på 1980 tallet (Bateman & Holmes,

1995, s. 12). Binder sier at psykoanalysen de siste tiår har gjennomgått en relasjonell dreining. I relasjonell psykoanalyse forstås mennesket som grunnleggende kontaktsøkende og meningsskapende, snarere enn driftsorientert. Perspektivet vektlegger en interpersonlig forståelse av overføring og motoverføring, hvor begge parter er deltakere (Binder, 2006). Intersubjektivitet anses som sentralt. Både klient og behandler bidrar subjektivt til en samhandling, som er gjensidig konstruert. Behandleren kan aldri tre ut av interaksjonen som en uavhengig observatør. Samspillet er ikke bare resultat av klientens indre og tidligere erfaringer, men samskapes i relasjonen (Bonovitz, 2007; Våpenstad, 2007).

## 2.2 Tilknytningsteori

Tilknytningsteori beskriver hvordan tidlige relasjoner på en gjennomgripende og vedvarende måte virker inn på personlighetsutvikling (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 4). Tilknytningsteorien ble grunnlagt av psykiater og psykoanalytiker Bowlby (1907-1990) på 1950-tallet, men har utviklet seg innen ikke-psykoanalytiske fagmiljøer blant annet ved Ainsworth, Main og Crittenden. Det har over de siste 15-20 årene skjedd en tilnærming mellom tilknytningsteori og psykoanalytisk teori (Fonagy, et al., 2008, s. 783). Tilknytningsteori har utviklet seg til å bli et svært viktig konseptuelt rammeverk med et tilhørende stort empirisk forskningsfelt (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 4).

Tilknytningssystemets funksjon er å beskytte individet fra fare ved at personen søker nærhet til en tilknytningssperson (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 11). Bowlby teoretiserte at barn fødes med et biologisk handlingsprogram som gjør at de er programmert til å uttrykke tilknytningssatferd (Ainsworth & Bowlby, 1991). Tilknytningssatferd har som mål å opprettholde en ønsket nærhet til tilknytningsspersonen (Bowlby, 1988, s. 28). I løpet av det første leveåret utvikles en diskriminerende tilknytning til en primær tilknytningssperson, i tillegg til eventuelle sekundære tilknytningsspersoner (Ainsworth & Bowlby, 1991). Det at barnet har utviklet tilknytning til en person, innebærer at han ved angst, ubehag og fare er sterkt disponert for å søke kontakt og nærhet til tilknytningsspersonen. Tilknytningsspersonen er ”stronger and wiser” og tilbyr en ”safe haven” ved opplevd stress og en ”secure base” å eksplorere ut fra (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 17).

Tilknytningssystemet er aktivt i hele individets liv og manifesterer seg ved tanker og atferd hvorved individet søker nærhet til tilknytningsspersoner i faresituasjoner. Tilknytningss-

systemet trigges ved (potensielle) trusler og ved (potensiell) separasjon fra tilknytningspersonen (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 12). Individets primære strategi er å sikre opprettholdelse av kontakt med tilknytningspersonen, og målet er å oppnå en tilstand av ”felt security”, som deaktiverer tilknytningssystemet (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 14).

Det er to vesentlige sider ved tilknytningsteori. Normativt handler tilknytningsteori om tilknytningssystemets fungering hos mennesket generelt. Samtidig gir tilknytningsteori grunnlag for å beskrive individuell utvikling, dvs hvordan individet utvikler sine unike personlige strategier for å overleve, gitt sin spesifikke relasjonelle kontekst (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 10).

Barnets tilknytningssystem formes av erfaringene med tilknytningspersonen. Working models, som er indre dynamiske representasjoner av selvet og tilknytningspersonen, styrer hvordan barnet føler overfor foreldrene og seg selv, hvordan han forventer å bli behandlet av dem og hvordan han planlegger sin atferd mot dem (Bowlby, 1988, s. 130). Ettersom barnet vokser til, blir mønsteret gradvis mer til en egenskap ved barnet, noe som innebærer at han henter dette fram og legger det ut i nye relasjoner (Bowlby, 1988, s. 127). Tilknytningsstrategiene bygges inn i psyken og blir gradvis til en sentrale egenskaper ved personligheten (Bowlby, 1988, s. 123).

Det finnes ulike modeller for å beskrive tilknytningssystemet hos voksne. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en modell av Mikulincer og Shaver.

### **Mikulincer og Shavers modell av tilknytningssystemet hos voksne**

Modellen beskriver tilknytningssystemets dynamikk hos voksne, og hvordan både indre forhold ved personen og ytre forhold ved den aktuelle konteksten/relasjonen spiller inn.

Tilknytningssystemet opererer på tre nivåer. Det første nivået innebærer en prosess hvor personen overvåker og vurderer trusler, med eventuell aktivering av tilknytningssystemet. Aktivering fører til overvåking og vurdering av tilknytningspersonens tilgjengelighet, og muligheten for å søke nærhet. Dersom tilknytningspersonen er tilgjengelig og responderende, kan personen benytte den primære tilknytningsstrategien som innebærer å søke nærhet. Det tredje nivået innebærer at personen benytter sekundære strategier for å håndtere opplevd stress i møte med en utilgjengelig eller uresponderende tilknytningsperson. (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 30).

Slik utvikler personen strategier for å håndtere trusler, gjennom enten å benytte en primær strategi (trygg tilknytningsstil), alternativt en eller begge av de to sekundære strategiene: hyperaktivering (utrygg-ambivalent tilknytningsstil) eller deaktivering (utrygg-unnvikende tilknytningsstil). Alternativt benyttes en kombinasjon (disorganisert tilknytningsstil) (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 31).

Alle komponentene i modellen kan operere bevisst eller ubevisst, intensjonelt eller automatisk. Både personlige disposisjoner og ytre kontekst virker inn (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 31).

## **2.3 Sentrale begrep**

Teori består av begrep. Følgende er definisjoner av begrep som jeg, ut fra valgte perspektiv, anser som sentrale for problemstillingen.

### **Potensielt traumatiserende hendelser**

Potensielt traumatiserende hendelser (potentially traumatic events, PTE) er alvorlige stressbelastninger i form av ulike typer hendelser og situasjoner. Fordi forskning viser at relativt mange opplever slike hendelser, men likevel unngår å bli alvorlig traumatisert, kalles hendelsene for potensielt traumatiserende hendelser.

Det fins et stort antall ulike PTE, som kan kategoriseres på ulike måter. En kategorisering er om hendelsen er naturskapt, resultat av menneskelig svikt eller av menneskelig ondskap. PTE som innebærer relasjonell traumatisering (at en person påfører en annen skade), innebærer høyere grad av risiko for enkeltindividet enn f.eks naturkatastrofer. Og å oppleve at noen intensjonelt påfører skade er skadeligere enn traumatisering som følge av tilfeldig menneskelig svikt.

### **Relasjonstraumer**

Ulike begrep fanger ulike sider ved mellommenneskelig, relasjonell traumatisering. I denne oppgaven benytter jeg begrepet relasjonstraumer om komplekse traumer.

Kompleks psykologisk traumatisering innebærer langvarig gjentatt interpersonlig viktimisering, hvor overgrepene skjer innen en muliggjørende sosial kontekst/struktur. Kompleks traumatisering er alltid relasjonell, offeret er i en ”state of captivity”, under overgriperens kontroll, uten mulighet for å unnslippe situasjonen (Courtois & Ford, 2009a; Herman, 2009), se kapittel 4.

## **Indre representasjon**

Indre representasjon beskriver psykens oppbygning av indre strukturer som gjenspeiler personens ytre relasjonserfaringer. Indre representasjon er mentale konstruksjoner (Akhtar, 2009). Disse styrer personens persepsjon, tenkning, følelser og atferd i møte med nye opplevelser. Indre representasjon innebærer at opprinnelig ytre relasjoner, i omarbeidet form, eksisterer som indre relasjoner. Det indre består av selv- og objektrepresentasjoner, med relasjoner mellom dem (Igra, 2002). Objektrelasjoner og indre arbeidsmodeller er begrep om indre representasjon.

## **Objekt relasjon**

An object relational perspective implies an understanding of the mind as structured by internal scenarios composed of self-other or self-object relations. These are generalized internal dialogical relations established as the result of repeated interaction between self and others, modified by fantasy and reworking in the light of later experiences. They represent the mind’s model of relationships to others.  
(Varvin, 2003, s. 10)

Objektrelasjoner er ubevisste forestillinger om eget selv, om objekter og dynamikken mellom dem (Gullestad & Killingmo, 2005).

## **Scenario**

Et scenario er “en intrapsykisk konstruksjon og har til hensikt å sammenfatte et ubevisst relasjonsmønster bak den observerte atferden.”(Gullestad & Killingmo, 2005). Scenarioet viser til en ubevisst dialog, et relasjonsmønster, mellom en bestemt selvrepresentasjon og en bestemt objektrepresentasjon. Denne dialogen fungerer som et repeterende mønster i personens sosiale relasjoner (Gullestad & Killingmo, 2005).

## **Aktualisering**

Aktualiseringsbegrepet beskriver hvordan klienten ubevisst søker å forme den aktuelle ytre relasjonen, ut fra sine indre scenarioer. Klienten overfører tidligere relasjonelle mønstre på den aktuelle samhandlingen og forsøker ubevisst å manøvrere behandleren til å innta en spesiell rolle, som tilsvarer en posisjon i det indre scenarioet.

“refererer til pasientens ubevisste forsøk på å trekke terapeuten inn i et spesifikt scenario der terapeuten kan reagere med komplementære reaksjoner som relaterer til pasientens internaliserte objektrelasjoner slik de har utviklet seg i pasientens historie.” (Varvin, 2008, s. 112).

Aktualisering av overføringen refererer til at den reelle terapeutiske relasjonen gjensker, eller sammenfaller med, klientens ubevisste scenario. Når et scenario aktiveres, vil det presse på for å bli realisert (Gullestad & Killingmo, 2005).

## **Projektiv identifikasjon**

forsvar som innebærer å bli kvitt et uønsket aspekt av seg selv ved å projisere det over på en annen person og få denne til å handle, tenke og føle i overensstemmelse med det projiserte, for senere å kunne ta det til seg i bearbeidet form. (Egidius, 2003, pp. 404).

Begrepet ble introdusert av Melaine Klein. Projektiv identifikasjon er sammensatt av projeksjon (å attribuere deler av selvet og/eller egne vanskelige følelser til andre) og identifikasjon (i denne sammenheng, at man er identifisert med det man selv har projisert i den andre). Projeksjon er den mentale mekanismen i prosessen, projektiv identifikasjon er den spesifikke ubevisste fantasien som uttrykkes (Bateman & Holmes, 1995, s. 84).

Projektiv identifikasjon er en måte å kontrollere objektet og egne vanskelige følelser. Aspekter ved selvet splittes av og projiseres inn i en annen person, som identifiserer seg med det avspaltede. Avsenderen forsøker å kontrollere disse delene av selvet gjennom å kontrollere den andre personen (Sandler, 1987) i (Bateman & Holmes, 1995).



## **Enactment**

Enactment er et begrep som belyser en spesiell side ved den terapeutiske relasjonen. Klient og behandler trekkes ut av refleksjon og inn i et ubevisst, nonverbalt samhandlingsmønster, som har ubevisst mening for begge. Enactment skjer når indre objektrelasjoner aktualiseres i den terapeutiske relasjonen.

Opprinnelig omhandlet begrepet hvordan klientens indre objektrelasjoner leves ut gjennom verbal og nonverbal atferd overfor behandleren, som i sitatet: “In its more restricted sense it refers to those acts or series of acts that are a substitute for remembering and repeating – the patient ... acts it out before us, as it were, instead of reporting it to us.” (Freud 1940a) i (Bateman & Holmes, 1995, pp. 195).

Begrepet ble reintrodusert og videreført av Jacobs i 1986 (Jacobs, 1986). Jacobs kalte fenomenet countertransference enactment for å tydeliggjøre at det er behandleren som agerer og at denne ageringen er svar på det klienten induserer. Det skapes et samspill som realiserer klientens fantasi, gjennom overførings-motoverførings interaksjoner hvor begge parter bidrar ubevisst (Ivey, 2008).

American Psychoanalytic Association (APA) definerte i 1992 countertransference enactment som

an actualization of the transference, unwittingly engaged in by the analyst. It is viewed as the patient’s unconscious efforts to persuade or to force the analyst into a reciprocal action: a two-party playing out of the patient’s most fundamental internalized configurations. (Hirsch, 1998, s. 78).

# 3 Metode

## 3.1 Begrepsforskning

Begrep er ideer om aspekter ved virkeligheten og tankeredsaker som muliggjør abstrakt tenkning. Begrep brukes til å tenke om sider ved et fenomen. Uten begrep er man blind i møte med fenomenet, begrep gjør at man ser et fenomen (Scarfone, 2011). The International Psychoanalytic Association (IPA) gir følgende definisjon: ”A psychoanalytic concept is an abstraction of a clinical phenomenon.” (IPA Project Committee on Conceptual Integration, 2011).

Begrepsforskning, også kalt conceptual research, er forskning som klargjør psykoanalytiske begrep (Dreher, 2000, s. 3). Leuzinger-Bohleber skriver at konseptuell forskning “aim to illustrate the explanatory power of concepts in understanding clinical material, coming to grips theoretically with clinical phenomena by applying psychoanalytic concepts” (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006, s. 1375). Begrepets meninger, nytte, anvendelse, utvikling i historisk og kulturell kontekst, samt endringer i dette, inngår i begrepsforskning (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006, s. 1375).

Forskningsmessig framskritt avhenger både av empiriske funn og videreutvikling av begrep (Dreher, 2000, s. 3). Begrepsforskning kan bidra til utvikling gjennom integrasjon og differensiering av empiri og teori. Ny teori kan føre til ny forståelse av empirisk materiale. Å betrakte et fenomen på nye måter kan føre til at man oppdager nye sider ved fenomenet. På den annen side kan ny empiri føre til utvikling av teori. Begrepsutvikling gir dypere forståelse som beskriver kliniske fenomen stadig mer komplekst, og mulighet for å forholde seg stadig mer opplyst til virkeligheten (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006).

Leuzinger-Bohleber (2006) deler begrepsforskning i syv kategorier. Det dreier seg om utvikling av nye begrep og av eksisterende begrep, rekonstruksjon av historisk utvikling til begrep, rekonstruksjon av personlige determinanter hos den som utviklet begrepet, empirisk forskning basert på begrep, tverrfaglig begrepsforskning og analytikerens bruk av begrep (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006).

I 2009 etablerte IPA The Project Committee on Conceptual Integration, som skulle utføre, og utvikle metoder for, begrepsforskning. Gruppen valgte å studere begrepet enactment. Ved IPAs 47.th Congress, ("Exploring core concepts: Sexuality, Dreams and the Unconscious") i Mexico i 2011, foreslo gruppen at begrepsforskning kan utføres ved å gjennomgå fem punkter: fenomenologisk beskrivelse (beskrivelse av kliniske erfaringer knyttet til begrepet), historiske refleksjoner, diskusjoner rundt begrepet, og dimensjonell analyse og integrasjon (IPA Project Committee on Conceptual Integration, 2011).

## **Begrepsforskning i denne undersøkelsen**

I denne undersøkelsen benytter jeg det psykoanalytiske begrepet enactment for å belyse en klinisk teoretisk problemstilling. Begrepsforskning i denne undersøkelsen er således knyttet til at jeg anvender et psykoanalytisk begrep for å belyse og forstå klinisk materiale. Målet er å belyse og forstå fenomenet, relasjonsvansker etter relasjonstraumatisering, dvs "on deepening the understanding of clinical phenomena." (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006, s. 1369).

Jeg tar utgangspunkt i prosjektgruppens resultater fra arbeid med enactment begrepet. Dette gjør jeg ved å velge deres artikler om enactment, som utgangspunkt for min analyse av enactment i forhold til min problemstilling. Gruppen har kategorisert litteraturen i ulike psykoanalytiske hovedretninger, og jeg følger dette opp ved å analysere min problemstilling ut fra kleiniansk og intersubjektivt perspektiv.

I forhold til Leuzinger-Bohlebers syv kategorier av begrepsforskning, mener jeg at mitt prosjekt hører til i kategorien tverrfaglig begrepsforskning. Dette fordi min problemstilling springer ut fra sosialfaglig praksis, som jeg belyser gjennom et psykoanalytisk begrep. Slik knytter jeg det psykoanalytiske begrepet sammen med tverrfaglig praksis.

Studiens tilknytningsteoretiske perspektiv kan derimot ikke sies å inngå som psykoanalytisk begrepsforskning. Likevel benytter jeg for dette perspektivet en tilsvarende metode, som i analysen av problemstillingen ved enactment begrepet. Jeg mener at det er en styrke ved studien at jeg har angrepet problemstillingen ut fra ulike teoretiske retninger, og at perspektivene sammen skaper økt forståelse. I denne studien blir psykoanalytisk begrepsforskning således sammenholdt med annen teoretisk forskning.

## 3.2 Litteraturstudie

Ulike typer evidens belyser ulike typer problemstillinger og forskningsspørsmål. Det gjelder å finne midlene som er best egnet for å besvare problemstillingen (Aveyard, 2010). I en litteraturstudie er det viktig å velge litteratur som er riktigst for problemstillingen, kritisk evaluere denne, og peke på styrker og svakheter både i utvalget og analysen.

### Innledende litteratursøk og litteraturgjennomgang

I starten gjorde jeg litteratursøk i forbindelse med at jeg fordypet meg temafaglig og metodisk for å utvikle problemstillingen. Jeg søkte hovedsakelig etter artikler i databasene PEP Web, PsychINFO og Google Scholar. Søkeordene var mange, ulike og svært brede i starten, men ble snevret inn og ga mer presise treff etter hvert, parallelt med at jeg fordypet meg.

Særlig under utarbeidelsen av prosjektskissen og deretter innledningen, framsto det som viktig å gjennomgå sekundærlitteratur for å sette meg inn i feltet og lese meg opp. Jeg gjennomgikk referanselister og skummet gjennom litteratur som virket relevant, samtidig som jeg forsøkte å få oversikt over hvilke fagpersoner som kunne se ut til å gi viktige bidrag.

### 3.2.1 Utvalg

For å besvare min problemstilling, *hvordan forstå indre-ytre relasjonsdynamikk etter relasjonstraumer*, trenger jeg teoretisk litteratur. Teoretisk litteratur beskriver forventede relasjoner om hvordan ting skjer (Aveyard, 2010, s. 44).

Mine data er således publisert teoretisk litteratur, og dermed i tekstform. Formmessig, består litteraturen av artikler i fagfelleverderte tidsskrift og bokkapitler. Innholdsmessig, består teksten av drøfting av kliniske kasus med beskrivelse av prosess, refleksjoner rundt begrep, samt teoretiske forståelsesmodeller.

Jeg har begrenset oppgaven gjennom kildetilfanget. Etter forsøk på systematisk litteratursøk, besluttet jeg å gå for et strategisk utvalg.

## Utvalg - enactment

Psykoanalytikere ved IPAs Project Committee on Conceptual Integration har gjort et utvalg av de mest sentrale artiklene om enactment, kategorisert under ulike psykoanalytiske retninger. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i deres litteraturoversikt.

Følgende artikler belyser den kleinianske retningen:

- Steiner, J. (2006). Interpretative enactments and the analytic setting. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(2), 315-328.
- Steiner, J. (2006). Reply to dr Levenson. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(2), 325-328.
- Steiner, J. (2000). Containment, enactment and communication. *International Journal of Psychoanalysis*, 81(2), 245-255.
- Feldman, M. (1997). Projective identification: The analyst's involvement. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 227-241.

Følgende artikler belyser den intersubjektive, relasjonelle retningen:

- Hirsch, I. (1998). The concept of enactment and theoretical convergence. *Psychoanalytic Quarterly*, 67(1), 78-101.
- Levenson, E. A. (2006). Response to John Steiner. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(2), 321-324.
- Blass, R. B. (2009). Psychoanalytic controversies: On the idea that analysts should acknowledge to their patients that they have failed them. A clinical debate. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 437-439.  
(Merk: Artikkelen er en oversiktsartikkel som kommenterer de ulike retningene)
- Benjamin, J. (2009). Psychoanalytic controversies: A relational psychoanalysis perspective on the necessity of acknowledging failure in order to restore the facilitating and containing features of the intersubjective relationship (the shared third). *International Journal of Psychoanalysis*, 90(3), 441-450.
- Sedlak, V. (2009). Psychoanalytic controversies: Discussion. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 451-455.
- Benjamin, J. (2009). Psychoanalytic controversies: Response. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 457-462.

## Utvalg - tilknytningsperspektivet

Etter innledende grovgjennomgang av litteratur av klassiske tilknytningsteoretikere som Bowlby, Ainsworth, Main og Crittenden, samt Handbook of attachment theory and research, har jeg avveid kompleksitet mot tid og ressurser.

I lys av problemstillingen, har jeg valgt litteratur som sammenfatter tilknytningsteori i en modell om voksnes tilknytningssystem. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Mikulincer og Shavers modell om tilknytning hos voksne. Utvalget er videre begrenset til de mest relevante kapitlene. I forhold til tilknytningsstil har jeg supplert modellen med litteratur av Crittenden, hvor hun i ett teorikapittel gir en overordnet beskrivelse av tilknytningsstil.

Følgende litteratur belyser det tilknytningsteoretiske perspektivet:

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. New York: The Guilford Press.
  - Kapittel 1, The attachment behavioral system: Basic concepts and principles
  - Kapittel 2, A model of attachment-system functioning and dynamics in adulthood
  - Kapittel 6, Attachment-related mental representations of self and others
  - Kapittel 14, Implications of attachment theory and research for counselling and psychotherapy
- Crittenden, P.M. & Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic-maturational approach to discourse analysis*. New York: W.W. Norton & Company.
  - Kapittel 2, Theoretical background: The dynamic maturational classificatory system

### 3.2.2 Analyse

Analysen foregikk i tre adskilte faser. Først gjorde jeg analysen av de kleinianske artiklene om enactment, deretter analyserte jeg de intersubjektive artiklene. Til sist gjorde jeg analysen av tilknytningsteori.

Jeg startet analysen av enactment med en grovlesing av hver enkelt artikkel, for å bli kjent med materialet. Underveis noterte jeg stikkord slik at jeg fikk en oversikt over innholdet. Målet var å forstå hva hver artikkel formidler.

Mitt første analyseforsøk var å gjøre en enkel innholdsanalyse, en metode som jeg senere forkastet. For hver artikkel, markerte jeg relevante tekstdeler som beskrev prosessene mellom klienten og behandleren. Jeg konstruerte en oversiktstabell som inneholdt hver relevante tekstdel. Hver tekstdel var kodet slik at jeg visste hvilken artikkel og hvor i teksten de kom fra. Deretter kondenserte jeg teksten ved å fjerne fyllord samtidig som jeg beholdt mest mulig av meningen. Slik ble jeg godt kjent med teksten, som via kondensering ble mer lesbar og dermed bidro til å øke min forståelse. Samtidig opplevde jeg at metoden ikke førte fram fordi jeg ikke fikk en overordnet forståelse av perspektivet. Samlingen av løse tekstdeler gjorde at jeg tapte viktige sammenhenger og jeg oppga derfor denne metoden.

Jeg returnerte derfor til problemstillingen, som etterspør en beskrivelse av en teoretisk forståelse og dermed sammenhenger mellom deler. Jeg opplevde at det, tilsvarende som for utvalget, ble et spørsmål om å være systematisk eller strategisk. Jeg valgte en strategisk metode: Å spørre teksten spørsmålet mitt for å lete etter hvilke svar den gir.

I den videre analysen forholdt jeg meg derfor til forskningsspørsmålet mitt: *Hvordan beskrives aktiveringen av indre traumerelatert representasjon, og påvirkningen på relasjonen?*

For å besvare dette spørsmålet ble det viktig for meg å forstå enactment begrepet ut fra utvalget mitt. Hver artikkel ble gjennomlest og de mest relevante tekstdelene ble markert. Jeg arbeidet med å få tak i perspektivet i artikkelen, å beskrive artikkelens forståelse for enactment, det vil si aktørene og mekanismene/prosessen. Jeg laget skisser over prosessen ut fra hver enkelt artikkels beskrivelse, slik at jeg fikk med de ulike relevante tekstdelene. Slik arbeidet jeg med tekstdelene, samtidig som jeg arbeidet med å få tak i sammenhengene og helheten. På denne måten oppnådde jeg å hente ut det relevante i en artikkel og koble delene sammen i en teoretisk forståelse for enactment begrepet.

Etter gjennomgang av hver enkelt artikkel, sammenholdt jeg de ulike skissene. Slik oppnådde jeg en overordnet forståelse som nå inkluderte hele materialet. Jeg gikk deretter over til å analysere sammenhengen mellom enactmentbegrepet og traumatisertes relasjonsvansker.

Det neste steget innebar å beskrive min forståelse av hele materialet. Det gjorde jeg ved å lage kapitler og overskrifter basert på de ulike delene av skissen. Relevante tekstdeler fra artiklene ble plassert under de ulike overskriftene, beskrevet i en sammenheng ut fra min forståelse.

Analysen av tilknytningsteorien forløp med en tilsvarende metode. Jeg startet med å grovlese hele boken. Deretter arbeidet jeg med å få en overordnet forståelse av sammenhenger, ved å studere kapittelinnledning, skumlese og bla fram og tilbake i boken. Enkelte kapitler fremsto som de mest relevante, disse ble til utvalget mitt som jeg deretter konsentrerte meg om.

Jeg returnerte igjen til forskningsspørsmålet: *Hvordan beskrives aktiveringen av indre traumerelatert representasjon, og påvirkningen på relasjonen?*

For å besvare spørsmålet, måtte jeg først arbeide med å forstå hvordan tilknytningssystemet opererer. Jeg arbeidet med å forstå sammenhengen mellom tidlige relasjonserfaringer, danning av indre arbeidsmodeller, tilknytningsstrategier og tilknytningsstil. Jeg arbeidet med å forstå hvordan personens tilknytningssystem er ”biased” som følge av personlige disposisjoner, samt å få overblikk over hvordan tilknytningssystemet er relatert til den aktuelle konteksten, dvs senere relasjoner.

Dette gjorde jeg ved å gjennomgå utvalget og markere særlig relevante tekstdeler. I tillegg studerte jeg helheten og sammenhengene, ved å se på avsnitt og inndeling av teksten. Jeg konstruerte flere skisser hvor jeg beskrev ulike sider ved tilknytningssystemet. Så vekslet jeg med å returnere til teksten, inntil jeg oppnådde å ha en overordnet forståelse av modellen av tilknytningssystemet.

Det neste steget var å beskrive min forståelse, dette gjorde jeg ved å dele inn i overskrifter ut fra forståelsen og skissene, slik at teksten ga en sammenhengende forståelse i tråd med min forståelse. De ulike relevante tekstdelene ble plassert under overskriftene.

Etter at jeg hadde beskrevet den teoretiske forståelsen om personens tilknytningssystemets innvirkning i en spesifikk relasjon, gjorde jeg en analyse av hva dette forteller om traumatisertes relasjonsvansker. Jeg gjennomgikk utvalget i lys av spørsmålet. Til sist supplerte jeg med litteratur av Crittenden, som i sin modell av tilknytningssystemet mer spesifikt og inngående beskriver dimensjoner ved tilknytningsstiler. Dette var et resultat av



jeg fant Mikulincer og Shavers modell svært relevant og viktig for å forstå selve tilknytningssystemet. Samtidig savnet jeg mer materiale om selve tilknytningsstilene. Dette opplevde jeg som bedre beskrevet i Crittendens modell, og jeg supplerte derfor Mikulincer og Shavers modell med hennes oversiktsteoretiske kapittel om tilknytningsstil.

### 3.3 Etske hensyn

Etske hensyn er ikke direkte aktuelt fordi dette er en teoretisk oppgave med allerede publisert materiale. Samtidig sier Silverman at studier bør føre til noe godt, til å bidra til felles gode, og å bidra til økt forståelse og en bedre situasjon for mennesker (Silverman, 2006, s. 315).

Jeg synes det er viktig å gjøre forskning med mål og mening, å ”fange” og forstå en del av kompleksiteten ved konsekvensene av traumatisering. En økt forståelse vil kunne være til det gode for traumatiserte, både i form av økt selvforståelse og ved å bli møtt med økt forståelse av hjelpeapparatet. Dessuten vil økt forståelse være til gode for hjelpeapparatet og samfunnet, som får bedre tiltak og dermed mer effektiv behandling og ressursbruk.

Jeg beundrer engasjementet til klinikere og forskere som har bidratt til å bringe fram og belyse psykososiale faktorer og deres betydning for personers livssituasjon, helse og utvikling. Jeg mener at Bowlby er et eksempel på kliniske forskere som har forent vitenskapelig og humanistisk engasjement.

For min egen del, ønsker jeg å bedre kunne forstå traumatiserte i lys av deres erfaringer. Mange av de voksne klientene jeg har inngått i relasjon med, har fremstått som preget av sine tidligere vanskelige relasjoner. Mange personer dømt for vold og sedelighet har hatt en svært vanskelig oppvekst som tidligere barnevernsbarn. Jeg har mange ganger reflektert over relasjonsdynamikken i møte med disse klientene, og utfordringer som har oppstått, og som har virket å forplante seg til mange arenaer, og slik skapt gjentatte vansker for dem. Derfor mener jeg at det er viktig å møte disse personene med en faglig forståelse i bunn, en forståelse som åpner for nye muligheter.

I forhold til den kliniske vignetten jeg beskriver i kapittel 5.4, har jeg forsøkt å beskrive en situasjon slik den reelt kan fortone seg i sosialfaglig klinisk arbeid. Samtidig har jeg av etske hensyn unngått å ta utgangspunkt i en relasjon til en spesifikk klient. Jeg har derfor konstruert en fiktiv situasjon. Dersom jeg skulle ha tatt utgangspunkt i en reell relasjon til en faktisk

klient, anser jeg at det hadde vært nødvendig å kontakte Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og/eller Regional komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

### 3.4 Prosess

Utviklingen fra tema til problemstilling foregikk våren 2011. Men prosessen startet ved studiestart med å notere ned ideer, tema, spørsmål og interessante fagpersoner. Dette ble vinteren 2011 sammenfattet, og valget falt på temaet: ”*psykodynamisk psykotераpeutisk prosess/relasjon til komplekst traumatiserte etter betrayal trauma*”.

Utvikling av problemstilling var en uoversiktlig, krevende fase, hvor forskningsmetode, fagfelt og egne interesser skulle møtes i en fordypningsprosess det neste året. Jeg har fokusert på ”den røde tråden”, som har vært min interesse for traumene, psykoanalytisk psykologi og helende relasjoner.

I utformingen av problemstillingen har jeg valgt å ta utfordringen med å lære meg både fag og metode, og å sette disse sammen. Jeg har valgt et tema jeg er svært interessert i, som har medført at jeg har måttet sette meg inn i både metode, tema og perspektiv. Det har gitt meg en svært faglig interessant og tilfredsstillende læringsprosess, men til tider vært krevende.

Mitt opprinnelige spørsmål, var hvordan en psykodynamisk terapirelasjon kan fungere på en helende måte for den relasjonstraumatiserte. Spørsmålet ble innsnevret, til forståelse for den traumatisertes indre og ytre relasjonsvansker. Spørsmålet om hva som vil kunne fungere helende vil kunne ta utgangspunktet i forståelsen, og vil sannsynligvis kreve et annet design.

Problemstillingen reflekterer valget av en teoretisk oppgave. Heller enn å produsere egen empiri, ønsket jeg å bygge videre på erfarne forskeres arbeid. Dette har påvirket utformingen av problemstillingen. Valg av litteraturstudiemetoden var også en konsekvens av at jeg ønsket å fordype meg faglig uten å bruke ressurser på godkjenninger og praktisk organisering. Det framsto som meningsfullt å anvende kliniske forskeres arbeider, for å sette disse inn i en ny sammenheng.

Jeg startet prosessen uten tidlig klare metodevalg, og forsøkte å være åpen og lete etter metode ettersom nødvendig. Silverman skriver at ”Although there are always practical problems which arise in data analysis and techniques that can offer assistance, methodological

problems should never be reduced to merely practical issues and ‘recipe’ solutions” (Silverman, 2006, s. 170).

Det tok tid å forstå hvordan min problemstilling kan besvares på en forskningsrettet måte. Veileders oppmuntrende ord om at det ville gå bra har vært gode å ha med. I starten var jeg nok for opphengt i å finne ”den riktige metoden”. Etter hvert forsto jeg at jeg måtte søke meg fram, gjøre valg, begrunne disse og beskrive framgangsmåten mest mulig refleksivt og gjennomslutlig. Gjennom prosessen har jeg lært at det virkelig er problemstillingen som er utslagsgivende for metoden, og at det finnes svært mange ulike metoder. Prosessen har gjort at jeg har reflektert over ulike typer spørsmål og svar og hvordan metodene er viktige bidrag på hver sin måte til hvert sitt formål, med ulike styrker og svakheter, at de utfyller hverandre.

En utfordring i metodevalg var at det fins så mange ulike former begrepsforskning og at ”min vinkling” ikke var gjort så ofte før. Samt at jeg ikke er en psykoanalytiker eller del av en psykoanalytisk forskningsgruppe. På den annen side er jo veileder det, og så kjenner jeg eget fagfelt som sosialarbeider. Jeg fant til å begynne med ikke så mange studier som var gjort med samme metodiske tilnærming til å løse problemstillingen, som min. Men etter hvert fant jeg andre oppgaver av tilsvarende teoretisk art og gradvis falt metoden mer på plass.

### 3.5 Diskusjon

Problemstillingen er styrende for metoden. Jeg har valgt å belyse mitt spørsmål, *Hvordan forstå indre-ytre relasjonsdynamikk etter relasjonstraumer?* gjennom litteraturstudiemetoden. Dermed har jeg fokusert på å belyse hvordan fenomenet kan forstås fra et teoretisk ståsted. Men jeg tenker også at fenomenet kan studeres ved en kvalitativ empirisk studie og å knytte teoretiske diskusjoner inn i undersøkelsen. En litteraturstudie fremsto for meg som mest praktisk gjennomførbart innenfor de ressursmessige rammene av masterstudien.

Min forforståelse er, både i møte med fenomenet i praksis, og i forhold til problemstillingen, preget av mitt faglige perspektiv og interesse. Jeg er interessert i psykoanalytisk forståelse og tilknytningsteori, som begge forstår ytre atferd og samhandling som et uttrykk for indre-ytre prosesser med ubevisste elementer. Et annet utgangspunkt ville vektlagt andre, men like viktige, sider ved fenomenet, og munnet ut i en annen forståelse. Jeg mener likevel at mitt teoretiske perspektiv er viktig og er enig med Kvale, som fremhever psykoanalytisk forståelse

som viktig og som påpeker at sentral psykologisk kunnskap har utviklet seg fra den psykoanalytiske situasjonen (Kvale, 1999).

Teori representerer alltid forenklinger og en betrakningsvinkel overfor fenomenet. Teori styrer oss i retning av å oppfatte bestemte aspekter ved fenomenet, og se bort fra andre. Teori er ikke det samme som empiri, og ingen "sannhet". Derfor er det nødvendig å stille seg kritisk til egen betrakningsvinkel og å vite at bildet er mer komplisert. Teori må tilpasses data og ikke omvendt. Som praktiker, tenker jeg at teori kan være mer eller mindre nyttig, stilt overfor fenomenet. Og at en økt forståelse som gir mer tilfang til å forstå relasjonen på ulike måter, er viktig for praksis, som ofte medfører komplekse, usikre situasjoner.

Hvilke styrker og svakheter er forbundet med mitt materiale? Mitt utvalg består av det Aveyard omtaler som "practise" litteratur og ekspert uttalelser. Dermed når mitt materiale ikke opp i evidenshierarkiet. Samtidig er det kjennetegnende for kvalitative studier at de ikke når opp i evidenshierarkiet. Likevel argumenterer Aveyard for at hver problemstilling har sitt eget evidenshierarki (Aveyard, 2010). Denne tenkemåten har jeg benyttet i min studie, hvor jeg anser teoretisk litteratur av erfarne klinikere som mest passende.

Jeg mener at det er en styrke i min undersøkelse, at materialet er publisert og tilgjengelig. Det er dermed mulig i ettertid å etterprøve, og kritisere, min analyse. Utvalget gir rom for andre tolkninger, og å stille kritiske spørsmål til mitt arbeid og valg jeg har tatt. Jeg forsøker å beskrive min forståelse, utvalget og min analytiske tilnærming så klart og åpent som mulig. Samtidig er jeg åpen for at andre vil kunne forstå, og vektlegge andre sider ved utvalget.

Ved utvalgssелеksjon, er det viktig å ta hensyn til reliabilitet og validitet. Reliabilitet innebærer at man etterstreber kilder som er pålitelige, slik at kvaliteten på dataene er god. Dette innebærer en kritisk vurdering av materialet. Jeg har lagt vekt på at mitt utvalg består av teoretisk litteratur av anerkjente psykoanalytikere og tilknytningsteoretikere. Validitet innebærer at materialet er gyldig, dvs dekkende for problemstillingen, slik at materialet belyser det som faktisk undersøkes. Jeg mener at min analyse og besvarelse viser at utvalget har vært valid for problemstillingen, og at problemstillingen er besvart på en grundig måte.

Utvalget av litteratur om enactment var allerede foretatt, uten at jeg kjenner til prosessen og utvalgskriteriene som ligger til grunn. Dette kan representere en svakhet ved min undersøkelse. Samtidig mener jeg det er usannsynlig at mine forutsetninger for å gjøre et

strategisk utvalg ville resulterte i et tilsvarende godt utvalg. Her kommer egne begrensninger inn, ved at jeg ikke er psykoanalytiker selv. Jeg mener at jeg ved å benytte et utvalg foretatt av en forskningsgruppe ved IPA, har gjort et strategisk forsvarlig valg. Jeg har heller ikke hatt som mål å velge ”den beste” litteraturen, om en slik litteratur skulle eksistere, men å gjøre et utvalg av svært relevant, dekkende litteratur.

Utvalget av tilknytningsteori var også strategisk. Mye av klassiker-litteraturen omhandler utviklingen av tilknytningsteorien, med fokus mest på foreldre-barn og empirisk og teoretisk utvikling. I denne studien er jeg mest opptatt av tilknytningssystemets betydning for nære relasjoner hos voksne. Dermed fremsto den valgte litteraturen som mest direkte relevant og oppdatert.

I analysen måtte jeg prøve meg fram, inntil jeg valgte den strategiske metoden som jeg har beskrevet. Gjennom å stille spørsmålet mitt til teksten, har jeg funnet relevant tekst og knyttet denne sammen til en overordnet forståelse. Jeg mener at dette har vært et riktig valg, fordi jeg ikke har hatt som mål å utføre tradisjonell tekstanalyse. Jeg har holdt meg til et teoretisk nivå, å trekke ut det relevante, for å kunne besvare forskningsspørsmålet: *Hvordan beskrives aktiveringen av indre traumerelatert representasjon, og dennes virkning på relasjonen?* I formidlingen av analysen har jeg fortsatt den strategiske metoden, og vektlagt å formidle en sammenhengende forståelse av hvert teoretiske perspektiv.

Den kliniske vignetten er inkludert for å anvende og diskutere teorien i en konkret relasjon hvor fenomenet manifesterer seg. Jeg har valgt bort publiserte vignetter for å beskrive en situasjon basert på egne erfaringer. I mine søk etter en relevant publisert vignett fant jeg først og fremst litteratur som beskriver fenomenet ut fra psykologisk og psykiatrisk ståsted. For meg ble dette en bekreftelse på viktigheten av å anvende psykoanalytisk teori og tilknytningsteori i en bredere sammenheng, som i psykososialt arbeid.

Metoden bestemmer hvilke resultater som kan trekkes av undersøkelsen, og hvordan disse eventuelt kan overføres, forstås og anvendes. Resultater fra kvalitative undersøkelser kan ikke generaliseres på samme måte som kvantitative studier hvor det er benyttet representative utvalg. I en teoretisk undersøkelse, består funnene av teoretiske forståelser som kan passe mer eller mindre godt, og benyttes eller forkastes stilt overfor en unik behandlerrelasjon. Jeg mener at det er viktig å reflektere over at fenomenet betraktes fra et perspektiv, at andre

perspektiv kan belyse andre sider ved fenomenet, og å være åpen for den reelle relasjonen slik at man er minst mulig forutinntatt ved å tilpasse den virkelige relasjonen til perspektivet.

# 4 Traumat

## 4.1 Karakteristika ved overgrepssituasjonen

Komplekse traumer kjennetegnes ved at traumatiseringen er relasjonell, repetitiv og kumulerende over tid. Komplekse traumer forutsetter spesifikke relasjoner og kontekster som muliggjør overgrepene, som tilknytningsrelasjoner innen en familie, hvor traumatiseringen skjer innen intime relasjoner. Offeret er maktesløst fanget i en traumatiserende kontekst, ute av stand til å beskytte seg mot overgrepene eller å befri seg fra situasjonen (Courtois & Ford, 2009a).

Kompleks traumatisering kan forekomme både i barndom og i voksen alder, felles for slike situasjoner er at personen ikke kan unnsnippe og dermed opplever ulike former for fangenskap, muliggjort av konteksten på en måte slik at offeret er underordnet, sårbart og avhengig av overgriperen (Courtois, 2004). Herman sier offeret og overgriperen inngår i en relasjon som karakteriseres ved at offeret underordner seg overgriperens ”coercive control”. Overgriperen har gjerne langvarig, vedvarende kontroll over offeret fysisk, psykologisk og sosialt (Herman, 1992a).

Ved overgrep og omsorgssvikt i barndommen, er offeret psykologisk og fysisk umodent, og utviklingen kan påvirkes på gjennomgripende måter. Traumene kan forsterkes av at personer rundt, som kunne ha stanset overgrepene og som skulle tilby beskyttelse og trygghet, svikter offeret på ulike måter, slik at overgrepene får anledning til å fortsette (Courtois, 2004).

Slike komplekse traumatiske situasjoner er ofte karakterisert ved polyviktisering, dvs forekomst av flere voldsformer samtidig (Ford & Courtois, 2009). Det kan dreie seg om en kombinasjon av ulike former for aktive overgrep, av fysisk, psykologisk og seksuell art. Samtidig kan det være mangler ved fysisk og psykologisk/emosjonell omsorg, som ved neglekt og vanskjøtsel. For eksempel mangelfull beskyttelse av små barn som er ute av stand til å beskytte seg selv. Psykologisk neglekt innebærer at omsorgsgiver er følelsesmessig eller fysisk utilgjengelig, eller at det hefter mangler ved omsorgsgivers sensitivitet og responsivitet. Dermed frarøves barnet vanlig og nødvendig psykologisk stimulering, beroligelse og støtte. I tillegg reduseres barnets mulighet for å forme en trygg tilknytning (Briere, 2002).

Overgrepssituasjoner kan variere sterkt, blant annet i forhold til offerets alder, relasjonen til overgriperen, kompleksiteten ved traumene, offerets rolle, varighet og objektiv alvorlighetsgrad av traumene, eventuell støtte, oppdagelse og avdekking av overgrepene, og det som skjer i ettertid (Courtois, 2004).

Begrepet "betrayal trauma", utviklet av Jennifer Freyd, fanger opp svikdimensjonen. Betrayal trauma oppstår når mennesker eller institusjoner en person har fysisk og psykologisk avhengighet til, krenker og traumatiserer personen på ulike måter. Teorien sier at graden av opplevd svik og tillitsbrudd vil influere på måten traumatet prosesseres og erindres. Betrayal trauma teorien viser hvordan ofre etter komplekse traumer kan mangle bevisst kjennskap til traumene og overgrepene. Når et offer er avhengig av overgriperen, er beskyttelsesstrategier som tilbaketrekning eller konfrontasjon ofte umulige. I slike situasjoner er utvikling av "betrayal blindness", dvs isolasjon om viten om overgrepene, en måte å sikre offerets opprettholdelse av tilknytningsrelasjonen til overgriperen (Freyd, DePrince, & Gleaves, 2007).

Tidlig traumatisering i tilknytningsrelasjoner innebærer alvorlige menneskeskapt traumer. I motsetning til ved kollektive traumer, representerer traumer i tilknytningsrelasjoner oftest individuelle, skjulte hendelser. Overgrepene gjentas gjerne over tid, og det eksisterer ingen ytre bekreftelse av denne siden ved barnets virkelighet. Når traumatisering foregår i familien så har offeret ingen mulighet til å trekke seg tilbake til en "safe haven". Situasjonen preges av svik, tillitsbrudd, manglende bekreftelse og beskyttelse fra andre og manglende gyldiggjøring av offerets følelser og viten om den traumatiske relasjonen.

## 4.2 Traumatiseringen

Traumatisering innebærer at en person, i møte med en potensielt traumatiserende hendelse, opplever ekstrem frykt og hjelpsløshet, fordi personen mangler ressurser og kapasitet til å mestre hendelsen, samt gi mening til denne (Varvin, 2003, s. 12). I PTSD diagnosen i DSM-IV, beskrives traumatisering som at personen, i møte med en alvorlig stressbelastning (PTE), reagerer med en indre opplevelse av "intense fear, helplessness and horror" (Brewin, 2003).

Traumatiseringens fenomenologi omhandler den opplevelsesmessige siden. Herman sier at psykologiske traumer innebærer en opplevelse av "intense fear, helplessness, loss of control and threat of annihilation" (Herman, 1992b, s. 31). Personen er overgitt til en overveldende



fare og opplever at forferdelige ting skjer. Personen opplever total hjelpeløshet fordi han eller hun er overlatt til det som skjer, og er ute av stand til å kunne gjøre noe for å endre situasjonen og redde seg selv. Personen opplever også dyp ensomhet, fordi ingen kommer til unnsetning og han eller hun er overlatt til seg selv (Herman, 1992b, s. 137; Varvin, 2008, s. 41).

Det er to hoveddimensjoner ved den psykoanalytiske forståelsen av traumatisering, det psykoøkonomiske aspektet og det objektrelasjonelle aspektet. Traumatisering er en prosess med både en intrapsykisk/biologisk dimensjon og en relasjonell/sosial/samfunnsmessig dimensjon (Varvin, 2008, s. 40, 47).

Det psykoøkonomiske aspektet innebærer at psyken overveldes som følger av hendelsen. Hendelsen er for mye å bære og for mye å mestre. Ego overveldes av stimuli som produserer utålelig angst (Varvin, 2003, s. 18, 25, 39). Overveldelsen medfører at personens persepsjon, kognitive bearbeidelse og emosjonelle integrering forstyrres (Varvin, 2008, s. 46).

I det objektrelasjonelle perspektivet representerer traumatisering en relasjonell erfaring. Ifølge psykiater og psykoanalytiker Dori Laub er det sentrale ved traumatisering, svikten i den empatiske andre. Traumatet er en erfaring som bryter med tilliten til at en empatisk annen kommer til unnsetning. Under traumatet svikter både indre og ytre trøstende objekter (Varvin, 2003, s. 18, 25, 47).

Denne studien undersøker den relasjonelle dimensjonen ved traumatisering. Traumatisering påvirker indre objektrelasjoner og arbeidsmodeller på en uheldig måte. Jeg beskriver dette ut fra teorien om identifikasjon med aggressor og tilknytningsteori.

### **4.2.1 Identifikasjon med aggressor**

De traumatiske relasjonene er utgangspunktet for den traumatisertes forstyrrede indre objekt relasjoner. En teori som kan forklare denne prosessen, er Ferenczi's teori om identifikasjon med aggressor. Ferenczi sier at det relasjonstraumatiserte barnets angst håndteres ved at barnet identifiserer seg med overgriperen (van der Kolk, McFarlane, & Weisæth, 1996, s. 56).

Overgrepene oppfattes av offeret som trusler mot hans eller hennes psykologiske og fysiske integritet. Bruk av forsvarsstrategier gjør det mulig for barnet å beholde fantasien om en god forelder og beskytter barnet fra å oppfatte forelderens destruktivitet. Identifikasjon med

aggressor er en slik forsvarsmekanisme, hvor barnet identifiserer seg med den indre overgriperen, slik kan barnets utålelige opplevde frykt og hjelpeløshet erstattes med opplevelser av makt og omnipotens (Green, 1983).

Forsvarsmekanismer iverksettes som et forsøk på å få kontroll over traumatisk stimuli og de vanskelige affektene som oppstår som følge av traumene. Traumatiserende relasjoner fører til at det hos barnet iverksettes sterke forsvarsmekanismer og en ”compulsion to repeat the trauma” (Green, 1983).

Traumatisk binding omhandler prosessen hvorved barnet knytter seg til overgriperen, på godt og på vondt. For et barn blir det umulig å leve med at det er overlatt til en omsorgsgiver som hater barnet og ønsker det vondt. I en slik umulig-å-unnsnippe og overveldende situasjon, og med barnets svake posisjon, identifiserer barnet seg med overgriperen. Barnet ”blir til” det som overgriperen forventer og ønsker, i sin persepsjon, følelser, tanker og atferd (Frankel, 2002).

Ferenczi (1949) beskriver hvordan barnet ikke protesterer på overgrepene. Barnet paralyseres av angst, og håndterer angsten ved automatisk å underordne seg overgriperen. Barnet identifiserer seg med overgriperen, på samme tid dissosierer barnet seg fra seg selv. Prosessen fører til at overgriperen ”forsviner” fra det ytre miljøet, for å ”gjenoppstå” i barnets indre. Overgriperen later som oftest som ingenting har skjedd, eller benekter overgrepene, dette forsterker barnets forsvar (Ferenczi, 1949). Slik omformes den ytre truende overgriperen, til en mer håndterbar indre trussel, i en prosess som beskrives som internalisering av et ondt objekt (Frankel, 2002, s. 107).

Identifikasjon med overgriperen skjer automatisk. Barnet former sin egen opplevelse til å bli i tråd med overgriperens opplevelse av ham eller henne. Dermed vet barnet intuitivt hvem overgriperen forventer at barnet skal være. Barnets følelser og atferd formes i tråd med overgriperens indre objekt av barnet. Denne identifikasjonen guider barnets tilpasning til overgriperen (Frankel, 2002, s. 105). Barnet, som kjenner overgriperen innenfra, vet hvordan han skal mildne, forføre og avvæpne overgriperen. Barnets følelser påvirkes ved at barnet blir hypersensitivt for overgriperens emosjoner. Barnet ender opp med å føle det som er forventet å føle, frykten for overgriperen kan bli snudd til beundring og tilbedelse. Samtidig kan barnet overta overgriperens aggresjon, som blir til barnets egen aggresjon mot seg selv (Frankel, 2002, s. 104).

## 4.2.2 Utvikling av utrygg og disorganisert tilknytning

Traumatiske relasjonserfaringer fører til at barnet utvikler utrygge arbeidsmodeller og benytter sekundære tilknytningsstrategier. Dermed gjenspeiles traumatiseringen i en utrygg eller disorganisert tilknytningsstil.

Barnets tilknytningsatferd utvikles slik at det etter hvert tilpasses til den individuelle tilknytningspersonen (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 19). Over tid, etter gjentatt aktivering i en spesifikk relasjonell kontekst, skreddersys barnets tilknytningssystem til de spesifikke relasjonspartnerne (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 21).

Tilknytningsrelatert kunnskap og erfaringer lagres i det Bowlby kalte working models (indre arbeidsmodeller). Slik kan barnet evaluere og korrigere egen atferd for å sikre best mulig måloppnåelse om nærhet og beskyttelse som gir ”felt security”. Gjentatte interaksjoner med tilknytningspersonen representeres ved arbeidsmodeller av andre (tilknytningspersoners responser) og arbeidsmodeller av selvet (egen ”efficiency” og verdi), som benyttes når barnet trenger beskyttelse fra fare (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 16).

Dersom tilknytningspersonen ikke er tilgjengelig og/eller responderende nok, oppnås ikke målet om ”felt security” gjennom nærhetssøking (den primære strategien). Individet blir sårbart og utsatt, og må benytte seg av sekundære tilknytningsstrategier, hyperaktivering og/eller deaktivering. Hyperaktivering skjer gjerne når tilknytningsfiguren oppleves som upålitelig eller ikke responderende nok, dvs situasjoner karakterisert av Bowlby (1988) som ”partial deprivation”. Ved å øke intensiteten i tilknytningsatferden søker individet å tvinge til seg tilknytningspersonens oppmerksomhet og beskyttelse. Deaktivering er en løsning når tilknytningspersonen er konsekvent utilgjengelig, eventuelt straffer eller ikke tolererer personens tilknytningsatferd, dvs situasjoner som Bowlby (1988) omtalte som ”complete deprivation”. Personen gir opp nærhetssøking og søker å forholde seg til farene alene, tilknytningssystemet skruses av eller nedreguleres for å unngå frustrasjon og angst som forårsakes av tilknytningspersonens utilgjengelighet (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 22).

Gjentatte tilknytningsrelaterte interaksjoner resulterer i stadig mer stabile mentale representasjoner av selvet, andre og relasjoner (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 23). Indre arbeidsmodeller viser til representasjoner av faktiske relasjonserfaringer men bidrar også til, og formes av, individets forsvarsmessige sekundære tilknytningsstrategier, for eksempel gjennom at smertefull informasjon ekskluderes fra bevisstheten (Mikulincer & Shaver, 2007b,

s. 23). Gjennom komplekse prosesser utvikles mer globale representasjoner av relasjoner, som er spesifikke for individet (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 24).

Individets indre arbeidsmodeller kommer til uttrykk gjennom hans eller hennes tilknytningsstil, som reflekterer den underliggende primære eller sekundære tilknytningsstrategien (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 25). Ainsworth og Main har kategorisert barns tilknytningsstil som trygg, utrygg-unnvikende, utrygg-ambivalent og disorganisert (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 26).

Den disorganiserte tilknytningsstilen er et uttrykk for at barnets tilknytningsstrategi bryter sammen, og blir disorganisert, i situasjoner hvor både fryktsystemet og tilknytningssystemet er aktivert mot samme person, dvs at tilknytningssystemet innbyr til frykt. Barnet opplever dermed motstridende og uforenlige impulser, flukt og tilnærming, overfor omsorgsgiveren (Hesse & Main, 2000).

## 4.3 Oppsummering

Komplekse traumer innebærer at en person står i et avhengighetsforhold til en eller flere personer som gjentatt over tid, og på ulike måter, traumatiserer ham eller henne. Fanget i en traumatiserende kontekst som er umulig å unnsnippe, og underlagt overgriperen, blir tilbaketrekning og konfrontasjon oftest umulig.

Den traumatiserte opplever stadig og gjentatt overveldelse av vanskelige følelser, som frykt og angst, hjelpeløshet og dyp ensomhet. Både indre og ytre trøstende objekter svikter den traumatiserte. Ved slike langvarige, traumatiske påkjenninger må sterke forsvarsmekanismer settes inn. Ved at barnet identifiserer seg med overgriperen, flyttes overgriperen fra en ytre til en indre, mer håndterbar figur. I barnets indre dannes forstyrrede indre objektreasjoner som er preget av de traumatiske ytre relasjonene. Traumatisering fører dermed til en indre skade som kan forstås gjennom objektreasjonsdimensjonen.

Traumatiserte barns tilknytningssystem formes slik at det tilpasses til det traumatiserende miljøet. Ved kompleks traumatisering danner barnet utrygge indre arbeidsmodeller som gjenspeiles i en utrygg, eventuelt disorganisert, tilknytningsstil.

# 5 Den posttraumatiske tilstanden

Posttraumatiske reaksjoner kan, særlig etter tidlig og langvarig traumatisering, være omfattende og komplekse. Jeg starter med å beskrive det generelle symptom bildet. Deretter beskriver jeg aspekter ved den indre tilstanden, med fokus på indre objektrelasjoner og indre arbeidsmodeller. Til sist fokuserer jeg på relasjonsvanskene. I en klinisk vignett illustreres og konkretiseres utfordringer som kan oppstå i relasjon til en traumatisert person.

## 5.1 Symptombilde

Kompleks traumatisering fører til et sammensatt mønster av psykologiske, emosjonelle, kroppslige og relasjonelle reaksjoner (Ford & Courtois, 2009, s. 13).

De kroniske posttraumatiske plagene kategoriseres ofte som PTSD med komorbide tilstander (Ford & Courtois, 2009), som bipolar lidelse, angst, suicidalitet, rusmisbruk, dissosiative lidelser og depresjoner (van der Kolk & Courtois, 2005). Det kan også utvikles personlighetsforstyrrelser, blant annet Dissosiativ Identity Disorder og Continuing personality changes after catastrophic life events (Foa, et al., 2009).

Judith Herman lanserte i 1992 ”kompleks PTSD” diagnosen. Denne kategoriserer reaksjonene som emosjonsreguleringsvansker, endringer i oppmerksomhet og bevissthet, endringer i selvpersepsjon, endringer i persepsjon av overgriperen, endringer i relasjon til andre, somatisering og kroppslige problemer og endringer i meningssystemer. I forhold til relasjoner, beskriver hun isolasjon og tilbaketrekking, forstyrrede intime relasjoner, gjentatt søken etter en ”reddende engel”, dyp mistillit og manglende evne til å beskytte seg selv (Courtois & Ford, 2009b, s. 85; Herman, 1992b, s. 121).

Briere og Spinazzola oppsummerer med at posttraumatiske reaksjoner inkluderer posttraumatisk stress, kognitive forstyrrelser (for eksempel lav selvfølelse, håpløshet), følelsesmessige forstyrrelser (eksempelvis depresjon, angst, aggresjon), somatisering, identitetsforstyrrelser, emosjonsreguleringsvansker, kroniske interpersonlige vansker, dissosiasjon, rusmisbruk og stressreduserende atferd (som tvangsmessig seksuell atferd, spiseforstyrrelser, suicidalitet og selvskadning) (Courtois & Ford, 2009b, s. 106).

## 5.2 Indre skade

Den posttraumatiske tilstanden gjenspeiler personens utvikling i, og tilpasning til, et miljø av traumatiske relasjoner (Courtois & Ford, 2009b, s. 84). Fra et psykodynamisk synspunkt er posttraumatiske symptomer ikke sykdomstegn, men et adaptivt forsøk på å mestre traumet (Kudler, et al., 2009). Symptomer oppstår når personens ressurser ikke er tilstrekkelige til å tilpasse seg til det relasjonelle miljøet (Courtois & Ford, 2009b, s. 85).

Den traumatiserte har utviklet mangler i viktig personlig kompetanse. Den traumatiserte er dermed mer sårbar i livet generelt, og spesielt ved senere påkjenninger. Traumatiserte barn blir overopptatt av fare og beskyttelse, og taper muligheter til eksplorering, å utforske og tilegne seg viktig indre og ytre personlig kompetanse. Ford sier at overlevelshjernen får forrang fremfor utviklings- og læringshjernen (Courtois & Ford, 2009b, s. 35). Tilpasningen medfører at utviklingen av psykologiske og sosiale kapasiteter reduseres (Courtois & Ford, 2009b, s. 84). I løpet av utviklingsperioden, utvikler den traumatiserte en generell indre sårbarhet. Personens utvikling preges på komplekse måter, i en psykologisk kontekst, som samlet utgjør en sårbarhet overfor senere stressbelastninger og potensielt traumatiserende hendelser (Mikulincer & Shaver, 2007c).

Den traumatiserte er konstant på vakt overfor både ytre og indre farer (Courtois & Ford, 2009b, s. 17). Ytre sett, utvikles en beredskap overfor en potensielt farlig verden. En grunnleggende mistillit til andre fører til at den traumatiserte er hypersensitiv og vaksom overfor mulige nye krenkelser. Følelsen av å ha blitt sviktet under traumet fører til hypersensitivitet overfor senere mulig svikt. Indre trusler kan bestå av cues og traumatiske påminnere, flashbacks osv. Den traumatiserte trues også av overveldelse som følger av vansker med selvregulering, selvorganisering og manglende evne til å søke støtte i relasjoner til andre (Courtois & Ford, 2009b, s. 17).

### **Forstyrrede objektreasjoner**

Indre traumerelatert representasjon påvirker den traumatisertes syn på seg selv, andre og verden. Dette kan vise seg som selvhat, manglende evne til å ivareta seg selv og relasjonelt utfordrende atferd, hvor den traumatiserte alternerer mellom å spille rollen som offer og overgriper (van der Kolk, et al., 1996).

Traumer påvirker indre objektrelasjoner slik at evnen til å inngå i nære relasjoner blir påvirket på en uheldig måte. Selvaspekter identifisert med overgriper og vanskelige følelser er uakseptable deler av selvet og dissosiert bort eller avsplittet. Disse sidene ved den traumatiserte vil kunne tre fram på ulike måter, ubevisst og nonverbalt, i senere relasjoner.

Mange av de defensive operasjonene, som var nødvendige i de traumatiske relasjonene, er senere maladaptive under vanlige forhold (Green, 1983). Freuds teori om ”repetition compulsion” er en drivkraft for å løse traumet og viser hvordan den traumatiserte drives til å gjenskape situasjoner som minner om det opprinnelige traumet (Green, 1983). Problemet med å spille ut traumene, er at den traumatiserte risikerer å retraumatisert fordi utspillingen av de traumerelaterte scenarioene ikke er bevisst og frivillig, men har et ubevisst og tvangsmessig preg.

### **Utrygge indre arbeidsmodeller**

Tilknytning er sentralt for forståelsen av utviklingen ved relasjonstraumatisering. Mikulincer og Shaver sier at personens psykologiske kontekst utgjør en generell sårbarhet, som nedsetter personens evne til resiliens og gir dårligere utsikter ved stress og belastninger (Mikulincer & Shaver, 2007c). Tilknytningsteori kan beskrive den traumatisertes utvikling i bred forstand, blant annet utvikling av emosjonell-, atferdsmessig og relasjonell regulering, og konsekvenser av dårlige selvrepresentasjoner og representasjoner av andre (Mikulincer & Shaver, 2007c).

Traumatiserte har utviklet utrygge arbeidsmodeller og tilknytningsstrategier som gjør dem mer sårbare ved senere belastninger, og mindre i stand til å mestre stress i den posttraumatiske fasen. Traumatiserte kan i relasjoner komme inn i selvforsterkende negative sirkler fordi nye belastninger aktiverer indre utrygghet og fremkaller en utrygg tilknytningsstrategi. Dette fører til at den traumatiserte iverksetter rigide, maladaptive selvbeskyttelsesstrategier, og dermed en uheldig relasjonsorientering, uten at den traumatiserte er seg dette bevisst.

## **5.3 Traumenes manifestasjon i relasjon**

Sett i en overføringsforståelse, kan traumene vise seg som karakteristiske trekk ved personen (personligheten), gjennom samspill som terapeuten forsøkes trukket inn i (klientens

overføring) og i form av motoverføringsreaksjoner som følelser og fornemmelser hos behandleren (Herman, 1992b; Wallin, 2007).

I relasjonen kan den traumatiserte personen blant annet vise dyp mistillit til behandleren, hjelpeløshet, håpløshet, bryskhet, hensynsløshet, vaksomhet, hyperreaktivitet, mistenksomhet, raseri, skam og vansker med regulering av følelser osv. Bowlby skriver at pasienten kan være ytterst på vakt overfor avvisning, kritikk og ydmykelser og vise en holdning av mistillit og unngåelse (Bowlby, 1988, s. 142). Eller som forventninger om å bli utnyttet, sinne og forakt (Bowlby, 1988, s. 145) eller idealisering.

Overføringen kan bestå av seksualisert atferd, aggresjon, provokasjoner, kontrollerende og manipulerende atferd, grenseoverskridelser, upassende og ukritisk atferd og utsagn, avmakt, å behandle terapeuten dårlig, forventninger om å bli utnyttet, å være ute av stand til å beskytte seg selv osv. Relativt vanlig er det å være sensitiv for avvisning for så nettopp å provosere dette fram hos den andre, så får den traumatiserte bekreftet det han eller hun var redd for ville skje, og at verden er slik, men forstår ikke at han eller hun selv har medvirket til dette.

Terapeutens motoverføringsreaksjoner inkluderer et spekter av følelsesmessige reaksjoner. Motoverføringen kan for eksempel bestå av følelsen av å være et offer eller en overgriper med derav hjelpeløshet, angst eller ønske om å straffe klienten, raseri, fjernhet, irritasjon osv.

I en bredere forstand, kan den traumatiserte innta gjentatte offerroller, bli en overgriper selv eller utvise selvdestruktivitet (van der Kolk, et al., 1996, s. 11, 199). Kvinner som har vokst opp med vold i nære relasjoner kan velge partnere som mishandler dem. Prostituerte kan ha vært utsatt for overgrep som barn. Overgrepsutsatte har forhøyet risiko for å bli utsatt for nye overgrep (Herman, 1992b, s. 111). Den som opplever avmakt kan ty til vold. Mange voldelige kriminelle har vært utsatt for vold og overgrep som barn (van der Kolk, et al., 1996, s. 11, 199). Barn og unge kan uttrykke sine relasjonserfaringer gjennom å utvikle atferdsvansker. Selvdestruktivitet kan ta mange former som rusmisbruk, selvskading og risikofylt atferd (Herman, 1992b, s. 166). Sårbarheten for nye krenkelser kan gi store konsekvenser, som tilbaketrekning og isolasjon eller motangrep.

Ofte viser traumatiserte sine vansker seg ved at de får problemer i forhold til sine nærmeste, vansker i forhold til ektefelle og barn, hjelpeinstanser, trekker seg ut av familien, isolerer seg og tar ikke vare på seg selv.



## 5.4 En klinisk vignett

Den følgende vignetten er fiktiv, oppdiktet på bakgrunn av egne refleksjoner i relasjon til ulike traumatiserte klienter. Vignetten beskriver relasjonen mellom en sosialkurator og en klient.

Rahid er en mann i 20 årene som har utført handlinger overfor en kvinne, som beskrives som svært krenkende og grenseoverskridende. Planen er at sosialkuratoren skal ha faste samtaler med ham over det neste året. Gjennom samtale ønsker sosialkuratoren å bli kjent med Rahid, og få tak i hva han strir med som har bidratt til at han kom i denne situasjonen. Sosialkuratoren vil forsøke å hjelpe Rahid til å unngå å komme i tilsvarende situasjoner i fremtiden, og dermed stå bedre rustet i sitt videre liv.

Sosialkuratoren opplever ganske snart at hun kommer inn i et mønster hvor Rahid framstår som passiv, sosialkuratoren gruer seg til de kjedelige, tomme samtale og blir frustrert over at Rahid bidrar så lite, på en måte får sosialkuratoren ikke ”tak i ham”. Sosialkuratoren innser at hun gjentatte ganger har avsluttet samtale tidlig.

Samtidig opplever sosialkuratoren at Rahid overskrider hennes rammer. For eksempel ved at Rahid ikke møter presis eller uteblir fra avtalene. En helligdag ringer Rahid sosialkuratoren hjemme om kvelden og spør når neste avtale er, selv om han kunne ha ringt kontoret neste morgen. Sosialkuratoren kjenner seg irritert på Rahid og lurar på om han ikke har tanker for andre enn seg selv, siden han tydeligvis tror at hun er tilgjengelig for ham også privat.

I samtale føler sosialkuratoren seg manipulert og tatt for gitt, sosialkuratoren føler at Rahid tar seg til rette overfor henne. Når sosialkuratoren påpeker at Rahid må møte presis, sier han seg enig, han sitter og smiler og virker tilsynelatende genuin i at han skal ”ta seg sammen”, men sosialkuratoren opplever dette som uekte og føler seg manipulert. Sosialkuratoren føler det som at Rahid legger opp til at hun skal korrigere ham, samtidig som det står i strid med at Rahid sier at han ønsker å få hjelp og forbedre seg. Sosialkuratoren får følelsen av at all grensestrekkingen, hennes følelse av irritasjon osv. har en større betydning, uten at hun vet noe mer om hva dette er. Men sosialkuratoren må jobbe hardt med seg selv for å klare å skape en positiv dialog mens hun egentlig føler seg fiendtlig innstilt.

Samtidig lykkes sosialkuratoren ikke alltid, og hun kjenner at hun av og til kan gå over grensen selv. Sosialkuratoren klarer ikke la være å kjenne seg provosert, og hun føler en sterk

trang til å avvise Rahid, straffe ham og sette ham på plass, på en måte som er veldig i strid med egne grenser for hvordan sosialkuratoren skal behandle en klient. Sosialkuratoren føler ikke at dette stemmer med hvordan hun ellers er, at det føles som om hun blir en annen, en korrigerende, straffende og avvissende person, en forandring av henne selv som er veldig på tvers av hvordan hun egentlig er.

Men stort sett klarer sosialkuratoren å kontrollere de straffende følelsene sine, og opprettholde dialogen. Etter hvert forteller Rahid om sin bakgrunn, og i denne finnes mange eksempler på at Rahid selv har vært offer for traumatiske og grovt grensekrenkende handlinger. Ettersom tiden går, og Rahid ved flere anledninger har opplevd gjentatte ganger at sosialkuratoren ikke ønsker å "trø på" ham, så åpner han seg mer opp og sosialkuratoren opplever relasjonen som "ærligere". Sosialkuratoren aner en person som har beskyttet seg mot mulige overtramp fra sosialkuratorens side ved å unngå å involvere seg og dermed gjøre seg sårbar, og at sosialkuratoren derfor har opplevd relasjonen som frustrerende og kjedsommelig. Sosialkuratoren føler seg svært lettet over at hun stort sett har klart å unngå å agere på sin tilbøyelighet til å irettesette Rahid, straffe ham og avvise ham.

Samtidig tenker sosialkuratoren for seg selv at Rahid ser ut til å være fanget i noe, som går ut over ord, et samspill han inviterer til, som han ikke ser selv, og som kan sette ham i nye vanskelige situasjoner fremover. Sosialkuratoren opplever det som at Rahid viser henne en grenseløshet, at Rahid svinger mellom å krenke andres grenser og å vekke grenseoverskridende sider i andre. Det er som et mønster som Rahid sitter fast i, som han ikke selv er klar over. Og sosialkuratoren lurer på hva dette er for noe, og hvordan det kan være mulig å hjelpe Rahid videre.

## 5.5 Oppsummering

Kompleks traumatisering kan gi sammensatte reaksjoner i form av et spekter av ulike symptomer, i tillegg til eventuell utvikling av personlighetsmessige forstyrrelser. En viktig side ved senvirkningene er at traumatiserte kan ha vansker med senere relasjoner.

Den traumatiserte har utviklet en beredskap overfor en potensielt farlig verden bestående av indre og ytre trusler. Samtidig har den traumatiserte utviklet en indre sårbarhet. Fra objektrelasjonsperspektivet består denne i at traumerelaterte deler av selvet er uakseptabelt, og dissosiert, men kan tre fram på ulike måter i senere relasjoner. Dette følger blant annet av

teorien om repetition compulsion. Tilknytningsperspektivet viser hvordan den traumatiserte har utviklet en generell sårbarhet fordi viktige personlige kompetanser ikke har fått anledning til å utvikle seg. Den traumatiserte tenderer i relasjoner til å benytte utrygge tilknytningsstrategier som skaper en uheldig relasjonsorientering. Den traumatiserte er dermed en sårbar person i møte med en potensielt farlig verden bestående av potensielt traumatiserende relasjoner.

Relasjonsvanskene viser seg gjennom personligheten, overførings- og motoverføringsprosesser i senere relasjoner og den traumatisertes tilknytningsstil. Vanskene uttrykkes nonverbalt og prosessuelt, og kan skape vanskelige og uforståelige situasjoner som kan utfordre nye relasjoner.

## 6 Ubevisst traumatisk samspill

I mellommenneskelige relasjoner finnes både den reelle relasjonen og et ubevisst aspekt, overføringsrelasjonen. Samhandlingen i den ytre relasjonen preges på ulike måter av klientens overføring av indre arbeidsmodeller og indre relasjoner. Hos traumatiserte som mangler tillit til omverden og seg selv, skjer ofte en defensiv bevegelse bort fra den ytre virkeligheten, slik at de indre relasjonene overvurderes på bekostning av realitetstilpasningen (Igra, 2002, s. 105). Overføringen kan tidvis virke sterkt inn på den ytre relasjonen.

I dette kapittelet undersøker jeg hvordan indre traumerelatert representasjon påvirker senere relasjoner.

### 6.1 Enactment, kleiniansk perspektiv

Enactment innebærer at klientens indre relasjonsscenario leves ut i den ytre relasjonen. Steiner (2006b) beskriver at klientens indre objektrelasjoner aktualiseres i relasjonen til behandleren. I følge Feldman fører aktualiseringen til at begge parter presser hverandre til å relatere seg i tråd med klientens indre relasjoner. Slik antas det ytre samspillet å reflektere klientens indre relasjonsscenario (Feldman, 1997).

Kilden til enactment er klientens indre traumerelaterte tilstand. Verken Steiner eller Feldman omtaler traumer eksplisitt som utgangspunkt for enactment. Dette kan muligens forstås i lys av at den kleinianske retningen tradisjonelt har fokusert mest på intrapsyriske forhold, mens det interpersonlige aspektet har vært tonet ned. Begge beskriver likevel indre tilstander som kan være traumatisk betinget. Feldman (1997) skriver at det i klientens indre eksisterer avgrensede, repetitive og uhensiktsmessige scenarier som gjenspeiler klientens tidligere smertefulle relasjonelle erfaringer. Klienten opplever aspekter ved selvet som truende, eksempelvis selvaspekter som er identifisert med overgriperen.

Traumerelaterte tilstander som ikke kan kommuniseres verbalt, formidles nonverbalt via enactment. Ifølge Steiner (2000) er enactment mulig når vanlig kommunikasjon er umulig. Enactment gjenspeiler det fortrente eller det som er projisert fordi det er avsplittet eller dissosiert (Steiner, 2006b). Klienten evakuerer dissosierte deler av selvet og tilstander som han ikke tåler å forholde seg til (Steiner, 2000). Feldman skriver at klienten kan benytte

enactment for å få behandleren til å forstå aspekter ved sitt indre liv og historie (Feldman, 1997). Klienten kan evakuere det som er vanskelig, slik at ansvaret for dette flyttes over på behandleren (Feldman, 1997). Gjennom enactment unngår klienten å forholde seg til sin utålelige tilstand, i stedet overtar behandleren denne. Slik kan behandleren utføre funksjoner som klienten ikke tåler (Steiner, 2000).

### **6.1.1 Den traumatiserte benytter projektiv identifikasjon**

Projeksjon og identifikasjon er to mekanismer som driver enactment (Steiner, 2006b). Gjennom projektiv identifikasjon deponerer klienten truende mentalt innhold over i behandleren. Dermed er behandleren, i klientens fantasi, i besittelse av de truende egenskapene. Selvet transformeres slik at det ikke lenger innehar de uønskede kvalitetene. Klienten uttrykker sin fantasi om behandleren gjennom å forholde seg til ham som om det faktisk er slik som i fantasien, på mer eller mindre subtile eller voldsomme måter (Feldman, 1997). Klienter varierer i hvordan de påvirker objektet gjennom projektiv identifikasjon, og hvordan de forholder seg til den reelle relasjonen. Enkelte har lite kontakt med det reelle objektet (Feldman, 1997).

Klientens fantasi influerer på behandlerens mentale tilstand, og vekker tanker, følelser og tilbøyelighet til handlinger. Overtakelsen av behandlerens tanker, følelser og reaksjoner er en essensiell del av projektiv identifikasjon. Klienten omformer den ytre relasjonen i tråd med et indre scenario, og påvirker behandleren til å delta i å leve ut scenarioet. I klientens scenario er det forventninger til rollen som behandleren skal fylle, og klienten utøver subtile eller kraftige press for å få behandleren til å innta rollen (Feldman, 1997).

### **6.1.2 Behandleren opplever motoverføring**

Når klienten benytter projektiv identifikasjon opplever behandleren motoverføring fordi klientens fantasi påvirker behandlerens mentale tilstand (Steiner, 2006b). Behandleren kan kjenne seg komfortabel eller tilbøyelig til å reagere på ulike måter (Feldman, 1997).

Det kan være større eller mindre kontrast mellom behandlerens faktiske mentale tilstand og klientens fantasi. Når behandleren mottar en projeksjon som ikke treffer ham personlig, kan han ha mental avstand til denne (Feldman, 1997). Dersom projeksjonen berører behandlerens

egne frustrasjonsområder, er han mer mottakelig for projeksjonen. Når behandleren identifiserer seg med fantasien, kan han oppleve å forstyrres av endringer i sin tilstand, og handle deretter. Klienten kan øke presset ved å være effektiv i det han sier eller gjør for å påvirke slik at han induserer en spesiell tilstand i behandleren. Behandleren kan for eksempel oppleve utålmodighet, usikkerhet eller angst (Feldman, 1997).

Steiner (2006b) skiller mellom motoverføring og enactment. Mens behandlerens emosjonelle tilgjengelighet ses som motoverføring, skjer motoverføringsenactment når motoverføringen transformeres over i reaksjoner og handlinger (Steiner, 2006b).

### **6.1.3 Behandleren reagerer med motoverføringsenactment**

Projeksjonen kan føre til at behandleren reagerer med motoverføringsenactment for ubevisst å gjenopprette sin indre balanse (Feldman, 1997).

Når behandleren opplever vanskelige følelser og tanker, reduserer hans reaksjoner, i form av enactment, det indre spenningsnivået (Steiner, 2006a). Dersom behandleren finner det vanskelig å romme opplevelsen, kan han reagere slik at han stenger av klienten og prosessen, for eksempel ved å klandre klienten (Feldman, 1997). Steiner (2000) skriver at når behandleren identifiserer seg med selvaspektene og påvirkes emosjonelt, kan han komme til å reagere i en enactment. Dette innebærer at behandleren reagerer slik at han i praksis spiller ut en rolle klienten har presset ham inn i (Steiner, 2000). Slik kan viktige elementer ved klientens indre relasjoner leves ut (Feldman, 1997).

### **6.1.4 Den traumatisertes relasjonsscenario leves ut**

Det er ofte ikke nok at behandleren mottar klientens projeksjoner, hvorved han er transformert av klientens fantasi. Klienten har behov for at behandleren involverer seg gjennom å leve ut aspekter ved fantasien (Feldman, 1997). Klienten presser behandleren til å agere i tråd med sitt indre scenario (Steiner, 2006a). I enactment leves den aktualiserte fantasien ut, gjennom at begge presser hverandre til å relatere seg i tråd med scenarioet (Feldman, 1997).

Representasjonene i scenarioet påvirker funksjonen hos begge, slik at et eventuelt skifte i internt perspektiv reflekteres i et tilsvarende ytre skifte av stil og innhold (Feldman, 1997).

I klientens scenario er det forventninger til rollen som behandleren skal fylle, og klienten presser behandleren til å innta rollen (Steiner, 2006a). Behandleren, som utsettes for press, kan oppleve sterke følelser (Steiner, 2000). Når behandleren reagerer ut fra en endret tilstand, som at han opplever seg trøtt, forvirret, engstelig eller oppløftet, kan viktige elementer ved pasientens indre scenario leves ut (Feldman, 1997). Behandleren trekkes inn i klientens fantasi og rollen spilles ut (Steiner, 2006a).

### **Enactment av traumatiske scenarioer.**

Klienten kan iscenesette ett av flere avgrensede, repetitive og uhensiktsmessige scenarioer (Feldman, 1997). Klientens projeksjon vekker hos behandleren tanker, følelser og tilbøyelighet til å handle i tråd med objektrelasjonen som klienten ønsker eller behøver (Steiner, 2006b). Interaksjonen kan lede til repetitive, smertefulle og urovekkende enactments, som det kan være vanskelig å komme ut av (Feldman, 1997).

Samhandlingsmønsteret i relasjonen kan begynne å ligne på den opprinnelige traumatiske relasjonen. Behandleren kan ubevisst identifisere seg med en rolle fra det aktualiserte scenarioet, og reagere med å innta rollen overfor klienten, slik at samspillet mellom dem preges av det ubevisste scenarioet (Steiner, 2006a). Behandleren kan identifisere seg med et selvaspekt eller vanskelige følelser som klienten evakuerer slik at hans tilstand ligner dette. I neste rekke kan hans reaksjon være kongruent med klientens fantasi, men den kan også være et forsøk på å distansere seg fra fantasien, for eksempel om en overgriper (Feldman, 1997; Steiner, 2000).

Klienter kan sette inn subtile, eller mer voldsomme, krefter for å involvere behandleren i å gjenskape scenarioet gjennom å forstyrre behandlerens tilstand. Tvingende, voldsom bruk av projeksjon kan være nødvendig for å nå et opplevd ugjennomtrengelig, avvisende objekt. Feldman (1997) sier at det er som om klienten ikke har mulighet for symbolsk kommunikasjon eller tro på objektets tilgjengelighet for noen form for projeksjon, slik at han ikke kan gi seg før han har bevis på at han faktisk påvirker behandleren (Feldman, 1997). På samme tid som klienten lengter etter å bli møtt på en annen måte, kan han være ute av stand til å tåle spriket mellom den ytre relasjonen og det indre objektet, som oppleves som svært truende. Derimot oppleves sammenfall som kjent og derfor trygt. Bekreftelsen kan ha en ønskeoppfyllende og beroligende funksjon. Feldman beskriver at dette er et scenario som reproduseres i mange subtile versjoner av mange pasienter. Eller gjentatte ganger i løpet av en behandling (Feldman, 1997).

Feldman (1997) gir følgende eksempel. Klientens fantasi om en truende objektrelasjon vekkes. Kvinnen hører om en terapeut som har hatt seksuell kontakt med sin pasient. Scenarioet er å være forsvarsløs overfor en grenseoverskridende figur. Klienten projiserer det truende objektet (overgriperen) inn i behandleren. Deretter kommuniserer og oppfører hun seg slik at hun etter hvert møter en behandler som i sitt indre er fylt av illevarslende tanker og som ønsker å møte henne på en ubehagelig måte. Kvinnen forteller behandleren om sin opplevelse av det hun hørte og forholder seg til behandleren som en potensiell overgriper. Hun utsetter ham for press til raskt å respondere. Behandleren innser at kvinnen iscenesetter ett scenario, hvor hun utsettes for en behandler som, gjennom å respondere på det ubehagelige materialet, blir truende, krevende og grenseoverskridende overfor henne, den forsvarsløse klienten.

Klienten er motvillig til å la begge unnsnippe fra interaksjonen, som paradoksal nok oppleves som trygg og beroligende. Behandleren opplever sterkt press på å overta ansvaret for klientens projiserte smertefulle materiale, eller å agere ut elementer gjennom å skape en tilsvarende smertefull relasjon. Behandleren opplever at uansett hva han sier eller gjør, tolkes dette av klienten i lys av den begrensede fantasien. Klienten hopper lett tilbake inn i et scenario, som oppleves som smertefullt men trygt (Feldman, 1997).

Gjennom å oppleve behandleren som et ondt objekt, flytter klienten ansvaret for egne fantasier og impulser over på behandleren, og blir selv et hjelpeløst offer. Slik kan klienten få kommunisert aspekter ved sitt indre liv og historie til behandleren (Feldman, 1997).

### **Enactment anses som uunngåelig men uheldig.**

Steiner (2000) skriver at enactment alltid, til en viss grad, anses som skadelig, fordi den viderefører klientens problematikk. Samtidig regnes enactment som uunngåelig fordi behandlerens motoverføring alltid til en viss grad uttrykkes i form av ulike reaksjoner (Steiner, 2006b).

I enactment påvirkes behandleren slik at han i stedet for å tåle vanskelige følelser, svarer på projeksjonen med å reagere i relasjonen (Steiner, 2006a). Enactment bryter grensen mellom tenkning og handling, en grense som er vesentlig for containment (Steiner, 2006a).

Behandlerens containment muliggjør behandlingen ved at behandleren tillater følelser og reaksjoner å velle opp samtidig som han avstår fra å reagere på disse. Behandleren må da skille det egne i reaksjonen fra det som gir informasjon om klienten (Steiner, 2006b).



Behandleren må tåle å motta og bli berørt av projeksjoner uten å reagere for mye (Steiner, 2006a).

Enactment kan være subtil og aldri bli lagt merke til. Men enactment kan også føre til at grenser overskrides, både atferdsmessig og verbalt. Mange enactments skjer ved at klienten forsøker å svekke, omgå, endre eller ødelegge behandlingens rammer gjennom å forføre, true eller indusere behandleren til å handle i strid med rammene (Steiner, 2006a). De sterke følelsene og den vanskelige samhandlingen kan true relasjonen. Spenningene kan provosere frem konfrontasjon med klienten (Steiner, 2006b). I interpretive enactments er behandlerens følelser og holdninger skjult i hans ytringer (Steiner, 2006b). Behandleren kan komme til å klandre klienten på en fiendtlig og kritisk måte eller avslutte behandlingen (Feldman, 1997). Ved collusive enactment, skaper klient og behandler sammen situasjoner som kompromisser behandlingen fordi begge opplever denne som vanskelig (Steiner, 2006a).

### **6.1.5 Oppsummering**

Det kleinianske perspektivet viser hvordan den traumatiserte iscenesetter sitt indre traumerelaterte relasjonsscenario i relasjonen til behandleren. Den traumatiserte klarer ikke formidle sine ubearbeidede traumer verbalt. Indre tilstander preget av tidligere traumatisering kommuniseres nonverbalt og prosessuelt ved at behandleren involveres i motoverførings-enactment. Slik eksternaliseres vanskene, ved at behandleren presses til å innta en rolle i gjenskapingen av et ubearbeidet, traumerelatert relasjonsscenario.

Mekanismene er at den traumatiserte benytter projektiv identifikasjon som influerer på behandlerens tilstand. Behandleren blir tilbøyelig til å reagere på motoverføringen i relasjonen. Klienten kommuniserer slik ved handling, gjennom å presse behandleren inn i en rolle. Motoverføringsenactment er resultatet når dette ikke blir oppfattet og forstått av behandleren, men at behandleren reagerer med i en enactment situasjon. Det kommunikative aspektet ved enactment innebærer at behandleren og klienten i ettertid får mulighet til å få ”tak på” scenarioet som aktualiseres og se hva dette betyr.

Forståelsen gir implikasjoner for behandleres arbeid med, og relasjoner til, traumatiserte. Den traumatisertes vansker eksternaliseres i nye relasjoner. Fordi det er snakk om indre relasjoner preget av relasjonstraumatisering, vil den ytre relasjonen kunne oppleves, av både den traumatiserte og relasjonspartneren, som vanskelig og utfordrende. Rollene som inntas,

presset som partene utsetter hverandre for, følelsene som aktiveres, stemningen, kroppsspråk osv. oppleves her og nå. Men sammenhengen til klientens indre relasjonsscenario, basert på tidlige traumatiske erfaringer, er ubevisst. Derfor kan samspillet framstå som uforståelig, upassende og utfordrende.

Det er svært viktig for den traumatiserte hvordan dette samspillet forstås og håndteres av behandleren. Så lenge de indre relasjonene og den underliggende problematikken forblir uløst og ubearbeidet, kan utfordrende situasjoner oppstå jevnlig i den traumatisertes nære relasjoner. Dersom behandleren forholder seg kun til atferdsnivået, og ikke har en dypere forståelse av relasjonsvanskene, risikerer han eller hun å befeste den traumatisertes vansker. Mens en forståelse for problematikken kan bidra til å løse en del av den traumatisertes utfordringer, kan manglende forståelse bidra til en ond sirkel av vanskelig samspill og retraumatisering.

## **6.2 Enactment, intersubjektivt perspektiv**

Enactment er gjensidig interaksjon som aktualiserer klientens indre relasjonsscenario. Partene skaper sammen en relasjon som i stor grad er ubevisst, men svært innflytelsesrik (Sedlak, 2009). Behandleren deltar i ubevisst og uintensjonelt samspill med klienten. Enactment forstås som en, mer eller mindre, kontinuerlig prosess, hvor begge bidrar til å aktualisere klientens overføring (Hirsch, 1998). Analyse av samspillet kan gi informasjon om klientens intrapsykiske forhold (Hirsch, 1998), men også forhold ved behandleren og det interaktive feltet (Levenson, 2006).

Benjamin (2009b) bruker andre begrep. Ifølge Benjamin skjer enactment når klientens traumatiske materiale fører til endringer i interaksjonen med behandleren. Under enactment endrer samspillet kvalitet fra "shared thirdness" til "split complementarity".

### **6.2.1 Klientens relasjonsscenario utspiller seg i relasjonen**

Enactment innebærer at klientens relasjonsscenario leves ut. Levenson ser enactment som en kontinuerlig tilstedeværende prosess hvor det som snakkes om parallelt utspiller seg gjennom komplekse mønstre i interaksjonen mellom partene. Slik gir enactment mulighet for å erfare hvordan klientens interpersonlige liv utspiller seg (Levenson, 2006). Interaksjonen som

utspiller seg anses som typisk for klientens interaksjoner med andre. Behandlerens deltakelse i samspillet kan derfor gi viktig informasjon om klienten (Levenson, 2006).

Hirsch (1998) beskriver en "talking about" og "living out" prosess hvor behandleren uvitende deltar i gjensidig enactment. Klientens indre scenarioer leves ut uten at klient og behandler ofte blir klar over dette før i ettertid. Parallellen mellom interaksjonen og klientens historie kan bli tydelig etter at denne har vært gjentatt i gjensidig enactment (Hirsch, 1998). Hirsch sier at "Mind is conceived of as fundamentally internalized interpersonal experience, and it is most clearly visible in the repetitious interaction of the analytic situation." (Hirsch, 1998, s. 98).

Behandleren bidrar til interaksjonen som utspiller seg. Behandlerens følelser og reaksjoner gjenspeiler både klientens bruk av proaktiv identifikasjon og behandlerens personlige disposisjoner (Levenson, 2006). Levenson anser behandlerens personlighet og unike reaksjon på klienten som tydelig, men før eller senere vil klienten trekke terapeuten inn i en enactment som bekrefter klientens forventninger i overføringen (Hirsch, 1998). Hirsch (1998) sier at terapeuten påvirkes både av egen subjektivitet og klientens press. Enactment ses som en kombinasjon av klientens historie og indre verden og de ubevisste, uintensjonelle bidragene fra den deltakende behandleren, som fanges inn i spillet under klientens innflytelse (Hirsch, 1998).

Sedlak skriver at behandlerens egen respons på klienten til dels er ubevisst og dermed tilbøyelig til motoverføringsenactment. Slik spiller behandleren sin rolle i å kreere de situasjonene som oppstår under behandlingen (Sedlak, 2009). Hirsch (1998) sier at behandlerens tanker og følelser viser seg gjennom ord og subtil, nonverbal atferd. Behandlerne oppfatter og reagerer ulikt, slik at behandlerens reaksjoner i motoverføringsenactment preges av behandlerens subjektivitet. Jacobs i Hirsch (1998) sier at enactment er uungåelig og refererer til subtil, vanligvis nonverbal, kommunikasjon mellom klient og behandler, som utøver betydelig innflytelse på begge.

Klientens overføringsfantasi og behandlerens deltakelse kan skape situasjoner som kan være vanskelige og restriktive (Sedlak, 2009).

## **6.2.2 Relasjonen preges av intersubjektivitet og ”shared thirdness”**

Hvert subjekt trenger å kjennes av et annet subjekt. Ekte engasjement er nødvendig i menneskelige relasjoner og når engasjementet brytes er acknowledgement (bekreftelse) vesentlig for å bevare tilknytningen som en positiv, snarere enn smertefull og angstvekkende, kvalitet. Avhengigheten mellom to subjekter kan avstedkomme smertefulle erfaringer, derfor kan behovet for å bli holdt og reflektert i en annens sinn være skremmende eller smertefullt. Traumer og skader utfordrer relasjonen. Trygg tilknytning med gjensidig regulering er viktig i relasjonen (Benjamin, 2009b).

Benjamin (2009a) sier at interaksjonen ideelt sett preges av intersubjektivitet gjennom en åpen, gjensidig regulerende dialog. I slik interaksjon innstiller partene seg på hverandres subjektivitet, som Benjamin henviser til med begrepene attunement (innstemming) og recognition (anerkjennelse, aksept).

Benjamin bringer inn begrepet ”the third”, som innebærer et åpent, gjensidig konstruert relasjonelt felt, hvor både klient og terapeut deltar. ”The third” karakteriseres ved gjensidig, rytmisk dialog, anerkjennelse av begge subjektivitet, og verdier og prinsipper som gir rom for begge i relasjonen (Benjamin, 2009a).

## **6.2.3 Klientens traumemateriale fører til brudd i dialogen**

Klientens traumerelaterte materiale er drivkraften bak enactment. Benjamin angir relasjonstraumer som sentralt for å forstå samspillsmønstrene som utspiller seg i relasjonen (Blass, 2009). Klienten har mange ”stemmer”, som Benjamin omtaler som ”multiple voices”. Hun deler disse i ”good patient” og ”bad patient”. ”Bad patient” representerer klientens dissosierte materiale, bestående av selvaspekter og uformulerte følelser (som frykt og fortvilelse), forlatte, skamfulle og skadde deler fra tidligere traumer (Benjamin, 2009a).

Klienten og behandleren inngår i ”shared thirdness” hvor ”good patient” uttrykkes. ”Bad patient” presser på for å komme fram og klienten har et presserende behov for å vise behandleren denne siden ved seg selv. Samtidig er klienten dypt overbevist om at behandleren ikke ønsker å kjenne til denne siden. Benjamin (2009a) beskriver dette som en drivkraft bak enactment.

Når klientens traumerelaterte sider i ”bad patient” presser på, skjer enactment ved at behandleren reagerer med å trekke seg ut av ”shared thirdness”. På denne måten opplever klienten gjentakelsen ved å bli forlatt eller kontrollert og manglende containment fra behandlerens side (Benjamin, 2009a).

I møte med klientens traumatiske materiale, tapes ”shared thirdness” og dialogen skifter kvalitet til det som Benjamin (2009a) beskriver som ”split complementarity”.

#### **6.2.4 Enactment innebærer at dialogen skifter kvalitet**

I relasjonen åpnes klientens gamle sår. Møtet med klientens dissosierte, uformulerte følelser og selvaspekter fører til reaksjoner hos behandleren, som reagerer defensivt med å fjerne seg fra den felles dialogen, for å regulere seg selv (Benjamin, 2009a). Behandleren klarer ikke å romme både klientens erkjente deler og det dissosierte, som dermed ikke får plass i den samme dialogen. Når det ikke er mulig å forholde seg til alle aspektene ved klientens subjektivitet, bryter intersubjektiviteten sammen. Samspillet karakteriseres av at det inntas ulike posisjoner. Rolleposisjonene blir komplimentære og samspillet låses fast i reaksjoner og motreaksjoner slik at integrasjon er umulig. Slik gjentas den opprinnelige traumatiske relasjonen, ved at klienten opplever at behandleren gjentar fornektelsen av den opprinnelige skaden (Benjamin, 2009a).

”Split complimentarity” innebærer interaksjon preget av fastlåsthet. Benjamin sier at når relasjonen utfordres, skjer dette gjennom at det oppstår ”split complimentarity”. Partene låser hverandre fast i et samspill preget av gjensidig motsetningsfylte posisjoner. Begge taper evnen til å reflektere slik at relateringen skjer ut fra reaksjoner og motreaksjoner (Benjamin, 2009a).

Partene mister sin frihet til å reflektere og låses fast i motsetningsfylte posisjoner hvor den andre oppleves som ens motsetning. Benjamin nevner eksempler på slike relasjoner med posisjonene: gjort-gjort mot, anklager-anklaget, overgriper-offer, god-dårlig og rett-gal. I slike relasjoner blir partene sterkt uenige om hvem som *gjør* mot den andre. Verken klient eller behandler føler seg hørt eller klarer å se den andres ståsted, kun en realitet er mulig: klientens eller behandlerens (Benjamin, 2009a). Samspillet genererer ”doer-done to” følelser av klandring og anklager (Benjamin, 2009b).

## **Enactment anses som nødvendig for å åpne for klientens uformulerte, traumerelaterte materiale.**

Benjamin skriver at slike enactments kan være den eneste måten som dissosiert traumerelatert materiale kan uttrykkes relasjonelt (Benjamin, 2009b). En syklus av ”rupture and repair” er i følge Benjamin nødvendig for at traumene skal kunne komme fram og bearbeides. Dersom behandleren kan forstå sine reaksjoner, kan disse brukes for å forstå hvordan klientens uintegreerte selvaspekter gir terapeuten vansker med å romme disse (Benjamin, 2009a).

Renik i Hirsch (1998) påpeker at indre scenarioer og vanskelige følelsesmessige tilstander ofte må leves ut i relasjonen før de kan forstås.

Benjamin sier at enactment viser til klientens indre objektrelasjoner men også til dissosierte affekter knyttet til objektrelasjonene. I enactment gjentas gamle skader og hvis disse ikke anerkjennes av behandleren, blir han et nytt forfeilet vitne. Anerkjennelse transformerer repetisjonen om til en ny erfaring hvor det nye objektet kommuniserer og mottar kommunikasjon om det gamle objektet. Målet er at gamle skader gradvis kan bli bevisst erfart, kjent, contained og delt intersubjektivt (Benjamin, 2009b).

### **6.2.5 Oppsummering**

Det intersubjektive perspektivet beskriver hvordan den traumatiserte, gjennom enactment, lever ut sitt indre traumepregede relasjonsscenario i relasjonen til behandleren. Den traumatisertes indre tilstand kommuniseres nonverbalt og prosessuelt, og behandleren bidrar personlig i interaksjonen. Det felles etablerte samhandlingsmønsteret reflekterer blant annet klientens indre og ytre relasjoner og erfaringer. Enactment regnes som uunngåelig og, mer eller mindre, kontinuerlig tilstedeværende prosesser.

Ifølge Benjamin, uttrykkes traumerelatert materiale nonverbalt, og påvirker den indre tilstanden hos både klienten og behandleren. I enactment endrer samhandlingen kvalitet, fra intersubjektivitet og ”thirdness”, til ”split complementarity”. I stedet for en dialog preget av felles refleksjon, oppstår komplementaritet hvor partene reagerer på hverandre. Slik kan det skapes et fastlåst samspill hvor partene inntar motsetningsfylte roller. Partene kommer med reaksjoner og motreaksjoner på hverandre. Slike onde sirkler kan gi reelle utfordringer i relasjonen.

I det intersubjektive perspektivet anses enactment som nødvendig for å åpne for traumerelatert materiale. Samtidig blir behandlerens bekreftelse og anerkjennelse viktig for å unngå at relasjonen fører til gjentakelse av skadene.

Det er derfor viktig at behandleren forstår denne dynamikken. Alternativet kan blant annet være at behandleren attribuerer de relasjonelle utfordringene til klientens person. I såfall vil den traumatiserte for eksempel kunne bli oppfattet som vanskelig, krevende, aggressiv osv. Slike attribusjoner fører bort fra en forståelse som kan bidra til å hjelpe den traumatiserte til å overkomme vanskene og til å få nye relasjonserfaringer. Samtidig krever dette mye av behandleren på et følelsesmessig plan, og det er derfor nødvendig å ta utgangspunkt i en dypere forståelse for det som skjer.

Samhandlingen kan bli preget av den traumatisertes vanskelige indre relasjoner, dermed kan det skapes vanskelige situasjoner i den ytre relasjonen. Tidlige relasjonstraumer utgjør slik en indre sårbarhet hos den traumatiserte, som kan aktiveres i senere nære relasjoner.

## **6.3 Tilknytningsperspektivet**

### **6.3.1 Utgangspunktet er den traumatisertes utrygge tilknytning**

Den traumatiserte har utviklet utrygge indre arbeidsmodeller. Tilknytningssystemet er utviklet slik at det passer til et spesifikt relasjonelt miljø, oftest familien (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 21). Gjentatte tilknytningsrelaterte interaksjoner fører til utvikling av mentale representasjoner av selvet og andre. Indre arbeidsmodeller blir til globale representasjoner av selv og andre på tvers av ulike relasjoner. Modellene er individuelle og reflekterer personens relasjonshistorie (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 24). Tidlige traumatiske relasjonserfaringer medfører at klienten har utviklet utrygge, forstyrrede og uhensiktsmessige indre arbeidsmodeller. Utrygge indre arbeidsmodeller innebærer at andre oppleves som utilgjengelige, avvisende og ikke til å stole på (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 407, 408).

Den traumatiserte klienten benytter en sekundær tilknytningsstrategi. Den primære strategien, som er grunnlaget for trygg tilknytning, innebærer at personen ved opplevd fare søker nærhet til tilknytningspersonen og dermed opplever ”felt security”. Når tilknytningspersonen ikke

har vært tilgjengelig, sensitiv og responderende nok, utvikles en sekundær tilknytningsstrategi, hyperaktivering eller deaktivering (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 22).

Målet med den hyperaktiverende strategien er å sikre omsorg og beskyttelse fra en uforutsigbar tilknytningsperson. Dette innebærer intensiv voktering av tilknytningspersonen, å sette inn sterke krefter på å opprettholde nærhet, og intensivering av personlige signaler om stress og ubehag (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 40). Hyperaktiverende strategi utvikles blant annet når tilknytningspersonen oppleves som uforutsigbar, gir omsorg som er dårlig tilpasset til barnets behov, og ved invadering, terrorisering og ulike traumatiserende forhold (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 40).

Målet med den deaktiverende strategien er å "skru ned" tilknytningssystemet for å unngå frustrasjon og stress når tilknytningspersonen er utilgjengelig. Dette innebærer å fortrenge tilknytningsrelaterte behov og å klare seg selv (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 22).

Deaktivering utvikles når tilknytningspersonen er konsekvent fraværende eller avvisende, og ved truende eller straffende atferd overfor personens nærhetssøking. Personen erfarer det som nytteløst, eller farlig, å søke nærhet og beskyttelse hos tilknytningspersonen (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 39).

Den traumatiserte klienten har utviklet en utrygg tilknytningsstil. Tilknytningsstil utgjør karakteristiske tanker, følelser og atferd i nære relasjoner (Mikulincer & Shaver, 2007a, s. 149). En utrygg tilknytningsstil er nært forbundet med utrygge indre arbeidsmodeller og reflekterer en underliggende sekundær strategi (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 25).

Utrygg-ambivalent tilknytningsstil viser til bruk av den hyperaktiverende strategien. Personen blir overavhengig av andre for å oppnå trygghet, uttrykker stort behov for andres omsorg, minimerer psykologisk avstand til andre og uttrykker klengende eller kontrollerende atferd. Egne vansker, og manglende evne til å mestre disse, overdrives. Personen kan framstå som selvnedsettende, hjelpesløs, avhengig og trengende. Den hyperaktiverende strategien kan øke destruktive følelser og trusselrelaterte tanker slik at personen lett overveldes av negative tanker og følelser (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 40, 41). I følge Crittenden, eksisterer det et spektrum hvor den utrygge-ambivalente personen skaffer seg omsorg og beskyttelse gjennom å alternere mellom å vise frykt og hjelpeløshet (for å appellere til tilknytningspersonen) og/eller å utvise sinne (for å tiltvinge seg tilknytningspersonens oppmerksomhet). Med



økende grad av fare, økes graden av hjelpeløshet og/eller graden av sinne (Crittenden & Landini, 2011b, s. 44).

Utrygg-unnvikende tilknytningsstil benytter den deaktivierende strategien. Behov og tilstander som kan aktivere tilknytningssystemet, som personlig involvering og emosjonell avhengighet og intimitet, unngås. Personen ekskluderer informasjon forbundet med trusler, egne behov og personlige svakheter. Etter hvert kan strategien innebære forvrengning av persepsjonen om selvet og andre (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 42). I følge Crittenden, distanserer den utrygge-unnvikende personen seg fra egne følelser, intensjoner og perspektiv. I stedet fokuserer personen på andres perspektiv, ønsker, følelser og behov. Graden av mangel på omsorg og graden av fare, påvirker personens tilknytningsstil. I økende grad idealiseres tilknytningspersonen, mens personen gradvis distanserer seg mer fra seg selv og underordner seg til tilknytningspersonen. Med økende alvorsgrad, vil personen måtte klare seg selv og distansere seg fra andre, som uttrykkes gjennom ”compulsive selfreliance” og isolasjon (Crittenden & Landini, 2011b, s. 42).

Disorganisert tilknytningsstil er uttrykk for at begge sekundære strategier svikter, slik at det ikke dannes en organisert tilknytningsstil. Personen kan benytte begge strategiene, på en tilfeldig, forvirret eller kaotisk måte. Atferden kan bestå av en usammenhengende blanding av motstridende, avbrutt tilnærings- og unngåelsesatferd, paralysering eller tilbaketrekning. Denne stilen, som både er ambivalent og unnvikende, er særlig relatert til traumatiske relasjoner, som overgrep, neglekt og mishandling (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 43). I følge Crittenden viser disorganisering seg ved at personen blander ulike tilknytningsstiler eller alternerer mellom disse (Crittenden & Landini, 2011b, s. 45).

### **6.3.2 Den traumatiserte projiserer utrygge indre arbeidsmodeller**

I overføringsrelasjonen aktiveres og projiseres klientens indre arbeidsmodeller på behandleren. Klienten gjør antakelser om behandlerens person, intensjoner og atferd ut fra sin aktuelle indre arbeidsmodell (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 424). Bowlby karakteriserte overføring som ”forecasts” som klienten gjør om behandlerens person, intensjoner og atferd, basert på indre arbeidsmodeller. Problemet er at disse ikke lenger er valide og kan forstyrre relasjonen. (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 424).

Indre arbeidsmodeller opererer ubevisst, automatisk og aktivt i å forme personens senere relasjonserfaringer. Klienten tenderer til å tilpasse nye relasjonspartnere til en eksisterende modell. Klientens forventninger til, og fortolkning av, andre og relasjoner bekrefter og konsoliderer allerede eksisterende indre arbeidsmodeller. I senere relasjoner kan klienten tendere til å forvrengte, eller sile ut viss informasjon mens annen informasjon undertrykkes, i tråd med den aktuelle modellen (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 25, 28).

Projiseringen av klientens utrygge indre arbeidsmodeller på behandleren fører til at behandleren, i klientens fantasi, besitter negative kvaliteter og intensjoner. Den utrygge-ambivalente klienten overfører negative og ambivalente indre arbeidsmodeller på behandleren. Behandleren oppleves vekselvis som ikke tilgjengelig og urealistisk god. Den utrygge-unnvikende klienten oppfatter behandleren konsekvent som avvisende, utilgjengelig og ikke til å stole på (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 425).

### **6.3.3 Den traumatiserte opplever relasjonen som utrygg**

Behandleren kan bli mål for tilknytningsrelaterte bekymringer, forsvar og fiendtlige projeksjoner (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 411). Utrygt tilknyttede gjør negative antakelser om andres intensjoner og kvaliteter (Mikulincer & Shaver, 2007a, s. 169). Etter at klienten har projisert tilknytningsrelaterte bekymringer og forsvar på behandleren, kan klienten reagere som om, selv en sensitiv behandler, er utilgjengelig og avvisende (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 412).

### **6.3.4 Den traumatiserte relaterer seg i tråd med sin utrygge, eller disorganiserte, tilknytningsstil**

Gjennom projiseringen relaterer klienten seg til behandleren på samme måte som han relaterte seg til tilknytningspersonene (Mikulincer & Shaver, 2007a, s. 168). Klienten forventer å bli oppfattet og behandlet på måter som tilsvarer hans indre arbeidsmodell, på tross av eventuell motstridende informasjon (Mikulincer & Shaver, 2007b, s. 25). Problemet er at disse antakelsene ofte ikke samsvarer med den reelle relasjonen til behandleren (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 424). Klientens tilknytningsstil kan forme følelser, ønsker og fantasier som klienter overfører på behandleren, og intensitet og rigiditet i overføringen (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 424). Effekten blir en maladaptiv relatering til behandleren, enten den

uttrykkes som utrygg-unnvikende, utrygg-ambivalent eller disorganisert (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 407).

### **Den utrygge-ambivalente klienten**

Den utrygge-ambivalente klienten er ambivalent overfor andre. Overføringen vekker både lengsel etter omsorg og støtte fra behandleren og samtidig frykten for avvisning (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 425). Klienten uttrykker sine udekkede tilknytningsrelaterte behov på en intensiv måte. Den utrygge-ambivalente klienten er sulten på oppmerksomhet og omsorg. Samtidig mistolker han behandlerens responser som tegn på avvisning og kritikk. Den utrygge-ambivalente klienten kan uttrykke sinte reaksjoner når han oppfatter behandleren som utilgjengelig eller mangelfullt responderende. Den utrygge-ambivalente klienten bekymrer seg over egen verdi. Klienten kan forme en klengete, overavhengig relasjon. Den utrygge-ambivalente klienten kan føle at han ikke klarer seg uten hjelp fra behandleren og bekymrer seg samtidig over behandlerens misbilligelse eller kritikk.

Utrygge-ambivalente klienters overføringer kan karakteriseres ved urealistiske håp, frustrasjon, sinne og persepsjoner av at behandleren ikke er støttende og tilgjengelig nok (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 425). Utrygge-ambivalente klienter har gjerne komplekse, ambivalente antakelser om andre (Mikulincer & Shaver, 2007a, s. 170). Utrygge-ambivalente klienters selv framstår som hjelpeløst og sårbart for avvisning, mens relasjonspartneren oppfattes om frustrerende, ikke til å stole på og lite troverdig (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 41).

Overføringen kan for utrygge-ambivalente klienter således være karakterisert av emosjonell turbulens, urealistiske håp, frustrasjon, ukontrollert sinne, og oppfatning av at behandleren ikke er støttende nok (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 425).

### **Den utrygge-unnvikende klienten**

Den utrygge-unnvikende klienten har negative modeller av andre. Den utrygge-unnvikende klienten undertrykker forsvarsmessig egne udekkede tilknytningsbehov. Klienten har mistillit til andre og er motvillig til å inngå i emosjonelt forpliktende relasjoner. Klienten foretrekker å klare seg selv og søker motvillig hjelp. Den utrygge-unnvikende klienten kan devaluere behandleren og innta en trassig, nedsettende holdning mot behandleren (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 425). Den utrygge-unnvikende klienten opplever gjerne relasjonen til behandleren som dårlig. Klientens opprettholdelse av emosjonell og kognitiv avstand til behandleren

virker mot utviklingen av en nær relasjon. Den utrygge-unnvikende klienten er konfliktsky, og dette forhindrer lufting og løsning av eventuelle konflikter.

Utrygge-unnvikende tilknytningsstil kan vise seg som unngåelse av nærhet og konflikter, mistillit, emosjonell distanse og uinvolvertet (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 419, 420). Utrygge-unnvikende klienters negative modell av andre gir devaluering av terapeuten og avvisning av hans intervensjoner. Klienten kan undertrykke negative selvaspekter, som dermed projiseres på relasjonspartneren, og som i neste rekke forsterker negative antakelser om andre (Mikulincer & Shaver, 2007a, s. 170).

Overføringen er karakterisert ved devaluering av behandleren, avvisning av hans intervensjoner, og blokkering av å uttrykke negative følelser, som igjen kan hindre analyse, forståelse og endring. Den utrygge-unnvikende klienten skaper emosjonell avstand og er uinvolvert (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 425). Ifølge Crittenden, kan klienten vise et spekter fra idealisering av behandleren, med overdreven tilpasning til gradvis å trekke seg mer bort fra andre for å måtte klare seg selv, eventuelt å isolere seg (Crittenden & Landini, 2011b, s. 42).

### **Den disorganiserte klienten**

Disorgansiert tilknytningsstrategi, som Mikulincer og Shaver omtaler som fearful avoidance, kan komme til uttrykk gjennom kaotisk, forvirret, vekslende atferd, paralysering eller tilbaketrekning. Disorganiserte klienter er blant de minst trygge, minst tillitsfulle, og mest plagede (Mikulincer & Shaver, 2007e, s. 43).

Den disorganiserte klienten stoler ikke på behandleren, føler seg utrygg og har derfor sterk motvilje mot å åpne opp og involvere seg. I følge Crittenden, kan den disorganiserte klienten vise vekslende tilknytningsstiler (Crittenden & Landini, 2011b, s. 45).

### **6.3.5 Interaksjonen gjenspeiler indre traumepregede relasjoner**

Mikulincer og Shaver beskriver en overførings-motoverførings sirkel, hvor klientens overføring fører til motoverføringsfølelser hos behandleren (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 427). Når behandleren relaterer seg ut fra motoverføringen, forsterker dette klientens overføring. I en slik situasjon, reagerer behandleren i tråd med klientens overføringsforventninger. For eksempel kan klientens negative overføring, med forventninger

om en avvisende behandler føre til at behandleren opptrer kritisk, avvisende eller straffende (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 412). Slik kan klientens maladaptive og mistilpassede relatering gjentas, opprettholdes og forsterkes.

Relasjonen mellom klient og behandler kan videreføre klientens utrygge tilknytning eller åpne for nye relasjonserfaringer. Behandleren kan enten spille med og forsterke klientens dysfunksjonelle relatering, eller tre ut av overførings- motoverføringssirkelen (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 427). En behandler som gjenkjenner og forstår overførings-motoverførings prosessene kan analysere disse. Dermed kan han unngå å reagere på klientens ubevisste krav eller tvingende strategier, og i stedet tilby korrektive emosjonelle erfaringer. Slik kan klienten gis mulighet for å oppleve nye, byggende relasjonserfaringer (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 426).

### **Et eksempel**

Mikulincer og Shaver viser til Crittenden, som sier at institusjonaliserte ungdommer relaterer seg til andre på måter som er konsistente med deres indre arbeidsmodeller og tilknytningserfaringer. Fordi relasjonserfaringene deres har vært inkonsistente, ambivalente, neglisjerende eller mishandlende, kan aggresjon og vold fungere ved å tvinge opplevd utilgjengelige tilknytningsfigurer til å gi oppmerksomhet og omsorg. Slik kan den voldsomme atferden være uttrykk for måter å tilnærme seg den andre på. Dersom ansatte kan forstå denne aggressive atferden som et uttrykk for nærhetssøking, kan de reagere på en empatisk og sensitiv måte og dermed tilby korrektive emosjonelle erfaringer som på sikt overflødiggjør volden og aggresjonen (Mikulincer & Shaver, 2007d, s. 415).

### **6.3.6 Oppsummering**

Tilknytningsperspektivet beskriver hvordan den traumatiserte utvikler selvbeskyttelsesstrategier for å håndtere utryggheten i tidlige traumatiserende relasjoner. Den traumatisertes utrygge indre relasjoner påvirker senere relasjoner. Utrygge indre relasjoner projiseres på relasjonspartneren. Dette fører til at den traumatiserte opplever utrygghet og iverksetter selvbeskyttelsesstrategier i den aktuelle relasjonen.

Mekanismene er at den traumatiserte projiserer indre utrygge indre arbeidsmodeller på behandleren. Den traumatiserte benytter en sekundær tilknytningsstrategi i møte med, den

opplevd truende, behandleren. Prosessen kommer til uttrykk ved at den traumatiserte relaterer seg ut fra en utrygg, eller disorganisert, tilknytningsstil.

Den traumatisertes selvbeskyttelsesstrategier slår dermed inn i forhold til nye relasjoner og skaper interaksjon som kan bli utfordrende. Selvbeskyttelsesstrategiene kan slå inn, på tross av at den ytre relasjonen kan være, objektivt sett, ufarlig eller støttende. For relasjonspartneren kan det ytre samspelet blir utfordrende, vanskelig og uforståelig. Det eksisterer ubevisste hindre for å skape en nær, trygg relasjon.

På den annen side påvirkes den traumatisertes tilknytningssystem både av personlige disposisjoner og den aktuelle relasjonen. Tilknytningsteoriens dynamiske aspekt viser til at tilknytningssystemet er påvirkbart overfor den aktuelle relasjonen. Dermed åpner det seg muligheter for at den ytre relasjonen, istedenfor å bekrefte den traumatisertes dårlige relasjonserfaringer, kan gi rom for nye og mer positive erfaringer.

# 7 Hovedfunn og diskusjon

I dette kapittelet oppsummerer og drøfter jeg studiens hovedfunn og implikasjoner. Jeg tar utgangspunkt i problemstillingen og følger denne gjennom forskningsspørsmålene.

Problemstillingen er *Hvordan forstå indre-ytre relasjonsdynamikk etter relasjonstraumer?*

Jeg avslutter med å anvende de ulike forståelsene på den kliniske vignetten.

## 7.1.1 Ved relasjonstraumer dannes indre traumepregede relasjoner

Studien har vist at utgangspunktet for den relasjonstraumatisertes senere relasjonsvansker er de ytre komplekst traumatiserende relasjonene. Disse relasjonene medfører at den traumatiserte danner forstyrrede indre relasjoner. Påvirkningen på de indre relasjonene kan forstås ut fra objektrelasjonsteori og tilknytningsteori, se kapittel 4.

### Diskusjon

Jeg finner at Ferenczis teori om identifikasjon med aggressor og tilknytningsperspektivet kan ses i sammenheng. Begge perspektivene representerer en løsning på det traumatiserte barnets dilemma: å bevare tilknytningsrelasjonen til en omsorgsgiver som traumatiserer barnet. Det traumatiserte barnet må bevare selvet, objektet og tilknytningen i en forstyrret, traumatiserende ytre kontekst. Begge perspektivene beskriver hvordan barnet tilpasser seg til overgriperen, og dermed må iverksette kraftige forsvarsmekanismer (Blizard & Bluhm, 1994). Det er denne indre, mentale tilpasningen til en traumatisk relasjon som begge perspektivene beskriver, som fører til forstyrrelser i de indre relasjonene.

Samtidig beskriver perspektivene prosessen ulikt. Ferenczis teori om identifikasjon med aggressor viser hvordan barnet, for å forsvare seg i slike situasjoner, identifiserer seg med overgriperen. Barnets løsning på å overvinne hjelpeløsheten, er gjennom å "bli som" overgriperen, for eksempel i egenskaper, måter å være på og i synet på seg selv. På den annen side beskriver tilknytningsperspektivet en løsning hvor barnet utvikler forskjellige relasjonelle strategier for å bevare tilknytningen til overgriperen. Perspektivene beskriver dermed ulike løsninger på barnets situasjon, løsninger som kan eksistere på samme tid, eller veksle. Forståelsene trenger imidlertid å suppleres med forskning, som vil kunne belyse hvordan prosessene skjer i virkeligheten.

## **7.1.2 Den traumatisertes indre relasjoner fører til relasjonsvansker**

Studien viser hvordan de indre traumepregede relasjonene fører til at den traumatiserte utviser en maladaptiv atferd og væremåte i senere relasjoner. Den traumatiserte kan involvere relasjonspartneren i måter å være på som gjør at relasjonen blir vanskelig og utfordrende. Formidlingen av relasjonstraumene skjer hovedsakelig ubevisst og prosessuelt gjennom den nonverbale dimensjonen, se kapittel 5.

### **Diskusjon**

På den ene siden beskriver det objektrelasjonelle perspektivet at uakseptable, dissosierte, traumerelaterte deler av selvet kan manifestere seg på ulike måter i senere relasjoner. Den traumatiserte kan gjenskape, eller trekkes til å inngå i, relasjoner som kan minne om den opprinnelige traumatiske relasjonen.

På den andre siden beskriver det tilknytningsteoretiske perspektivet hvordan den traumatiserte relaterer seg i senere relasjoner ut fra sin utrygge, eller dissosierte, tilknytningsstil. Dette gir en maladaptiv, rigid og mangelfullt tilpasset relatering i senere relasjoner, en relatering som ubevisst gjenspeiler strategier for å overleve traumatiske relasjoner. Den traumatiserte er personlig sårbar og møter en potensielt farlig verden med en indre beredskap. Den traumatiserte tenderer dermed i senere relasjoner til å videreføre sin utrygge tilknytningsstrategi som gir en uheldig relasjonsorientering.

Jeg mener at studien viser at forståelsen for traumatisertes relasjonsvansker er nyttig både i sosialfaglige, terapeutiske og andre sammenhenger, da vanskene fremkommer i alle disse relasjonene. Mitt utvalg beskriver ulike relasjoner hvor vanskene fremtrer, både psykoanalytiske behandlingsrelasjoner og private relasjoner som i familien. I vignetten gir jeg et eksempel fra en sosialfaglig relasjon. Jeg mener at forståelsen er viktig for flere profesjoner, som sykepleiere og pedagoger, som også inngår i nære relasjoner med traumatiserte.

## **7.1.3 Indre-ytre dynamikk bak relasjonsvanskene**

Studiens tre perspektiv beskriver ulike ”blikk” på fenomenet ”relasjonsvansker etter relasjonstraumatisering”, se kapittel 6. Jeg mener at perspektivene belyser ulike sider ved mekanismene bak relasjonsvanskene og at de dermed utfyller hverandre. På hver sin måte



beskriver perspektivene de indre-ytre prosessene som skjer mellom den traumatiserte og relasjonspartneren, og hvordan den traumatisertes indre relasjoner influerer på relasjonen.

## Diskusjon

De ulike perspektivene er teorier som springer ut fra forskjellige grunnlag og tradisjoner. Dette gjelder særlig forholdet mellom de psykoanalytiske perspektivene og tilknytningsteori. Fonagy (2008) har publisert boken ”Psychoanalytic constructs and attachment theory and research”, hvor han integrerer psykoanalytisk teori og tilknytningsteori. Jeg har foretatt en grov gjennomgang av boken, men ikke funnet dette direkte relevant for min studie. Jeg anser integrering av perspektivene som utenfor rammene av denne studien, og har i stedet konsentrert meg om å beskrive perspektivene og hvordan disse utfyller hverandre.

Det kleinianske perspektivet fremhever det intrapsyiske aspektet ved den traumatisertes relasjonsvansker. Den traumatiserte iscenesetter sitt indre traumerelaterte relasjonsscenario i den nåværende relasjonen, gjennom mekanismene projektiv identifikasjon, motoverføring og motoverføringsenactment. Den kleinianske retningen handler således om hvordan den traumatiserte manøvrerer eller presser relasjonspartneren til å innta en rolle i sitt indre traumerelaterte relasjonsscenario. Slik repeteres og gjenspilles det traumerelaterte scenarioet av partene i relasjonen.

Det intersubjektive perspektivet har derimot et interpersonlig fokus. Perspektivet fokuserer på relasjonen og intersubjektiviteten mellom partene, en relasjon med aksept og anerkjennelse for hverandres subjektivitet. Når den traumatisertes traumerelaterte sider trer fram, fører dette til et brudd i intersubjektiviteten og dialogen mellom partene. Effekten blir at partene inntar komplementære rolleposisjoner, som henspiller på det traumepregede relasjonsscenarioet.

Tilknytningsperspektivet viser hvordan den traumatiserte har utviklet strategier for å tilpasse seg og overleve de traumatiske relasjonene. I dette perspektivet trer den traumatisertes unike overlevelses- og selvbeskyttelsesstrategier fram. Den relasjonstraumatiserte tenderer til å projisere utrygge working models på relasjonspartneren, for så å oppleve relasjonen som utrygg og i neste rekke iverksette sine selvbeskyttelsesstrategier. Den traumatisertes uheldige relatering påvirker den aktuelle relasjonen og samhandlingen mellom partene.

Selv om perspektivene er ulike mener jeg likevel at alle er ”relasjonelle” på den måten at de beskriver mekanismer i, og påvirkning på, relasjonen. På den ene siden er det kleinianske

perspektivet og tilknytningsperspektivet begge mest fokusert på, og beskrivende av, den traumatiserte personen. Mens det intersubjektive perspektivet tar utgangspunkt i relasjonen og intersubjektiviteten. På den annen side er det kleinianske og tilknytningsperspektivet ulike. Det kleinianske perspektivet vektlegger overføringen og utspillingen av et indre relasjonsscenario som utgangspunktet for vanskene. Mens det tilknytningsteoretiske perspektivet beskriver senere maladaptive selvbeskyttelsesstrategier som det problematiske.

Det er også noe overlapp mellom perspektivene. Selv om det kleinianske perspektivet er det som beskriver proaktiv identifikasjon og motoverføringsenactment som mekanismene bak vanskene, beskrives disse også i det intersubjektive perspektivet. Samtidig er det, i det intersubjektive perspektivet, særlig Benjamin som beskriver mekanismene bak vanskene, med hennes egne begrep. Jeg ser dette i sammenheng med utviklingen av det intersubjektive perspektivet. Fonagy beskriver at dette består av bidrag fra ulike teoretikere, med en samlet overordnet konseptuell ramme, men at ulike teoretikere har bidratt med ulike forståelser og ulike begrep (Fonagy, 2001) .

#### **7.1.4 Implikasjoner for relasjonspartneren**

Forståelsen for den traumatisertes relasjonsvansker gir implikasjoner for hvordan behandleren bør møte den traumatiserte i relasjon. Studien viser hvordan den traumatiserte involverer behandleren i måter å være på. På den ene siden risikerer behandleren å bekrefte den traumatisertes indre traumbaserte forventninger, og dermed inngå i en samhandling som virker patologiserende på den traumatiserte. På den andre siden, kan en behandler som forstår samspillet, containe og tilby adekvate intervensjoner, slik at relasjonen fungerer helende for den traumatiserte.

#### **Diskusjon**

Studien har vist hvordan den traumatisertes indre traumepregede relasjoner eksternaliseres i senere relasjoner. Mens utfordringene i relasjonen er bevisst, er forbindelsen til relasjonstraumene ubevisst og skjer via komplekse mekanismer. Derfor kan relasjoner til traumatiserte være ekstra utfordrende, både for behandlere og andre som inngår i nære relasjoner til den traumatiserte.

Det er svært viktig for den traumatiserte hvordan relasjonsvanskene forstås og håndteres av behandlere. Så lenge den underliggende problematikken forblir uløst og ubearbeidet, kan utfordrende situasjoner oppstå jevnlig i den traumatisertes nære relasjoner. Behandlere som kun forholder seg til atferdsnivået, dvs de konkrete vanskene, risikerer på grunn av manglende dypere forståelse for relasjonsvanskene, å befeste og videreføre den traumatisertes vansker. De tre perspektivene viser hvordan behandleren bidrar til det vanskelige samspillet, gjennom motoverføringsenactment (det kleinianske perspektivet), brudd i dialogen med reaksjoner og manglende anerkjennelse av den traumatiserte (det intersubjektive perspektivet) og gjennom reaksjoner på den traumatisertes relatering (tilknytningsperspektivet).

En forståelse for problematikken kan bidra til å løse en del av den traumatisertes utfordringer. Enactment innebærer at behandleren og den traumatiserte får opplevd vanskene, som i ettertid kan analyseres og forstås. Forståelsen gir behandleren et metaperspektiv og frihet til hensiktsmessig intervensjon når relasjonsvanskene manifesterer seg. På sikt kan dette føre til at den traumatiserte erfarer nye, fleksible og tilpasningsdyktige relasjonelle væremåter, og en relatering som overskrider tidligere rigide, uflexible relasjonsmønstre.

Perspektivene peker på muligheter for heling og nye, byggende relasjonserfaringer. I det kleinianske perspektivet, anses det som optimalt dersom behandleren klarer å motstå å agere på sin motoverføring, dvs. å unngå å reagere i en motoverføringsenactment og dermed delta i en symbolsk repetisjon av den opprinnelig traumatiske relasjonen. I stedet bør behandlerens sterke følelser gjøres til gjenstand for analyse og refleksjon med mål å bedre forstå den traumatisertes unike vansker, og i neste rekke unngå å gå inn i den rollen som den traumatiserte pålegger behandleren. I det intersubjektive perspektivet, beskrives behandlerens anerkjennende holdning og opprettholdelse av dialogen, som vesentlig for at relasjonstraumene kan bearbeides. Behandlerens holdning av bekræftelse og anerkjennelse er viktig for å unngå at relasjonen fører til gjentakelse av tidligere skader. Tilknytningsperspektivet åpner for nye muligheter, den traumatisertes tilknytningssystem er dynamisk. Den aktuelle relasjonen kan, istedenfor å bekrefte den traumatisertes utrygghet og dårlige relasjonserfaringer, bryte med den traumatisertes forventninger, gi rom for å oppleve trygghet og tilby nye tryggere relasjonserfaringer som på sikt overflødiggjør iverksettingen av de rigide selvbeskyttelsesstrategiene.

En fare ved vanskene er om behandleren attribuerer relasjonsvanskene til klientens person slik at den traumatiserte oppfattes som vanskelig, krevende, aggressiv osv. Slike attribusjoner

fører bort fra en forståelse som kan bidra til å hjelpe den traumatiserte til å overkomme vanskene og til å få nye relasjonserfaringer. Relasjonsvanskene krever mye av behandleren på et følelsesmessig plan, og det er derfor nødvendig å ta utgangspunkt i en faglig forståelse.

Studien viser at det ikke er de indre relasjonene i seg selv som er traumatiske. Men at retraumatisering innebærer at den traumatisertes indre relasjoner og negative overføringsforventninger bekreftes i den ytre relasjonen. Muligheten for å unngå å bekrefte forventningene åpner for nye positive muligheter for både den traumatiserte og relasjonspartneren. Det er ved relasjonsvansker viktig å unngå å ”gi klienten skylden”. I motsetning til å ”gi klienten skylden”, står forståelsen. Forståelsen viser at det er en bedre løsning å forsøke å leve med og erfare vanskene, for å sammen å analysere og reflektere over disse.

### **7.1.5 Den kliniske vignetten**

Hvordan kan Rahids vansker forstås og hvordan bør sosialkuratoren forholde seg i relasjonen?

Sett i det kleinianske perspektivet, kan relasjonsutfordringene dreie seg om enactment av et relasjonsscenario, mellom en grenseoverskridende overgriper og et offer for krenkende grenseløshet. Relasjonsscenarioet ble dannet idet Rahid var utsatt for tilsvarende traumatiske erfaringer. Gjennom identifikasjonsprosesser har han dannet indre objektrelasjoner preget av de traumatiske erfaringene. De indre relasjonene spilles ut i senere relasjoner, privat har Rahid utsatt en kvinne for grove grensekrenkelser og i relasjonen til sosialkuratoren aktualiseres relasjonsscenarioet. Det ubevisste elementet i relasjonen viser seg ved at sosialkuratoren opplever at relasjonen vekker sterke følelser og tendenser i henne til å reagere slik at hun deltar i å skape destruktive samspill. Rahid overfører (projiserer) en tidligere overgriper på sosialkuratoren. Ved at han opptrer hensynsløst og grenseoverskridende, opplever sosialkuratoren motoverføringsfølelser. Hun føler seg irritert, manipulert, fiendtlig innstilt og provosert. Sosialkuratoren opplever sterke impulser til å bekrefte Rahids overføringsforventninger i en enactment, hvor hun agerer på trangen til å avvise, straffe, gå utover grensene for hvordan andre skal behandles. Dermed bekrefter hun relasjonsscenarioet, ved at Rahid igjen befinner seg i rollen som et offer for grenseløshet og overskridelser.

Relasjonsscenarioets posisjoner svinger tidvis slik at begge får kjenne på ulike sider ved rollene i scenarioet, tidvis kjenner sosialkuratoren seg som et offer for Rahids

grenseoverskridelser, ved andre anledninger som en overgripende figur. Sosialkuratoren har gjentatte ganger klart å containe de vanskelige følelsene, og beholde dialogen til klienten, og forsøkt å sette ord på det som skjer mellom dem. Dermed har hun unngått å skade relasjonen. Hun har gitt rom for at Rahid kan få nye relasjonserfaringer, at scenarioet kan bli synlig og at det etter hvert kan reflekteres over samspillet. Svingningen mellom de to posisjonene i relasjonsscenarioet gir store utfordringer på den reelle relasjonen, det avgjørende blir hvordan sosialkuratoren klarer å forstå det som skjer og forholde seg på en god måte.

Sett fra det intersubjektive perspektivet, inngår partene i en "talking about" prosess. Partene deltar i en gjensidig dialog, hvor begge forsøker å nå hverandre og begge påvirkes av hverandre. Rahid sier at han ønsker hjelp og sosialkuratoren forsøker å skape en dialog med Rahid for å forstå ham og hans vansker. Parallelt skjer det en "living out" prosess, hvor Rahids traumerelaterte scenario spilles ut mellom partene. Når Rahids "bad patient", dvs hans traumerelaterte selvaspekter, aktualiseres, lukkes den åpne dialogen. Det oppstår komplementaritet hvor partene inntar posisjonene i det indre relasjonsscenarioet, som grenseløs overgriper og offer for grenseoverskridelser. Begge reagerer følelsesmessig på rolleposisjonen de inntar, samtidig tapes evnen til å reflektere sammen. Dette bruddet i dialogen gir utfordringer i relasjonen mellom partene.

Sosialkuratoren opplever seg tidvis som utsatt for grensekrenkelser og tidvis som grensekrenkende, og tilsvarende for Rahid. Samtidig viser det intersubjektive perspektivet hvordan sosialkuratorens bekreftelse og anerkjennelse av vanskene fører til at dialogen gis nye muligheter, til å forstå hvordan Rahid er fanget til å svinge mellom å krenke andres grenser og å vekke grenseoverskridende sider i andre. Etter at samspillet er levd ut, kan det, om sosialkuratoren klarer å forstå det som skjer, oppstå muligheter for at dialogen sammen kan bringe Rahid videre i egen forståelse og i opplevelsen av å bli møtt på en bekræftende, anerkjennende måte.

Sett fra det tilknytningsteoretiske perspektivet, kan Rahids passivitet og manglende bidrag, samt at sosialkuratoren opplever at hun ikke "får tak i ham", være et uttrykk for at han har en utrygg-unnvikende tilknytningsstil. Dermed opprettholder Rahid distanse fra henne og han unngår å involvere seg. Sosialkuratoren finner på sin side relasjonen kjedelig og tom, hun blir frustrert og avslutter samtalene tidlig. Dermed bekrefter hun også sin avvisning av ham. Når sosialkuratoren konfronterer Rahid med hans grenseoverskridelser, er han rask til å bekræfte og tilpasse seg i ordene, samtidig fremstår han som konfliktsky og at han "glatter over" det

manglende samsvaret mellom det verbale innholdet (jeg respekterer rammene) og sin væremåte (men jeg overskrider dem). Konfliktskyhet er beskrevet som en side ved unnvikende-utrygg tilknytning, Rahid unngår å forholde seg til den underliggende konflikten, og dermed blir det heller ikke mulig å løse denne. Når Rahid overfører en utrygg indre arbeidsmodell på sosialkuratoren, oppleves hun som avvisende, utilgjengelig og ikke til å stole på. Relasjonen blir derfor utrygg og en potensiell trussel for Rahid.

Samtidig viser eksempelet at Rahids tilknytning også er påvirkbar av den aktuelle relasjonen. Etter gjentatt å ha opplevd at sosialkuratoren ikke ønsker å ”trø på ham”, men tvert imot respekterer ham og er interessert i ham inklusive vanskene, åpner han seg gradvis opp og framstår som en person med sårbarhet i relasjon, en sårbarhet som det etter hvert er mulig å reflektere over sammen. Men som i utgangspunktet var en sårbarhet som automatisk trekker ham inn i en uheldig relasjonsorientering hvor han skaper økt sannsynlighet for å bli avvist.

## 8 Konklusjon

Denne studien har vist at indre relasjoner, enten de uttrykkes og forstås ut fra objektrelasjonsteori eller tilknytningsteori, blir påvirket av alvorlig traumatisering. Dette viser seg i sosiale og terapeutiske relasjoner som ”maladaptiv” atferd og væremåter som involverer relasjonspartneren i måter å være på som kan skape destruktive samspill. På den ene siden kan involveringen av behandleren bekrefte den traumatisertes indre traumbaserte forventninger og dermed virke patologiserende. På den andre siden kan det virke helende dersom samspillmønsteret blir forstått, og behandleren dermed kan containe og gi adekvate intervensjoner. Forståelsen er nyttig både i sosialfaglige, terapeutiske og andre sammenhenger.

De tre perspektivene belyser mekanismene bak vanskene på forskjellige måter. Forståelsen for vanskene er viktig fordi det viser hvordan man kan unngå å klandre den traumatiserte, noe som er avgjørende for å skape helende relasjoner i sosialfaglige, behandlingsmessige og andre sammenhenger.

Studien viser at det psykoanalytiske perspektivet og tilknytningsperspektivet leverer svært viktige bidrag til en forståelse for relasjonsvanskene. Studien impliserer at det er problematisk å forholde seg utelukkende til et atferdsnivå i ulike behandlerrelasjoner med traumatiserte.

# Litteraturliste

- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.
- Akhtar, S. (2009). *Comprehensive dictionary of psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Aveyard, H. (2010). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (2. utg). Berkshire: McGraw-Hill.
- Bateman, A., & Holmes, J. (1995). *Introduction to psychoanalysis: Contemporary theory and practise*. London: Routledge.
- Benjamin, J. (2009a). Psychoanalytic controversies: A relational psychoanalysis perspective on the necessity of acknowledging failure in order to restore the facilitating and containing features of the intersubjective relationship (the shared third). *International Journal of Psychoanalysis*, 90(3), 441-450.
- Benjamin, J. (2009b). Psychoanalytic controversies: Response. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 457-462.
- Binder, P. E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 899-908.
- Blass, R. B. (2009). Psychoanalytic controversies: On the idea that analysts should acknowledge to their patients that they have failed them. A clinical debate. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 437-439.
- Blizard, R. A., & Bluhm, A. M. (1994). Attachment to the abuser: Integrating object-relations and trauma theories in treatment of abuse survivors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(3), 383-390.
- Bonovitz, C. (2007). Whose who in the psychoanalytic situation: Subject, object, and enactment in the relational and contemporary kleinian traditions. *Psychoanalytic Dialogues*, 17(3), 411-437.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Braarud, H. C., & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 968-972.
- Brewin, C. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* London: Yale University Press.



- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of riskfactors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. I J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, T. R. Hendrix & C. Jenny (red.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (Vol. 2). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (red.). (2008). *Handbook of attachment theory, research and clinical applications* (2. utg). New York: The Guilford Press.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(4), 412-425.
- Courtois, C. A. (2010). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009a). Introduction. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (s. 1-19). New York The Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (red.). (2009b). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.
- Crittenden, P. M. (1999). Danger and development: The organization of self-protective strategies. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 64*(3), 145-171.
- Crittenden, P. M., & Landini, A. (2011a). *Assessing adult attachment: A dynamic-maturational approach to discourse analysis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Crittenden, P. M., & Landini, A. (2011b). Theoretical background: The dynamic-maturational classificatory system. I P. M. Crittenden & A. Landini (red.), *Assessing adult attachment: A dynamic maturational approach to discourse analysis* (s. 40-45). New York: W.W. Norton & Company.
- Dreher, A. U. (2000). *Foundations for conceptual research in psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Feldman, M. (1997). Projective identification: The analyst's involvement. *International Journal of Psychoanalysis, 78*, 227-241.

- Ferenczi, S. (1949). Confusion of the tongues between the adults and the child: The language of tenderness and the language of passion. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 225-230.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). Introduction. I E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman & J. A. Cohen (red.), *Effective treatments for PTSD: Practise guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (s. 1-20). New York: The Guilford Press.
- Fonagy, P. (2001). The interpersonal-relational approach: From Sullivan to Mitchell. I P. Fonagy (red.), *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2008). Psychoanalytic constructs and attachment theory and research. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment theory, research, and clinical applications* (s. 783-810). New York: The Guilford Press.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (s. 13-30). New York: The Guilford Press.
- Frankel, J. (2002). Exploring Ferenczi's concept of Identification with the aggressor: Its role in trauma, everyday life, and the therapeutic relationship. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(1), 101-139.
- Freyd, J. J., DePrince, A. P., & Gleaves, D. H. (2007). The state of betrayal trauma theory: Reply to McNally - conceptual issues and future directions. *Memory*, 15(3), 295-311.
- Green, A. H. (1983). Child abuse: Dimension of psychological trauma in abused children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22(3), 231-237.
- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2005). *Underteksten : Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Herman, J. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Herman, J. (1992b). *Trauma and recovery : The aftermath of abuse - from domestic abuse to political terror*. New York: The Perseus Books Group.
- Herman, J. (2009). Foreword. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.

- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*, 1097-1127.
- Hirsch, I. (1998). The concept of enactment and theoretical convergence. *Psychoanalytic Quarterly, 67*(1), 78-101.
- Hyman, S. M., Gold, S. N., & Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence, 18*(5), 295-300.
- Igra, L. (2002). *Objektrelationer och psykoterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- International Psychoanalytical Association. (i.d.). About psychoanalysis Retrieved 23.01.12, from <http://www.ipa.org.uk/eng/resources/about-psychoanalysis/>
- IPA Project Committee on Conceptual Integration. (2011). *An approach to conceptual integration*. Paper presented at the IPA 47.th Congress Papers on Conceptual Integration, Mexico City, Mexico.
- Ivey, G. (2008). Enactment controversies: A critical review of current debates. *International Journal of Psychoanalysis, 89*, 19-38.
- Jacobs, T. J. (1986). On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 34*(2), 289-307.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., & Mercy, J. A. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
- Kudler, H. S., Krupnick, J. L., Blank Jr., A. S., Herman, J. L., & Horowitz, M. J. (2009). Psychodynamic therapy for adults. I E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman & J. A. Cohen (red.), *Effective treatments for PTSD: Practise guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (s. 346-369). New York: The Guilford Press.
- Kvale, S. (1999). The psychoanalytic interview as qualitative research. *Qualitative Inquiry, 5*(1), 87-113.
- Leuzinger-Bohleber, M., & Fischmann, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis, 87*(5), 1355-1386.
- Levenson, E. A. (2006). Response to John Steiner. *International Journal of Psychoanalysis, 87*(2), 321-324.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007a). Attachment-related mental representations of self and others. I M. Mikulincer & P. R. Shaver (red.), *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change* (s. 149-187). New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007b). The attachment behavioral system: Basic concepts and principles. I M. Mikulincer & P. R. Shaver (red.), *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change* (s. 3-28). New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007c). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007d). Implications of attachment theory and research for counselling and psychotherapy. I M. Mikulincer & P. R. Shaver (red.), *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change* (s. 405-432). New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007e). A model of attachment-system functioning and dynamics in adulthood. I M. Mikulincer & P. R. Shaver (red.), *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change* (s. 29-50). New York: The Guilford Press.
- PDM Task Force (red.). (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*: American Psychoanalytic Association
- Scarfone, D. (2011). *Criteria for conceptual integration in psychoanalysis*. Paper presented at the IPA 47.th Congress Papers on Conceptual Integration, Mexico City, Mexico.
- Sedlak, V. (2009). Psychoanalytic controversies: Discussion. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 451-455.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data* (3. utg). London: Sage Publications Limited.
- Steiner, J. (2000). Containment, enactment and communication. *International Journal of Psychoanalysis*, 81(2), 245-255.
- Steiner, J. (2006a). Interpretative enactments and the analytic setting. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(2), 315-328.
- Steiner, J. (2006b). Reply to dr Levenson. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(2), 325-328.
- van der Kolk, B. A., & Courtois, C. A. (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 385-388.

- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisæth, L. (red.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: The Guilford Press.
- Varvin, S. (2003). *Mental survival strategies after extreme traumatisaton*. Copenhagen: Multivers.
- Varvin, S. (2008). *Flyktningpasienten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Varvin, S. (2011). *What is the implication identifying this part of psychoanalytic process? Giving meaning to the phenomenon in the different conceptual versions*. Paper presented at the IPA 47.th Congress Papers on Conceptual Integration, Mexico City, Mexico.
- Våpenstad, E. V. (2007). "Har du lest om meg?" Et moderne kleiniansk bidrag til den relasjonelle vendingen i psykoanalysen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(10), 1239-1248.
- Wallin, D. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Weisæth, L. (2002). The european history of psychotraumatology. *Journal of Traumatic Stress*, 15(6), 443 - 452.