

# Mangelpatologi i parforhold

- en teoretisk drøfting ut fra relasjonelt orientert  
psykoanalyse



Solveig Løchen

Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2013

**Tittel på hovedoppgaven**

Mangelpatologi i parforhold – en teoretisk drøfting ut fra relasjonelt orientert psykoanalyse

**In English**

Deficit pathology in couples – theoretical issues discussed from relational psychoanalysis

**Forfatter**

Solveig Løchen

**Hovedveileder**

Odd Arne Tjersland

**Biveileder**

Erik Stänicke

Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Oktober 2013

” ...Vi tok heftig opp igjen den diskusjonen vi hadde hatt to år tidligere på Saint-Cloude-høyden og som hadde gjentatt seg mer enn en gang. Jeg hevdet at virkeligheten overskrider alt man kan si om den; man måtte møte den i dens tvetydighet og ugjennomtrengelighet, i stedet for å redusere den til betydninger som lar seg utrykke i ord. Sartre svarte at hvis man, liksom oss, ville tilegne seg tingene, var det ikke tilstrekkelig å betrakte og beveges; man måtte gripe tingenes betydning og feste den i setninger. Det som forkludret diskusjonen vår, var at Sartre ikke hadde forstått London i løpet av tolv dager, og sammenfatningen hans gikk glipp av en rekke aspekter; sånn sett hadde jeg rett i å kritisere ham. Jeg reagerte på en helt annen måte da jeg leste de avsnittene i manuskriptet hans der han beskrev *Le Havre*; da hadde jeg inntrykk av at han avslørte sannheten for meg. I alle fall skulle denne divergensen mellom oss komme til å fortsette lenge; jeg satte først og fremst pris på livet i dets umiddelbare nærhet, Sartre først og fremst på skriften. Men fordi jeg ønsket å skrive, og han likte å leve, kom vi sjelden i konflikt.”

Simone de Beauvoir (1960) *La force de l'âge*. Moden alder. Pax Forlag (2004, side 140)



© Solveig Løchen

2013

Mangelpatologi i parforhold- en teoretisk drøfting ut fra relasjonelt orientert psykoanalyse

Deficit pathology in couples – theoretical issues discussed from relational psychoanalysis

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Hovedoppgave levert ved Institutt for psykologi, Universitetet i Oslo

Forfatter        Solveig Løchen (høst 2013)

Tittel            Mangelpatologi i parforhold – en teoretisk drøfting ut fra relasjonelt orientert psykoanalyse

Mangel kan, som en utviklingspatologisk defekt, differensieres mellom mangel som har oppstått som følge av egenskaper ved omgivelsene, særlig i mor-spedbarn dyaden, og mangel som har oppstått som følge av personlighetsdefekter (selvstruktur). Angsten og symptomene på mangelpatologi er knyttet til tidlig tap av selvet. Det går et skille mellom værens-og meningsrelatert angst, der værensrelatert angst er den sentrale ved mangelpatologi.

Behandlingen er vekselvis terapi av de underliggende motiver, å søke etter ubevisst mening gjennom overføringer, og å etablere mening. Bekreftende intervensjon er: “a communication to the subject from an object or object representation which removes doubt about the validity of the subjects experience” (Killingmo,2006,s.16). Klienter med mangelpatologi har behov for å bli sett, hørt, lyttet til, og at det de forteller blir verdsatt som autentiske uttrykk, med emosjonelt, bekræftende respons innenfor de fire sansemodaliteter. Effekten av å bekræfte klientene, er at det skaper endring. Bekreftelsene (affirmations), og særlig de nonverbale, er derfor et terapeutisk redskap. De ”ommøblerer” klientens selvrepresentasjon. Formålet med terapien er å oppnå innsikt, et strategisk indre jeg, og å oppnå et stabilt indre senter for agens, en referanseramme. Gjennom innsikt endres ubevisste prosedurale strukturer i de internaliserte og automatiserte indre arbeidsmodellene. Mangelpatologi drøftes ut fra relasjonelt orientert psykoanalyse og mentaliseringsteori. Den teoretiske basis for disse to, og for drøfting, er utviklingspsykologi, tilknytningsteori og selvpsykologi. Det blir drøftet behandling av mangelpatologi hos par. Det synes å ha fordeler å behandle mangelpatologi hos en eller begge partnere i en parterapeutisk kontekst. Stemmens intonasjon ved bekræftelser synes å ha kunne ha effekt på isolerte selvtilstander av umentaliserte affekter, arkaiske selvstrukturer og indre arbeidsmodeller.

# Abstract

Solveig Løchen (2013), Department of Psychology, University of Oslo

Master thesis.            Deficit pathology in couple relationships - a theoretical discussion  
based on relational psychoanalysis

Deficit may, as a developmental trauma, be differentiated into defect pathology that has risen as a result of environmental characteristics – especially a breakdown of the child-caregiver interaffective system, and deficit which has risen as a result of personality defects in establishing the self-structure. Anxiety and other symptoms of deficit pathology are related to an early loss of the sense of self-representation. A boundary can be traced between anxiety related to the experience of *inner being* and that related to experiencing meaningfulness, while anxiety related to the condition of one`s very *sense of being* is the central type in deficit pathology. To establish meaningfulness, the treatment combines therapy related to the client`s subtle, underlying motives with attention to transference of unconscious clinical material that reveals meaningfulness. Affirmative interventions would be: “a communication to the subject from an object or object representation which removes doubt about the validity of the subject`s experience” (Killingmo,2006, p.16). Clients with deficit pathology have a strong need to be seen and listened to, to be validated as authentic through their various expressions, and to be given emotional, affirmative responses. The effect of affirmations produces the healing factor, which establishes the essence of therapeutic change. Affirmations “refurbish”, and do not redefine, the client`s structure of self. The goal of the therapy is insight; to develop a strategic inner “I”, an inner self-agent, a new frame of reference, and new procedural structures in the automated inner working models. Deficit pathology is mapped and addressed according to relational psychoanalysis (Gullestad & Killingmo,2009; Killingmo,1989,2006) and mentalization theory (Fonagy et al.2002). The theoretical basis for the two, and discussions thereof, are found in developmental psychology, attachment theory and psychology of the self. Treatment of deficit pathology as it presents in couple therapy, is discussed. There seem to be great benefits of treating couples individual deficit pathology in the context of couples therapy. The most direct way of conveying affirmative flavour is by way of intonation. Affirmation seems to break through to isolated self-state of unmentalized affects, archaic self-structures and inner working models.

# Forord

Parterapi har relativt liten plass på psykologistudiet. Min interesse for fagområdet ble for alvor vekket i løpet av den seks måneder lange hovedpraksisen ved et familievernkontor, der det daglig kom mange par for å få hjelp. Vignetten, på side 3, der et par i første terapitime forteller, er min fantasi, men synspunktene som uttrykkes, er bruddstykker fra livet.

Interessen for temaet mangelpatologi ble vekket da jeg leste to artikler av professor Bjørn Killingmo. Underveis i studiet ble forelesningene med psykodynamiske temaer en vekker. Gradvis ble den moderne relasjonelt orienterte psykoanalysen av størst interesse.

Tema mangelpatologi blir lite brukt utenfor psykoanalytiske miljøer. Begrepet fletter seg imidlertid inn og ut av ulike teoretiske tradisjoner. Det har vært en stor utfordring i skrivearbeidet å få et bredt og samtidig dypt nok teoretisk perspektiv. Med flere teoretiske tradisjoner involvert håper jeg at resultatet er faglig holdbart, at teoriens relevans for mangelpatologi kommer tydelig nok fram, og at hver teori samtidig har fått den dybden og fylken, som de fortjener. Det har krevet mye forarbeide. Å skrive kort og presist om omfattende teorier er mer enn en kunst. Jeg har deretter flyttet fokus over til parterapi. Kan mangelpatologi behandles innen parterapi? Jeg mener det faktisk har fordeler etter å ha gått dypere inn i spørsmålet.

Er det en sjansje å innveve en teoretisk begrepsavklaring samtidig med implikasjoner for parterapi i en og samme hovedoppgave? Ja, det er nok det. Jeg tok jeg sjansen av ren interesse for parterapi.

Underveis i arbeidet har jeg bare blitt mer og mer opptatt av den implisitte, ubevisste, nonverbale kommunikasjonen mellom barn og voksne, og mellom to i parforholdet. Dette er virkelig et spennende og kanskje forholdsvis lite utforsket område av psykologien. Og så er det jo der vi finner det ordløse, det musiske, der stemmens tonefall og rytmikk virker på oss med å fremkalle ubevisste, glemte minner og ikke minst, emosjonelle tilstander. Med min bakgrunn som musiker appellerer det.

Jeg håper familieterapeuter, og andre med spesiell interesse for parterapi finner oppgaven interessant.



Takk til

- mine barn, Elise Frøseth og Jo Daniel Wiese, for kjærlig omtanke gjennom hele psykologistudiet mitt, og særlig i denne siste skriveperioden.
- Siv Skjønberg, Marianne Munch, Nina Wang og Solfrid Nigar for langvarige og nære vennskap.
- Wenche Waagen, venn og kollega, leder for pedagogisk seksjon ved musikkonservatoriet, NTNU.
- mine musiske elever og studenter, som betyr så mye for meg.
- alle inspirerende kollegaer ved Familievernkontoret Drammen-Kongsberg, som helt naturlig inkluderte meg som hovedterapeut eller coterapeut for våre par-klienter, og spesielt til deg, Ane Schou, for hovedoppgaven. Våre felles erfaringer ble viktige.
- Erik Stänicke, min praksisveileder ved Dynamisk Terapiklinikk ved Psykologisk Institutt, i Oslo i ett år, for din respektfulle, personlige og medmenneskelige tilnærming til psykoanalytisk teori og praksis. Og gode faglitterære henvisninger.
- hovedveileder professor Odd Arne Tjersland og biveileder førsteamanuensis Erik Stänicke for gode innspill.



# Innholdsfortegnelse

<b>INNLEDNING</b> .....	1
<b>TEORI</b> .....	24
1. Selvpsykologi og mangel.....	24
1.1 Selvstrukturen.....	24
1.2 Selvstruktur og mangelpatologi.....	25
1.3 Selvobjektoverføringer.....	26
2. Tilknytningsteori.....	28
2.1 Affektavspeiling i tilknytningsteori.....	31
2.2 Den utrygge tilknytningen.....	32
2.3 Nonverbale dimensjoner i de tidlige mor-spedbarn interaksjonene.....	33
2.4 Voksen tilknytning.....	35
2.5 Forskning på voksen tilknytning i parforhold.....	36
3. Mangelpatologi.....	42
3.1 Tolkning versus bekreftelse.....	46
3.2 Projektiv identifikasjon.....	48
4. Om relasjonelt orientert psykoanalyse og mentaliseringsteori.....	49
4.1 Relasjonelt orientert psykoanalyse.....	49
4.2 Mentaliseringsteori.....	50
4.3 Om terapiforskning.....	52
<b>DRØFTING</b>	
5 Teoretisk sammenligning av to teorier, likheter og forskjeller.....	54
5.1 Det implisitte, det ubevisste.....	54
5.2 Forholdet til tilknytningsteori.....	56
5.3 Tredjehet.....	57

5.4	Forholdet til affekter versus affektregulering.....	57
5.5	Terapeutens rolle og funksjon.....	58
6	Drøfting av forskningsspørsmålet.....	60
6.1.	Mangelpatologi, behandling og effekt.....	60
6.2.	Er begrepet mangelpatologi et nyttig begrep for parterapi? .....	60
6.3.	Hvilke endringer kan man vente seg i parforholdet gjennom bekreftelse?.....	64
6.4.	Noen problemer som kan oppstå.....	64
6.5	Dilemma: parets bestillinger versus underliggende frykt for fragmentering....	67
6.6.	Karl og Bente: Angsttype, psykopatologi, løsningsmuligheter.....	67
6.7.	Behovet for en "soulmate".....	68
6.8.	Avsluttende bemerkning.....	69

LITTERATURLISTE.....	72
----------------------	----

VEDLEGG.....	92
--------------	----

Appendix A. Adult Attachment Scale/AAS. Collins & Read (1990)

Appendix B. To tilknytningsmodeller. Brennan, Clark & Shaver (1998), og Bartholomew & Horowitz (1991)

Appendix C. Modell over klinisk materiale inndelt som konfliktmateriale og mangelpatologisk materiale. Killingmo (1989, s.74)





# 1 Innledning

I tradisjonell klassisk psykoanalyse er konflikt synonymt med psykopatologi. Imidlertid har det i psykologvitenskapelige artikler fra rundt 1970-1980 sporadisk dukket opp et annet begrep som også betegner psykopatologi; mangelpatologi. Min interesse og oppmerksomhet ble gradvis vekket. I hvilke sammenhenger ble begrepet mangel brukt? Begrepet syntes å bli tematisert både i forbindelse med tilknytning, selvutvikling, utviklingspsykopatologi og det ble og blir fortsatt drøftet innen ulike retninger av psykoanalyse. Mangel ble drøftet i forbindelse med tilknytningsteori så tidlig som på 1950 tallet av psykoanalytikerens Anna Freud, som var talskvinne for klassisk psykoanalyse. Hun ivaretok arven etter sin far, Sigmund Freud. Anna Freuds etterfølgere, med blant annet Sandler, integrerte klassisk psykoanalyse med objektrelasjonsteori. Det vokste fram tre retninger innen objektrelasjonsteori, i England på den tiden. Disse tre retningene var Anne Freuds The Freudians, som ble til Contemporary Freudians der blant annet mentaliseringsteoretikerne Fonagy et al. (2002) og den amerikanske forskeren Kernberg ble med. Den andre gruppen var Kleinianere, nå post-Kleinianere, og tredje gruppe var Independent group, med blant annet Winnicott, som blant annet først fremmet ideen om et falskt selv (1960), som senere blir drøftet i oppgaven. Disse ulike retningene av objektrelasjonsteori (Fairbairn, 1952) eksisterer altså fortsatt. Tilknytningsteori var egentlig ikke psykoanalytisk, og ble bare langsomt integrert i deres tenkning. Selvpsykologen Kohut (1971) integrerte elementer fra tilknytningsteoretisk tenkning og begrepet om mangel i sin teori om selvet. Tilsynelatende kan det synes som om begrepet mangelpatologi har fått mindre fokus i parterapi enn konfliktpatologi. Det vil jeg komme tilbake til senere i innledningen.

Formålet med denne oppgaven er å få et innblikk i hva som er tenkt rundt begrepet mangel, og om parterapi kan ha nytte av den tenkningen om mangelpatologi som har foregått innen relasjonelt orientert psykoanalyse. Den teoretiske tilnærmingen til mangelpatologi er ut fra relasjonell psykoanalyse, slik den fremstilles av Gullestad & Killingmo (2009) og i artikler (Killingmo, 1989, 2006). I oppgaven blir termen relasjonelt orientert psykoanalyse brukt. Likheter og forskjeller til mentaliseringsteori er ut fra mentaliseringsteori slik den er fremstilt av Fonagy et al., (2002).

Hvilke elementer består begrepet mangel av? Impulser fra ulike psykologiske tradisjoner har påvirket hverandre. Samtidig fant jeg at innholdet i mangel og mangelpatologi tildels også bandt flere teorier sammen. Tilknytningsteoretikerens Bowlby redegjorde for

behovet for trygghet og relasjonelle utviklingsbehov. Bowlby (1969/1997,1973) inkluderte utviklingspsykopatologi, jf. Anna Freud, og Bowlbys poeng var at feilutvikling kunne oppstå i tilknytningsprosessen i det tidlige dyadiske samspillet mellom mor og spedbarn.

Selvpsykologen Kohut (1984) utformet en mangelmodell i forbindelse med sitt teoretiske utviklingsarbeid omkring begrepet selv, selvobjekt og selvutvikling. Idag synes både tilknytningsteori og selvpsykologi å være integrert som grunnleggende forståelser innen relasjonelt orientert psykoanalyse. Menneskers relasjonsbehov har gradvis blitt inkludert som en egen motivasjonsfaktor i den nye, moderne relasjonelt orienterte psykoanalysen og i mentaliseringsteori, noe som har fått terapeutiske implikasjoner. Teoriene ble altså tydelig inspirerte og påvirket av hverandre. For å redegjøre for en helhetlig forståelse av mangelpatologi ønsker jeg å gå inn på noen av de gjensidige påvirkningsprosessene, som går på tvers av de psykologiske teoretiske posisjonene, slik det fremstilles teoretisk av Gullestad & Killingmo (2009) og i deres artikler. For hva har gitt opphav til tanker om mangel og mangelpatologi i selvpsykologi, tilknytnings teori og utviklingspsykopatologi, og hvordan er det teoretiske synet på mangel i relasjonelt orientert psykoanalyse og i mentaliseringsteori? Hvilke terapeutiske implikasjoner kan de teoretiske perspektivene få for parterapi?

Kort fortalt refererer mangelpatologi til og kan defineres som :”failures in the caregivers emotional feedback, leading to a structural incapacities in the infant.”Killingmo snakket om tre typer feil: mangel på stimulering, overstimulering og feil stimulering (Killingmo,2006, s.14). Det skal vise seg at feil respons kan få dramatiske følger for barnets utvikling.

Winnicott (1960) uttalte: ”there is no such thing as an infant - only the infant-mother units”. Det finnes derfor sannsynligvis heller ikke en utilknyttet voksen. Sterns fire inntoningsvarianter; manglende-, selektiv-,feil-, og overintoning (Stern, i Urnes,2002,s.77) kan minne om Killingmos tre typer.

Skjedde det en tilsvarende teoretisk diskurs innen parterapi? Historisk har det i tradisjonene innen parterapi ikke vært en tilsvarende teoretisk diskurs om begrepet mangelpatologi, som er et begrep som brukes innenfor psykoanalysen. Systemisk teori og parterapi har dominert siden 1960. Litt senere i innledning vil jeg forsøke å oppsummere den generelle teoretiske utvikling for parterapi, og peke på deres viktigste teoretiske fokus. Som vi skal se ble mangelpatologi, som uttalte, underliggende utviklingsbehov, likevel tematisert, men på ulik måte innen tradisjonell systemisk teori og praksis i forhold til psykoanalyse. Bowen peker seg ut.



Forskningsspørsmålet er *hvilke implikasjoner kan et mangelpatologisk perspektiv få for parterapi?*

Hvis spørsmålet skal besvares, må fenomenet mangelpatologi forklares nærmere. Det må forklares både ut fra symptomer og de ulike teoretiske tilnærminger. Sentralt for å kunne si noe om mangelpatologi i parforhold og parterapi, blir først å etablere en grunnleggende forståelse for hvilke utviklingsprosesser som fører til mangelpatologisk utvikling, og etter mitt syn er utviklingspsykopatologi, teori om selvet og tilknytningsteori naturlige innfallsvinkler.

I relasjonelt orientert psykoanalyse, er begrepet mangel innarbeidet og har fått terapeutiske verktøy som følge av den langvarige teoretiske diskurs. Mens i mentaliseringsteori vises mangel i teoriens umodne refleksjonsmodi, psykisk ekvivalensmodus og forestillingsmodus, som utvikles med andre terapeutiske verktøy. Som vi skal se, er det særlig synspunkter på tidlig tilknytning som er ulik. Teoretiske likheter og forskjeller blir drøftet i oppgavens 4. del, mens forskningsspørsmålet blir drøftet i siste del.

Det kan være en god start å begynne med et praktisk terapi eksempel, en *vignett*. Hensikten med dette fiktive kliniske eksempelet er å illustrere de fleste symptomer på mangel, jf. Killingmo (1989,2006) og vise hvordan mangelpatologi kan opptre i det virkelige liv. Et par kommer til sin første parterapitime. Begge viser symptomer på mangelpatologi. Etter timen reflekterer terapeuten. Og vi begynner å få et inntrykk av hva vi snakker om med hensyn til mangelpatologi. Det handler også om å introdusere en terapeutisk synsvinkel.

**VIGNETT: KARL OG BENTE** er begge i begynnelsen av førtiårene. Bente kommer først inn og finner seg en stol. Hun tar ordet. De har vært gift i tyve år. Bente forteller at hun føler seg oversett og lite ivaretatt av Karl, og hun truer nå Karl med skilsmisse om han ikke ”gjør noe”. Han ser fortvilet ut. Bente er mer verbal enn ham, og tok raskt ordet også etter en kort presentasjonsrunde. Terapeuten slipper ikke til orde underveis mens hun forteller. Hun viser tydelig at spørsmål eller kommentarer ikke er ønsket. Hun snakker temmelig fort, pågående. Hun smilte litt da terapeuten en gang fikk smettet inn en kommentar: ”det var nok vanskelig for deg å oppleve det”. Bente forteller at hun føler seg alene, at ingen forstår henne, at hun settes utenfor av alle, og hun føler seg trett, utmattet og er nesten litt redd for å miste seg selv opp i alt det vanskelig og vonde som skjer *med* henne og *mot* henne. Og føyer til at Karl: ”skjønner meg i hvert fall ikke,” og ser bebreidende bort på ham. Hun forteller at moren heller aldri har skjont henne eller støttet henne i noe som helst. Og Bente er så sint på moren at hun

kunne ”knust henne i tusen biter”, med stor vekt på knust. Hennes mor og far ble skilt da hun var liten, og hun har siden hatt lite kontakt med faren, som døde for få måneder siden. Bente forteller at søstrene også har ”rottet seg sammen mot henne” i forbindelse med arveoppgjøret. Hun har ikke fått det hun hadde fortjent, mener hun. Og hun har ikke fått noe støtte av Karl der heller, fortsetter hun, og ser sint bort på ham enda en gang. Bente føler seg forulempet, krenket og er sjalu på søstrenes kontakt seg imellom. Hun føler seg satt utenfor. Karl har til og med snakket med søstrene uten at hun visste det. At Karl også snakket pent om søstrene til henne etterpå, er for Bente enda et eksempel på at hun ikke føler støtte fra Karl. Hun forteller dette fort og med anstrengt lys stemme. Hun ser ofte sint bort på Karl. Hun føyer til at Karl må mases på for å gjøre noe hjemme, noe hun er lei av, og føyer til: ”selv om han altså hjelper til også”. Hun har aldri tid til seg selv. Hun er sykemeldt på grunn av ryggplager og dårlig søvn. Terapeuten griper nå ordet, uten at det er en naturlig pause i talestrømmen, og spør Karl hva han føler og tenker om sin situasjon, og om det Bente forteller. Terapeuten har lagt merke til at Karl har sittet sammensunket i stolen, noe fraværende, mens Bente fortalte. Karl er en spedbygget noe lutrygget mann, med lite mimikk, og gir et litt skjørt inntrykk. Terapeuten undrer seg litt. Karl fortalte med tårer i øynene at han ”ikke kan leve uten Bente”, og er redd for skilsmissetruslene hennes. Han sa: ”jeg vil ikke være noen hvis hun går fra meg”. Samtidig fortalte han at han føler han ikke lever, at han føler seg nummen, ja nesten ”død i kroppen”, at han synes livet er tomt fordi han føler seg helt alene, noe han også opplevde mye som barn, og igrunnen hele livet, helt siden faren døde, da han var helt liten. Han vokste opp med en travel mor, som måtte arbeide mye for å tjene penger til dem, og som enebarn var han mye hjemme alene. Han var den som gjorde mesteparten av husarbeidet. Noe moren var for sliten til å se, mente han: ”hun sa i hvert fall ingenting om at det var bra”. Han føler egentlig at han både blir slukt av alle Bentes oppgaver til ham, og samtidig forlatt av henne. Hun hører ikke etter. Han er lite sett og lite hørt, og lite bekreftet, synes han. Og gjentar umiddelbart etter, på gråten, at han ikke kan leve uten henne. Han tilføyer at det er fint at Bente er en sånn som ordner opp. I det han vender blikket mot henne sidelengs, sier han lavt at hun godt kunne ha lagt merke til at han gjør en god del arbeide hjemme. Han opplever hennes evne til å ordne opp som positiv, men uttrykker det på en barnslig, litt hjelpeløs, og kanskje klamrende måte. Han gråter litt underveis, særlig i det han sier at han ikke kan leve uten henne. Karl forteller at sønnen deres på tyve år nå skal flytte for seg selv, og at både han og Bente egentlig har liten kontakt med ham. Bente avbryter ham, og sier skarpt at *hun* har god kontakt, men at Karl har sviktet sønnen sin lenge, fordi han driver på og samler på alle de unyttige tingene ute i

garasjen, og at sønnen synes det blir for mye rot og gamle ting hjemme hos dem. Timen avsluttes, og ny time avtales.

Etter at paret var gått, reflekterte terapeuten over timen. Førsteintrykket var at det syntes som om begge hadde *et større behov for å bli forstått enn å forstå*. Frykten for å uttrykke sårbarhet hos Bente, syntes å være dyp, som om det er "farlig" for henne på et vis. I stedet var hun skarp i tonefallet da hun angrep Karl, og klaget på andre mennesker i omgivelsene. Ingen holder mål, en form for "all bad". Hun fremstilte seg som et offer. For det de andre gjør *med* og *mot* henne. Mens Karl viste mer tegn på depresjon, med opplevelse av tomhet, isolasjon og han var faktisk svært defensiv overfor sin kone. Han virket redd og kanskje umoden? Karl er en samler, som kjøper og samler på ting som han legger, nesten i hemmelighet, ute i garasjen. Karl gråt av frykt for å bli forlatt, å ikke være "noen", mens Bente følte seg berettiget til å kritisere og klage, fordi hun opplever å bli satt utenfor av alle. Terapeuten tenkte umiddelbart at begge syntes å mangle *selvagens*, for å kunne foreta egne valg, og at det kan være et aktuelt tema for terapien. Begge syntes å være utrygge i parrelasjonen. Bente hadde høyere emosjonell aktivering, og til dels voldelige fantasier om å knuse moren. Hva kan ha krenket henne, og hvordan fikk hun en slik selvstruktur, der voldsfantasier inngår? Perspektivtaking syntes også å være et sentralt tema. Begge hadde lite selv-andre sortering i forhold til sine mødre, det er for tett på en måte mellom dem. Og begge uttrykte at de er *redd for å miste seg selv* i parforholdet, men det er tydelig ikke lett for dem i forhold til deres respektive mødre heller, eller å gjøre endringer, eller å gå fra hverandre, da begge uttrykte stor avhengighet til partneren, men nærmest på en ufrivillig måte. Det syntes, for terapeuten, å være en type *liv-og død* relasjon mellom dem, der "hun betyr alt for meg, jeg kan ikke leve uten henne, uten henne er jeg ingen" er uttrykk for det. Bente er rastløs og hyperaktiv med mange gjøremål, men er samtidig utslitt og egentlig avhengig av å få støtte, uten at hun greier å be om det på en måte som innbyr en annen til å hjelpe henne. Karl er passiv og unnvikende, med psykisk *tomhetsfølelse*, og manglende handlingsevne til å ta egne initiativ, unntatt å samle på ting, noe som irriterer Bente, som han beundrer. *Selv-andre* sortering synes å være et tema i relasjonen deres. Terapeuten undret hvilke tidligere tilknytningspersoner i deres liv som muligens spilles ut mellom dem i net i parrelasjonen? Bente kjefter, Karl er tilbaketrukket og fjern. Kan Bentes *mor*, som aldri ga Bente den rette nære empatiske responsen hun hadde bruk for tidlig i hennes liv, være den rollen Bente ubevisst spiller ut i sin atferd overfor Karl på en måte så responsen fra Karl blir lik morens? Hun får derved like lite respons fra Karl, som fra moren, og derved opprettholder hun sin indre struktur med et samspill likt hennes og morens. Kan

Karls mor, som ikke så verken ham eller det husarbeide han utførte hjemme, slik han opplevde det, være den rollen han ubevisst har tildelt Bente, slik at han selv kan fortsette å være i den kjente selvstrukturen, som passiv og ensom, den som blir oversett og overhørt? Begge syntes å ha et veldig *sug* etter: ”*jeg vil også ha*”, og ingen av dem syntes å være bevisste at de projiserer sine gamle mor-barnscener og moren som selvobjekt inn i parrelasjonen. De stilte begge *ubevisste krav* til hverandre, krav som er urimelige, uten at noen av dem vurderte det slik, og disse kravene kom også i en mulig indre ubevisst konflikt med mer veltilpassede deler av deres eget selv. Ambivalensen kom til uttrykk i det Bente klaget på at Karl gjør lite hjemme, og samtidig bekreftet at han gjorde ting hjemme, mens hun føyde til at hun har lite tid til seg selv. Dette samspillet kan terapeuten kunne tolke som en kompleks projektiv identifikasjon. For begge to handlet det om *behov som ikke er blitt møtt* verken tidligere eller nå. Parets følelser er veivisere i dette indre landskapet for terapeuten.

Begrepet mangel (deficit) defineres som ”failures in the caregiver’s emotional feedback, leading to structural incapacities in the infant” (Killingmo, 2006). ”Structures” er her i betydningen selvstrukturer.

En definisjon på mangelovertføring kan være at det foregår en emosjonell orientering uten spesifikt objektrettet innhold. Mangelovertføring vil i klinisk praksis bli ladet med mening, som blir projisert mot objekter. Grunnen til denne overføringen er at i psykisk liv finner det sted en kontinuerlig organiseringsprosess. Strukturerte mangler fra tidlige traumer vil bli organisert innen de senere utviklede (selv-)strukturer, strukturer som da har utgangspunkt i konflikter. Tidlige utviklingsforstyrrelser og tidlige traumer hos Karl og Bente ble således senere utspilt som konflikter mellom dem, til tross for at mangel kan ha vært den opprinnelige, dypereliggende årsaken.

Mangel handler altså om tidlige utviklingsbehov, som ikke blir oppfylt. Disse uoppfylte behovene synes å fortsette å skape de samme behov for bekræftelser i nye nære relasjoner, der de uttrykkes som press og krav overfor den annen. *De tre grunnleggende motivasjonelle behov* hos barn er behovet for en trygg tilknytningsperson, behovet for selvbekræftelse, og behovet for fellesskap, der en opplever at et annet menneske ”forstår hvordan det er å være meg” (Gullestad, 2012, s.14). Kort fortalt kan en si at når den tidlige omsorgsrelasjonen har mangler, kan det oppstå mangelpatologi.

I oppgavens teoridel vil jeg komme inn på hvordan mangel oppstår som følge av en systemsvikt, og forsøke å avklare hva som er utviklingsbehov, hva som er miljøets bidrag, hva man kan legge i identitetsdiffusjon, hvordan dette uttrykkes som mangel på emosjoner/affekter, hva som skaper en defekt i selvstruktur og mangel på objektkonstans, og hva som kjennetegner overføringer ved mangel. Deretter i drøftingsdelen diskuterer jeg forskningsspørsmålet: Hvilke implikasjoner kan et mangelpatologisk perspektiv få for parterapi? Kan mangelpatologisk forståelse føre til modifiseringer i parterapi?

SYMPTOMER PÅ MANGELPATOLOGI, både i individualterapi og i parterapi kan oppsummeres slik. Dyaden/partnerne opplever forholdet å være av *liv-død* viktighet, de kan ikke leve uten hverandre. Både Karl og Bente, men også utenforstående, vil i møte med Bente og/eller Karl, oppleve *et press* til å agere, å være, på spesifikke måter, som ikke føles naturlig for en selv, som for eksempel da terapeuten måtte presse seg inn i Bentes talstrøm for i det hele tatt å komme til orde selv og for å slippe til Karl. Terapeutens opplevde press kan forklares å være en følge av at både Bente og Karl kan ha internalisert et "*falskt selv*" (Winnicott, 1960) i sin selvstruktur i løpet av tidlig tilknytningssamspill i spedbarnsalder i samspillet med nær tilknytningssperson/omsorgsgiver, som oftest mor. Bente måtte kanskje presse seg inn i morens talesrøm for å komme til orde og bli hørt, og nå *presset* hun terapeuten til å innta morens tidligere rolle, en atferd som strider imot terapeutens vanlige terapeutiske væremåte. Slik at denne lite lyttende delen av moren, som Bente kan ha internalisert, det falske selv, blir utspilt i stadig nye relasjoner i Bentes liv. Dette leder mot å se nærmere på både selvpsykologi, med internalisering av falskt selv og selvobjekter, og på tilknytningsteori for å forklare mangel, og også se nærmere på projeksjoner, der arkaisk, preverbalt selv med innøvde samspillsroller projiseres inn i nåtiden. Både Bente og Karl opplevde *tomhetsfølelse* og *angst for fragmentering*, å ikke være "*noen*", samt å *bli slukt*, innvadert av sin partner, *forlatt* eller *ødelagt*, et offer for omgivelsene, og de opplevde å bli *overveldet* av sine følelser, med å bli *utmattet*, og samtidig følte Bente *press* til å opptre pågående, særlig i samspillet med Karl. Denne *hyperaktive rastløsheten* kan gi *tomhetsdepresjon*, slik at *kroppen kjennes død*. Et kjennetegn er det når klientene skiller dårlig mellom sitt eget *selv* og *andre*. Og å bli *overveldet av å få spørsmål*, som om disse er en trussel mot en selv/selvet. Mye tyder på at begge har en *dårlig selv-andre sortering*, noe de syntes å være ubevisste om. Bente og Karl kan oppleve en *angst for å beholde sin indre identitet*, seg selv, midt i parrelasjonen, men også *angst for å miste seg selv, sin indre identitet*, i det hele tatt ikke være hel (Killingmo, 1989) (fragmentert). Dette kan kalles en

*værensrelatert angst*, og ikke en meningsrelatert angst. Selv om de også syntes å ha en meningsrelatert angst, da lite syntes å gi mening. Det blir et viktig terapeutisk mål å *etablere mening* for begge to (Killingmo,1989,2006; Stanicke et al.2013,s.775).

Bjørn Killingmos (1989) artikkel *conflict and deficit: implications for technique*, og selvpsykologen Kohut`s (1977) mangelmodell i hans selvteori og redegjørelsen for selvets struktur i boken *Restoration of the self* er eksempler på teoretiske drøftinger av mangel. Mens tilknytningsteoretikeren Bowlby (1969) påpekte at tilknytningsteori ikke bare kunne beskrive barns utvikling, men også tilknytningsformer i voksenlivet. Nettopp tilknytningsteori synes å ha fått en dominerende rolle for å forklare hvorfor problemer oppstår i voksne parforhold (Greenberg & Johnsen, 1988; Johnson, 2003a; Johnson, 2004). Begrepet mangel ble imidlertid ikke benyttet av Bowlby, men han påpekte utviklingspsykopatologi i interne arbeidsmodeller. Det synes imidlertid som om tilknytningsteori likevel kan forklare viktige årsaker til hvorfor mangelpatologi oppstår, og tilknytningsteori danner derfor en viktig basis for utviklingen av tenkning omkring intersubjektivitet og mangelpatologi innen relasjonelt orientert psykoanalyse og mentaliseringsteori.

ET HISTORISK TILBAKEBLIKK PÅ PARTERAPI viser at parterapi ikke har vært spesifikt opptatt av mangelpatologi, men noen av elementene i mangelpatologi har hatt terapeutisk fokus. I Gurman og Fraenkel`s (2002, s.204) historiske review på parterapi, kommer det fram fire konseptuelle faser for utviklingen av parterapi. Parterapi defineres som nærvær av begge partnere i terapi. Partnere er to som mener å være langsiktig forpliktet, men ikke nødvendigvis gift i juridisk forstand.

De fire konseptuelle fasene for parterapi er: 1.fase: pionerfasen, med ateoretisk ekteskapsrådgivning (1930-1963), 2.fase: etableringsfasen, den psykoanalytisk eksperimenterende fase (1931-1966) med pause, før den igjen ble revitalisert (1985-2002), 3.fase: konsolideringsfasen, ekteskapsrådgiving og familieterapi (1963-1985), og 4.fase: den formative fasen, med forfinelse, utvidelse, differensiering og integrasjon, bygge den teoretiske og vitenskapelige basis (1986-2002).

I følge Gurman & Fraenkels historiske review over parterapi (2002, s.199-249) bygget parterapi seg opp i 1.fase ved hjelp av den klassiske psykoanalysen, men i praksis fortsatte den med individualpsykologisk metodikk. I 2.fase var de psykoanalytiske forfatternes oppmerksomheten rettet mot partnervalget, meningen med ekteskapelige forhold og effektene av psykoanalyse på partneren (Gurman & Fraenkel,2002,s.207). Men det ble i denne perioden

ansett å være kompliserende for terapien å ha kontakt med pårørende. Terapien hadde videre som en uttalt målsetting for terapien, å opprettholde ekteskapet. Det ble lagt lite vekt på de spesifikke helbredende virkemidler ved nettopp (conjoint treatment of marriage partners) parterapi i forhold til individualterapi i 2.fase. Det var vanlig med to-tre individuelle timer før fellestimene startet, for å ivareta homeostase, balansen. Sager (1967b, s.185) var kanskje den mest innflytelsesrike parterapeuten i den psykoanalytiske tradisjon på 1960 og 1970 tallet. Han skrev: "I am not primarily involved in treating marital disharmony which is a symptom, but rather in treating the two individuals in the marriage". Han tilføyde at han behandlet trianguleringsoverføring og hadde sin oppmerksomhet rettet mot de ødipale elementer. Sager pekte videre på problemet at paret snakket til terapeuten og ikke med eller til hverandre. Han var opptatt av å unngå at terapeuten fikk en rolle i trianguleringen, og å takle overføringer i parterapi, samtidig som terapeuten hadde en *holding*-funksjon, jf. blant annet Winnicott (1965). Ti år etter Sager begynte den kjente parterapeuten og objektreasjonsteoretikeren Skynner (1980) å skrive om de bakenforliggende projeksjonene til det individuelle selvet i parforholdet. På en måte kan man si at den psykodynamiske parterapien stanset opp sin utvikling i perioden 1963-1980/85, kanskje fordi det ble overfokuset på overføringsreaksjoner til terapeuten fremfor partneren? Skynner var imidlertid opptatt av at de ubevisste konflikter allerede var fullt ut utviklet i det gjensidige projektive system mellom partnerne, og at det ville bli taklet bedre med direkte overføring (mellom partnerne) fremfor indirekte (via terapeut) overføringsmetoder (Skynner,1980, s.276-277). Broderick & Schrader (1981,s.17) mente at psykoanalytisk parterapi egentlig droppet helt ut i perioden 1966-1980. Sander (1979) mente den psykoanalytiske parterapien var blitt fragmentert og marginalisert. En annen viktig grunn til isolasjonen kan ha vært at dynamisk parterapi ikke deltok i systemkonseptene som utviklet seg innen den systemiske familierapi bevegelsen. I 3.fase fra ca 1963 ble familierapi integrert som forståelsesplattform for parterapi hos de systemiske teoretikerne. Systemisk teori ble utviklet som en reaksjon mot de psykoanalytiske terapibegrensningene i forhold til sosiale dysfunksjoner, enten de hadde oppstått fra biologiske, dynamiske eller atferdsmessige forhold (Fraenkel, 1997,s.380). Haley (1980, s.6) anerkjente imidlertid psykoanalysen som innovatørene: "there was not a single school of familytherapy which had its origin in a marriage counseling group, nor is there now". Han mente at parterapeutene tok til seg ideer fra andre terapiformer.

Gurman & Fraenkel (2002) pekte på fire kliniske teoretikere som grunnleggende har bidratt med teoriutvikling innen parterapi. Disse fire er pionerene Don D. Jackson, familierapeuten

Virginia Satir, Murray Bowen og Jay Haley.

Den første, psykoanalytikeren Don D. Jackson, er mest kjent for sin tenkning rundt familiehømeostase, at familien motsetter seg endring fordi det kan røkke likevekten i familien. Jackson la, som psykoanalytiker, også vekt på klientens fenomenologi og menneskelige sensitivitet i forhold til selvsjansjon og selvsvaluering. Han ble kjent for betegnelsen "conjoint therapy" og "quid pro quo meetings", paret skulle finne fram nye, mer adaptive, bevisste regler for samlivet og for parrelasjonen (Jackson, 1968,s. 287).

Den andre, Virginia Satir, la allerede på midten av 1960 tallet grunnlag for parterapi basert på ideer som i ettertid kan knyttes til tilknytningsteori. Hun la like stor vekt på individets fungering og erfaring i parterapi, som på individ-i-relasjon konteksten. Hun hadde en ide om at folk valgte seg partner med tilsvarende like vansker og grad av selv (Satir,1964,1967) og var således tidlig ute med disse ideene. Satir uttalte (1965,s.122) at symptomer oppstår når *reglene* for handling ikke passer med behovet for overlevelse, vekst, tilknytning/nærhet til andre og produktivitet. Hun mente at figurer som refseren, den som gir kallenavn på andre, den irrelevante, og den superrasjonelle forsterker patologiske interaksjoner over tid. Hun tenkte at kommunikasjon er gjensidig og sirkulær. At dårlig selvsstringsevne avler dårlig kommunikasjon, som igjen etter hvert gir enda dårligere selvsstringsevne. Hun var tilknyttet MRI/ Mental Research Institute sammen med Bateson, Jackson, Haley og Weakland i 1956, men fulgte etter hvert Rogers og Maslow med inn i The Human Potential Movement, og havnet etterhvert utenfor mainstram parterapibevegelsen.

Den tredje av de fire, Murray Bowen, skrev tidlig om differensiering av selvs, men på et tidspunkt da disse ideene var langt forut for behandlingsmetoder, i følge Gurman & Fraenkel. Bowens ideer om *multigenerational* eller *transgenerational familiesystem teori* kom til sin rett først ut på 1990 tallet, da Gerson, Hoffman, Sauls & Ulrici (1993) med fler skrev om ideene. Det unike var at Bowen foretrakk å arbeide med par sammen selv da det var symptom kun hos den ene partneren. Han arbeidet med par for å blokkere patologiske multigenerasjonelle prosesser. Det sentrale konseptet ved Bowens Family Systems Theory/BFST var differensiering av selv og skille mellom tanker og følelser. Som jeg vil komme tilbake til, er differensiering av selv også sentralt for relasjonelt orientert psykoanalyse og mentaliseringsteori, og likedan å skille mellom kognitive og affektive prosesser. Dette er vesentlige bestanddeler for å behandle mangelpatologi. Bowen differensierte mellom selv-andre, slik selvspsykologen også Kohut gjorde i sin teori om selvs fra 1970, og slik også tilknytningsteoretikeren Bowlby hadde forklart nøye om selv-andre



forbindelsen med tidlig samspill mor-barn i tilknytningsteorien. Bowen differensierte videre mellom indre og ytre selv. Indre selv med autonomi, og intern rettethet og muligheter for intimitet, og han pekte på at dårlig differensiering kunne føre til å være defensiv, eksternaliserende og å diskreditere partneren. Han mente at differensiering selv-andre og indre-ytre selv var en forutsetning for psykisk helse, også i parrelasjoner. Bowen pekte på fire former for lav selv-andre og lav indre-ytre differensiering. Disse var emosjonell avstand, konflikt i parrelasjonen, en partners symptom, og syndebukken. Bowen viste også at problemene også kunne være familiesystemiske. BFST har altså noe til felles med objektrelasjonsteori (Fairbairn, o.a.). Slik ble BFST en bro mellom systemisk og psykoanalytisk parterapi. Bowen hadde et større fokus på *det indre menneske* enn på symptomfokus. I 1972 utga han anonymt artikkelen *On the differentiation of the self* i forbindelse med en konferanse. Dette er omtrent samtidig som selvpsykologen Kohut (1971) utga sin første bok *The analysis of the Self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Bowen så både bakover og fremover i klientens liv, han adresserte dyader, individet og originalfamilien inn i terapiforløpet, som i psykoanalyse.

Den fjerde, Jay Haley (1976), utfordret dynamiske-og humanistiske terapiprinsipper. Han videreutviklet den dyadiske tenkningen og forkastet lineære årsakssammenhenger, som at ”mors doble kommunikasjon er årsak til barnets forvirringstilstand”. Haley beskrev samspillet mellom de to ut fra ideen om en reell gjensidighet, *der begge parter gjensidig påvirker hverandre*, og blir i den forstand ofre for den relasjonen som har utviklet seg (Haley, 1963, ref. i Reichelt et al., 1996, s.71). Som vi skal se senere i oppgaven, er dette tanker som forplanter seg inn i mange teorier. Haley påpekte at ekteskapet handlet om makt og kontroll (Haley, 1963, s.227) og var bevisst den hierarkiske struktur i parforholdet. Gjennom denne synsvinkelen så Haley at familiens symptombærer fikk makt som følge av vanskene rundt ham eller henne. Og Haley mente at individets symptomer i parforholdet fungerte gjensidig beskyttende for relasjonen, da symptomene fikk en selvstendig funksjon i det dyadiske samspillet. Han mente at *symptomer er et kjennetegn ved relasjonen*, heller enn et individuelt problem, og at problemet ble skapt igjennom påvirkning og samspill med en annen. Motstand mot endring ble derfor uungåelig i familien og i parforholdet (Haley, 1963, s.234). Partnerne hadde altså motstand mot og drøftet derfor heller ikke konfliktene seg imellom (Haley, 1963, s.227). Parets innsikt var, i motsetning til psykoanalytikerne, imidlertid ikke det sentrale for Haley. Heller ikke å snakke om fortiden var viktig da han mente at det gjør par allerede for

mye (Haley,1976, s.166). Det var også uønsket at paret kom med ønsker overfor sin partner i terapitimene. Videre skulle terapeuten unngå tolkninger fordi følelsene som da kunne vekkes i klienten, kunne føre til økt avstand mellom klient og terapeut (Haley,1976, s.118). Skepsisen til tolkninger var et uttrykk for Haleys motstand mot maktanvendelse. Han fokuserte heller på å samle inn fakta og meninger, og å bryte atferdsmønstre som opprettholdt hovedproblemet for paret. I dag ville vi kanskje tenkt at dette er en form for kognitiv atferdsterapi, med bruk av digitalt (verbalisert) metabudskap, et budskap om hvordan budskap skal oppfattes. Haley brukte direktiver for å skape endring, noe som kan ligne Satirs handlingsregler. Watzlawick, Bateson, Beavin & Jackson (1967) utga boka *Pragmatics of human communication* om både analoge og digitale metabudskap, som kan ha påvirket både Haley og Satir. Haley fikk enorm innflytelse på familie-og parterapi på 1960 og 1970 tallet. Symptomet, som tjener for å opprettholde systemet, var kanskje hans hovedbudskap. Haley mente at parsystemet pekte på en innad systemisk hensiktsmessighet, der helheten er mer enn summen av delene. Haley var altså motstander av psykoanalysens tilbakeskuen, innsiktsmål, og ønsket å nedtone at parene snakket om følelser for deretter å bli mer uenige rundt sine individuelle ønsker og følelser. Han kom tidlig med ideer om det gjensidig påvirkende samspillet i dyader som mor-barn.

4.fase, som ifølge Gurman og Fraenkel (2002), handlet om forfinelse, utvidelse, differensiering og integrasjon, fra 1986 til denne dato, har ikke generert noen varige teoretiske bidrag innen parterapi, mente Gurman & Fraenkel. Andre vil si det helt motsatte, at nettopp denne perioden innebar en sterk utviklingsperiode for parterapi fordi flere nye modeller og terapiformer ble utprøvet og gradvis etablert, som for eksempel Løsningsfokuseret terapi, sokratiske utspøringsmetode, en sterkere narrativ orientering, og emosjonsfokuseret og tilknytningsorienterte terapiformer. Dicks (1967) *Marital tensions* ble en klassiker for objektrelasjons teoretikere innen parterapi. Men i perioden 1965-1985 var det systemisk teori som dominerte. Atferdparterapi (Stuart, 1969,1980) og Emotionally focused couples therapy/ EFT-C utformet av Leslie S.Greenberg & Susan M. Johnson fra 1986 til denne dato har senere blitt mer dominerende retninger innen parterapi, og disse foregår parallelt med parterapi i den systemiske tradisjon. Gradvis er parterapi også blitt mer påvirket av narrativ terapi (Gurman & Fraenkel, 2002,s.224).

I EFT-C er terapeuten igjen den vitende ekspert, i motsetning til praksis i systemisk parterapi tradisjon. Teoretisk har EFT-C basis i tilknytningsteori og humanistisk teori, gestaltterapi, og påvirket av Gregory Bateson og Virginia Satirs tanker. EFT-C synes derfor å være en motreaksjon til systemisk praksis, og mange vil kalle denne nye retningen for et

paradigmeskifte, kanskje på grunn av at metoden igjen preges av ”terapeuten som ekspert” som også preget parterapi på 1950 tallet. Johnson et al. (1986) satte emosjonell tilknytning opp mot rasjonell forhandling i parterapien. EFT-C har som mål å undersøke hver partners syn på selv og andre ved hjelp av deres umiddelbare (in session) affektive erfaring, og terapeuten hjelper paret til å få tak i de ikke-erkjente følelser, som deretter kan formidles direkte til terapeuten og partneren i terapisesjonen. EFT-C bruker en tydelig manualbasert metode. Det er overordnet at paret får en *korrigerende emosjonell erfaring*, et begrep som ble introdusert av F. Alexander (1956) i *Psychoanalysis and psychotherapy*. Johnson et al. (1986) skrev at EFT-C har som mål å restrukturere interpersonlige mønstre for å inkorporere hver partners behov for trygg tilknytning (Johnson, 1999). EFT-C ønsker å endre interaksjons posisjoner hos paret gjennom å oppmuntre til å identifisere seg med uerkjente behov, oppmuntre partnerens emosjonelle erfaring, relasjonsbehov, konsolidere og integrere, finne nye løsninger på problemer, konsolidere nye posisjoner (se situasjoner, reflektere ut fra jeg, du og observatør-posisjon) og tilknytningsmønstre mellom partnerne. EFT-C praktiserer Susan M. Johnson atskilte seg fra Haley i det å snakke om og tolke klientens følelser i parterapi, men likner Haley i at det ikke er formålstjenlig å undersøke parets fortid, eller tolke på parets ubevisste overføringer, eller å undervise paret i samspilløvelser. EFT-C fokuserer både på Selvet i relasjonen, og på paret som system (Gurman & Fraenkel, 2002, s.224). I parterapi synes nå Emotional Focused Couples Therapy /EFT-C å få en dominerende rolle. Et søk i Google Scholar og PsycInfo bekrefter dominansen. EFT-C modellen blir derfor noe mer utdypet enn de øvrige parterapeutiske skoleretningene.

Opphavsmannen til EFT, Leslie S. Greenberg, samt Rice & Elliot (1993, side viii og ix) beskrev det teoretiske grunnlaget for emosjonsfokusert terapi i forordet til boken *Facilitating emotional change*: ”Our theory which relies only on the notion of some modular internal organisation experiences... Methods of integrating different approaches ... In this spirit, we note the convergence represented in this book between aspects of experiential perspectives and aspects of both cognitive and object relations perspectives. This convergence occurs particularly at the level of theory, in which internal representations or schemes and the role of emotions are of strong and growing interest in all areas.” Greenberg et al. har senere fortsatt å videreutvikle emosjonsfokusert terapi/EFT til teoretisk å støtte seg på flere til dels ulike terapeutiske modeller og teorier, særlig på gestaltpsykologi, humanistisk psykologi, og tilknytningsteori. Blant Greenbergs tidligste inspirasjonskilder, var teoretikere og klinikere som Carl Rogers, Richard Bandler, John Bowlby og familierapeuten Virginia Satir. Det

synes ikke å foregå en teoretisk diskurs som kan begrunne valget av de ulike teoretiske posisjoner som har fått plass i emotional focused therapy/ EFT eller EFT-C.

En annen parterapeutisk retning er *Innsiktsorientert Parterapi (Insight-oriented Marital therapy/IOMT)* som igjen har fått et oppsving (Snyder,1999). Terapeuten gir rekonstruksjonelle tolkninger av maladaptive relasjonelle temaer som har sin opprinnelse i tidlig utvikling og som forbindes til den nåværende relasjonen. Temaer som behandles, er frykt, dilemmaer og interaksjonsstil. IOMT anerkjenner således både intra-og interpersonlige prosesser som virkelige og signifikante for kvaliteten i parrelasjonen. Det gripes fatt i inkongruens mellom behov og forventninger, og i det Snyder kaller *partnerens uaktsomme opprettholdelse av maladaptive relasjonsmønstre*. IOMT ansees å være et overbyggende rammeverk for terapeutiske intervensjoner. Affektiv rekonstruksjon, innsikt, å modifisere attribusjon og trene på øvelser står metodisk sentralt (Gurman & Fraenkel, 2002,s.225).

Hva har åpenbart seg som teoretisk diskurs etter 1985? Det er tre ulike retninger som peker seg ut. 1) Terapeuten har finutviklet teknikker og har laget manualer, som i EFT-C. 2) Fremvekst av integrativ terapi, som EFT-C og IOMT.3) En håndfull teoretikere har arbeidet hver for seg med psykodynamisk, egentlig objektrelasjonell, terapi og forenet (conjoint) terapi (Bader & Pearson,1988; Nadelson,1978; Scharff,1995; Scharff & Scharff,1991; Siegel,1992; Solomon,1989; Willi,1982). Det sentrale i de dynamiske teorier er ubevisst kommunikasjon og atferdsoppretholdende prosesser. Moderne objektrelasjonsteori har som teori fokus på (selv-) strukturer. I terapeutisk praksis kan man da tenke seg at feil ved klientens selvstruktur kan vise seg i parets forsvar, som at paret deler på å være unnvikende i å ta opp ømtåelige temaer, da det kan true både intimitet og trygghet i parforholdet. De nevnte teoretikerne mente at det å *helbrede et delt forsvar* har vært underkjent av kritikerne av psykodynamisk parterapi.

Enkelt-temaer, som er relevante for par, har i den senere tid også fått fokus uten at disse nødvendigvis settes inn i en teoretisk sammenheng eller som teori. Disse er kanskje mer å anse som ytre påvirkningsfaktorer på parterapi og dens praksis. Det kan være forekomst hos en eller begge partnere av depresjon, angst og alkoholisme og virkningen av dette på parforholdet. Andre slike temaer er kulturell tilhørighet og sosialt press, feminismens paradokser på parforholdet, som at den frigjorte kvinnen må arbeide dobbelt. Påvirkningen på parterapi viser seg gjennom sosialkonstruktivismen med fremkomst av Løsningsorientert Parterapi, en terapi med tydelig fremtidsfokus.

Det har også skjedd et grunnleggende skift i antagelser innen systemisk terapi, der det nå mer går mot at terapeuten er en samarbeidende undersøker og vekk fra de mekanistiske systemiske forklaringene. *Den stille revolusjon* er således i ferd med å bli et navn på den plass som integrativ teori og praksis har fått i parterapiens foreløpige 4.fase. Denne siste fasen preges av eklektisme og integrasjon, der fellesfaktorer på utfall integreres i terapimanualer, for eksempel i EFT-C, i følge Gurman og Fraenkel (2002, s.247). De kommenterte denne parterapiteoretiske utviklingen og kalte gjeninnføringen av Selvet i systemet og affekter i parterapi for å være historisk ironisk, da dette synes å være sirkulært tilbake til begynnelsen, til femtitallet, da terapeuten var ekspert, noe den systemiske tenkningen ønsket seg bort fra.

Det har i løpet av utviklingen innen systemisk familierapi, særlig fra 1965 og utover, blitt lansert ulike skoler og modeller, som *Den strategiske modellen* som ble utviklet av Watzlawick et al.(1973-1974) ved den tidligere nevnte Mental Research institute/MRI i Palo Alto. Minuchin (1974) utviklet *Den strukturelle modellen*, med språklige og metodiske bidrag. Selvini-Palazzoli, Prata, Boscolo og Cecchin (1978) utviklet *Milanomodellen* med nøytralitetsidealer fra psykoanalysen, paradoksale intervensjoner, ny bruk av team og enveisspeil for å lage sirkulære hypoteser om sammenhenger innad i familien, og de fant hierarkiske familiestrukturer, allianser og uheldig grensesetting. Von Foerster ( 1973) introduserte *Annen ordens kybernetikk* som var påvirket av konstruktivismen, der observatøren bare ser sine egne kart. Modellen *Det reflekterende team* med refleksjoner over refleksjonene, er påvirket av konstruktivismen. Den innflytelsesrike parterapiforskeren, med mye forskning på tilknytning i parforhold på hele 2000-tallet, Steve de Shazer, tok et oppgjør med sine røtter i Den strategiske Modellen med problemfokusering i familien, da han mente det befestet en negativ selvforståelse. Han vendte oppmerksomheten mot Løsningsfokusert terapi, med fokus på unntakene fra problemene, og ønsker om nye løsninger. Siden har han vendt seg mot *poststrukturalistisk* retning (skole), der tanken er å endre et problem-fokusert språk til et mer løsningsfokusert språk. I *den narrative tradisjon* vender White & Epston (1991) oppmerksomheten tilbake til klientens fortid, deres menneskelige livshistorie/ narrativ. Det vil føre for langt å redegjøre nærmere for disse modellene. Det faller også utenfor temaet for oppgaven. Det sentrale med denne redgjørelsen er å vise at det innen disse skolene og modellene har vært fokus på elementer av det som kan kalles mangelpatologi. I min gjennomgang av de ulike parterapeutiske tilnærminger, både innen tradisjonell psykoanalyse og systemisk teori, er det mulig å gjenkjenne problemstillinger som kjennetegner et mangelpatologisk perspektiv, særlig innenfor dynamisk teori og parterapi, og spesielt hos

Bowen. Det synes for meg at debatten rundt selvutvikling og tilknytning også har blitt integrert i parterapeutisk praksis. Relasjonsperspektivet med oppmerksomhet på gjensidig påvirkende dynamikk mellom to eller flere nære tilknytningspersoner utgjør da også selve kjernen i systemisk tenkning. Men også individets utviklingsvansker fikk gradvis (tilbake) fokus i parterapi, særlig i de nye retningene mot slutten av 1980 tallet og videre. Gurman & Fraenkel (2002) pekte som nevnt på at det har vært lite teoriutvikling innen parterapi i perioden 1960-1985, sett i forhold til det som har foregått innenfor individualpsykologisk dynamisk teori, selvpsykologi og tilknytningsteori i denne perioden, men det synes som om disse teoriene fikk innflytelse og bidro til utvikling og store endringer i parterapeutisk praksis.

Hvilke drøftinger synes å foregå innad i familierapi og parterapi ut fra påvirkning av nye teorier og modeller? Noen få teoretikere har for eksempel søkt etter andre forklaringer på tilknytning i parforhold, som Kagans forslag om temperament (Kagan, 2011), men disse er i mindretall i forhold til tilknytningsteoretikere. Per Jensen (2006, s.2) siterte Carr (2000, s.487): ”blant familierapeuter, som tar utgangspunkt i konstruktivisme og sosial konstruksjonisme, er mye motstand mot ensidig evidensbasert praksis.” Jensen (2006, s.2) kommenterte videre:” han (Carr) peker på at familierapi og systemisk praksis er basert på et annet grunnsyn enn det som danner grunnlag for evidensbasert praksis”.

Henriksen og Thuen (2012) mente i sin litteraturgjennomgang *Tilknytningsteori anvendt på parrelasjoner* at det i liten grad har blitt forsket på tilknytningsteori i forhold til parterapeutiske intervensjoner i objektrelasjonsteori, systemisk teori og narrativ teori. De skrev: ”Forskning på intervensjoner, både når det gjelder forebygging og terapi, har imidlertid i liten grad tatt opp i seg perspektiver fra tilknytningsteori, med unntak av evalueringsstudier av emosjonsfokusert terapi. At tilknytningsteori ennå ikke har fått fotfeste innenfor slike områder kan synes underlig” (Henriksen og Thuen, 2012, s. 564). Og videre: ” ...En kan også tenke seg at personer med ulik tilknytningsstil har behov for, og effekt av ulike typer intervensjoner...Også innenfor klinisk arbeid med par åpner tilknytningsteori for nye tilnærminger og perspektiver. Først og fremst viser det viktigheten av å fokusere på tilknytningsrelaterte temaer i parrelasjonen. Typiske eksempler kan være det å forstå dysfunksjonelle samspill i lys av udekkede tilknytningsbehov eller uforenlige tilknytnings stiler, eller det å forstå sterke emosjonelle reaksjoner i forbindelse med ulike typer svik, som uttrykk for tilknytningsproblemer” (Henriksen og Thuen, 2012, s. 564). Og videre skrev de, noe også jeg slutter meg til: ”Vi forestiller oss at det må være mulig å fokusere spesifikt på tilknytningsrelaterte temaer i parrelasjonen for å forstå dysfunksjonelle samspill i lys av

udekkede tilknytningsbehov eller uforenlige tilknytningsstiler, eller for å forstå de emosjonelt sterke reaksjonene.”

Det synes, på bakgrunn av dette historiske tilbakeblikket på parterapi, å være nødvendig å reflektere rundt det å behandle mangelpatologiske symptomer spesifikt i en parterapeutisk setting, og slutter meg til Bowens parterapeutiske praksis. Han mente at (mangelpatologiske) differensieringsvansker som å skille på selv-andre og indre-ytre kan med fordel behandles innenfor en parterapeutiske setting.

For å vende tilbake til teoriene som jeg har valgt å drøfte mangel ut fra i denne oppgaven. Jeg vil jeg se nærmere på

UTVIKLINGS- OG TILKNYTNINGSPERSPEKTIVET. Den tradisjonelle psykoanalysen og de nyere relasjonelt psykoanalytiske retninger har et utvikling-og tilknytningsperspektiv som bakteppe i den langvarige teoretiske diskurs og utvikling av klinisk praksis.

Mentalisering ble lansert innenfor psykoanalysen av Marty (1968), og senere utdypet av Lecours & Bouchard (1997) og Fonagy ( 1989,1991), først innen psykoanalysen og senere innen mentaliseringsbasert terapi for borderline PD. Mangelpatologisk mentalisering handler om at den reflekterende funksjon er underutviklet (deficit/mangel) eller skadet (defect).

En sentral bok om mentaliseringsteori er *Affektregulering, Mentalisering og Selvets utvikling* ( Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Den blir i denne oppgaven referert i den danske utgaven fra 2007. Videre har Allen, Fonagy & Bateman` skrevet *Mentalisering i klinisk praksis* (2008). Her referert i den danske utgaven fra 2010. Bøkene viser nye perspektiv på mentaliseringsteori og mangel.

Mentaliseringsteoretikerne Fonagy et al. (2007) bekrefter at også metaliseringsteori har basis i nettopp de tre nevnte teorier, tilknytningsteori, utviklingspsykologi og psykoanalyse. Et eksempel er at i psykoanalytisk teori finner vi forklaringer på patologiske symptomer, som kan være resultat av tidlig tilknytningsforstyrrelse, som for eksempel *affektiv mangel* (affective deficit) (Killingmo, 1989, 2006). I mentaliseringsteori (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2007) og i mentaliseringsbasert klinisk praksis (Allen, Fonagy & Bateman, 2010) legges det imidlertid lite vekt på affekter og mye på *affektregulering*. Mentaliserings-teoretikere legger vekt på at klienten kan ha kognitive refleksjoner samtidig som at klienten *har* sterk affekt, og kan snakke *om* affekten. Mens Gullestad & Killingmo (2009) og Gullestad (2005) legger mer vekt på at klienten *er i* affekten og gjennomlever den *her og nå*,

som en levende diskurs med det ubevisste, i samspill med terapeuten for slik å skape endring av klientens arkaiske tilknytningsmønstre, med eller uten konflikter, og det tilhørende emosjonelle materiale i løpet av terapien. For derved å gi klienten innsikt. Terapeutiske anbefalinger om å være *i* affekten er utdypet i artikler/bøker av Gullestad, 2005; Gullestad & Killingmo, 2009; Zachrisson, 2008; Snyder, 1999; Harway, 2005 med flere. Og klientens affektive nærvær er også videre utdypet, gjennom å beskrive nuets møte-øyeblikk som en samskapt affektiv opplevelse sammen med terapeuten, blant annet av psykoanalytikerne Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Bruschweilerstern & Tronick (1998) og selvsykologen Stolorow (1997) der det trekkes tråder til mor-barn dyaden og tidlig tilknytning, og hvor terapeutens evne til inntoning i møteøyeblikket får særskilt betydning. Judith A. Feeney (2005) har skrevet om temaet spesifikt rettet mot parterapi i artikkelen "Hurt feelings in couple relationships: Exploring the role of attachment and perceptions of personal injury". Mens de to produktive og anerkjente forskerne på tilknytning i parforhold, Mikulincer og Shaver (2005), skrev artikkelen "Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational event". Dette er to av relativt få artikler som ser på sammenhengen mellom tilknytning og *affekter* i parforhold. Mens der selvsagt er flere artikler om tilknytningsmønstre i voksne parforhold. Det vil senere i teoridelen, om tilknytningsteori, bli redegjort for teoretiske synspunkter og forskningsfunn på korrelasjonelle sammenhenger mellom affekter og tilknytning i parforhold. Det er gjort mye forskning på individers tilknytningsmønstre, særlig på barn, men jeg avgrenser til kun å redegjøre for forskning på voksen tilknytning i parforhold, selv om jeg for oversiktens skyld forklarer i korte trekk den tidlige tilknytning utvikling. Relasjonelle forhold mellom nære omsorgsgivere og barnet i den tidligste tilknytningsfasen kan ha avgjørende betydning for senere intersubjektivt voksent samspill i nære tilknytningsrelasjoner. Det er bred enighet om at de tidlige tilknytningserfaringene danner grunnlag for en kontinuerlig senere utvikling av interne arbeidsmodeller, et begrep introdusert av John Bowlby (1973,1988). Forholdet mellom nettopp interne arbeidsmodeller og tilknytning i parterapi ble senere omtalt av Simpson, Winterheld, Rholes og Orina (2007): "Working models of attachment and reactions to different forms of caregiving from romantic partners."

Mentaliseringsteoretikerne (Fonagy et al.,2007) ser på den terapeutiske relasjonen som et intersubjektivt samspill, mellom klient og terapeut, der klientens emosjonsregulering er et vesentlig mål for terapien. Mens andre teoretikere heller fremhever at klienten i terapien



ubevisst gjeniscenesetter tidligere nøkkelscener med nære tilknytningspersoner. Melanie Klein skrev om projeksjoner og Rapaport beskrev *projeksjonshypotesen* allerede på 1950-tallet. Og senere forskere, som for eksempel Ogden (1979), utdypet denne forståelsen med *projektiv identifikasjon*, og forklarte at klienten på en ubevisst måte tildeler den andre, terapeuten (eller partneren, min kommentar), en rolle, som deretter utspiller seg på en ubevisst måte i samsillet mellom dem. For partneren skjer dette ubevisst, slik vi så at det utspilte seg i case-vignetten, mellom Karl og Bente. Terapeuten oppdager gradvis de ubevisst overførte rollene som også blir tildelt ham eller henne av paret/klientene. Terapeuten blir oppmerksom og bevisst på rollene via overføring-motoverførings-mekanismer (Heimann,1950; Joseph,1985; Steiner,1994). Slike arkaiske, interne roller som fortsatt er tilstede i klientens nåværende liv, inneholder tidlige tilknytningmønstre og tilknytningsscener. Barndomsscener som altså fører til utvikling av indre representasjoner, Bowlby`s indre arbeidsmodeller. Det er sentralt å belyse hvordan rollene utspiller seg mellom partnerne i parforholdet, og om det skjer projeksjoner der på tilsvarende måte som mellom klient og terapeut? Jeg antar at den psykoanalytiske teori og praksis, og forskningen på terapeut-klientrelasjoner, kan ha overføringsverdi til forhold mellom romantiske partnere, og at det kan gi implikasjoner for den parterapeutiske praksis. Jeg vil la det tema ligge i denne oppgaven.

Tilnærming via den klassiske psykoanalytiske forståelse, som utgjør en teoretisk basis for nyere psykoanalytiske teorier og praksiser, handler om elementer som det ubevisste, projektiv identifikasjon, tolkning, overføring og motoverføring. I relasjonelt orientert psykoanalyse blir intervensjoner med *bekreftelse versus tolkning* (Killingmo,1989, 2006; Gullestad & Killingmo,2009) drøftet, samt påpekning, ”containing” (Bion,1962) og ”holding environment” (Winnicott,1965), inntoning (Stern,1985) og speiling (Winnicott,1962; Kohut; Bowlby). Og spesifikt i forhold til det som synes å være et hovedproblem ved voksnes tilknytningsvansker, nemlig affektiv mangelpatologi (Gullestad & Killingmo, 2009; Killingmo,1989,2006; Gullestad, 2005), og at terapeutens metodevalg står mellom å være bekreftende fremfor å tolke i intervensjoner (Killingmo,1989, 2006). Dette er grunner til at det er verdt et forsøk å tenke rent teoretisk rundt og foreta en drøfting om å overføre elementer fra nyere relasjonell psykoanalytisk praksis, over til parterapi, til tross for at verken mentaliseringsteori eller relasjonelt orientert psykoanalyse synes å ha hatt parforhold som teoretisk utgangspunkt eller praktisk fokus. Den siste delen av oppgaven, drøftingsdelen, blir derfor i stor grad å tillate meg å (spekulere) tenke høyt over mulige implikasjoner for parterapi .

TREDJEHET. Med den nye relasjonelt orienterte psykoanalysen, blir det stadig nye interesseområder som drøftes. Teoretikere vektlegger litt ulikt. Noen gir intrapsyriske prosesser mest betydning, andre de intersubjektive. Tredjehet synes for meg å være så interessant for parteapi, at jeg velger å ta med dette perspektivet i oppgaven, til tross for at tredjehet ikke omtales av Gullestad & Killingmo (2009), men av Killingmo (2007).

Hos noen teoretikere er det en forståelse for at der kan oppstå "tredjehet" i samspillet mellom klient og terapeut. Blant annet har Mitchell (1988, 1993), Green (2000) og Ogden (2004) drøftet denne nye forståelsen. Den tredje, eller tredjehet er "a fusion of horizons" i følge Stern (1997, ref i Pizer, 2006, side 78), altså en sammensmeltning av klient og terapeut, eller parets, to verdener. Veseth og Moltu (2006) refererte til Ogden (1994a): "intersubjektiviteten som skapes, vil klart skille seg fra, og overskride, de individuelle subjektivitetene som de består av. Ingen tanke, følelse eller opplevelse er lik det den ville vært utenfor den konteksten som kontinuerlig skapes av pasient og terapeut" (Ogden, 1994a, uten sidetall). Green (2000) skrev: "We need to consider that it is more enriching to think of the relation between the two poles than to think of each pole ( the intrapsychic and the intersubjective) separately, as these do not remain the same in context of their mutual relations... Moreover, our thinking about the "inter" in psychoanalysis cannot be confined only to that which takes place between the two members of a couple; it also refers to another order of determination that eludes the observation of their relations. What happens in each persons` intrapsychic life and the course of the relation between two subjects reveals that the intersubjective relation is, as it were, beyond the two poles... The intersubjective relation has property of creating an added value of meaning compared with the signification this acquires for each of the partners" (Green, 2000, side 21-22, italic i originalen). Vi kan altså snakke om et meningsinnhold i samspillet som overskrider hva den enkelte bringer inn. Hos par oppleves mening i forelskelsen. Stern (2004) ser dette som et nevrobiologisk utgangspunkt for menneskers grunnleggende kapasitet for intersubjektiv relatering. Tredjehet er aktuelt som tema i oppgaven fordi mening, mangel på mening og å skape mening er sentralt for parrelasjonen hos par med tegn på mangelpatologi.

Relasjonelt orientert psykoanalyse anerkjenner at mennesker har grunnleggende relasjonelle behov som motiv. De nye teoretiske retningene er som nevnt hovedsaklig geografisk inndelt, der land følger visse hovedtradisjoner, som oftest har disse retningene vært utviklet over lang tid. Land synes altså å ha sin preferanse for visse teoretiske psykoanalytiske tradisjonslinjer, som de følger, og videreutvikler. En slik skillelinje går mellom Contemporary Freudians,

postklinianere og Independent groups, alle objektrelasjonsteoretikere. De såkalte *Contemporary Freudians*, med arven fra Anna Freud videreført av den britiske teoretikeren Sandler, og andre etterkommere, har idag med seg mentaliseringsteoretikeren Fonagy. De såkalte *Contemporary Freudianske revisjonistene* med hovedsete i USA, har Kernberg ombord, der borderline studier, inkludert studier på par, er blitt utført innen denne tradisjonen, som er noe anderledes enn sine britiske kollegaer. Andre teoretikere i den amerikanske fløyen er Roy Schafer, Loewald og franskmannen Lacan (Mitchell & Black, 1995). Den nye psykoanalytiske teoretiske pluralismen, særlig den relasjonsorienterte tilnærmingen, drøftes for tiden inngående av psykoanalytikere, som Ogden (2004); Gerson (2004); Killingmo (2007); Stolorow (1997); Veseth & Moltu (2006); Binder et al. (2006); Schanke & Binder (2006); Våpenstad (2007); Aron & Harris (2012), med flere. Jeg går ikke inn i denne drøftingen. Mens Allen (2011), en nær kollega av forfatterne bak den store mentaliseringsboken "Affektregulering, mentalisering og selvets utvikling" av Fonagy, Gergely, Jurist og Bateman (2002, dansk 2007) og som medforfatter av boken "Mentalisering i klinisk praksis" (Allen, Fonagy & Bateman (2008, dansk 2010) drøfter i en senere artikkel en av psykoanalysens viktigste terapeutiske verktøy, tolkningen, og dens plass i mentaliseringsbasert terapi. Allen (2011) argumenterte der for å bruke *mindre tolkning* i mentaliseringsbasert praksis. Noe som faktisk er, kanskje tilfeldig, i overensstemmelse med terapi-anbefalinger ved mangelpatologi. Heller ikke ubevisste overføringer skal tolkes, eller anvendes terapeutisk i mentaliseringsbasert terapi (Fonagy et al., 2007) i motsetning til Gullestad & Killingmo (2009). Gullestad & Killingmo og Fonagy et al. har tildels også ulikt syn på for eksempel affekters rolle, hvordan å forholde seg til ubevisste overføringer, det nonverbale, syn på selvagens, med mer. Likheter og forskjeller blir sammenlignet i oppgavens del 5. Forskningsmetodiske tilnærminger, som kan være aktuelle for mangelpatologi, får en kort gjennomgang på slutten av del 4. I gjennomgangen av tilknytningsteori, i del 2, vil imidlertid forskning på voksen tilknytning i parforhold bli kort oppsummert, fordi denne forskningen kan være relevant som bakgrunnsinformasjon for å svare på forskningsspørsmålet. Det blir underveis også noen nødvendige tilbakeblikk på tidligere tradisjonell klassisk psykoanalyse, for eksempel på en-person versus to-person perspektiv. Målet er å finne måter å kunne overføre tenkning og ideer fra individuell terapi innen relasjonell psykoanalyse til parterapeutiske intervensjoner for å vurdere om der kan være nye måter å behandle det vi forstår med mangelpatologi ut fra en relasjonelt orientert psykoanalyse, der

det lenge har foregått en grundig teoretisk diskurs spesifikt om innholdet i begrepet mangel.

**Forskningsspørsmålet:** *Hvilke implikasjoner kan et mangelpatologisk perspektiv få for parterapi?*

**Oppgaven deles i to hoveddeler.**

Jeg fremstiller teori og drøfter forskningsspørsmålet på følgende måte:

#### TEORETISK DEL

Redegjørelse for og utviklingen av begrepet mangelpatologi: i Selvpsykologi og tilknytningsteori, med relevant forskning på tilknytning i parforhold. Mangelpatologi og mangelpatologiske betydningsfulle elementer som affekter, det ubevisste, projeksjoner. Samt et tillegg, om Tredjehet. Deretter om relasjonelt orientert psykoanalyse og mentaliseringsteori. Til slutt et kort avsnitt om terapiforskning.

#### DRØFTING

Likheter og forskjeller på mangelpatologiske perspektiver i relasjonelt orientert psykoanalyse og mentaliseringsteori . Drøfting av forskningsspørsmålet.

#### Avgrensninger

a) Det refereres kun fra forskning på tilknytning i parrelasjoner. b) Tilknytningsforskningen refererer kun til mann-kvinne parrelasjoner. c) Selvutvikling (lite etter Kohut) blir kun kort forklart, med mangelmodellen, mangel og defekter i selvet som en psykologisk struktur, strukturbegrepene selvagens og selvobjekt, de to mestringsstrategier ved mangelpatologi, speiloverføring og den idealiserende overføring. d) Oppgaven begrenser seg til teori og praksis innenfor relasjonelt orientert psykoanalyse og mentaliseringsteori, samt en kort redegjørelse for tredjehet. e) Affektens oppdeling i primær- og sekundæreffekter, omtales ikke i oppgaven. Forståelsen av affekter blir redegjort for ut fra synet på affekter innen relasjonelt orientert psykoanalytisk teori og mentaliseringsteori. f) Kun to av mange testbatterier på voksen tilknytning blir utfyllende omtalt, (AAS og AAI). Andre tester blir kun nevnt. g) Kun studier på voksen tilknytning i parforhold blir redegjort for, ikke generelle studier på voksen

tilknytning. h) Temaet vold i nære relasjoner utelates, selv om konflikter og mangelpatologi, og uheldige kombinasjoner av tilknytningsmønstre kan føre til vold. Vold og tilknytningsmønstre i parforhold er korrelerte i flere studier. i) Gruppeterapeutiske intervensjoner, som hyppig benyttes i mentaliseringsbasert terapi, er utelatt. Kun terapeutiske dyader (paret) og triader (par med terapeut) er tatt med. j) Utvikling innen moderne relasjonell psykoanalyse utdypes ikke nærmere senere i oppgaven.

**Begrepsavklaringer** Substantivet *sinn/sinnet* har i oppgaven fått dansk stavemåte, *sind/sindet*, for å unngå forveksling med affekten *sinne/sinnet*. Terapeut blir inne imellom også kalt analytiker. Betegnelsen *mor* brukes igjennom hele oppgaven som synonym for spedbarnets nærmeste tilknytningsperson.

---

# TEORETISK DEL

To teorier med utviklingsperspektiver innvevet synes i perioden mellom 1960 og 1990 å ha hatt betydning for utviklingen av begrepet mangelpatologi.

## 1 Selvpsykologi og mangel

Selvpsykologen Heinz Kohut mente at utviklingen av selvet var en interaktiv prosess. Han utviklet en mangelmodell, som han beskrev å være *defekter ved selvets struktur*, blant annet som følge av mangel på empatisk respons og inntoning fra mor i de tidligste barneår. En slik mangel førte til *fortrengning* av den naturlige grandiositet (såkalt horisontal splitt) og til *avspaltning* av den naturlige grandiositet (såkalt vertikal splitt).

Når en leser dette, kan det være noe uklart hva som legges i begrepene. Kohut brukte selv ca 10-15 år på utvikle begrepene i hans teori om selvet. Her vil det ikke bli plass til å beskrive begrepsutviklingen. Begrepene blir derfor fremstilt slik de endte opp med mot slutten av Kohuts arbeide, selv om han faktisk også beholdt flere tidlige begrepsforståelser parallelt med de nye. Teori om selvet er videreutviklet etter Kohut. Denne utviklingen blir i svært liten grad bli nevnt, med noen unntak. Det jeg ønsker å belyse er Kohuts tenkning om mangelpatologi mens han utviklet sin forståelse av selvutvikling.

### 1.1. Selvstrukturen.

Selvet er en psykologisk struktur, og refereres oftest i litteraturen som (selv-) *strukturen*. Gjennom denne strukturen antar selvopplevelsen sin karakteristiske form og varige organisering (Frøysaa, 2007, s.132). Selvet refererer til den personlige organisering av opplevelser og erfaringer, og spesielt gjelder dette personens opplevelse av seg selv. Karterud forklarte Kohuts begrep kjerneselv som: ” det ”sentrum” i en selv som opplevelsesmessig ligger til grunn for at jeg overhodet kan snakke om et selv i betydningen meg selv, mitt selv, som noe distinkt, særegent, atskilt fra andre, som har en enestående historie og et enestående perspektiv på verden”(Karterud, 2005,s.22). *Det grandiose selvet* er i sin tidligste form spedbarnet som verdens midtpunkt, det er sultent på oppmerksomhet og avhengig av bekræftende svar fra omgivelsene. Ved svikt i modningen av det det grandiose selvet, forblir de arkaiske former stående, og følger en inn i voksen alder som krav til omverden, med krav om en type spesiell hengiven oppmerksomhet. Kravene kan være urealistiske behov og ønsker. Dette er svært sentralt for mangelpatologi. Ofte vil de uoppfylte arkaiske behov og

krav fra det tidlige ikke-ankjente grandiose selv fører til manglende energi og mangel på målrettede ambisjoner i voksen alder.

Kohut så selv som en agent, det å ha selvagens (Frøysaa, 2007, s.7). Karterud og Island beskrev: ” En ”sunn” person har oppnådd en optimal balanse mellom på den ene siden behovet for å vedlikeholde sin psykologiske organisasjon og på den andre siden sin åpenhet for nye opplevelser. Strukturen er ikke så skjør at den trenger stadig vedlikehold (selvobjektfunksjon) eller så rigid at den må utestenge et vidt spekter av opplevelser av selv og andre. Strukturen er såpass fleksibel at den kan tilpasse seg nye opplevelseskonfigurasjoner av selv og andre slik at organiseringen av personens subjektive liv kan fortsette å uvide seg både i kompleksitet og omfang” (Karterud & Island, 2005,s.165).

## 1.2. Selvstruktur-og mangelpatologi

Forfatterne beskrev deretter to former for selvstrukturpatologi. Den første er *konsoliderte patologiske personlighetsstrukturer* som innskrenker og hemmer personens subjektive opplevelsesfelt. Den andre er *utilstrekkelig strukturalisering*, som gjør at personen blir utsatt for selvfragmentering, og som krever arkaiske selvobjektfunksjoner for å opprettholde en følelse av et sammenhengende selv (Karterud & Island, 2005, s.166). Det er den andre, utilstrekkelig (selv-)strukturalisering, som fører til mangelpatologi, der mennesker ubevisst forsøker å kompensere for den manglende strukturen. Karterud og Island (2005, s.166) forklarte at i psykoanalytisk fenomenologi forsøkte man derfor å klargjøre og belyse *de multiple bevisste og ubevisste hensikter* (Klein,1976), *de personlige grunner* (Schafer, 1978) som får en person til å *aktualisere sine personlige strukturer* (Atwood & Stolorow,1984, s.35). Psykoanalytikerens Stern (1985) mente at følelsen av å være et selv, *senses of self*, dannes i interaksjon med selvregulerende andre i *fusion of horizons* og overskrider den individuelle subjektiviteten (Stern,1985, i Veseth & Moltu,2006,s.927). Kohut var opptatt av at selv må være i stand til å skille mellom sitt eget selv og andre, ikke som når man hører musikk, forklarte han, der lydene oppleves heller som en del av en selv, da toner og musikalske elementer skaper resonans i en, i lytterens følelsesliv (Kohut & Levarie, 1950, i Frøysaa,2007, s.8). Det å skille mellom selv og andre, er noe spedbarn ikke kan, mente han. De mangler en Jeg-Du differensiering. Akkurat som de heller ikke kan kontrollere sin egen kropp. Kohut kalte først den manglende jeg-du differensieringen for primærnarcissisme (Kohut, 1966, s.246), men senere kalte han det istedet for *selvobjekt* (Kohut & Wolf, 1978). Kohut beskrev to typer selvobjekt, den speilende og den idealiserende. Det speilende

selvobjekt korresponderer med selvets grandiose pol. Mens det idealiserende selvobjekt korresponderer med selvets idealiserende pol.

I case-vignetten med Karl og Bente, så vi at Karl idealiserte Bente. Umiddelbart etter at Karl forklarte at han var lite sett og lite hørt i relasjonen med Bente, sa han videre: ”at det er fint at Bente er en sånn som ordner opp”. En uttalelse, som i sammenhengen ikke synes å henge helt logisk sammen. Og det går an å spekulere rundt om dette er to ulike deler av Karls indre selvstruktur som snakker, der den ene er den idealiserende, som forsvar mot fragmentering av selvstrukturen. Karl kan ha behov for idealisering av selvobjektet, og projiserer dette i en idealiserende overføring på Bente. Dette kan være Karls arkaiske selvstruktur som kommer til syne, skapt gjennom morens tidlige fravær og manglende responser på Karl i tiden for Karls selvutvikling, hvis vi skal tenke som Kohut. Kohut forklarte at morens tilstedeværelse og fravær resulterte i ulike personlighetsfigurasjoner i voksenalder. Karls mor og Bentes mor kan tidlig ha sviktet dem respektivt på en traumatiserende måte, noe som kan føre til utvikling av enten en *speilhungrig* personlighetsdel i selvstrukturen (Bente), med konstant behov for bekreftelse og ros, bli verdsatt og sett for å unngå å tvile på seg selv, eller en *idealthungrig* personlighetsdel (Karl), med behov for tillit, bli holdt oppe av noe større enn en selv, trygghet, å lene seg mot en annen, med mer visdom og kunnskap, og som kan overbevise en om egne normer og idealer er i orden (Karterud, 2005, s.23).

### 1.3. Selvobjektoverføringer

Kohut skisserte i tillegg til *speiloverføring og idealiserende selvoverføringer* også andre personlighetsdeler med ulike behov i overføringen, som alter-ego personligheten, den sammensmeltingshungrige (i henhold til DSM IV ville vi kanskje idag kalt denne for avhengig personlighetsforstyrrelse) og den kontaktsky personligheten, slik vi også ser hos Karl. Han kan være et eksempel på å ha utviklet den kontaktsky og idealiserende personlighetsdelen, som følge av manglende empati fra moren, hvis vi fortsatt ser med selvpsykologens blikk.

Målet for terapi i den selvpsykologiske tradisjon blir å *erstatte* de indre selvobjektoverføringene med en annen spenningsregulerende psykisk struktur, i motsetning til å *ommøblere* strukturen i relasjonelt orientert psykoanalyse (Killingmo, 1989). Kohut kalte det skadede selv: ”faulty interaction between child and his selfobjects”. Og føyer til om behov



hos barnet: “ need to establish an autonomous self was thwarted by intrusions of the parental selfobject” ( Kohut & Wolf, 1978, s.414).

Kohut reflekterte også rundt forelskelsen. Han så der et manglende skille mellom en selv (selvet) og den annen. Han mente forelskelsen var en overvurdering, en overestimering av objektet. Mens et ekte objekt ville oppleves å være atskilt fra en selv (Frøysaa, 2007, s.17). Det ser således ut for at forelskelsen kan inkludere både idealisering og speiling av grandiositet, som et resultat av at selv-andre differensieringen blir utydeligere for en.

Det kan oppstå et voldsomt sinne, et *narcissistisk raseri*, som en reaksjon på en narcissistisk krenkelse i barndommen, og den kan ha sin rot i arkaisk narcissisme, i følge Kohut (Kohut,1972, i Frøysaa,2007, s.19). Raseriet oppstår når selvet eller det idealiserte objektet mislykkes i å leve opp til de arkaiske bestemte forventninger om perfeksjon. I case-vignetten så vi at Bente uttrykte et voldsomt raseri mot moren. Bente var så sint at hun kunne ha knust moren. Men hun er også sint på omtrent alle andre. Bente har hevntanker mot mor og ønske om gjenopprettelse i arveoppgjøret med søstrene. Både hevn og ønske om gjenopprettelse kjennetegner narcissistisk raseri.

Monsen, som har utviklet og forsket på affektbevissthetsmodellen, forklarte at desillusjonering av idealiserte selv-andre bilder er avgjørende for å modne selvet og for strukturering av selvet. Det kan bety at det skjer en *restrukturering* når klientens selv-andre bilder blir utsatt for desillusjonering i terapi. Strukturering er altså en endringshensikt innenfor selvpsykologi. Klienten vil da kunne tåle sterk tristhet og fortvilelse uten å bli truet av selvfølelsesreguleringen (Karterud & Monsen,2005,s.136). Manglende empatisk respons fra mor i kritiske faser av selvutviklingen kan gjøre at spedbarnet/barnet tidlig søker *objekter* (mennesker eller ting) som kan fylle deres narcissistiske behov, og slik utvikler de en *objekthunger*, noen som kan være objekter i deres Selv, som balanserer behov. Kohut pekte, som nevnt, særlig på to typer selvobjektoverføringer som uttrykk for selvets behov, den grandiose speiloverføringen, der ”merger”, sammensmeltingen, kanskje er den mest arkaiske formen, og således den mest aktuelle for å påpeke mangelpatologi, og den idealiserende selvobjektoverføringen.

Dette kan forklare hvorfor parrelasjonen ble opplevd som et forhold på liv og død for både Karl og Bente i vignetten. Karl er så sammensmeltet med Bente, hans selvobjekt, at han ikke kan forestille seg å ”være noen” uten henne. Og Bente truer med skilsmisse, men uten å gå, for en del av henne er avhengig av sammensmeltningen med Karl, å bli speilet som

verdifull, fordi hun ”holder orden”. Rosen er dypt tilfredstillende for Bente. Begge to opplevde stor frustrasjon over sine respektive mødre. Med selvpsykologiske briller kan vi kanskje si at begge uttrykte sterkt behov for nærhet, å bli sett, lyttet til, å få sine følelser validert å være verdifulle, først og fremst av sine mødre, og da det ikke skjedde, ønsket de begge å få dekket behovet for positiv validering fra andre selvobjekter, fra partneren. Da heller ikke det skjedde, reagerte Bente med sterke affekter som sinne, fiendtlighet, hevnlyst, mens Karl ble unnvikende, tom, deprimert, passiv, samtidig som han likevel fortsatte å *idealisere* både sin mor og Bente. Bente og Karl, er respektivt hverandres selvobjekt. Det kan således være en forklaring på deres samlivsprobleme. Den indre strukturelle balansen hos hver av dem blir holdt og gjenopprettet i de gjensidige strukturelle overføringene mellom dem. Begge synes å ha selvstrukturelle mangler med tilhørende uoppfylte krav til nære tilknytningspersoner, som partneren i parforholdet. Det kjennetegner mangelpatologi.

## **2 Tilknytningsteori og forskning på tilknytning i parforhold**

Tilknytningsteori blir her drøftet både tilbakeskuende og i samtidsperspektiv. Fokus er hvordan mangelpatologi oppstår som følge av det tidligste dyadiske samspillet mellom mor-spedbarn, og hvordan innlærte tilknytningsmønstre forplanter seg i den videre utvikling, inn i voksenalder og parforholdet.

Transaksjonsperspektivet innen utviklingspsykologi plasserer relasjoner i sentrum som et levende system for mennesker til å skape dynamiske, nonlineære mønstre. Relasjonen mellom mor og spedbarn er den fundamentale enheten, der utvikling finner sted. Sammen danner de signifikante emosjonelle bånd. Foreldre-spedbarn dyaden påvirker hverandre gjensidig, de påvirker reguleringen av hverandres indre tilstander og atferd, og selvreguleringen. Mor-spedbarn systemet, med sitt nonverbale kommunikasjonssystem, inkluderer affekter, sensomotorisk vekst og utvikling, temperament, de sosiale omgivelser og foreldresensitivitet (Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Emde, 1989, i Seligman & Harrison, 2012, s.340).

Bowlby definerte tilknytning som affektive bånd (affectional bond), som er en følge av hengivenhet (affection). Bowlby skrev (1980, s.40): ”Mange av de mest intense emosjoner oppstår i forbindelse med dannelsen, opprettholdelsen, avbrytelsen og fornyelsen av tilknytningsrelasjoner. Dannelsen av bånd beskrives som å bli forelsket i en person,

oppretholdelsen av et bånd som å elske en person, og det å miste en partner som å sørge over en person. På samme måte gir risikoen for å miste anledning til angst, mens det faktiske tap gir anledning til sorg; begge disse situasjoner må forventes å gi anledning til sinne. Den uanfektete oppretholdelsen av bånd oppleves som en kilde til trygghet, og fornyelsen av et bånd er en kilde til glede” (Bowlby, 1980, s.40. I Fonagy et al.,2007, s 91, fra dansk i min oversettelse).

Gullestad (2001) siterte Bowlby (1951) om tilknytningskonseptet:” a continuous tie to a specific person that the child turns to when feeling vulnerable and in need for protection” (Bowlby,1951, s.13, i Gullestad,2001, s.5). Forskning på tilknytning hos barn viser at individuell identitet og følelsen av å være forbundet med andre er sammenvevet. Så det er et tilsynelatende *paradoks* i det at for å føle seg som et unikt individ, avhenger det av at man blir sett og anerkjent av en annen. *Det intersubjektive perspektivet* understreker at det er en prosess av gjenkjennelse i den andres blikk. Barnet *ser seg selv som lyset i morens øyne*, ”the glam in the mother`s eyes” (Kohut & Wolf, 1978). Et eksempel på *samspeillet* med respons er: mor smiler, og umiddelbart etterpå løfter spedbarnet hodet, smiler tilbake, og fikserer blikket på morens ansikt. Et motsatt eksempel er den kraftfulle og intense moren, som hadde tankene på en uferdig jobb, som gikk raskt inn i barnerommet, der hun nesten med en gang følte seg såret og avvist av spedbarnet da spedbarnet ikke responderte nonverbalt med smil og blikkontakt. Moren ble frustrert og forlot raskt barnet. Dette spedbarnet hadde en medfødte konstitusjon med en lav emosjonell terskel. Derved opplevde barnet å bli overveldet av morens høye tempo. Barnet fikk for høy aktivering. Barnets bortvendte ansikt var på dette tidspunkt ikke en *tilbaketrekking*, *avvisning* eller *unnvikelse* av moren, men heller en tidlig emosjonsregulerende atferd som respons på morens tempo. Morens respons, med å gå raskt ut av rommet, er imidlertid viktig for å vurdere et fremtidig mønster i samspeillet deres. Og som begynnelsen på et senere internalisert tilknytningsmønster hos barnet, kanskje med et utrygt og engstelig tilknytningsmønster. En roligere tilnærming med tilpasning til spedbarnets konstitusjon på et så tidlig tidspunkt, hadde sannsynligvis ført til en mer imøtekommende reaksjon fra barnet. Zajoncs teori om sosial fasilitering viste at mennesker evolusjonært har iboende å få automatisk høyere aktivering (arousal) i nærvær av andre mennesker. Morens blotte nærvær ble således en automatisk arousalforsterker, i tillegg til at mor også hadde for høyt tempo for dette spedbarnet. Et annet spedbarn ville kanskje gurglet av fryd over virvelvinden som kom nærmere og nærmere. LeDoux (1994a, 1994b) skrev om emosjonell bearbeiding. Spedbarnet hadde, i denne situasjonen ingen emosjonell kontroll, kalt type 1, i

henhold til menneskets evolusjonære utvikling, og for det andre hadde barnet også sine egne spesifikke individuelle reaksjoner, kalt type 2, som følge av sin medfødte konstitusjon som et barn med ønske om ro rundt seg for å unngå ubehagelig høy aktivering. Genekspresjon utløses ikke av observerbar, objektive miljøfaktorer; det avgjørende er barnets egen opplevelse av miljøet.

Det er interessant for forskere å se på samspillet mellom ulike lag av representasjoner for det utviklingsmessige utfall. Ved tilknytningsvansker følger ofte nedsatt serotonerg funksjon. 5-HTT-genet, serotonintransportgenet, vil med sin korte allel bli gjort ansvarlig for en defekt serotonerg funksjon (Lesch et al.,1996; Heils et al.,1996), som får følger med mulig angst og depresjonslidelser.

Tilknytningsteori er en systemmodell, som er del av *en konstruksjonistisk tilnærming* til utvikling av det subjektive selvet. Emosjoner regnes som fullgode *intensjoner*, og er blant de første intensjonelle tilstander som individet attribuerer til differensieringen Selv og Andre (Gergely & Watson,1996). ”In the beginning was the affect” skrev Gullestad (2005) treffende. Tidlige forventninger og selvreguleringsevne er et resultat av *interaksjoner* med den ytre verden. Og det indre ”kartet” blir kontinuerlig oppdatert ut fra kontekst og nye hendelser. Tilknytningssystemet (Bowlby,1969,1973,1980) henger tett sammen med utviklingen av indre representasjoner av en Selv, og utviklingen av Selvets reflekseive funksjon. *Selvet eksisterer kun innenfor en kontekstuell relasjon med en annen*. Det som forener teoretikerne og forskerne om tilknytningsteori, er enighet om at det skjer en samregulering i samspillet mellom mor og spedbarn, som bidrar til at barnet utvikler selvregulering.

Det er bred enighet blant forskere at gjentatte stabile aspekter av relasjonen mellom en selv og en annen nær tilknytningsfigur abstraheres og blir til *indre mentale arbeidsmodeller* eller *representasjoner*. Bowlbys opprinnelige begrep indre arbeidsmodeller har blitt ytterligere presisert av Horowitz (1995) og Luborsky & Luborsky (1995). Klassifisering av de fire tilknytningsmønstrene fra barndommen, trygg, utrygg-engstelig, utrygg-unnvikende (Ainsworth et al.,1971,1978), og desorganisert tilknytning (Main & Solomon,1986) blir opptatt som indre, skjematisk representasjoner og blir *tilknyttet proseduralhukommelsen* (Schore 1996,1997,2001,2003). Representasjonene trer i kraft *automatisk*, som på autopilot, like automatisk som å sykle, og forskjellig alt etter kontekst. Tilknytningsteori har fokus på sosialisering innenfor familien, men som i eksempelet med den travle moren, har begge, også

barnet selv, selv om barnet er ubevisst om dette, meget stor innflytelse på hvordan sosialiseringen forløper.

Tilknytningsteori går ut fra et utviklingspsykologisk transaksjonelt syn på samspillet mellom barn-mor (den nære tilknytningspersonen). Dette synet ble også inkludert i Minuchin`s (1975) systemiske tenkning. Minuchin oppdaget tidlig på 1960-tallet to familiemønstre for familier i vansker. Det første mønsteret var at familiemedlemmene var kaotiske og for tett på sammenfiltret i hverandre (enmeshed). Det andre mønsteret var at familiemedlemmene tilsynelatende ikke var engasjerte, i isolasjon, og ikke-relaterte til hverandre. Også utviklingspsykologen Bronfenbrenner (1979) inkluderte transaksjonsmodellen og mor-barn samspillet i sin økologiske utviklingsmodell.

Oppsummert har tilknytningsteori fokus på relasjoner, tidlig affektregulering, interne representasjoner av relasjoner til nære omsorgs- og tilknytningspersoner (identifikasjonsprosesser, internalisering av indre arbeidsmodell) og selvorganisering. Signalet fra mor fører til en selvregulering, som deretter fører til hemming eller til regulering. Spedbarnet er ikke bevisst sammenhengen, men oppnår gradvis en *funksjonell bevissthet* rundt dette, i følge Fonagy et al. (2002). Senere følger en *refleksiv bevissthet*, om tilpasningen som foregår, og som er atskilt fra barnets handlinger. I det barnet oppnår en *autobiografisk bevissthet*, der minnene har fått mening og betydning, valens, kan barnet plassere minner i rekkefølge og skape sin fortelling, en narrativ.

## **2.1. Affektavspeiling i tilknytningsteori**

Affektavspeiling og affektregulering innen tilknytningsteori har betydning for en sund eller mangelpatologisk utvikling. Den interpersonlige fortolkningsmekanismen oppstår på basis av tidlige tilknytningsrelasjoner og graden av trygghet i disse. Morens eller den nære tilknytningspersonens funksjon av å være en *trygg havn og trygg base* bidrar til barnets utforskningsferdigheter og til å utvikle kommunikasjonsstil (Marvin et al.,2002). Når mor *nonverbalt og implisitt modererer barnets affekter med kontingente og responderende, markerte emosjonelle uttrykk, i sin speiling av barnets affekter*, den såkalte affektavspeilingsprosessen, så utvikles affektregulering, som kan defineres som de prosesser, der individer påvirker hvilke emosjoner de har, når de har dem, og hvordan de opplever og uttrykker disse emosjonene. Mor, som en trygg havn og en trygg base, gjennom

”containment”(Bion,1962) eller ”holding”(Winnicott,1965) av barnet, bidrar til nettopp emosjonell trygghet og emosjonsregulering.

## 2.2. Utrygg tilknytning

kan oppstå og foregå feil på to måter i samspillet med mor, i følge Fonagy et al. (2008, s.106). Det får konsekvenser for selvstrukturell feilutvikling med mulig *internalisering av falskt selv*, og en følgende mulig mangelpatologi. Feilen er enten ved at barnets affekter ikke blir *markert* av mor, eller ved at mors responsreaksjon ikke er tilstrekkelig *kontingent*. Når mor ikke reagerer på barnet, kan det oppstå ikke-tilknytningsreaksjon (detachment) i barnet. Da kan selvvopplevelsen hos barnet blir konstruert ut fra en *falsk internalisering* (Winnicott,1965) av moren. Barnet kommer da til å spille en rolle, og blir således fremmedgjort fra sitt kjerneselv (Bleiberg, 1984, 1994), noe som kan føre til en atferd der deres ”*falske*”selv manipulerer andre, særlig nære tilknytningspersoner, slik at *tilknytningpersonenes atferd tilpasses uttrykket og måten i det falske selvet, som således passer inn i den bemerkelsesverdige desorganiserte tilknytningen til barnet*. Når barnet vokser til, og blir ungdom og voksen, vil denne interne arbeidsmodellen, representasjonen, denne internaliserte, desorganiserte tidlige tilknytningens ”falske” selv, fortsette å vise seg som rolleatferd og i prosedurale, internaliserte, arkaiske representasjoner. Det er altså en viss sjanse for at barnets objektrepresentasjoner (av mor), jf Kohuts primærnarcissisme/selvobjekt i selvpsykologi, vil være *sammenvevet med barnets egne selvrepresentasjoner*. Barnets tidlige representasjoner utvikles kontinuerlig og gradvis, og endres opp gjennom årene, men har stadig utgangspunkt i det opprinnelige desorganiserte tilknytningsmønsteret. Dette er sentralt for mangelpatologi.

*De tilhørende desorganiserte affekter* viser seg gjennom klientens reaksjonsmønstre og i overføringer til andre tilknytningspersoner og i terapi. Terapeuten fanger affekter opp via overføring og i motoverføring (terapeutens personlige reaksjoner på overføringen), eller i klientens manglende evne til å uttrykke en sammenhengende narrativ av egne minner. Sterke affekter assosiert til klientens nære tilknytningspersoner kan også uttrykkes av klienten i voksen alder gjennom projeksjoner og fortolkninger.

Tre elementer av mentalisert affekt kan avsløre et desorganisert tilknytningsmønster. Det første er identifikasjon av emosjon, å kunne sett navn på følelsen. Det andre er modulering av affekten. Som oftest innebærer det å kunne nedtone for sterke affekter, men også å høyne affekter ved nedstemthet. Og det tredje er at man ved affektuttrykk, at man kan si hvilken følelse man har, helt i klartekst (Fonagy et al., 2008, s.89).

Følelsen av at selvstrukturen ikke henger helt sammen, kan være en årsak til, og en motivasjonsfaktor til at man fortsetter å søke etter tilknytningsrelasjoner gjennom hele livet, i håp om å finne større integrasjon og forståelse. Der hvor det "falske" selvet ikke blir integrert, som *en ufordøyelig kjerne*, vil behovet for og ønsket om å skape integrasjon oppleves å være enda større, men paradoksalt nok, vil det internaliserte fremmede selvet være til hinder for nettopp å kunne utvikle og opprettholde nære tilknytningsrelasjoner, slik som for eksempel i et stabilt, langvarig parforhold. Hos voksne fører desorganisert tilknytningsmønster til patologi, der nevrofysiologi påvirker affekter, interne forventninger, og det pågående voksenlivets erfaringer og vice versa (Perry, 2008; Shore, 2001). Ut fra dynamisk systemteori vil *endring i tilknytningsrelasjonsmønstre* oppstå som følge av slike organiserte interaksjoner mellom komponenter i (det indre mor-spedbarn)systemet og ytre handlinger (i samspillet deres). Disse fører til langtidsvirkninger, helt inn i parforholdet, og noen ganger vil utviklingen være patologisk, med konfliktpatologi, men særlig mangelpatologi, som jeg kommer tilbake til.

Det er sannsynlig at tidlige tilknytningserfaringer også utgjør en trussel mot eksistensen av en annen psykologisk struktur, som har til formål å representere objektreasjoner, og som viser seg gjennom den interpersonlige fortolkningsmekanismen, en ferdighet som er genetisk definert og lokalisert i prefrontal cortex; nemlig evnen til *å reflektere over andres mentale tilstander*, en viktig evne for å opprettholde nære voksne tilknytningsrelasjoner. I vignetten med Karl og Bente var terapeutens første tanke nettopp at klientene hadde mindre behov for å forstå (seg selv eller den andre) enn det *å bli forstått*. Tilknytning er kanskje ikke målet i seg selv fra naturens side. Tilknytning synes å utgjøre et system som ble evolvert for å løse sentrale ontogenetiske fysiologiske og psykologiske oppgaver (Fonagy et al. 2002; Seligman & Harrison, 2012; Torgersen, 2013).

### **2.3. Nonverbale dimensjoner i tidlige mor-spedbarn interaksjoner**

Tenkningen rundt den implisitte, preverbale, nonverbale kommunikasjonen mellom mor-barn i tilknytningsteori har påvirket terapeutisk tenkning i relasjonelt orientert psykoanalyse, men ikke i samme grad i mentaliseringsteori. Forholdet til det ubevisste og implisitte fører de to teoriene mot ulike praksiser, med konsekvenser blant annet for å behandle mangelpatologi.

Barnet er ikke på et primitivt stadium i spedbarnsalderen, slik psykoanalytikerne Freud (1920) og Klein (1946) mente. Det nonverbale systemet er et høyt organisert system med affekter,

taktile og autonome erfaringer som integreres i en tidlig selvopplevelse i spedbarnets liv. Spedbarnets nonverbale uttrykk brukes til å kommunisere med mor, og mor responderer i korresponderende modaliteter, gjennom kroppstemperatur, hjerterytme og åndedrett, og hun snakker et nonverbalt språk tilbake, med tonefall og rytmikk i stemmens toneleie, -volum, rytmikk og pauser tilpasset spedbarnets tonehøyde og register. De nonverbale interaksjonene organiseres etterhvert i mønstre, som også kan observeres hos voksne dyader. I dyadene er det øyeblikk med gjensidig regulering; det er gjensidighet i den nonverbale samtals sekvenser av utfall og respons, og ved reparasjon av særlig emosjonelle brudd mellom to (Seligman & Harrison, 2012, s.339; Beebe & Lachmann, 2003; Stern, 1977, 1998b). Killingmo (1989) fremhevet nettopp slike *nonverbale uttrykk som svært viktige som verktøy for å kunne gi klienten ikke bare verbale, men også nonverbale bekreftelser ved mangelpatologi.*

Denne implisitte, prosedurale og emosjonelle tilstanden i kommunikasjonen har altså en parallell til psykoanalysens arbeidsmåter, der det implisitte, som en definisjon, refererer til hva vi vet eller gjør automatisk, uten den bevisste erfaringen av at vi gjør det. Hos voksne vil det implisitte referere til ting vi "bare vet" eller gjør automatisk uten å vite hvorfor, eller husker bevisst hva som førte til nettopp disse handlingene. Ofte bringes de til bevisstheten i form av symboler i stedet for som semantiske konsepter (Pally, 1997 oct.). Språket brukes både eksplisitt og implisitt.

Spedbarnets forventninger (til mor) er en definisjon på implisitt prosedural kunnskap, i følge Beebe & Lachmann (2002, i Beebe & Lachmann, 2003, s.2). Vi har en implisitt relasjonell viten; vi vet hvordan å gå fram for å oppnå sosiale, og spesielt intime interaksjoner. Forskning bekrefter dette i studier på å tolke ansikter. I løpet av 30 millisekunder prosesseres ansiktsuttrykk og finner en match, noe som skjer fullstendig utenfor bevisstheten (Dimberg, Thunberg & Elmehed, 2000). Emosjonelle reaksjoner ved ansiktsfortolkning vekkes utenfor bevisstheten, på et ubevisst, implisitt nivå. *Det implisitte modus er utenfor bevisstheten.* Det utgjør en kontinuerlig og kraftfull bakgrunn mot den verbale forgrunn i samtale og lytting. Stern og resten av "the Boston Study group on Change" (Bostongruppen) har arbeidet mye med den implisitte kommunikasjonen hos barn og voksne (Stern et al., 1998; Tronick, 1998; Knoblauch, 2000; Shore, 1994, 1996, 1997). Beebe & Lachmann (2003) skrev at *det relasjonelle systemets matrix, eller tilnærming, kan defineres som et system der hver komponent påvirker eller blir påvirket av den annen i kommunikasjonen.* Da er det vesentlig å merke seg at det foregår slik også i den nonverbale og implisitte kommunikasjonen mellom to



personer, i dyaden. Jeg antar at evnen til tolkning ut fra nonverbal kommunikasjon er like tydelig i voksne parforhold som i dyaden mor-barn.

Louis Sander var en foregangsmann for forskning på det gjensidige relasjonelle systemet som tilnærming til barneforskning. Den gjensidige (bi-directional) regulering og selvregulering var Sanders hovedkonsept: ”organism, surround, and exchanges-between can be ... discussed as a system...exchanges between interacting component in a system, through mutual modification, reach a harmonious coordination...” (Sander,1977, s 138). Dette tema har blitt elaborert av senere relasjonelt orienterte teoretikere. Jaffe arbeidet med rytmikk i den nonverbale samtalen, med særlig fokus på timing, da nettopp *pausenes lengde* i samtalen forteller om indre sinnstilstand, empati og når samtalen er i ferd med å bryte sammen. Dette skjer hos voksne dyader, og mellom mor-spedbarn i deres ”proto-konversasjon”(Beebe, Alson, Jaffe, Feldstein & Crown, 1988).

*Det nonverbale implisitte synes derfor å kunne gjøre en forskjell i behandling av mangelpatologi.* Og kanskje også når voksne par går inn i en form for umoden ”proto-konversasjon”? Hos barnet er det den nonverbale, implisitte og ikke minst relasjonelle utvekslingen med mor som danner utfall for etablering av tilknytningsmønsteret. Da går det an å spekulere om det er slik også for de voksne dyadiske tilknytningsrelasjonene. At det nonverbale er mer betydningsfullt for tilknytningsrelasjonen mellom to partnere enn det verbale? Nettopp vektleggingen på de implisitte ubevisste prosesser i tilknytningsteori bidrar til at teorien er en av de mest innflytelsesrike teorier, både empirisk og teoretisk, for barns utvikling og sannsynligvis også for voksen utvikling og tilknytning.

## **2.4. Voksen tilknytning**

Indre arbeidsmodeller forklarte:” the many forms of emotional distress and personal disturbances, including anxiety, anger, depression, and emotional detachment, to which unwilling separations and loss give rise” (Bowlby, 1977,s 201). Barndomstilknytning er underliggende tilknytning i parforhold, the:“ late capacity to make affectional bonds as well as a whole range of adult dysfunctions... marital problems and trouble with children, as well as... neurotic symptoms and personality disorders” (Bowlby, 1977, s. 206). Allerede Winnicott (1971) i originalboken fra 1953, var inne på det samme da han beskrev partneren som “*secure enough base, for bond*”. Hazan et al. (i Bromberg et al., 2008) fant at det skjedde en gradvis overføring av tilknytning fra foreldre, eller nære tilknytningspersoner, over på en kjæreste eller nære venner i ung alder. Gifte, og i noe mindre grad samboende par, regner sin

ektemake som nærmeste tilknytningsperson. Forskning viser at voksne kan ha flere tilknytningspersoner, og at det er ytre forhold og behov, samt den individuelle utvikling som påvirker hvem som blir ens signifikante tilknytningsperson/-er (Mikulincer & Shaver, 2007).

De karakteristiske trekk ved en tilknytningsrelasjon i spedbarnsalderen er tilstede også i voksne tilknytningsrelasjoner (Hazan, 2003). Voksne opplever også ubehag ved fravær, separasjonsangst, behov for trøst og støtte, følsomhet for avvisning og kjærlighets-og nærhetssøken. Hvis ens partner er lite sensitiv og distanserende i parrelasjonen reagerer den andre partneren ofte motsatt, med økt nærhetssøking og klenging for å beskytte seg mot ubehag (Shaver et al., ref. Mikulincer & Shaver, 2007). Hazan & Zeifman (1999) viser likhetstrekk, med kjærtegn, kyss og omfavnelser som særtrekk ved både barns og voksne pars tilknytning. Signalsubstansen oxytocin utskilles, og bidrar til et gradvis sterkere kjærlighetsbånd (Bartels & Zeki, ref. i Broberg, 2008). Studier viser at voksne reagerer på tap av partner på samme måte som spedbarnet reagerer på separasjon fra moren; med angst, panikk, etterfulgt av apati og depresjon, for gradvis å føle seg bedre igjen (Hazan & Zeifman, 1999). Disse reaksjonene er således anderledes enn ved atskillelse fra eller tap av mennesker som man har en regulær sosial kontakt med. Spørreundersøkelser avdekker at tilknytningsrelaterte tap er noe av det mest stressende man kan oppleve (Hazan & Zeifman, ref. i Broberg, 2008).

Forskjeller mellom barns og voksnes tilknytning er først og fremst at hos voksne par vil begge partnere gjensidig bruke den annen som sin nære tilknytningsperson. Dernest at både tilknytningssystemet med omsorg og det seksuelle i relasjonen er aktivert samtidig (Hazan & Zeifman, 1999). Motivasjonen for nærhet blir således forskjellig hos barn og voksne. Overlevelse, som tilknytningens evolusjonære aspekt, er sterkere tilstede hos spedbarn enn hos voksne. Skilsmissestatistikken tyder på at tilknytning mellom voksne er mer sårbar for brudd, og særlig innenfor de første fire årene innen paret får egne barn og derved blir genetisk koblet til hverandre gjennom felles barn (Fisher, ref. i Hazan & Zeifman, 1999).

## **2.5. Forskning på voksen tilknytning i parforhold**

Adult Attachment Scale/AAS (Collins & Read, 1990) måler tilknytning i parforhold, og Adult Attachment Interview/ AAI (Main & Kaplan, 1985) måler voksen tilknytning ut fra barndommens tilknytningsmønstre. AAS bygger på forarbeidene til Hazan & Shavers (1987) og Levy & Davis (1988) og ble ferdig utviklet av Collins & Read (1990). Main et al. markerte et skift med AAI. Hun flyttet fokus fra å måle atferd, til å måle voksnes "state of mind with

respect to attachment". Hun og kollegaene kalte det "the level of representation" (Main, 1985, ref. Levy et al. 2012, s.402).

I det følgende blir det gjort rede for sentrale funn på partilknytning målt med disse to testene. Andre lignende tester finnes, som AAQ (adult attachment Questionnaire), en selvrappingstester som måler ubehag under konflikt og indre arbeidsmodeller. Videre, INVAA (The Inventory of Adult Attachment) ble presentert i doktoravhandlingen til J. M. Lichtenstein, Pennsylvania State Uni, 1992. Videre, SASB (Secure Base Scoring System), der Benjamin (1974) forener tidligere modeller av Freedman et al.(1951), Leary et al.(1965), og Schafers (1965) sirkumpleks-modell, med aksene attachment (attack versus love) og interdependence (control versus authonomy), samt tre overflater for atferdsbeskrivelse (transitiv, intransitiv og introjekt). SASB konvergerer med AAQ og INVAA (Seiertun, 2007, s.10). Videre, RQ (Relationship questionnaire) som ble utformet av Bartholomew & Horowitz, og tester tilknytning ved inntaksmøtet, relatert til prosess, særlig arbeidsallianse med terapeut, i korttids dynamisk terapi. Videre, Marital Q-set som ble utformet av Kobak & Hazan (1991), en test, som måler partners behov for trøst og støtte, partnerens psykologiske tilgjengelighet. Og CAI (Couple Attachment Interview) av Alexandrov, Cowan & Cowan (2005). CAI ligner AAI, men måler tilknytning og trygghet i forhold til nåværende ektefelle, og man kontrollerer samtidig for depressive symptomer og generell barndomstilknytning, ved hjelp av AAI.

Studier av blant annet Mehta (2009), har påvist at når barndommens tilknytning er kontrollert for, overgår partnerens depressive symptomer effekten av partnerens partilknytning (Mehta et al.,2009, ref. Schou,2012,s.58). Dette funnet står i kontrast til Cornelley et al.'s regresjonsanalyse fra 1994, som beskrives nedenfor. Det synes å være en risiko å kun måle trygg tilknytning og trekke slutninger om parforholdets mestring av konflikter, uten også å kontrollere for partnerens tilknytningsmønster, målt med CAI.

*Adult Attachment Scale/ AAS* (Collins & Read,1990) (se Appendix A, ref. Schou, 2012) har 18 items, der hvert item tilhører en av tre tilknytningsstiler (Secure; trygg, Anxious; utrygg-engstelig, Avoidant; utrygg-unnvikende) på fem punkt Likert skala. Faktoranalyse avdekker tre dimensjoner: Den første er nærhet (close), det vil si hvor komfortabel man er med nærhet. Den andre er avhengighet (depend), det vil si om man tror andre er tilgjengelige når man trenger dem. Den tredje er engstelse (anxiety), det vil si om man er engstelig for å bli forlatt eller ikke elsket. Cronbachs alpha koeffisient for Close, Depend og Anxiety er .69, .75, og

.72. Med en trygg tilknytningsstil skårer man høyt på dimensjonene Close og Depend og med lav skåre på Anxiety. Med en unnvikende tilknytningsstil er det lave skårer på alle dimensjoner. Subjektene er ukomfortable med nærhet, har liten tro på at andre er tilgjengelige, og bekymrer seg lite over muligheten for å bli forlatt. Engstelige subjekter har moderate skårer på Close og Depend og høye skårer på Anxiety. Disse er komfortable med nærhet, ganske trygge på andres tilgjengelighet, men er svært bekymret for muligheten for å bli forlatt eller ikke å bli elsket (Collins & Read, 1990). De tre dimensjonene viser grunnleggende aspekter ved voksen tilknytning. Carver (1997, ref. Schou, 2012) kritiserte Collins & Read. Han mente at to av dimensjonene, Close og Depend, kun målte to forskjellige aspekter ved unnvikelse. Året etter, i 1998, foretok Brennan, Clark & Shaver en grundig gjennomgåelse av flere ulike modeller og mål på voksen tilknytning. Deres funn konkluderte at det er to dimensjoner, engstelig og unnvikende, som er underliggende for alle målinger på romantisk tilknytning hos par.

Appendix B viser hvordan de to dimensjonene, *engstelig* og *unnvikende* (Brennan, Clark & Shaver, 1998) er plassert inn i Bartholomew & Horowitz` (1991) firekategorimodell med fire tilknytningsstiler, som involverer intern arbeidsmodell på Selv og Andre. Den første dimensjonen, *engstelig* (anxiety), viser om man er bekymret for å bli avvist, forlatt, eller ikke elsket av nære tilknytningspersoner. Den andre dimensjonen, *unnvikelse* (avoidance), viser i hvilken grad man har en begrenset nærhet eller gjensidig avhengighet til andre. I Bartholomew & Horowitz` (1991) firekategoriske modell er det to akser, Modell for Selv (avhengig) og Modell for Andre (unnvikelse), og fire tilknytningsstiler i kvadrater; den første, Secure: "comfortably with intimacy and autonomy", den andre, Preoccupied: "preoccupied with relationships", den tredje, Dismissing: "dismissing intimacy and social avoidant", og den siste, Fearful: "Fearful of intimacy and social avoidant". De to modellene vises sammenstilt som en modell (appendix A).

Blant annet som følge av at det har kommet fram store individuelle forskjeller på atferden unnvikende tilknytningsstil, pekte Fraley & Shaver (2000) på at det vil være en ide å operasjonalisere individuelle forskjeller ut fra tilknytningssystemet fremfor å operere med modeller på Selv-Andre. Det vil åpne for å se på individuelle variasjoner i de grunnleggende tilknytningsprosessene, og å se mer nyansert på tilknytningen i nære voksne relasjoner. Mikulincer & Shaver (2007) foretok en gjennomgang av forskningen på voksen tilknytning og sammenfattet funnene til en modell for tilknytningssystemets aktivering og dynamikk, som

teoretisk hviler på Bowlby og Ainsworth. Mikulincer & Shavers sammenfatning (2007) er i tre deler: Først, å vurdere hos subjektet hvilke ytre trusler som kan føre til nærhetssøkende tilknytningsatferd, som er tilknytningssystemets primæratferd. Deretter, å vurdere om nær tilknytningsperson er tilgjengelig, for på den måten å få skillelinjer mellom trygg og utrygg tilknytning. Til slutt, å vurdere om personen er i stand til å søke nærhet for å håndtere det ubehaget som oppstår når den nære tilknytningspersonen er utilgjengelig. Valgene vurderes enten som å ha engstelig tilknytningsstil, med overaktiv og intensiv tilknytningsatferd, eller som å ha unnvikende tilknytningsstil, gjennom å vise deaktiveringsstrategi, der personen nedregulerer sin egen tilknytningsatferd (Mikulincer & Shaver, 2007).

Tilknytningssystemet aktiveres for eksempel av tilknytningsrelaterte trusselord, som ”separasjon” (Mikulincer, Gillath & Shaver, 2002), et ord man ikke er bevisst der og da er en trussel. Også selvbildet aktiverer tilknytningssystemet, som å ha trygghetsbaserte indre representasjoner av selvet, som er vanlig hos trygt tilknyttede individer. Man har det Bowlby kalte ”selv-omsorgsgivende representasjoner”. Et grandios selvbilde, jf. Kohut, kan derimot være en motsetning, der tilknytning til andre unnvikes og avvises for å opprettholde kontroll og selvstendighet. Tilknytningsbehovet blir da fornektet, og slik unngår personene de negative følelser som kan aktiveres av tilknytningssystemet. Når tilknytning trues og personene velger seg en strategi mot trusselen om å bli forlatt/avvist, kan valget stå mellom en hyperaktiverende strategi eller en deaktiverende strategi. Ved hyperaktiverende strategier, får trusselen mot tilknytningen stor oppmerksomhet, noe som hyppig forekommer hos engstelig tilknyttede personer. Mens ved en deaktiverende strategi vil det å avlede oppmerksomheten mot trusselen, være måten å svekke behovet for trøst og beskyttelse. Tilknytningsstil hos individer påvirker således trusselvurderinger, og derved graden av den nærhetssøkende atferden. Regresjonsanalyser viser at tilknytningsstil er en sterkere prediktor for fungering i parforholdet enn depresjon, i et utvalg av kvinner som hadde eller hadde hatt depresjon i en AAS-studie. Funnene kan ikke generaliseres til begge kjønn (Carnelley et al. 1994). Dette funn står i motsetning til Mehta`s (2009) funn nevnt innledningvis.

En annen korrelasjonsstudie, også målt med Adult Attachment Scale/AAS, viste at menn var mer ukomfortable med nærhet (dimensjonen Close), og var mer bekymret for avvising, å bli forlatt (dimensjonen Depend) enn kvinner (Marchand, 2004). Partnerne syntes å ivareta hverandres interesser under konflikt ulikt ut fra tilknytningsstil. Shi (2003) undersøkte sammenhengen mellom å bry seg om seg selv eller partneren under konflikt. Funn tydet på at

personer med unnvikende eller engstelig tilknytning kunne være dominerende under konflikt, særlig de engstelige, som ville beskytte seg mot følelsesmessig smerte, og sikre at partneren var tilgjengelig. Mens de unnvikende var dominerende for å unngå nærhet og slik beskytte seg mot følelsesmessig smerte. Shi`s slutninger baserer seg på korrelasjonsstudier. De må foreløpig ansees å være spekulative inntil det kommer flere studier.

*Adult Attachment Interview/ AAI* (George, Main & Kaplan,1985; Main,1991; Rholes & Simpson,2004), er et strukturert klinisk instrument med klassifikasjon ut fra tap og tilknytningstraumer. Klassifiseringen er trygg/selvstendig, utrygg/avvisende, utrygg/overinvolvert eller uforløst. Ut fra AAI samles det inn narrativer om barndommens tilknytningsrelasjoner. Korrelasjon mellom klassifisering av tilknytning i barndom og voksen alder er mellom 68-75% (Fonagy et al.,2002, dansk 2007,s. 48-49), som er usedvanlig høyt for et miljøpåvirket samspillsmønster fra første leveår, som vedvarer inn i voksenlivet. Noe som etter mitt syn begrunner hvorfor ulike former for utrygg tilknytning er et viktig perspektiv ved symptomer på mangelpatologi hos par.

Klassifiseringene i AAI kan utdypes med noen beskrivelser (Bartholomew & Horowitz, 1991). *Trygg, selvstendig* karakteriserer personer med en positiv modell av selvet og andre; de føler seg verdifulle, og forventer at andre er aksepterende og responsive. De har et tilknytningsmønster som indikerer en person som legger vekt på sine relasjoner. De kan integrere sine minner til å bli en meningsfull fortelling, og oppfatter minnene som formative. *Utrygg tilknytning* antyder at individet er dårligere til å integrere sine minner til en sammenhengende fortelling, der minnene har fått betydning og mening. I tillegg forholder de seg hyppig avvisende/ unnvikende i tilknytningsrelasjoner. De enten idealiserer, slik som Karl, eller devaluerer og avviser deres tidligere relasjoner. *Utrygge/overinvolverte* individer har som kjennetegn å være forvirret, er sinte, slik som Bente, eller har frykt i forhold til nære tilknytningspersoner. Når de forteller om nylige vanskelige hendelser eller fra barndommen, kommer dette fram som en usammenhengende fortelling ofte med syntaktiske forstyrrelser.

I et utvalg på 157 forlovede par fant Cromwell et al. (2002), målt med AAI, at ”trygg tilknytning hos kvinner var positivt korrelert med positiv konfliktatferd ( $r=.21$ ,  $p< .05$ ). og negativt korrelert med negativ konfliktatferd ( $r= -.21$ ,  $p< .05$ ). Resultatene på sammenhengen mellom menns tilknytningstrygghet og konfliktatferd var ikke signifikante. Funnene tydet på at trygt tilknyttede kvinner validerte og aksepterte partneren, reflekterte hans eller hennes følelser, meninger og tanker, brukte mer humor og relasjonsfremmende attribusjoner, slik som

å attribuere partnerens negative atferd til situasjonen, og positiv atferd til stabile personlighetstrekk” (Cromwell et al., 2000, ref. Schou, 2012, s. 43). Det ville vært interessant å måle resultatene ikke bare ut fra konfliktatferd, men også på mangelsymptomer. Kvinner med trygg-base atferd i tilknytning til partner, som også er påvirket av mannens eget tilknytningsmønster, den såkalte partnereffekten, synes å reagere med mindre verbal og fysisk aggresjon, og truer sjeldnere med å forlate mannen. Dette atferdsmønsteret hos kvinner gjelder ikke for kliniske par (Wampler, Shi, Nelson & Kimball, 2003).

Roisman, Padron, Sroufe & Egeland (2002) målte generell tilknytning med AAI. De skilte mellom to typer tilknytningstrygghet; *tilegnet trygg*, som uttrykker sammenhengende negative opplevelser i barndommen, og de *vedvarende trygge*, som kan gi en sammenhengende positiv validering av sine barndomsopplevelser. Den første gruppen kan, slik forskerne tolker funnene, fungere godt i voksne parforhold.

Simpson, Winterheld, Rholes & Orfina (2007) undersøkte hvilken type omsorg som på best mulig måte kunne redusere ubehag hos personer med ulik tilknytningsstil i stressende situasjon, målt med AAI. Utvalget var 93 par i alderen 17-24 år, der 90 % hadde henholdsvis trygt eller unnvikende tilknytningsmønster. Studien viste at personer med ulike tilknytningsstiler hadde bruk for ulik type omsorg for å lette på ubehag. Trygt tilknyttede individer ønsket at partneren oppmuntret til å snakke om følelser, gi trøst, beroligelse og uttrykke nærhet følelsesmessig. Unnvikende personer ble mer beroliget av konkrete råd og forslag til problemløsninger. Jo mer stress, jo sterkere virkning hadde følelsesmessig og instrumentell omsorg. Begge grupper responderte positivt på fysisk omsorg (Simpson et al., 2007, ref. Schou, 2012, s.53).

I vignetten så vi at Karl var unnvikende, kanskje sannsynlig utrygt tilknyttet og i forhold til Kohuts forståelse av utrygg selvobjektoverføring. Karls ros av Bente, som en som ordner opp, kan også stemme overens med en utrygt tilknyttet persons behov for å bli beroliget med konkrete råd og forslag til problemløsninger slik funn i Simpsons studie viser. I vignetten så vi at Karls unnvikenhet kombinert med indre stress, kanskje økte hans behov for nettopp Bentes praktiske omsorg, ved at hun ordner opp. Det var nettopp det Karl trakk fram da han roste henne i første terapitime.

Kritikken av AAI går ut på at selvrapport på tilknytning og AAI ikke alltid konvergerer fordi de måler ulike relasjoner, da voksne fyller ut skjemaet med sine voksne nære tilknytningspersoner i bakhodet, mens AAI i stor grad dekker tilknytningsrelasjoner i

barndommen. CAI avhjelper dette problemet. AAI vurderes som valid for å undersøke indre arbeidsmodeller.

En oppsummering. Utviklingspsykologi, tilknytningsforskning og klinisk erfaring avdekker:

a) den dyadiske relasjonens betydning mellom barn-voksen, og to voksne, er tilnærmet den samme, b) tilnærming til slike relasjoner er transaksjonell, og sammenvevet med med spesifikke faktorer i utviklingssystemet c) selvet ser seg selv i ”lyset i den annens øyne”, i et intersubjektivt system, d) det er nonverbal kommunikasjon og erfaringer tilstede både mellom mor-barn, i parforholdet, og i terapissettinger. Videre er det korrelasjoner mellom tidlige barndomsopplevelser, emosjonell dysregulering og hjerneabnormaliteter. I en adekvat utvikling får barnet en opplevelse av agens, sammenheng og autonomi gjennom å bli anerkjent som anderledes enn andre, og å være lik andre. Det er en klar parallell mellom foreldre-barn dyaden og voksen par-relasjon, særlig gjennom relasjonell dynamikk med møte-øyeblikk, her-og-nå øyeblikk, og den tradisjonelle frem-og-tilbake-dialogen (”moving along”), det vil si i samspill med forhøyet intensitet og intersubjektiv forbundethet.

Bostongruppen mente ny meningsdannelse og endringspotensiale ligger i kvaliteten på denne relasjonelle, dynamiske utvekslingen, en utveksling som er både verbal ikke minst, nonverbal (Seligman & Harrison, 2012). Tilknytningsstil kan altså sees som individets strategi for å finne emosjonell trygghet i relasjon til signifikante, nære tilknytningspersoner.

Mentaliseringsteoretikere mener at behandling av tilknytningsvansker skal ta utgangspunkt i den refleksive mentaliserende funksjon for å skille tydeligere mellom *selv* og *andre*, kombinert med emosjonsregulering, og å erkjenne at hjernefunksjon og struktur kan være endret, særlig ved personlighetsforstyrrelser.

### 3 Mangelpatologi

Jeg vil svare på og utdype de sentrale spørsmål fra innledningen: Hva er systemsvikt, hva er utviklingsbehov, hva er miljøets bidrag, hva legges i identitetsdiffusjon, hvordan uttrykkes disse punktene som affekt, hva skaper defekt i selvstruktur, hva er mangel på objektkonstans, hva kjennetegner mangelovertføringer, og hva er mangelpatologi? Disse spørsmålene blir redegjort for innen relasjonelt orientert psykoanalyse, med påpekning der det er avvik i mentaliseringsteori.



I tradisjonell klassisk psykoanalyse er konflikter det man forbinder med psykopatologi og tolkning har vært valgt som psykoanalytisk intervensjonsmetode. For eksempel reservert psykoanalytiker Anna Freud seg til kun å behandle klienter med nevrotiske konflikter. Utviklingspatologi, som hun senere kalte *mangelpatologi*, kunne hun ikke behandle, mente hun, fordi dette ikke responderte på tolkningsintervensjoner. Hun konkluderte at det ikke var mulig å skape endringer på utviklingsvansker som virker på den personlige strukturen (Anna Freud, 1981, s.118. I Killingmo, 2006, s.13). Klassisk psykoanalyse som retning ble gradvis overtatt av nye relasjonelt orienterte psykoanalytiske retninger på 1970-1980 tallet. Det var ikke lenger konsensus om terapimetoder. Det er i dagens psykoanalyse flere intervensjoner til rådighet enn bare tolkning (Killingmo (2006, s.14). Mye i den videre framstillingen er hentet fra artiklene *Conflict and deficit : implications for technique* (Killingmo, 1989) og *A plea for affirmation. Relating to states of unmentalized affects* (Killingmo, 2006).

Som jeg har redegjort for, kom begrepet *mangelpatologi* mot slutten av det 20. århundre, men var forberedt av Kohut`s (1977) ide om mangler i selv-strukturen, og også Mahlers (1975) manglende separasjon mellom indre selv og objektrepresentasjoner. Videre har tilknytningsforskning på barn støttet begrepet. Det samme har Sterns (1985) konsept om morens inntoning til spedbarnets preverbale affektive uttrykk, som mor modererer gjennom sin speiling. *Affektiv mangel* defineres som morens feilaktige emosjonelle respons, som fører til strukturelle forstyrrelser hos barnet.

Killingmo beskrev tre mulig feilaktige responser fra mor: a) mangel på stimulering, b) overstimulering, og c) feilaktig stimulering (Killingmo, 2006).

I vignetten med Karl og Bente kan vi tenke oss at både Bente og Karl tilhørte responsgruppe a) mangel på stimulering fra mor. b) Mens ingen av dem syntes å ha mødre som var *for* nære, så nære at mor overtok for dem i alle situasjoner, og ga respons i utide. Heller ikke c) en mor som kun ga responser når spedbarnet gråt, men ikke når det smilte, eller var stille, altså ga feilaktig stimulering.

I terapi blir det således vesentlig å skille på årsaker til mangelpatologi. Stammer mangelpatologi fra feil i omgivelser, *en familier systemsvikt* med feil ved mors avspeiling, den tidligste objektrelasjonen i klientens liv? Eller stammer mangelpatologi fra effekten av mangel ved personlighetens oppbygging (selvstrukturelle årsaker)? Eksempel på feil i omgivelsene er at det kan være ustabil eller manglende *objektkonstans* (mor kommer og går

usystematisk, lite kontrollerbart for barnet). Eksempel på feil i personlighetens oppbygging er at (barnet har) lav impulskontroll ved utsettelse, selvfølelsesregulering, affektmoduleringsvansker, lav frustrasjonstoleranse, ustabil identitetsfølelse. Som også kan være et resultat av feil i omgivelser. Senere, som voksen, fører disse vanskene til at a) de emosjonelle opplevelsene kan ikke uttrykkes i ord og symboler, få navn (umentaliserte affekter), b) klienten erfarer ikke egne affekter, og c) klienten relaterer seg heller ikke til seg selv med adekvat indre agens (Killingmo, 2006, s.15).

I vignetten kom det fram (a) lite ord på følelser fra Karl, og terapeuten undret seg. Kanskje over at (b) Karl ikke syntes å kunne uttrykke eller erfare egne følelser. Også punkt (c) ble uttrykt av Karl, ved at han unnlot å forholde seg til vanskene i parforholdet ved å ta ansvar og ta egne initiativ overfor Bente, på en måte som uttrykkes gjennom selvagens. Karl uttrykte seg mer som offer for omstendighetene, uten mulighet til å påvirke situasjonen.

Disse tre punktene (a-c) står i motsetning til mentaliseringsteori. Mentaliserings-teoretikerne Fonagy et al. (2007) henviste mental agens til at selvkonseptet har intensjoner og indre representasjoner, der individet forstår og sammenligner sine indre tilstander *på en bevisst måte*. Mens den relasjonelt orienterte karakteranalytiker Killigmo (2006, s.15) beskrev kvaliteter ved selvet som å være intensjonell agent, *å ha en indre følelse av et strategisk Jeg*. Det var også enighet om affektiv mangel. Både Killigmo og Fonagy et al. mente at det er lav mentaliseringskapasitet, lavt kognitivt meningsaspekt, og økt somatisk aktivert tilstand. Den indre tomhetsfølelsen og tristhet, som klienten assosierer til tilknytningsminner, samt den indre rastløsheten, er tegn på denne manglende *selvagens*, i følge Killigmo. Mangelpatologi er, som tilknytningsprosessen, et dynamisk fenomen. I fortsettelsen av den feilaktige dynamikken mellom mor-spedbarn, vil *det underliggende motivet* for klienten være å opprettholde en erfaring av identitet, da denne har utviklet seg i retning av en utviklingsforstyrrelse. Killigmo mente, i motsetning til mentaliserings-teoretikerne, at det er *det underliggende motivet som er det vesentlige* å forholde seg til ved mangelpatologi. Motivet er av en annen art enn det Anna Freud refererte til, som indre konflikter. *Ved tilknytningsvansker handler angsten heller om å beholde identiteten versus å miste sin indre identitet, seg selv*, (som kanskje ikke kan kalles fragmentering, da dette begrepet benyttes ved psykoser, men som likevel kan gi opplevelsen av fragmentering), en form for værensrelatert angst. Mens ved konfliktpatologi er det snakk om å behandle motivasjonsvansker der det forekommer ubevisste, uoppfylte ønsker. Derved kan man skille mellom *værensrelatert* og *meningsrelatert* angst, i følge Killigmo (2006, s.15) Hos voksne

er disse to motivene ofte sammenvevet på kompliserte måter, og det foregår en kontinuerlig organiseringsprosess. Killingmo anbefalte derfor terapeuter å analysere begge typer angst separat ut fra det samme emosjonelle materialet. En klient, som er i kontakt med underliggende meninger og som opplever konflikt, vil kunne ha gode samtaler med sin terapeut, og tolkning kan da være et nyttig terapeutisk redskap. Imidlertid vil *tolkning ha begrenset virkning ved mangelpatologi*, slik også Anna Freud konkluderte. Ved mangelpatologi, der det kan være værensrelatert angst, har ikke klienten tilstrekkelig kapasitet til ”å finne ut”, eller å sette navn på affekter (mentalized affect), og klienten har heller ikke tilstrekkelig selvagens til å gjøre det. Klienten har derimot et stort udekket behov for å være i en tilstand av å være, *å bare være*, på en kvalitativt god måte. Terapeuten hjelper derfor ikke til med å avdekke mening, men til å assistere klientens ego (i klassisk psykoanalytisk betydning av ego) til å *erfare mening i seg selv, som sådan*. Det er i denne forbindelse Killingmo (2006, s.16) anbefalte bekreftelser (affirmations) som intervensjon, og ikke tolkning.

En foreløpig oppsummering. Psykopatologi tenkes innen relasjonelt orientert psykoanalyse som en (selv-)strukturell differensiering. Ved feilutvikling av selvstruktur, og mangelfull tilknytningstrygghet, kan klienten oppleve uoppfylte *utviklingsbehov*. Det er et stort udekket behov for bekreftelse (affirmations), ifølge selvpsykologen Kohut (1977). Kohut anbefalte likevel en terapi med provokasjoner og tolkning ved mangelpatologi (Karterud og Monsen,1996; Frøysaa,2007), i motsetning til bekreftelser (affirmations) (Killingmo,1989, 2006). Et dårlig mor-barn samspill blir omgivelsenes psykopatologiske påvirkning på barnets tidlige utvikling, som en *systemsvikt*. Selve egostrukturen (i Freuds betydning) blir skadet som følge av at det ved skjevutvikling oppstår *defekt selvstruktur, identitetsdiffusjon* som et falskt selv, splitting, jf. Stern (1995); Urnes (2002,s.81); Lachmann & Beebe (1992,1993), og mangel på emosjonell kapasitet til å relatere seg emosjonelt til andre (objekter) (Killingmo (1989, s.65). Mangelpatologi kan altså være et resultat av en tidlig selvstrukturell skjevutvikling og systemsvikt i mor-barnrelasjonen. Og for å behandle denne typen utviklingsforstyrrelser blir bekreftelser (affirmations) anbefalt som intervensjon (Killingmo,1989,2006), særlig med bevisst stemmeintonasjon.

Bowlby har svart på spørsmålet om hva som er indre representasjoner, indre arbeidsmodeller. Kohut har svart på hva som er selvrepresentasjon. Jeg skal utdype dette.

Tre interne prosesser går forut for å danne seg indre (selv-) representasjon/ indre

arbeidsmodeller av mennesker og hendelser. Den første interne prosessen er å kunne skille mellom årsak og tilhørende virkning, den andre er å anerkjenne sitt eget selv som initiativtager til tanker og handlinger, og den tredje prosessen er at man opplever ens eget selv som atskilt fra andre objekter og hendelser (Killingmo,1989, s.66). I det en selvrepresentasjon har blitt konstituert som et ansvarlig senter for impulser, følelser og handlinger, har man det som kalles *primær intensjonalitet*. Selvet er da *agent* i ens eget liv. Og det er ut fra dette selvet at man kan oppleve å komme i konflikt med andre mennesker, blant annet fordi man har intensjoner. Hovedforskjellen mellom konfliktpatologi og mangelpatologi går på representasjonen av intensjoner. Ved mangelpatologi mangler det intensjoner som oppleves å være meningsfulle for en (Killingmo,1989,s.67), det må derfor *etableres* mening. Mens ved konfliktpatologi er meningen skjult for en selv, fordi klientene, kort forklart, søker å unngå å finne ut av hvem som føler hva når de selv lar være å finne ut av sine egne dårlige intensjoner. Således blir det både en indre og en ytre konflikt. Ved konfliktpatologi søker klienten å beskytte seg selv mot angst, dårlige intensjoner og forbudte objektrettede behov, fantasier og følelser. Mens ved mangelpatologi forsvarer klienten seg primært mot angsten for å bli fragmentert, å miste seg selv, sin egen identitet. Selvobjekter vil ved frykt for fragmentering, bli en nødvendig erstatning for ens egen spenningsregulerende struktur. Selvobjektene blir nødvendige erstattere av selvstrukturens mangler. Kohut mente dette var normalt (Kohut, 1977,s.188, note). Men i det man mister ytre kontroll over selvobjekter, kan et vodsomt narcissistisk raseri bli utløst, som tegn på at arkaiske former for selvobjektbehov er blitt frustrert (Frøysaa,2007).

### **3.1. Tolkning versus bekreftelser**

Hvilke terapeutiske implikasjoner får forskjellen mellom konfliktpatologi og mangelpatologi? Skal Karl og Bente få spørsmål, få forklart og bli tolket av terapeuten, eller skal de bli bekreftet på ulike måter?

Karl kan for eksempel tolkes: ”kan det være slik at din mor muligens ga deg så lite oppmerksomhet og bekreftelse at du ble skadelidende i ettertid, og er det det samme som skjer i dynamikken mellom deg og Bente nå, som tidligere mellom din mor og deg?” Eller er løsningen for par, som Karl og Bente med mulig mangelpatologi, heller å bli bekreftet og slik a) oppleve mening gjennom bekreftelse av egen eksistens, b) relasjon, c) verdi og d) og oppleve terapeuten validering av egne følelser og erfaringer? Nettopp disse fire sansemodalitetene kjennetegner og er også målet for bekreftende intervensjoner ved

mangelpatologi, i følge Killingmo (1989, s.67). Ved mangelpatologi vil tolkning oppleves for konfronterende, noe som øker fragmenteringsangsten. Mens bekreftelse, som for eksempel: ”Det du føler virker fornuftig. I den situasjonen hadde du ikke noe annet valg, slik jeg ser det. Det beste du kunne gjøre, var nettopp det du gjorde” (Killingmo,1989,s.67). Denne type bekreftelser kan gi mening fordi den etablerer mening (establish meaning). Et annet eksempel på bekreftelse er: ”det du så må ha vært forvirrende for deg”. Det er særlig intervensjonen å validere klientens opplevelse som unik, ekte og rimelig, som kan endre klientens indre struktur, på den delen av selvstrukturen som er uutviklet, på selve utviklingsmangelen, i den delen av strukturen der klienten opplever å ha sterkt behov for, nesten som en sult, som blir uttrykt i overføringer som *et vedholdende krav*, om å bli forstått, sett, lyttet til, bekreftet.

Målet for terapeutisk endring ved bekreftelse er således 1) å korrigere og separere den forstyrrede og forvirrede delen av selvobjekt representasjonen, og 2) å få fram en strukturalisering av aspekter ved objektrelasjonene som klienten ikke har tilegnet seg i utviklingen tidligere.

Hvilke former for bekreftende intervensjoner finnes? På 1980 tallet var også andre teoretikere opptatt av bekreftende intervensjoner i forbindelse med utviklingspsykopatologi. Ornstein & Ornstein (1980) foreslo *empatiske rekonstruksjons-tolkninger*, mens Tähkä (1984) foreslo *empatiske forklaringer*. Et *holdning environment* (Winnicott,1965) og *containing* (Bion,1962) kan også ansees som bekreftende intervensjoner, fordi også det bidrar til å *etablere* mening. Killingmo (2006) definerte bekreftende respons (affirmations) som:”a communication to the subject from an object or object representation which removes doubt about validity of subject`s experience”. Det vesentlige synes således å være en form for stadfestelse eller en empatisk validering av klientens erfaring av klientens egen selvtilstand av *å bare være*. Ikke en validering av klientens ytelser, prestasjoner eller handlinger i en eller annen form. Mer en bekreftelse av eksistensnivå, den indre værenstilstanden. Denne tilstanden har man ikke tilgang til gjennom ord, kognitive resonnementer eller logisk tenkning. Her er det vesentlige å være tilstede i seg selv, som en følelse av, ikke å ha, men å være et indre selv, seg selv. Om klienten snakker mentaliserende *om* seg selv, *om* følelser, er det et tegn til terapeuten om at klienten er utenfor denne indre værenstilstanden. Killingmo (2006, s.16) beskrev dette: ”the patient does not communicate from a position of an *own*, and *owned I*”. Å bekrefte innenfor hver av de *fire sansemodalitetene*, klienten blir sett, hørt, forstått, opplever å få en validering av egen mening, innbærer å styrke klientens subjektive erfaring av å være et selv. Modalitene utgjør en korrigerende av feil som oppstod på tidlige

stadier i selv-objekt relasjonen, jf. Kohut, stadier som derfor senere kan ha blitt forsømt i den videre utviklingen. Det kan således synes å være en form for å ta igjen det tapte, oppgradere en utviklingsprosess som tok feil retning på et tidlig tidspunkt. Terapeutens bekræftelser er således en emosjonell respons fra et objekt, eller objektrepresentasjon, til en annen. Og er det noen svake punkter hos klienten, vil disse bli styrket, som jeg-fundamentering (Killingmo, 2006, s.16). Klientens jeg blir således ”ommøblert”, innen relasjonelt orientert psykoanalyse, men ikke redefinert, slik det tenkes innen moderne selvpsykologi (Karterud & Monsen,2002).

Killingmo, Stern et al.(1998) og Beebe et al.(2000) og har beskrevet betydningen av nonverbal kommunikasjon, særlig tonefallet som vesentlig i kommunikasjon med klientens ubevisste, implisitte overføringer fra sitt arkaiske jeg. Den nonverbale kommunikasjonen kan reparere brudd bedre enn det verbaliseringer kan (Stern,1997,1998b; Beebe & Lachmann, 2003). Killingmo: ”...Taking into consideration the actualized transference, the analyst may emphasize one mode above another by the way he formulates his response or by the intonation of his speech” (Killingmo,2006, s.16).

I mentaliseringsteori er formålet at klienten gjennom samtale *om* affekter, mens klienten har affekter, som da ikke må være for høyt aktiverte, fører en samtale som uttrykker eksistens, tilknytning og legitimitet, av å ”bare være den jeg er”. På den måten blir klienten emosjonelt tilgjengelig for seg selv og også for terapeuten. Klientens indre tvil, som følge av mangelpatologi, blir gradvis redusert, fordi samtalen, med spørsmål fra terapeuten, bidrar til å reetablere klientens selvtilstand, som en indre referansetilstand. I voksne tilknytnings relasjoner vil en reetablering av indre selvtilstander føre til at klienten feilattribuerer i mindre grad sin kritikk over på andre. ”Det er din skyld at...” mot partneren, slik Bente gjorde overfor Karl i vignetten, i den hensikt å påføre partneren skyldfølelse over at det som blir utført ikke stemmer overens med klientens egne indre behov, krav. Ved å anklage partneren, vil klienten ubevisst forsøke å manipulere, som *et press* mot partneren til å gjøre handlinger anderledes, mer i retning av å oppfylle klientens mangelpatologiske behov, for eksempel innenfor de fire nevnte modaliteter. Noe som vil øke klientens trygghet. Denne ubevisste overføringen av for eksempel skyldfølelse, fra klientens tidlig internaliserte selv over i den nye tilknytningsrelasjonen med partneren, skjer som *prosjektiv identifikasjon*. Det er en dialog bak dialogen, som partneren heller ikke er bevisst, men som i dette eksempelet, heller tolkes bokstavelig som et ”angrep” (”det er din skyld at...”), og som partneren deretter ”forsvarer” seg mot. Dette forårsaker gjentatte krangler mellom partnerne, mens den grunnleggende årsaken til krangelen kan synes å være skjult for begge partnere. Mentaliseringsbasert terapi forholder seg minst

mulig til projeksjoner i terapeutisk praksis, i motsetning til relasjonelt orientert psykoanalytikere.

**3.2. Begrepet projektiv identifikasjon** ble introdusert av psykoanalytikeren Melanie Klein (1946), og kan defineres som en fantasi der en del av selvet projiseres over i en annen person (Ogden, 1979, s.361). Tilknytningsteoretikere ser ikke på det ubevisste som en fantasi, men heller som direkte representasjon av en selv, tilknytningsobjekter og internaliserte mønstre av samspillet mellom disse, en indre arbeidsmodell, som formidles ved overføringer. Projektiv identifikasjon er en psykologisk prosess som simultant samtidig er a) en psykologisk prosess, b) en form for forsvar, c) en form for kommunikasjon, og d) en primitiv form for objektrelasjon, og en vei til psykologisk endring. Som et forsvar tjener projektiv identifikasjon til å skape en form for psykologisk avstand til uønsket og ofte skremmende aspekter av selvet. Som kommunikasjon er projektiv identifikasjon en måte å indukere følelser som er i overensstemmelse med ens egne, inn i en annen person, og slik skape en følelse av å bli forstått eller bli ett med den andre. Som en form for relasjon skaper projektiv identifikasjon en måte å være sammen med og relatere seg til internaliserte deler av en selv som er delvis separate objekter, som nevnt tidligere ved tilknytningsvansker og internaliseringen av et "fremmed/falsk" (morens) selv. Som en vei til psykologisk endring i terapi blir projektiv identifikasjon en prosess der følelser, som klienten strever med i sitt indre, prosessert av en annen person (terapeuten), og som deretter blir tilgjengelige igjen for klienten gjennom re-internalisering, men da i en endret form (Ogden, 1979, s.361). Terapeuten (og/eller partneren) blir manipulert til å delta i klientens fantasi. Bion (1959a, 1959b) argumenterte for at terapeuten rommer, "contain", den projektive identifikasjonen, som "a thought without a thinker" (Bion, 1977). Og Winnicott (1952, 1967) linket projektiv identifikasjon til at terapeuten nettopp *rommer* barnet (i den voksne) i dets tidligste utvikling. Fantasi og virkelighet blir således sammenvevet i projektiv identifikasjon. Poenget er, skrev Killingmo (s.19), at klienter i en mangeloverføring er ikke klar for å motta eller å dele deklarativer budskap, som forklaringer og spørsmål. Det er den spesielle kvaliteten i relasjonen (med terapeuten) av å utveksle indre værenstilstand av sitt jeg, som er formålet med de terapeutiske bekreftelser. Freud (1915, s.194) skrev: "It is a very remarkable thing that the unconscious of one human being can react upon that of another, without passing through the conscious".

## **4. Om relasjonelt orientert psykoanalyse og mentaliseringsteori**

### **4.1. Relasjonelt orientert psykoanalyse**

Gullestad og Killingmo (2009) (deres respektive artikler, se litteraturlisten) fremhever at teorien anerkjenner menneskets relasjonelle behov, og er en teori som fremhever a) at mennesket er genuint opptatt av følelsesmessige bånd til andre mennesker, med utgangspunkt i medfødt relasjonsbehov, b) at personlighetsutviklingen utvikles fra mor-spedbarn dyadisk samspill, c) at forstyrrelser i mor-spedbarnsamspillet forårsaker patologisk utvikling av selv- og andre representasjoner, d) at klient terapeut relasjonen, i et emosjonelt samspill, er selve den psykoanalytiske prosessen (Gullestad & Killingmo, 2009, s.42).

Psykoanalyse er først og fremst en teori om ubevisste motivasjoner og fantasier, de intrapsyriske konfliktene, affektene og objektrelasjoner. Tenkningen er frie assosiasjoner, dagdrømmer, og fantasier, men også regressive tankeprosesser, feilaktige logiske slutninger, primærprosesser og manglende mentalisering. Tenkning kan deles i primærprosesser, de mobile representasjoner og ideer, som er ustabile, og i sekundære prosesser, som er mer distinkte stabile representasjoner, mindre påvirket av drifter (i Freuds betydning) (Gullestad, 2007, s.94). Gullestad fremhevet tenkningens "autonomi" som relativ. Det betyr at tenkning vil være påvirket av behov, ønsker, fantasier, og intrapsyriske konflikter. Dette utgjør et strukturelt-dynamisk perspektiv, som kan antyde at regressive prosesser kan reaktivere spesifikke psykologiske konstellasjoner (Gullestad, 2007, s.95). Reaktivering av tidlige internaliserte tilknytningsrelasjoner påvirker klientens nåværende tenkning, følelser og handlinger, og regresjon kan for eksempel både reaktivere og bidra til å endre disse.

Klinisk arbeider psykoanalytikeren således med tankeprosesser og patologiske tankeprosesser, forklarte Gullestad (2007) videre. Det skjer gjennom a) det motivasjonelle, tolkende systemet av klientens tenkning, b) endringer i tenkning og mentalisering i løpet av terapien, c) å undersøke underliggende prinsipper i klientens tenkning og atferd, og d) gjennom klientens intersubjektive overføring av betydningsfulle tidligere objekt-representasjoner i relasjonen til terapeut. Repetisjon av disse vil føre klienten mot refleksjon og tenkning, innsikt. Det vil øke mentaliseringsevnen.

### **4.2. Mentaliseringsteori**

Mentalisering defineres som evnen til å forstå handlinger av en selv og andre som produkt av indre tilstander (intensjoner, motiver og ønsker). Eller som Fonagy et al.'s definisjon (2007)



som ”tenkning om tenkning” (ref. Gullestad, 2007, s.96), som ”at have sind på sindet” (Allen, Fonagy & Bateman, 2010, s.373). Og ”Mere utførlig definerer vi mentalisering som det at vi ved hjelp av vores forestillings-evne oppfatter og tolker adferd som forbundet med intensjonelle mentale tilstande” (Allen, Fonagy & Bateman, 2010, s.27). Bogdan (2005, s.190) kalte det ”representingness”, at mentale tilstander alltid er en spesiell *vinke* på en situasjon.

Gjennom menneskets evolusjon har vi fått fremmet vår motivasjon til å oppnå sosiale mål, forme spesifikke relasjoner, seksuelle bånd, og relasjoner for trøst og støtte. Fonagy & Luyten (2009) påpekte at hjerneaktivisering ved tilknytningsatferd foregår i de samme hjernestrukturer som mentalisering. Et spørsmål er da om mentalisering kan være et evolusjonært oppbygget sosialt motivasjonssystem for tilknytning, men at mentalisering også er det for konkurranseatferd, som også bidrar til sosiale roller, alliansebygging, sosial rang, skape følelse av trygghet, og samarbeide? Menneskelige psykologiske kompetanser som forøvrig senere har fått navn som for eksempel theory of mind, metakognisjon, empati, og mentalisering. Tilknytningsystemet kan altså være en del av dette mentaliseringssystemet, og ikke omvendt. Å skape seg mer trygghet gjennom å få en høyere posisjon, har også blitt fasilitert av mentalisering i løpet av evolusjonen (Liotti & Gilbert, 2010). Porges` (2003, 2007) Polyvagal Theory støtter opp om de funn som tyder på at den myeliniserte vagusnerven fungerer som moderator ved individuelle trusselresponser i det sympatiske og parasympatiske nervesystemet ved interpersonlig tilnærming, og slik åpner for mer omsorg, omtanke og å dele med andre. Forskning viser at tilknytning blir mediert av signalsubstansene oxytocin, med reseptorer også i amygdala, og endorfiner, der begge substanser påvirker til omsorgsfulle interaksjoner (Panksepp, 1998; Kirsch et al., 2005).

Dette åpenbarer et paradoks. Å være sosialt og relasjonelt trygg, det vil si å ha et trygt tilknytningsmønster, åpner for å være åpen og nysgjerrig. Dette er forutsetninger for mentalisering. Mens en person med desorganisert tilknytning har aktivert fight and flight-systemet i sin interne arbeidsmodell, og er derfor i en annen mental tilstand, i et annet hjernestrukturelt og funksjonelt system. Og disse personene har motstand mot og ”ønsker” *ikke å være trygg eller få omtanke* (å oppnå trygg tilknytning), fordi da senkes garden (det psykiske forsvaret), og det oppleves som en trussel. En slik forstyrret interpersonlig motivasjonell prosess karakteriserer psykopatologi, og finnes blant annet ved borderline personality disorder i DSM-IV, eller antisosial personlighetsforstyrrelse i ICD-10. Trygghet i relasjoner bestemmer således graden av å være åpen og nysgjerrig, utforskende. Mens desorganisert tilknytningsmønster gir mentaliseringsmangel i visse relasjoner og kontekster,

som hindrer klienten i å reflektere over eget og andres sind (Liotti & Gilbert, 2010). Hvis terapeuten oppdager at klienten har et forstyrret interpersonlig mønster i sin narrativ eller i relasjonen mellom dem, kan denne forstyrrelsen komme fram i noen kontekster, men ikke nødvendigvis i alle (Dimaggio, 2007). Det paradoksale er da, at uansett må terapeuten være bevisst på at et støttende, men utforskende miljø, fordi klienter med desorganisert tilknytning, kan *heve* garden (forsvaret) i stedet for å senke den. Og derved *senkes* mentaliseringsevnen hos klienten. De får en *mentaliseringsmangel*. Terapeutens empatiske kommentarer, som øker graden av nærhet, eller validering av klientens emosjoner, kan således være et hinder for klienten i å organisere og få sammenheng i tankene, særlig i startfasen av terapien. Klienten synes å tenke: ”ikke kom for nær, da vil du ikke like meg”. Vennlighet føles truende, særlig hos utpreget selvkritiske personer. Terapeutens holdning og lyttemåte blir avgjørende. Det anbefales å være bevisst nøytralt lyttende, ”evenly, hovering attention”, slik Freud (1912) anbefalte det. Eller slik Katzov og Safran (2007) beskrev terapeuten ”to become mindful”.

To kontekster fremmer altså mentaliseringsmangel: a) Det er bare når tilknytningssystemet blir aktivert, at mentaliseringsmangelen blir åpenbar hos individer med desorganisert tilknytningmønster. b) Mentaliseringsmangel hos andre (klienter), åpenbares når traumatiske minner blir fremkalt hvis ikke klienten da samtidig får interpersonlig støtte (Liotti & Gilbert, 2010).

### **4.3. Om terapiforskning**

En kort gjennomgang. Sett fra en metodisk vinkling kan det være vanskelig å sammenligne funn på terapeutiske endringer som forklares med utgangspunkt i ulike teorier. Det er gjort utfallsstudier både innen mentaliseringsteori og klassisk og relasjonelt orientert psykoanalyse. Problemet er også diskrepans mellom subjektive data og mer objektive mål.

Rorschach testen er benyttet innen klassisk psykoanalyse til å måle de hierarkisk ordnede strukturer i personligheten. Rorschach tester har vist seg å ha like god validitet som andre personlighetstester (Gullestad, 1986). Testen måler ubeviste prosesser som er relevant for arkaiske selvstrukturer og tilknytning. Det kan derfor være en ide å bruke testen også spesifikt på parforhold der det kan være spørsmål om mangelpatologi. Kanskje spesielt relevant for forskning? Å undersøke elementer av intervjuer og samtaler, og også mikroanalysere dybdeintervjuer slik Lisa Elstad gjorde i sin hovedoppgave (oktober 2012), eller ved å måle tidslengden på pauser og graden av samstemt tonefall både i spedbarnets

preverbale samtale, (og i voksne pars samtaler) (Beebe, Jaffe et al., 2000), eller ved å ta videoopptak av terapisaamtaler og mikroanalysere disse (Beebe, Knoblauch, Rustin & Sorter, 2005; Fosha, 2000; Harrison, 2003; Harrison & Tronich, 2007) synes å være forskningsmetoder innen relasjonelt orientert og klassisk psykoanalyse, der man er like opptatt av det implisitte, ubevisste, nonverbale i samspillet, som det eksplisitte verbale i klientens fortelling i et to-person perspektiv. Det synes å mangle forskning på nonverbale samspill og kommunikasjon i parforhold. Mens mentaliseringsterapi stadig heller mer mot et mer kognitivt og eksplisitt fokus i klientens kommunikasjon, som kan måles både med kvalitative og kvantitative mål.

Tilknytningsteori har en vel etablert forskningstradisjon, som benytter både observasjoner, eksperimenter og tester. Men de projektive mekanismene av arkaiske representasjoner i en relasjonell kontekst, måles på utfallsvariabler, som trygg, utrygg- engstelig og utrygg-unnvikende, som gjennom faktoranalyse blir til dimensjoner som Selv-og Andre-modell med flere.

Eksempel på et *implisitt forskningstema* er forventninger, både hos spedbarn og voksne. Forventninger regulerer i stor grad både nære og intime forhold. De kan gjenkjennes i det implisitte domenet, uten at de noen gang når bevisst oppmerksomhet. De voksnes forventningsmønstre er til forveksling like barnets, med det Beebe et al. (1998, 2002) beskrev som tre forventningsstadier hos både barn og voksne: ”ongoing regulations, disruption and repair of these regulations, and heightened affective moments” (Beebe et al., 2002, s. 8).

---

## DRØFTING

### 5 Teoretisk sammenligning av to teorier, likheter og forskjeller

Symptomer på mangelpatologi blir ulikt behandlet innenfor relasjonelt orientert psykoanalyse og mentaliseringsteori. Der er teoretiske likheter og forskjeller mellom dem som får betydning for behandlingspraksis. De teoretiske forskjellene utgjør derfor et viktig grunnlag for å drøfte forskningsspørsmålet.

#### 5.1. Det implisitte, ubevisste.

Begge teorier anerkjenner det ubevisste. Det er imidlertid stor forskjell på hvilken rolle det ubevisste materialet får i terapeutisk praksis.

Mentaliseringsteori anerkjenner at ubevisste projeksjoner foregår i intersubjektive samspill. Men velger å forholde seg til det som kan verbaliseres. Det synes å foregå en drøfting blant mentaliseringsteoretikere i hvilken grad tolkning av ubevisst materiale skal gjøres innenfor mentaliseringsbasert terapi. Pizer & Pizer (2006,s.83) og Allen (2011) har ulikt syn. Fonagy et al. har synspunkter (2007,s.445). Videre brukes begrepet implisitt mer i betydningen intuitiv mentalisering, som en representasjon, man automatisk handler og snakker ut fra (Fonagy et al.2010,s.346; Weinberg,2006,s.254).

Relasjonelt orientert psykoanalyse anerkjenner at bevisstheten er delt, og at det ubevisste formidles via projeksjoner, som projektiv identifikasjon (Steiner,1994,s.9). Tidligere hendelser utspilles som gjeniscenesettelser av tidligere hendelser, med affekter som formidles via overføring (Heimann,1950,s.80,81; Dicks,1967 i Snyder,1999,s.353; Meisner,1978;; Gullestad,2005; Scharff & Varela,2005; Fonagy et al.,2007; Gullestad & Killingmo,2009; Zachrisson,2009, s.941,945; Ulvenes,2013). Dette skjer også i parrelasjoner (Nadelson & Paolino,1978; Kernberg,1995,s.33). Zeddies (2000) brukte begrepet *det relasjonelt ubevisste* (Binder et al.2006,s.905), mens Stolorow & Atwood (1999) refererte til *multiple selvtilstander*. Terapeuten oppfatter reiscenesettelsene via motoverføring (Heimann,1950,s.81; Steiner,1995,s.9; Binder et al.2006,s.903; Killingmo,2007; Zachrisson,2008,s.941) og kan gi tolkninger av disse tilbake til klienten, eller bare bekrefte klientens selv, selvagens, å bare være, ren væren. Det ubevisste formidles av klienten som nonverbale signaler (som for eksempel vedholdende nonverbalt uttrykte *krav*), i drømmer, ved forsnakkelser, som symboler, som kroppslige signaler. Det foregår en drøfting blant teoretikere om tilknytningstraumer og mangelpatologi skal behandles med bekreftelser fremfor tolkning (Joseph,1985, s.452; Killingmo,1989,2006; Young,1994 i Snyder,1999, s.353; Pizer & Pizer, 2006,s.83, Gullestad & Killngmo,2009).

## **5.2. Forholdet til tilknytningsteori**

Det er diskrepans mellom teoriene om når tilknytning starter. Mentaliseringsteoretikeren Gergely (Weinberg,2006,s.254) oppfatter barnets sosiale referering, jf. social biofeedback theory, å starte rundt 15 måneder, som tegn på tilknytningsstart. Dette tidspunktet synes å ha fått svært stor betydning for utformingen av mentaliseringsteori og praksis, særlig på om og hvordan å endre arkaiske strukturer i voksen alder, og da indirekte også for parterapi. Fonagy

et al. (2007,2010) tillegger kanskje på bakgrunn av Gergelys vurdering at den preverbale implisitte, den ubevisste og nonverbale kommunikasjonen, som ble utformet i kommunikasjonen som spedbarn, ikke skal få betydning for terapimetode. Det ubevisste samspillet mellom mor og barn, som overføres i terapi ved projeksjoner, blir møtt med unnvikelser av terapeuten (Allen,2011), og er ikke gjenstand for en egen metodisk tilnærming. Men sterke følelser anerkjennes. Frykt for nærhet og avhengighet medvirker til personlighets-forstyrrelser, særlig narcissistisk PD og borderline PD. Mentaliserings-teoretikere vil øke mentaliseringsevnen hos desorganisert tilknyttede med nøytral, åpen, lyttende holdning, Freud`s (1912) lyttemåte *evenly hovering attention*, og ikke ved *empatisk containment* (Bion,1962) eller *holding environment* (Winnicott,1965).

Mentaliseringsteoretikere vil bidra til endring av tilknytningstraumer, der indre mentale tilstand blir atskilt fra den ytre realitet for å skape en narrativ sammenheng (Fonagy et al.,2010, s.241,244, 254). Det skjer via teleologisk modus der handlinger (doing) og virkningen av disse prioriteres fremfor ord, og innsikt (Fonagy et al.,2010, s.221; Allen,2011, s.4; Allen, Fonagy & Bateman,2010,s.117). Mentaliseringsteori fremmer således selvagens gjennom handling, ikke gjennom væren. Det er samsvar mellom de to teoriene, den samme felles innsikt, om at tilknytningsrelasjoner i barndom utvikler selvets refleksive funksjoner.

Selvpsykologene Kohut og Basch (Basch,1991,s.6) og relasjonelt orienterte psykoanalytikere anerkjenner derimot, i motsetning til Gergely, at *tilknytning og begynnende selvutvikling starter rett etter fødselen*, med blikkontakt, der mor nonverbalt *inntoner* (Stern,1985), *speiler* (Winnicott,1962), *speiler kontingent og markert* (Fonagy et al.(2007, s.68-70) og slik modererer babyens emosjoner mer eller mindre konsistent og vellykket. Det foregår *en mikroavlesning av affektive signaler* fra fødselen (Beebe,1997; Tronick,1989). Wolf (1988,s.39) kaller det *et fasespesifikt behov* hos individet. Resultatet for spedbarnet blir utvikling til trygg versus utrygg-engstelig, utrygg-unnvikende eller desorganisert tilknytningsstil. Relasjonelt orientert psykoanalyse legger stor vekt på samspill (intersubjektivitet) og det ubevisste i intervensjoner (Zeddies,2000). Anaytikerne drøfter om intervensjoner skal være bekreftende (Killingmo,2006) eller tolkende (Klein,1952; Josephs, 1985; Stern,1998) for klienter med mangelpatologi. *Bekreftende intervensjoner fremmer strukturdifferensiering av selvrepresentasjoner* (Killingmo,2006,s.20). Personlighetsstrukturen blir således vurdert som helhet langs overordnede utviklingslinjer som umoden/modenhet, fragmentering/integrasjon og regresjon/ progresjon (Gullestad & Killingmo,2009, s.42, i Rønnestad & Lippestad, 2009) og i indre-ytre dikotomi (Stolorow &

Atwood,1999; Binder et al.,2006,s 905). Selvagens, ”*ommøblering*” av klientens jeg, blir fremmet gjennom klientens erfaring med *å bare være* i relasjonen med terapeuten i relasjonelt orientert psykoanalyse (Killingmo,1989,2006), ikke gjennom meningsfulle handlinger (”*doing*”), som i mentaliseringsteori (Allen,2011), eller ved *redefinering* som i selvpsykologi (Frøysaa, 2007). Der det tidligere var en divergens mellom klassisk analyse og tilknytningsteori (Eagle,1995, s.123, i Gullestad, 2001,s.8) er det nå konvergens. Det drøftes fortsatt om relasjonelle motiv erstatter eller supplerer Freuds driftsteori. Begge teorier mener at klientens *krav* bør mentaliseres (Killingmo,1989, s.73). Uenigheten går på om også implisitte krav i overføringer skal mentaliseres. For relasjonelt orienterte psykoanalytikere uttrykker krav i overføring en strukturell motstand, som bevisstheten hindrer klienten å få direkte tilgang til. Også de implisitte krav, som tegn på mangelpatologi, må derfor behandles, i følge relasjonelt orienterte psykoanalytikere.

### 5.3. Tredjehet

Tredjehet:”an analytic event ( that is, an event that held meaning within the context of the unconscious intersubjectivity thatt was being elaborated)”(Ogden,2004, s.180), synes foreløpig ikke å være et tema i mentaliseringsteori, i motsetning til i miljøer innen relasjonelt orientert psykoanalyse. Der er det uenighet om tredjehet (i motsetning til for eksempel en-personrelasjonen) involverer terapeuten personlig i for stor grad, slik at den nøytrale *evenly hovering attention*-holdningen går tapt ved selvavsløring (Zachrisson,2008, s.941).

Relasjonelt orientert psykoanalyse har en relasjonell to-person tilnærming, mens klassisk psykoanalyse har en-person tilnærming. Tredjehet hører derfor ikke hjemme i klassisk psykoanalyse. Beebe & Lachmann (2002) vektla at selvopplevelse organiseres gjennom relasjoner. Green (1975,s.12) beskrev tredjehet som *en felles mening*. Jeg undres om ikke *en felles væren* uttrykker det samme. Men da refererer jeg til selvets værenstilstand, selvet som agent til å bare være, *væren* (Killingmo,1989), og ikke den reflekterende (noe man gjør) mentaliserende meningstilstand. Binder et al. ( 2006,s.903) er opptatt av hvordan overføring-motoverføring samskapes. Michell (1972,s.52):”Meningsfull analytisk endring skjer ikke ved at en går forbi gamle objektrelasjoner, men at en utvider dem fra innsiden og ut”. Det felles samskapte rom drøftes av teoretikere (Green, 1975, s.12; Beebe & Lachmann, 2002; Benjamin, 2004,s.10; Ogden, 2004, s.180; Gerson, 2004; Stern,2004; Aron, 2006; Veseth & Miltu, 2006, s.529,927; Binder et al.,2006; Schanke & Binder,2006; Våpenstad,2007; Killingmo,2007; Zachrisson,2008).

#### 5.4. Forholdet til affekter versus affektregulering.

I mentaliseringsteori benytter man emosjonsregulerende strategier og skifte av oppmerksomhetsfokus til å holde traumer og de vanskelige emosjonene i bevisstheden. Det blir en meningsfull og håndterlig erfaring kombinert med evnen til å utelukke emosjonene fra bevisstheden. Affektregulering defineres som *en prosess der det skapes mentale tilstander, som er i overenstemmelse med en fornemmelse av å være et handlende selv*” (Fonagy et al.,2007,s.407). Mentalisert affekt betyr at man utvikler seg og kommer i mål i det man vedkjenner seg sine affekter. Tre sentale refleksjonsmodi viser grader av modning der de to første er umodne modi, psykisk ekvivalens (ens indre og ytre verden er ikke atskilt), og forestillingsmodus (som-om), så følger mentalisering eller refleksivt modus (indre mentale tilstander oppleves som representasjoner, og er ulik ytre verden). Man arbeider altså bevisst med affektregulering: å snakke *om* affektene, forsøker å dempe affekter samtidig med å verbalisere *refleksjoner om* affektene (Fonagy et al.,2010, s.223, 229). Affekter skjer med oss og de er adaptive (Fonagy et al.2007, s 77). Man er ikke *i* affektene som i relasjonelt orientert psykoanalytisk praksis. *Målet er å få klienten i et metakognitivt modus, å være i observatørens posisjon i forhold til egne og andres tanker og følelser. De introspektive eller ubevisste affekter får liten plass. Projeksjoner blir verbalisert og drøftet, og ikke spilt ut her og nå, i den terapeutiske arbeidsalliansen. Introspeksjon av affekter blir bevisst unngått, i motsetning til i relasjonelt orientert psykoanalyse. Fonagy (2007,s.91) skrev likevel om affekter og ikke affektregulering at:”Det er etter vår overbevisning umuligt at tænke sig en psykoanalyse, der ikke beskæftiger sig med patientens forhold til hans eller hennes affekter. Regulering utgør selve kernen i den forandring, der oppstår i psykoanalysen”* .

I relasjonelt orientert psykoanalyse opererer flere analytikere (Gullestad & Killingmo, 2009) med inndeling av affekter, i strukturaliserte affekter, som minner om tilbakeskuende affekter innenfor mentaliseringsteori, og aktualiserte affekter, som spilles ut mellom klient og terapeut her-og-nå, i timen. Aktualiserte affekter er *i* nuet. De aktualiserte affektene er ofte ubevisste, sterkt ladete overføringsaffekter fra tidligere infantile scenarier, som terapeuten oppfatter via selv-andre projeksjoner og som mangelaffekter i motoverføringen. Terapeutens holdning er ikke handlende (”doing”) som i mentaliseringsbasert terapi. Tvert imot, den er ”containing”(Bion,1962), ”holding” (Winnicott,1965), med *evenly hovering attention* som lyttemåte (Freud,1912), og oppmerksom på ”underteksten” (dialogen bak dialogen) (Gullestad & Killingmo,2009), og overføringene, i de (ubevisst) affektive budskapene. Klientens nåværende aktuelle situasjon og affekter, forventninger og opplevelser, særlig i

relasjon til selv-andre, har terapeutisk fokus. Klientens introspeksjon blir fremmet, i motsetning til i mentaliseringsbasert terapi. Verbale og nonverbale bekreftelser, fremfor samtale, er metodikken.

### **5.5. Terapeutens rolle og funksjon.**

I relasjonelt orientert psykoanalyse er det mer taushet, fri assosiasjon, tolkning, fantasi, introverte følelser som blir eksplisitte, færre spørsmål, og mer bruk av overføring-motoverføring.

I mentaliseringsbasert terapi ansees: fantasi å være for langt fra virkeligheten, fri assosiasjon å gå ut over mentaliseringskapasiteten og realitetsforankringen, med desorganisering i kjølevannet. Videre kan taushet gjøre at terapeuten mister sin mentaliserende holdning og mister den stimulerende utforskningen i en kontinuerlig interaktiv prosess mellom to menneskers representasjonelle verden. Terapeuten er heller nysgjerrig, fordomsfri og spørrende, med en ikke-vitende interessert holdning, med konstant fokus på klientens mentale tilstand, der intervensjoner tilpasses denne. I samtaler speiler terapeuten klientens markerte emosjoner (Fonagy et al, 2007, s278,279) og de reflekterer sammen om å fremme bedre mentalisering av hensyn til en selv og andre. Dette initierer til perspektivtaking og felles oppmerksomhet, tar hensyn til klientens mentaliseringsnivå, identifiserer når man er i forestillingsmodus, oppmuntrer til nysgjerrighet og fordomsfrihet, der terapeuten er stadig fokusert på klientens mentale tilstander og mentaliseringskapasitet, for å forsøke å generere autensitet og *reorganisere sine egne erindringer ut fra høyere ordens perspektiver* (Main,1991). Mentalisering fremmes derfor best i intersubjektive tilknytningsrelasjoner. Terapeutens fokus er på de bevisste aspekter av pasientens mentale funksjon. Å få klienten ut av psykisk ekvivalens modus er første skritt. Ingen terapi ansees nyttig så lenge klienten opplever indre og ytre verden som identiske. Terapeuten ber da klienten ”spole tilbake” for å finne et moteksempel (unntaket), fra en gang da klienten opplevde mer mentaliserende tenkning. Overføring oppfattes i bredest mulig betydning, og klienten blir straks spurt om der finnes en alternativ forklaring, for å bringe affektnivået ned og inn i et mer reflekterende modus, som emosjonsregulerende intervensjon. Terapeuten er ideelt klientens mentaliserende forbilde, i motsetning til i relasjonell psykoanalyse, der analytiker er mindre handlende, mer nøytral og stille.

I psykoanalyse er det klienten som tar initiativ og setter dagsorden. Analytiker/terapeuten er stille, aktivt åpent lyttende, i en åpen *reverie* (Bion,1962) tilstand av *evenly*



*hovering attention* (Freud,1912) og *containing* (Bion, 1962,s.90) for klientens aktualiserte affekter og hendelser. Klienten formidler seg både gjennom det bevisst verbaliserte og gjennom det nonverbale, implisitt formidlede i *overføring* og *motoverføring* (Heimann,1950, s.81,83; Steiner,1994,s.9; Binder et al.,2006,s.903; Killingmo,2007; Zachrisson,2008,s.941). Dette er i motsetning til ensidig fokus på en bevisst, ikke introvert, tilnærming som i mentaliseringsbasert terapi. Analytikerens er spesifikt oppmerksom på kontakt og å være emosjonelt tilgjengelig i dialogen, og på å bekrefte klientens egenverdi og kompetanse, og om der er spor av grunntrekk etter infantilt avvisningsscenario. Psykoanalytikerens svarer ideelt sett med bekreftelser ved mangelpatologi, og med tolkning ved konflikter, samt påpekning. Terapeuten speiler klienten og svarer klienten i et mykt speilende tonfall og rytme. På en aksepterende, inntonende (Stern,1985) og ”containing”/rommende (Bion,1962) måte undersøker terapeuten de repeterte underliggende mønstre. Jo færre spørsmål som stilles (Killingmo,2006), jo mer åpent er klientens subjektive uttrykksrom, som åpner muligheten for å aktivisere underliggende tilknytningsintersubjektive scenarier. Psykoanalytikerens er bevisst på at spørsmål som intervensjon kan virke truende ved mangelpatologi. Spørsmål kan aktivere klientens tidligere passive rolle i infantile avvisningsscenarier, der klienten også var den passive, noe som kan virke retraumatiserende, og svekke selvagens (Killingmo,2006). Dette er altså motsatt mentaliseringsbasert terapi, der terapeuten tvert imot stiller spørsmål og påpeker.

### **Avsluttende kommentar.**

Min slutning er at den kanskje mest vesentlige hovedforskjellen mellom mentaliseringsteori (Fonagy et al.,2007; 2010) og relasjonelt orientert psykoanalyse (Gullestad & Killingmo,2009; Killingmo,1989,2006, samt respektive artikler) synes å være at mentaliseringsteori er tilbakeskuende, med vekt på å reflektere over ”strukturaliserte” affekter (Gullestad & Killingmo, 2009) og emosjonsregulering, der terapeuten er aktivt styrende for å få klienten over fra et psykisk ekvivalensmodus til mentalisert affektmodus (Fonagy et al.,2007). Den relasjonelle analytikerens synes å ønske en inntonende likevektighet i den intersubjektive klient-terapeut relasjonen, å la seg bruke i klientens overføringer, å romme klientens sterke aktualiserte affekter inntil den trygge ”containende” terapirelasjonen, i motsetning til tidligere opplevde infantile tilknytningsrelasjoner, har helet klienten, så klienten igjen kan bære sine egne affekter og få erfart en ny, mer aktiv, selvagens.

Gergely (2006, i Weinberg, 2006,s.254) forholder seg til barnets bevisstehet og ikke det ubevisste arkaiske materialet når han definerer tilknytning å starte ved 15 måneders alderen. Voksnes regrediering til psykisk ekvivalensmodus og forestillingsmodus er en følge av utviklingstraumer (Fonagy et al.(2007, s.295,296). Det synes for meg å være en mulig divergens, som ikke er tydelig uttalt, innad blant mentaliseringsteoretikerne. Spørsmålet blir om det skal tolkes på det implisitte overføringsmaterialet (Allen,2011 versus Pizer & Pizer,2006, s.83). Og om mentaliseringsteoretikere ikke skal forholde seg til ubevisste arkaisk materiale og projeksjoner mellom voksne i (par-)terapi.

---

## 6 DRØFTING AV FORSKNINGSSPØRSMÅLET

**Forskningsspørsmålet:** *hvilke implikasjoner kan et mangelpatologisk perspektiv få for parterapi?*

Før jeg drøfter forskningsspørsmålet, er begrepet mangelpatologi nyttig i parterapi?  
(Mangelpatologiske symptomer står oppsummert i Innledningen, på side 6)

### 6.1. En kort oppsummering av mangelpatologi, behandling og effekt.

Mangel kan, som en utviklingspatologisk defekt, differensieres mellom mangelpatologi som har oppstått som følge av egenskaper ved omgivelsene, og mangel som har oppstått som følge av personlighetsdefekter (selvstruktur), uten at det er enkelt å skille mellom disse. Angsten og symptomene på mangelpatologi er knyttet til tap av selvet. Det går et skille mellom værens-og meningsrelatert angst, der værensrelatert angst er den sentrale ved mangelpatologi.

Behandlingen er vekselvis terapi av de underliggende motiver, å søke etter ubevisst mening gjennom overføringer, og å etablere mening. Bekreftende intervensjon er: “a communication to the subject from an object or object representation which removes doubt about the validity of the subjects experience” (Killingmo,2006,s.16). Klienter med mangelpatologi har behov for å bli sett, hørt, lyttet til, og at det de forteller blir verdsatt som autentiske uttrykk, med emosjonelt, bekræftende respons innenfor de fire sansemodaliteter.

Effekten av å bekræfte klientene er at det skaper endring, bekræftelsene er et terapeutisk redskap. De ”ommøblerer” klientens selvstruktur. Formålet med terapien er å oppnå innsikt, et strategisk indre jeg, og å oppnå et stabilt indre senter for agens, en

referanseramme. Gjennom innsikt endres ubevisste prosedurale strukturer (Shore,2003,s.73) i de internaliserte og automatiserte indre arbeidsmodellene.

I mentaliseringsterapi velges ikke bekreftelser som intervensjon, men selvrefleksjon og verbalisering, men også iscenesettelser med *bevisst* proaktiv identifikasjon, også ved mangelpatologi, der mentalisert affektregulering utgjør selve kjernen i den endring som skjer ved mentaliseringsbaserte markerte eksternaliseringer ( Fonagy et al.,2007,s.91,278,279).

## **6.2. Er mangelpatologi et nyttig begrep for parterapi?**

I parterapi har det tradisjonelt vært fokus på å løse parets konflikter. Det har imidlertid ikke vært det samme fokuset på mangel, på hvordan mangelpatologi muligens kan være en dypere og kanskje underliggende årsak til parets konflikter. Som vi så i Innledningen, kan mangelsymptomene lett la seg gjenkjenne fra parterapeutisk praksis. Det er ikke sjelden parterapeutene møter slike problemer som at den ene har stor grad av pågenhet og fremmer kritikk med en egen form for å være berettiget og en egen form for rettfremhet, eller en partner som er unnvikende og er preget av tilbaketrekking, distanse og passivitet, eller en partner som er engstelig, og viser klamring og idealisering av partneren, i tillegg til somatiske symptomer. Terapeuten møter også hos klienter et sinn, som ikke står i forhold til omstendighetene som utløste det, eller sårede følelser kombinert med passivitet, lite selvfølelse og ”dødhet” i kroppen. Hos mange forekommer det vedholdende krav overfor den andre partneren og kravene fremmes som sterkt berettigete krav, uten at akkurat det kan begrunnes på en særlig overbevisende måte. Alt dette er gjenkjennelig fra ordinær parterapi.

Det nye med å tenke ut fra mangelpatologi, er at begrunnelsen for mangelsymptomene kan forklares på en annen måte, fra underliggende årsaker. Jeg antar at det vil gjøre det enklere å analysere hva som foregår i terapien underveis, å følge et utviklingsspor for endring. En utredning som ender opp med å trekke slutning om mulig mangelpatologi, vil være en foreløpig forklaring, og gradvis i terapiprosessen vil overføringer og symptomer på utviklingspsykopatologi avsløre klientens narrativ. Også for klienten selv. Det blir på sett og vis en avdekking av det implisitte, det hemmelige og skjulte. Symptomene og prosessen fører klientene tilbake i tid, til individets aller tidligste preverbale utvikling, da selvet, tilknytningsmønstre, og selvobjekt ble etablert som en del av ens personlighet og indre arbeidsmodeller, som representasjoner. I den tidligste og mest sårbare perioden i individets liv, kunne mye gå galt, og det gjorde det også ikke sjelden. Det har oppgavens teoretiske redegjørelse vist.

Tatt i betraktning at mangelsymptomene allerede er godt kjent for parterapeuter, og at det kanskje ikke er tid nok til å behandle folk i parterapi i dybden av selvstrukturer, med en ramme på rundt 10 timer mange steder i familivernsystemet, er det da nyttig å tenke i konseptet mangelpatologi? Er mangelpatologi-tilnærmingen likevel et nyttig begrep, en annen tilnærming, for parterapi? Det blir et spørsmål om parterapi skal begrense seg til å behandle symptomer, altså de mest prekære aktuelle *konfliktene* i parforholdet, eller om også mangelsymptomene, som kan være underliggende årsaker til de samme konfliktene, også skal få plass i parterapi. Slik jeg ser det, vil det være en viktig fagpolitisk debatt for familieterapifeltet å drøfte om der skal være rom for å behandle mangelpatologi, som blir enklere om hvert par får flere enn kun ti timer av gangen. Det synes å være nødvendig med forskning på effekt av bekreftelser.

I innledningen, i det historiske tilbakeblikket, kom det fram hvordan det faglige fokuset i parterapi også har hatt tilnærming til mangelpatologi, men med andre begreper. Det synes likevel som om dette er gjort noe usystematisk, at deler av debatter har fått innpass i parterapeutisk praksis, kanskje litt tilfeldig og usystematisk, men at konklusjonene muligens ikke er trukket i tilstrekkelig grad? Har tilknytningsteoriens indre arbeidsmodeller, som virker helt inn i voksenalder, fått nok oppmerksomhet? Det får jo konsekvenser for parforholdet hvordan disse indre representasjonene utspiller seg mellom de to. Det er i denne debatten at mangelpatologi kan være en god teoretisk modell, og en veiviser for praksis, også for parterapifeltet, synes jeg (teoriens oppgave er å opplyse den terapeutiske praksis, som en lykt i et dunkelt landskap). I Innledningen nevnte jeg Jay Haley, som anerkjente psykoanalysen som teoretisk innovatør (Haley, 1980, s.6). Den anerkjente norske samlivsforskeren, Frode Thuen, pekte så sent som i 2012 på at tilknytningsteoretisk fokus har manglet i forskning på parterapi.

Objektrelasjonsteoretikere benytter allerede psykoanalytiske terapiapimetoder, også i parterapi. Også disse parterapeutene synes å ha et sterkere fokus på konflikt fremfor mangel. Disse har kanskje gjort flere erfaringer med klassiske psykoanalytiske metoder i parterapeutisk praksis. For eksempel har Meisner (1978) og Nadelson & Paolino (1978) arbeidet med patologiske introjekter mellom partnere i parforhold. Det samme har Kernberg (1995). Angsten i parforholdet kan endres ved å utvikle alternative, mer helsebringende reaksjonsmønstre (Meisner, 1991; Nadelson & Paolino, 1978; Dicks, 1967 i Snyder, 1999, s.353; Snyder, 1999; Young, 1994). Scharff & Varela (2005) beskrev en case om paret

Christine & Dennis, der Dennis hadde en utrygg-engstelig tilknytningsstil mens Christine var mer utrygg-unnvikende. Gjennom en ni-punkts parterapeutisk mal behandlet de Christine og Dennis. De beskrev (mangel-)symptomer hos paret, som klamring, frastøte partneren, nummenhet i kroppen, uforholdsmessig sinne, reiscenesettelser av individuelle dysfunksjonelle samspillscener fra deres tidligere respektive liv osv. Scharff & Varela's ni-punktsmal inneholdt følgende temaer: å mestre rammen, å romme hverandre, hvordan å arbeide her og nå, å spore affekter, kroppssignaler, tolkning som respons (bekreftelser ble ikke drøftet som alternativ), overføring og motoverføring, at ikke alle tanker og følelser (i motoverføringer) tilhører dem selv, å arbeide gjennom objektoverføringer, og til slutt å arbeide med tap og avslutninger. Flere punkter er gjenkjennelige ut fra vanlig psykoanalytisk praksis, mens noen punkter er mer relasjonelt psykoanalytiske. Scharff & Varela konkluderte at de nonverbale intervensjonene, og behandling i her-og-nå øyeblikket syntes å ha størst effekt på paret. Men det er intet som tyder på at Scharff & Varela var bevisste på å bruke bekreftelser (affirmations) som en egen intervensjonstype, fordi det også var mangelpatologi og ikke bare konfliktpatologi. I fremtidig forskning kan det være en ide å nettopp fokusere mer på å undersøke nærmere de bekreftende intervensjoner, som synes å kunne fremme selvagens.

Kernberg (1995,s.34) har i en upublisert artikkel fortalt om sitt tilfeldige møte med et ungt par. Han fortalte dem om ekteskapet, og hva paret kunne begynne å forberede seg på. Kernberg fortalte dem om "the private madness of couples" (Green, i Kernbeg,1995, s.33) når en induseres med partnerens selvobjekt og affektive vanskeligheter med en for en selv ukjent person fra tidligere i partnerens liv. Kernberg beskrev ovebevisende om vansker ved ubevisste projeksjoner i parforhold. I ordinær parterapi synes det for meg å være lite fokus på nettopp disse sidene. Og nettopp symptomene på mangelpatologi kan avdekke om der er slike mekanismer tilstede, og da kan det være mulig å tenke seg at de til dels lange erfaringene med projeksjonsarbeide fra individualterapi, kan overføres til parterapi. Også der projeksjoner handler om klient og terapeut. Og ikke mellom partnere i et parforhold. Det er mye å hente fra terapiforskningen på projektiv identifikasjon, som kan ha overføringsverdi, slik jeg ser det. Jeg konkluderer her at mangelpatologibegrepet kan være viktig for parterapi.

Hva sier kritikere? Kritikere av objektrelasjonsterapi har påpekt at affekter i motoverføringen er et for svakt instrument å arbeide med for å få til endringer i terapi. Jeg tenker tvert imot, at affekter i motoverføring og tolkning av disse er noe alle foreldre daglig praktiserer i samvær med egne barn, og at dette faktisk er lett som kommunikasjonsverktøy i et evolusjons

perspektiv. Overføring og motoverføring er derfor, slik jeg tenker det, ikke et for svakt instrument i kommunikasjonen mellom terapeut og klient, eller mellom partnerne i parforhold. Nettopp rammen "holding environment" tilsvarer rammen for trygge tilknytningsrelasjoner, som gradvis gir mer tilgang til klientens, ofte ubevisste, emosjoner.

Også mentaliseringsteoretikere peker på mulige vansker ved å bruke ubevisste overføringer i terapi. De ser fare for retraumatisering, og har valgt direkte og bevisst å overse det når klienten kommer fram med denne type materiale i terapien. I stedet anbefales klinikere innen mentaliseringsbasert terapi heller å peke på noe mer konkret, mentaliseringsbrukbart materiale. Ulempen ved å unngå det ubevisste overføringsmaterialet i terapi, er etter mitt syn at terapeuten risikerer å unngå nettopp det materialet hos klienten der problemets løsning kanskje finnes. Det å unngå emosjonelt kraftfullt klinisk materiale, som fremkommer via overføring-motoverføring, kan således hindre klientene i å få innsikt, en innsikt som kan gi positive utfall for klienten, både som individ og partner. Ved unnvikelse av det implisitte og ubevisste risikerer klienten å oppnå symptomlettelse, men ikke en dypere strukturendring. Kanskje er ikke det et godt nok utfall?

Hvilke elementer fra individualterapeutisk praksis peker seg ut for parterapi? Bekreftelse (affirmations) (Killingmo,1989,2006) synes for meg å være den intervensjonen som peker seg ut tydeligst ut fra den teoretiske begrunnelsen, som den viktigste intervensjonen ved mangelpatologi. Dernest følger tett på de nonverbale bekreftelsene og den nonverbale kommunikasjonen.

### **6.3. Hvilke endringer kan man vente seg i parforholdet gjennom bekreftelser?**

Det går an å se for seg at klientenes individuelle, private tanker, affekter, refleksjoner gradvis får en annen form, som tegn på at selvstrukturen og indre arbeidsmodell og selvobjekt endres. Det vil bryte den isolasjonen som individene befinner seg i som par. Individuelle opplevelser kan deles. Det gjenoppretter følelsen av å bare være, i deres eget indre. Paret opplever "vi-følelse", og å være ute av "kulden" (fra den andre, og ut fra egen selv-opplevelse av at "alle er mot meg"). Feilattribusjoner om årsaker, hvem som har "skylden" for hendelser, ens egne og den andres handlinger og væremåter i hverdagen, blir bevisstgjort. Færre ubevisste overføringer av internaliserte selvobjekt over på partneren, vil skape færre konflikter. Likedan vil det ikke oppleves så stort trykk på opplevelsen av å være en som mottar uendelige krav fra den andre. Man blir ikke lenger offer for den andres tilsynelatende uendelige rekke med krav. Færre krenkelser som "det er din skyld" (feilattribusjoner) og færre metabudskap som "det er

synd på meg, hjelp meg” (offerrolle). Hver av klientene føler seg som hele, enhetlige, autentiske mennesker, og det gjør samspillet mellom dem mer i flyt. Ved at dette skjer som en prosess innenfor parterapi, kan begge følge hverandre i prosessen, og tilpasse seg den andres endringer underveis. Dette er en forsøksvis beskrivelse av et nesten ideelt utfall av parterapi, som et drømmescenario. Men er det mulig å nærme seg idealet?

#### **6.4. Noen problemer som kan oppstå**

Hvordan skal terapeuten gi bekreftelser når begge sitter og hører på? Terapeuten har to allianser å ivareta. Hvis terapeuten bekrefter og sier seg enig med den ene klienten, vil kanskje den andre føle seg lite forstått eller også krenket? Det må etter mitt syn, være mulig å finne måter å gjøre dette til en bekreftelse av hver av individenes følelser og tenkning, uten at det nødvendigvis går på å bekrefte det konkrete hendelsesforløpet, innholdet (som sant) på samme måte som i individualterapi. Innholdet kan virke krenkende på den andre partneren fordi han/hun opplever det som fortelles anderledes, kanskje som helt feil. Og hvis den partneren som lytter har problemer med å skille mellom seg selv og den som forteller, altså dårlig selv-andre differensiering, kan terapeutens bekreftelse av innholdet bli ødeleggende for arbeidsalliansen mellom terapeut og den klienten. En dårlig selv-andre differensiering er et viktig symptom på mangelpatologi. Kan hende er det nettopp terapeutens nonverbale bekreftelser, med smil, nikking, hmm, og stemmens speilingskvalitet og ”blidhet”, samsvar i taletempo, som kan være vel så viktige bekreftende uttrykk i parterapi som verbaliseringer? Det nonverbale fungerer som ubevisst kommunikasjon, og er derfor så sensitiv at det kan være en god måte å nå fram til akkurat disse sårbare klientene. Uansett er det et viktig poeng at parterapeuten er mer oppmerksom på den andre partnerens krenkbarhet ved bekreftende intervensjoner enn det som er i individualterapi. En del av symptom bildet er at klienter med tegn på mangelpatologi lett føler seg krenket, de føler seg som offer, også for det de tolker som terapeutens ”partiskhet” overfor partneren. Det er derfor bedre å bekrefte klientens betydningsfulle autentiske berettigede følelser i historien, at terapeuten validerer klientens genuine agens i det å ha egne affekter og i selve opplevelsen, men altså ikke de konkrete detaljene rundt hendelsesforløp. Dette gjør terapeuten ved å lytte til historien, det som fortelles, med ”evenly, hovering attention”, uten å kommentere, og ikke spørre underveis, bare med kommentarer som bekrefter følelsen: ”jeg kan skjønne at du *opplevde* det *vondt*”. Valg av ord, får da betydning, og det kan være et terapeutisk poeng at valg av ord følger modaliteten, der nettopp føle-ord bekrefter følelsene, opplevelsene til klienten, gjerne også

med å gjenta klientens egne ord, som speilende, og da som en mentaliserende moderator av følelsestrykket hvis følelsene synes å bli for kraftfulle for den andre partneren. Dette avviker således fra individualterapi, der følelsestrykket ikke modereres i det jeg kaller relasjonelt orientert psykoanalyse, utenom i mentaliseringsteori. I parterapi kan jeg se for meg at nettopp det å være en god lytter, på en ”containende”/rommende måte, vil være den mest bekreftende intervensjonen. Terapeuten er for klienten i terapi en person som kan bære klientenes vanskelige affekter, inntil klienten bevisst kan bære disse selv. Denne holdningen vil samtidig være et forbilde for paret. Den viser en tilknytningspersons evne til å støtte. Sannsynligvis kan det være viktig at klienter med symptomer på mangelpatologi (på side 6), erfarer en slik støttende, rommende holdning, og at det forhåpentligvis kan være noe de tar med seg fra parterapien, som modell, inn i parforholdet. Jeg ser for meg at terapeuten som modell kan ha læringseffekt, den eldste formen for læringsmetode, å herme etter. Det blir en speilende funksjonen, der terapeuten speiler klienten, men samtidig tilfører terapeuten noe mer, den lyttende, den rommende, den bekreftende, den støttende personen. Det kan få terapeutisk effekt, for paret, og for individet.

Paret vil sannsynligvis på et tidspunkt forsøke å få terapeuten over på sitt lag, sitt parti, fordi ved mangelpatologi er det så stort behov for å bli bekreftet, sett, lyttet til, få vite at ens egne opplevelser er legitime, klientene ”er en hund etter ros” for å si det folkelig. Og å manipulere mennesker til å gi en bekreftelse, å få rosende omtale, er noe disse klientene har lang erfaring med. Det har de drevet med lenge. Ofte gjennom metabudskaper som ”det er synd på meg”, for å lokke fram rosende omtale som: ”du er jo så flink, dette greier da du” osv. Om terapeuten går ”fem på”, vil terapeuten da gjennom en slik ros, bare bli en til som bekrefter klientens dårlige selvtilit og selvfølelse. Dette er ikke en gunstig bekreftelse. Den ville svekke klientens egen selvagens, og øke klientens behov for andres vurderinger, som er et av symptomene på manglende selvagens. De helende bekreftelsene ved behandling av mangelpatologi er altså ikke slike vurderinger, det er heller validering som er det. Følelser, som klienten uttrykker, blir validert og legitimert til at klienten er i sin fulle rett til å ha disse følelsene, og terapeuten bekrefter denne legitimitet til å ha følelser og å uttrykke følelser.

Å få terapeuten over på ”sitt lag” skjer enten åpenlyst eller ved ubevisste projiseringer via overføring. Terapeuten blir med det prøvet på sin nøytrale holdning til å begge to, samtidig som terapeuten også bygger relasjonen med paret i her-og-nå øyeblikket. Det inspirerende samspillet mellom to, eller tre individer, slik det blir beskrevet i tredjehet, der det psykologiske rommet mellom de to/tre blir samskapt til å være noe mer enn individene



individuell, handler etter min mening om ”å bare være”-tilstanden. Det kan sammenlignes med forelskelsesrommet, et indre tredje rom der det forelskede paret opplever å være enhet. Og nettopp denne tilstanden av autensitet hos terapeuten, kan fungere som bekreftelse for klientene på hvor de er på vei, og kan hende vil øyeblikk av tredjehet kunne oppstå mellom dem som øyeblikk i terapirommet. Da er det autensitet, tilstand av selvagens, og samtidig opplevelse av å være i samsillet/ interaksjonen, som kan fremkalle den unike erfaringen som tredjehet er. På en måte er dette ideal-tilstanden i mor-spedbarn-dyaden. Det blir derfor svært viktig at terapeuten klarer å holde på tilstanden av ”å bare være”, særlig når der er sterke affekter mellom partnerne i timen. Det at terapeuten kan skille mellom mitt og ditt, Jeg og Du, vil vise klientene at det er mulig å gjøre og være et Jeg, et helt selv, med selvagens.

Bekreftelser gjøres altså kanskje helst ved hjelp av stemmens intonasjon, nonverbalt i parterapi. Enda en grunn til det er at de arkaiske selvobjekt ble internalisert i en periode som var nettopp nonverbal, da nonverbale affektuttrykk var kommunikasjonsformen mellom mor og spedbarnet. Og da kan det være en god grunn i terapien å gå nettopp tilbake til start, for å gjenopprette den opprinnelige selvstrukturen: ”in the beginning was the affect”, som Gullestad uttrykte det, i terapeutisk gjeniscenesettelse med nonverbal kommunikasjon.

Beebe & Lachmanns (2003); Stern (1977,1986b) studier viste at nonverbal kommunikasjon kan reparere brudd mellom terapeut og klient. Det skjer en gjensidig regulering ved nonverbal kommunikasjon. Det er et viktig terapeutisk verktøy, som endrer automatisert atferd (av indre arbeidsmodeller), som for eksempel når klienten handler og tenker automatisert ut fra tankegangen ”det bare er sånn, det vet jeg bare”. Jeg tenker at det kan hende er mulig å overføre denne kunnskapen om brudd mellom klient og terapeut, også til å reparere brudd mellom par. Relasjonene har felletrekk. Begge er tilknytningsrelasjoner. Dette kan være tema for fremtidig forskningsprosjekt.

### **6.5. Dilemma: parets bestilling versus underliggende frykt (for fragmentering)**

Et par som Karl og Bente kommer med en bestilling til terapeuten, ”noe må gjøres ellers går jeg fra Karl”, slik Bente truet med. Så er det liksom terapeutens, og Karls ansvar, ”å gjøre noe”. Dette *presset* også mot terapeuten, er et av symptomene på mangelpatologi. En måte å få terapeuten til å handle. Og jo sterkere det ubevisst projiserte presset oppleves av terapeuten, jo sterkere kan det være uttrykk for klientens indre desperasjon til å slippe unna sitt indre lidelsestrykk. Bestillingen til terapeuten fra begge er: ”å gjøre noe”, men de uttrykker det

nonverbalt og implisitt. Imidlertid får terapeuten straks vite om det som er underteksten, deres indre tilstand, der den ubevisste bestillingen er anderledes enn den eksternt uttrykte. Også Karls ytre passivitet og manglende oppmerksomhet da Bente fortalte, kan være uttrykk for en indre trykkoker i ham, et press mot terapeuten om: ” jeg har gitt opp, og det blir ditt ansvar å rydde i det”. Slike overføringer uttrykker ved mangelpatologi en frykt for fragmentering av selvet. Begge to syntes å være passiviserte, ute av stand til å handle. Bentes vedvarende kritikk endrer også lite. Og heller ikke kunne de få forklart noe på en sammenhengende måte, eller mestre å få for mange spørsmål fra terapeuten. Dette står i sterk kontrast til bestillingen deres om: ”å gjøre noe”. Terapeuten følte da umiddelbart også en sterk trang til å handle på denne overføringen, trang til å gjøre noe, så desperate som paret virket på ham emosjonelt, med deres uttrykk av en selvagens som er delt, og svak. Her vil bekreftelse av parets nonverbale budskap kunne være der terapien starter, samtidig med at terapeuten ytre sett fortsatte å innhente opplysninger, i parets første time.

Hvilke muligheter i parterapi kan vi se for Karl og Bente? Hva skal til for å hjelpe dem med deres mulige mangelpatologi gjennom parterapi? Hva kan parterapeuten gjøre for dem?

### **6.6. Karl og Bente: angsttype, psykopatologi, løsningsmuligheter.**

Eksempelet med Karl og Bente, den kliniske vignetten, er et eksempel på å tenke utviklingspsykopatologi i utredningen. Det synes selvfølgelig, men jeg nevner det likevel: slike omfattende slutninger som blir trukket i oppgaven på grunnlag av en terapitime, vil kreve flere terapitimer ute i det virkelige liv.

Blant Karl og Bentes cues på mangelpatologi var blant annet: - monotont vedholdende krav til omgivelsene (objektløshet), - en spesiell måte å snakke på, en form for rettfremhet hos Bente (tegn på fravær av primær intensjonalitet) (Killingmo,1989, s.72). - Klientenes mest grunnleggende mangelbehov var sannsynligvis å få bekreftet følelsen av ”Jeg er” og ”Jeg har retten til å bare være”. Det kan være en hypotese at de begge slet med værensrelatert angst, som kjennetegn på mangelpatologi.

Løsningsmuligheter kan være, som nevnt ovenfor, bekreftelser og nonverbale bekreftelser og nonverbal kommunikasjon. Om rammen er på kun ti timer, så tenker jeg at det er bare å starte opp med disse ti, som de første ti timene. Så får paret heller komme tilbake på nytt og på nytt, ti timer, seks måneders pauser, nye ti timer osv., slik rammen er innenfor familievernet pr idag. Poenget er at bekreftelser av deres autensitet vil gradvis skape

endringer i parforholdet også. Ulempen er at rammen på ti timer er begrensende for parets utviklingstempo-og prosess. Fordelen med at de går sammen i terapi, oppveier kanskje det. De følger hverandre, og kanskje synkroniserer de seg til hverandres utvikling. Den ene blir litt mer selvstendig, får en tydeligere selvagens, den andre tilpasser seg det, og vice versa. Mangelpatologi problemet oppstod relasjonelt. En god løsning er, etter mitt syn, å løse det i den virkelige nåværende tilknytningsrelasjonen. Med tanke på at selvet utvikler seg dynamisk relasjonelt, i følge Kohut, at problemet oppstod i en tilknytningsrelasjon, og at partneren er nettopp ens nærmeste tilknytningsperson, gjør at det for meg er naturlig å tenke seg at der er mange fordeler ved at par "løser", gjenoppretter, endrer seg i en tilsvarende situasjon og relasjon som den opprinnelige arkaiske dyaden. Sammen med ens nærmeste tilknytningsperson i voksen alder, altså sammen med partneren. Parrelasjonen som også er noe mer enn det gamle. Den er i nuet. Parets motivasjon for endring er sterk av mange grunner.

### **6.7. Behovet for en "soulmate"?**

Klienter, der selvstrukturen ikke henger sammen, fortsetter gjerne å søke etter nye tilknytningspersoner gjennom hele livet. De som ikke har opplevd å bli sett, forstått, lyttet til, eller opplevd en annens enighet med seg, vil i voksen alder være på leting etter sin "soulmate" i partneren, en som kan fylle ut manglene, tomheten. Myten om "den ene rette", kan bli matet av behovene inn under de fire nevnte modalitetene og myten bekreftes når partneren oppfyller dem. Formålet med soulmate`en kan være å oppnå en voksen tilknytningsrelasjon som matcher klientens infantile følelsesmessige og erkjennelsesmessige mangler. Klienten har sterke behov, krav, til partneren, slik at han eller hun kan oppleve det Killingmo beskrev som klientens indre selvbekreftelse og agens: " I am someone, in a relationship to another, with my own value and with the right to be so". Foregår dette på et bevisst nivå? Killingmo (2006, s.16) svarte slik: " As we also know from daily experience, a lot of information is processed and meaningfully acted upon without passing through a conscious reflective process". Det synes for meg å være logisk at nettopp disse prosessene er ubevisste, fordi bakgrunnen kan være tilknytningsprosessen som ble innledet preverbalt, og for mor og barn, som ubevisste, implisitte prosesser. Det understreker betydningen av at parterapeuten bevisst velger nonverbale intervensjoner. Et poeng i parterapi er det at mye av den "gode" kommunikasjonen mellom tilfredse par er nettopp nonverbal.

### **6.8 Avsluttende bemerkning**

Det som impliserer projeksjoner mellom partnerne i parforholdet, de gode øyeblikkene av ” å bare være”, stillhet og implisitte hentydninger, med nonverbale uttryksformer, og intim stemmintonasjon er kanskje det som skaper mest samhørighet, de sterkeste emosjonelle bånd og gjensidig tilknytning mellom individer i parforhold. Det er på sett og vis paradoksalt at det muligens er de nonverbale uttryksformer, som vi ble kjent med som spedbarn, som fortsatt, i voksenalder, er våre mest levendegjørende, og sammenknyttende relasjonelle opplevelser. Så kanskje er vi programmert slik da? Når noe går galt i tilknytning, i selvutviklingen, i samspillene vi har med våre aller nærmeste tilknytningspersoner, da synes det å gå virkelig galt også videre. Det er denne forståelsen av klientenes uavbrutte lidelser, fordi det gikk så feil den gangen, og terapeutens betydning for å finne fram i de ubevisste flokene, som er viktig å få fram, synes jeg. Terapeutens ansvar er å se utover det lille, den lille konflikten om hvem som har rett, hvem som har skylden, hvem som ikke gjør noe eller nok i hvedagen osv. Det verdifulle er i å se utover, videre, bredere, i perspektiv. Jeg mener at mangelpatologisk perspektiv nettopp her har en stor betydning, som et redskap til å løse de arkaiske flokene. Og kanskje særlig for parterapi, der lidelsestrykket er så stort mellom partnerne. De gamle smerter er inne i nuet. Og skilsmisser er vonde for hele familien. Relasjonelt orientert psykoanalytikere (Gullestad & Killingmo) anbefaler å begynne terapien der det hele startet, med affektene. Men ikke med de gamle strukturerte affektene. Med affektene her og nå. De aktualiserte affektene. De som er mellom paret. Å finne tilbake en tapt selvstruktur, skjer paradoksalt nok kanskje ved å repetere samspillsituasjonen fra den gang, og tilføre situasjonen det som manglet. Vi fører det gamle inn i nuet. Men nå tilfører vi den gamle situasjonen nærvær, romslighet og bekreftelser, det som manglet den gang, inn i her-og nå.

---



# Litteraturliste

**Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C. Wates, E. & Wall, S.** (1978) *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum

**Alexander, F.** (1956) *Psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Norton.

**Alexandrov, E. O., Cowan, P.A. & Cowan, C. P.** (2005) Couple attachment and the quality of marital relationships: Method and concept in validation of new couple attachment interview and coding system. *Attachment and Human Development*, 7, 2, (s.123-152)

**Alfasi, Y., Gramsow, R. H., & Carnelley, K. B.** (2010) Adult attachment patterns and stability esteem for romantic partners. *Personality and Individual Differences*. 48, (s.607-611)

**Allen, J. G.** ( 2011) Attachment and mentalizing as change agents in psychotherapy. Submitted for inclusion in Summary from the April 2011 Creating Connections Conference. Published in *Human Systems*. The Menninger Clinic., (s.1-7)

**Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. W.** ( 2010) *Mentalisering i klinisk praksis*. København: Hans Reitzels forlag.

**Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. W.** (2008) *Mentalizing in clinical Practice*. Washington DC: American psychiatric publishing.

**Allen, J. G., Stein, H., Fonagy, P. Fultz, J. & Target, M.** (Winter 2005) Rethinking adult attachment: A study of expert consensus. *The Menninger Foundation*, 69, 1, (s.59-79)

**Baron-Cohen, S.** (1995) *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge MA: Bradford, MIT Press. Dansk udgave, 1998: *Blind for Andres sind*. København: Nyt Nordisk Forlag.

**Bartholomew, K.** (1990) Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships*, 7, (s.147-178)

**Bartholomew, K. & Horowitz, L. M.** (1991) Attachment styles among young adults: A test of four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, (s.226-244)

- Basch, M. F.** (1991) Are selfobjects the only objects? Implications for psychoanalytic technique. I A.Goldberg (ed.) *The evolution of self psychology. Progress in self psychology Vol.7.* Hillsdale: The Analytic Press.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P.** ( february, 2004) Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders.* 18. 1, (s.36-51)
- Beebe, B. & Lachmann, F.** (2003) The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis,* 39, 3, (s.379-409)
- Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C., & Jasnow, M.** ( 2000) System models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant mental health Journal,* 2000, vol. 21, 1-2, (s.99-122)
- Beebe, B. & Lachmann, F.** (1998) Co-constructing inner relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology,* 15, 4, (s.1-37)
- Beebe, B., Alson, D., Jaffe, J. Feldstein, S. & Crown, C.** (1988) Vocal incongruence in mother-infant psls. *Journal of Psycholinguistic Research.* 17, 3, (s.245-259)
- Berscheid, E.** (2006) Notes on the social psychological study of love. *Impuls,* 2006-2,(s.5-15)
- Binder, P.E., Nielsen, G.H., Vøllestad, J., Holgersen, H. & Schanke, E.** ( 2006) Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske pespektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening.* 43, (s.899-908)
- Bion, W.R. D.** (1970) *Attention and interpretation.* London: Heinemann
- Bion, W. R. D.** ( 1959a) *Experiences in groups.* New York: Basic Books
- Bion, W. R. D.** (1959b) Attacks on linking. *Int.J. Psychoanalysis,* 40 (s.308-315)
- Bjørkvik, J.** (2006) Psykologisk arbeid med selvaktelse i lys av interpersonlig teori. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening,* 43, 9, (s.932-939)
- Bleiberg, E.** (1994) Borderline disorders in children and adolescents: The concept, the diagnosis, and the controversies. *Bulletin of the Menninger Clinic,* 58, (s.169-196)

- Bleiberg, E.** (1984) Narcissistic disorders in children. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 48, (s.501-517)
- Bogdan, R. J.** (2005) Why self-ascriptions are difficult and develop late. I B. F. Malle & S. D. Hodges (Eds.) *Other minds : How humans bridge the divide between self and others*. New York: Guilford, (s.190-206)
- Bogdan, R. J.** ( 2000) *Minding minds: Evolving a reflexive mind by interpreting others*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Bouchard, S. & Sabourin, S.** (2009) Borderline personality disorder and couple functions. *Current Psychiatry Reports*, 11, (s.55-62)
- Bowen, M.** (1976) Principles and techniques of multiple family therapy (pp.388-404). I P.J. Guerin, Jr. (ed.) *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner Press
- Bowlby, J.** (1980) *Attachment and loss, vol. 3. Loss, sadness and depression*. Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J.** (1977) The making and breaking of affectional bonds. I Aetiology and psychopathology in light of attachment theory. *British Journal Psychiatry*, 130, (s.201-210)
- Bowlby, J** (1973) *Attachment and loss. Vol. 2*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J.** (1969/1997) *Attachment*. London: Pimlico
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R.** ( 1998) Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. I J.A.Simpson & W.S. Rholes ( Eds.) *Attachment theory and close relationships*. New York: Guildford Press, (s.46-76)
- Broberg, A., Granquist, P. Ivarson, T., Mothander, P. H.** (2008) *Tilknytningsteori. Betydningen av nære følelsesmessige relasjoner*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Broderick, C. B. & Schrader, S. S.** (1981) The history of professional marriage and family therapy (pp.3-35) I A. S. Gurman& D. P. Kniskern (eds) *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel



**Bronfenbrenner, U.** (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

**Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R. & Jaffe, K.** (1994) Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, (s.127-140)

**Collins, N. L. & Read, S. J.** (1990) Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, (s. 644-663)

**Creasey, G. & Hesson-McInnis, M.** (2001) Affective responses, cognitive appraisals, and conflict tactics in late adolescent romantic relationships: Association with attachment orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 1, (s.85-96)

**Crittenden, P. M.** (1994) Peering into the black box: An exploratory treatise on the development of self in young children. I D. Cicchetti & S. L. Toth ( Eds.) *Rochester symposium on developmental psychopathology, vol. 5. Disorders and dysfunctions of the self*. Rochester, NY: University of Rochester Press, (s.79-148)

**Crittenden P. M.** (1992) Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, (s.209-241)

**Crittenden, P. M.** (1990) Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental health journal*, 11, (s.259-277)

**Cromwell, J. A., Treboux, D., Gao, Y., Fyffe, C. Pan, H. & Waters, E.** (2002) Assessing secure base behavior in adulthood: Development of a measure, links to adult attachment representations, and relations to couples communication and reports of relationships. *Developmental Psychology*, 38, 5, (s.679-693)

**Davila J. & Bradbury, T. N.** (2001) Attachment security and the distinction between unhappy spouses who do and do not divorce. *J. Fam. Psychol*, 15, (s.371-393)

**Dimaggio, G., Semari, A., Carcione, A., Nicolo, G. & Procacci, M.** (2007) *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. London: Routledge

**Dimburg, U., Thunberg, M., Elmehed, K.** (2000) Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. *American Psychological Society*, 11, (s.86-89)

**Dinero, R. E., Conger, R.D., Shaver, P. R., Widaman, K. F. & Larsen-Rife, D.** ( 2008) Influence of family of origin and adult-romantic partners on romantic attachment security. *Journal Fam. Psychol.*, 22, 4, (s.622-632)

**Eagle, M.** (1995) The developmental perspectives of attachment and psychoanalytic theory. I S. Goldberg et al. (Eds.) *Attachment theory. Social developmental and clinical perspectives*. London: The Analytic Press, (s.123-150)

**Elstad, L.** (2012) Bekreftende og bemektigende kommunikasjon. *Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt*. Universitetet i Oslo.

**Fairbairn, W. R. D.** (1952) *Psychoanalytic studies of personality*. London: Routledge

**Feeney, J. A.** (2007) The dependency paradox in close relationships: Accepting dependence promotes independence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, (s.268-285)

**Feeney, J. A.** (2005) Hurt feeling in couple relationships: Exploring the role of attachment and perceptions and personal injury. *Personal relationships*, 12, (s.253-271)

**Feeney, B. C. & Thrush, R. L.** (2010) Relationship influence on exploration in adulthood: the characteristics and function of a secure base. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, (s.57-76)

**Feeney, J. A., Noller, P. & Callan, V. J.** (1994) Attachment style, communication and satisfaction in early years of marriage. I K. Bartholomew & D. Perlman ( Eds.) *Advances in personal relationships: Attachment processes in adulthood*. London: Jessica Kingsley Publishers, vol.5, (s.269-308)

**Fonagy, P. & Luyten, P.** (2009) A developmental mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, (s.1355-1381)

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M.** (2002) *Affect regulation, mentalizing and the development of self*. New York: Other Press. Dansk udgave ( 2007) *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag.
- Fraenkel, P.** (1997) Systems approaches to couple therapy ( pp.379-414). I W. K. Halford & H. J. Markman (eds) *Clinical handbook o marriage and couples interventions*. New York: John Wiley & sons
- Fraley, R. C. & Shaver, P. R.** (2000) Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 2, (s.132-154)
- Freud, S.** (1920) *Beyond the pleasure principle*. Standard edition of the Complete Psychological Work of Sigmund Freud: 18. London: Hogarth Press, (s.3-66)
- Freud, S.** (1915) *The unconscious*. Standard Edition, 14
- George, C., Main, M. & Kaplan, G. C.** (1985) The Berkeley Adult Attachment Interview. *Unpublished manuscript*. Berkeley: Dept. of Psychology, University of California.
- Gergely, G. & Watson, J.** (1996) The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *Int. J. Psychoanal.*, 77, (s.1181-1212)
- Gerson, S.** (2004) The relational unconscious: A core element of intersubjectivity, thirdness, and clinical process. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, (s.63-98)
- Gopnik, A.** (1993) How we know our minds: The illusion of first person knowledge of intentionality. *Behavioral and brain Sciences*, 16, (s.1-14, 29-113)
- Gopnik, A. & Astington, J.W.** (1988) Children`s understanding of representational change and its relation to the understanding of false belief and the appearance-reality distinction. *Child Development*, 59 (s. 26-37)
- Green, A.** (2000) Science and fiction in infant research. I J. Sandler & A.-M. Sandler ( eds.) *Clinical observational psychoanalytic research: Roots of a controversy*. London: Karnac. (s.21- 22)

- Green, A.** (1975) The analyst, symbolization and absence in the analytic setting. *Int. J. Psychoanal.*, 56, (s.1-21)
- Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A.** (1983) *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Greenberg, L.** (2008) Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology*. February 2008, 49, 1, (s.49-59)
- Greenberg, L. & Johnson, S. M.** (1988) *Emotionally focused therapy for couples*. New York. The Guilford Press.
- Gross, J. J.** (1999) Emotion regulation: Past, present and future. *Cognition and Emotion*, 13 (s.551-573)
- Gulbrandsen, W. & Tjersland, O.A.** ( 2009) Ringer I vannet. Terapeutiske møter med par i konflikt. I M H. Rønnestad & A. von der Lippe ( red.) *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2.utgave. Kap. 8, (s.146-163)
- Gullestad, S. E.** ( 2013) Subjektets stemmer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 2, (s.140-141)
- Gullestad, S. E.** (2012) Intervju med Siri Gullestad: Linjer i moderne psykoanalyse. *Impuls*, 2012, 1, (s.10-20)
- Gullestad, S. E.** (2007) ”Thinking” - in a psychoanalytic perspective. Some introductory remarks. *Scand. Psychoanal. Rev.* (2007) 30, (s.94-97)
- Gullestad, S. E.** (2006) Psykoanalyse – en dynamisk teori om personligheten. *Impuls*. 2006-3, (s.14-22)
- Gullestad, S. E.** (2005) In the beginning was the affect. *Scand. Psychoanal. Rev.*, (2005) 28, (s.3-10)
- Gullestad, S.E.** (2001) Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. *Scand. Rev.*, 24, (s.3-16)

- Gullestad, S. E.** (1986) Evaluation of therapeutic outcome: Some reflections on methodology. *Psychoter. Psychosom.*, 46 (s.110-115)
- Gullestad S. E. & Killingmo, B.** (2009) *Underteksten. Psykoanalytisk teori i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget. 2.opplag.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B.** ( 2009) Dybdeintervjuet, dialogen bak dialogen. I M. H. Rønnestad & A.von der Lippe( red.) *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, (s.33-54)
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B.** (2002) Dybdeintevjuet. Dialogen bak dialogen. I A. L.von der Lippe & H. Rønnestad (red) *Det kliniske intevjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, (s.123-147)
- Gurman, A. S. & Fraenkel, P.** (2002) The history of couple therapy: A millennial review. *Family Process*, 41, 2, (s.199-260)
- Hazan, C.** (2003) The essential nature of couple relationships. I S.M. Johnson & V.E. Whiffen (Eds.) *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: Guilford Press, (s.43-63)
- Hazan, C. & Zeifman, D.** (1999) Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment, theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press (s. -354)
- Heimann, P.** (1950) On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 31, (s.81-84)
- Heils et al.**, (1996) Serotonin transporter linked polymorphic region ( 5 HTTLPP) and rs 25531 SNP ( Mspl, LA/LG). *Upublisert artikkel*. Colorado edu. Google scholar, søkeord: Heils 1996.
- Henriksen, R. E. & Thuen, F.** (2012) Tilknytningsteori anvendt på parrelasjoner. En litteraturgjennomgang. *Tidsskriftet Norsk Psykologforening*, 49, (s.560-565)
- Holgersen, H.** ( 2007) Kritikkens vanskelig kår i norsk psykoanalyse. *Tidsskriftet for Norsk Psykologforening*, 44, 1, (s.56-60)

**Hollup, A. G.** ( 2007) ”The wounded healer”: Er behandlerens egne psykiske sår en styrke eller en begrensning i møte med andres lidelser. Intervju med Helge Rønnestad. *Impuls*. 2007-3, (s.66-70)

**Holmes, J.** (2008) Editorial: towards a secure theoretical and evidential base for psychoanalytic psychotherapy. *European Psychotherapy*, 8, 1, (s.17-33)

**Holmes, J.** (1995) Something there is that doesn't love a wall. John Bowlby, attachment theory, and psychoanalysis. I S. Goldberg et al.( eds.) *Attachment theory, social, developmental and clinical perspectives*. London: The Analytic Press, (s.19-43)

**Holst, I. M., Nilsen, N.S., Monclair, N. K. & Eielsen, E. S.**( 2012) Linjer i moderne psykoanalyse. Intervju med Siri Erika Gullestad. *Impuls*, 2-2012, (s.10-19)

**Horowitz, M. J.** (1995) Defense control states and person schemas. I T. Shapiro & R. N. Emde (eds.) *Research in Psychoanalysis: Process, development, outcome*. Madison, CT: International Universities Press, (s.67-89)

**Horwitz, L.** (2005) The capacity to forgive: Intrapsychic and developmental perspectives. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 53, (s.495-511)

**Ikonen, P.** (2010) Remarks on affects and feelings. *Scand. Psychoanal. Rev.*, 33, (s.106-112)

**Jackson, D. D.** (1965a) Family rules: the marital quid pro quo. *Archives of general Psychiatry*, 12 (s.589-594)

**Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. & Jasnow, M.** (2001) Rhythms of dialogue in early infancy. *Monographs of the society for research in child development*, 66, 2, (s.264)

**Jensen, P.** (2006) Hvordan kan “den store psykoteraidebatten” påvirke forståelsen av familierapiforskningen? *Fokus*, 34, (s.91-107)

**Johnsen, S. M.** (2003a) Attachment theory: A guide for couple therapy. I S. M. Johnson & V. E. Whiffen (red) *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: The Guilford Press, (s.103-123)

**Johnsen, S. M.** (2004) *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connections* ( 2.utg). New York: Brunner-Routledge

- Johnson, S. M.** (1999) Emotionally focused couple therapy (pp.13-41). I J. Donovan (ed.) *Short-term couple therapy*. New York: Guilford Press
- Johnson, S. M.** (1986) Bonds and bargains: Relationship paradigms and their significans for marital therapy. *Journal of marital and family therapy*, 12, (s.259-267)
- Joseph, B.** (1985) Transference: The total situation. *Int. J. Psychoanal.*, 66, (s.447-454)
- Kagan, J.** (2011) Bringing up baby. *Psychotherapy Networker*, 35, (s.28-33, 50-51)
- Karterud, S. & Monsen, J. T.** (2005) *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag as. 4.opplag.
- Katzow, A. W. & Safran, J.** (2007) Recognizing and resolving rupture in therapeutic relationship. I P. Gilbert & R. Leahy (Eds.) *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London: Routledge, (s.190-195)
- Kennedy, J. K., Bolger, N. & Shrout, P.** (2002) Witnessing interparental psychological aggression in childhood: Implications for daily conflict in adult intimate relationships. *Journal of Personality*, 70, 6, (s.1051-1077)
- Kernberg, O. F.** (1995) Love relations of the heterosexual couple: normality and pathology. *Upublisert artikkel*. New Haven: Yale University press, (s.1-8).
- Killingmo, B.** (2012) Intervju med Bjørn Killingmo: Dynamisk overblikk. *Impuls*, 2012, 1, (s.20-28)
- Killingmo, B.** (2007) Relational-oriented character analysis. A position in contemporary psychoanalysis. *Scand. Psychoanal. Rev.*, 30, (s.76-83)
- Killingmo, B.** (2007) Relasjonsorientert karakteranalyse: En posisjon i dagens psykoanalyse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 2, (s.125-131)
- Killingmo, B.** (2006) A plea for affirmation. Relating to states of unmentalized affects. *Scand. Psychoanal. Rev.*, 29, (s.13-21)
- Killingmo, B.** (2001) Trenger vi strukturbegrepet? Egopsykologi i nytt hus. *Tidsskrift Norsk Psykologforening*, 38, (s.1030-1041)

- Killingmo, B.** (1999) A psychoanalytic listening-perspective in a time of pluralism. *Scand. Psychoanal. Rev.*, 22, (s.151-171)
- Killingmo, B.** (1995) Affirmation in psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.*, 76, (s.503-518)
- Killingmo, B.** (1989) Conflict and deficit: implications for technique. *Int. J. Psychoanal.*, 70, (s.65-79)
- Kirsch, P. Esslinger, C., Chen, Q., Mier, D. Lis, S., Siddhanti, S. ...., Meyer-Lidenberg, A.** (2005) Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *The Journal of Neuroscience*, 25 (s. 11489- 11493)
- Klein, M.** (1946) Notes on some schizoid mechanisms. I J.Riviere (Ed) *Developments in psychoanalysis*. London: Hogarth Press, 1952.
- Knoblauch, S.** (2000) *The musical edge of therapeutic dialogue*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Kohut, H.** (1991) Selected problems in self psychological theory ( 1980 (1981)) I :Ornstein, P.H. (ed) *The search for the self. Selected writings of Heinz Kohut:1978-1981. Vol 4*. Madison:International Universities Press
- Kohut, H.** (1977) *The restoration of the self*. New York: Basic Books
- Kohut, H. & Wolf, E.** (1978) The disorders of the self and their treatment: An outline. *Int. J. Psychoanal.*, 59, (s.413-426)
- Lebow, J.** (2013) Editorial: Couple therapy and family therapy. *Family Process*, 52, 1, (s.1-4)
- LeDoux, J. E.** (1995) Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46 (s.209-235)
- LeDoux, J. E.** (1994b) The degree of emotional control depends on the kind of personal system involved. I P. Ekman & R. Davidson (Eds.) *The Nature of Emotion*. Oxford: Oxford University Press.
- LeDoux, J. E.** (1994a) Cognitive-emotional interactions in the brain. I P. Ekman & R. Davidson (Eds.) *The Nature of Emotions*. Oxford: Oxford University Press.



- Lesch, K.P. et al.** (1996) Association on anxiety related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*, 274, (s.1527-1531)
- Levy, N. K., Meehan, K. B., Temes, C. M. & Yeomans, F. E.** (2012) Attachment theory and research: Implications for psychodynamic psychotherapy. I R. A. Levy et al. (Eds.) *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York. Springer Science- Business Media, Current Clinical Psychiatry, kap.16, (s.401-416)
- Liotti, G. & Gilbert, P.** ( 2011) Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, (s. 9-25)
- Loewald, H. W.** (1970) Psychoanalytic theory and the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Study Child*, 25, (s.45-68)
- Luborsky, L. & Luborsky, E.** (1995) The era of measures of transference. The CCRT and other measures. I T. Shapiro & R. Emde (eds.) *Research in Psychoanalysis*. Madison,CT: International University Press. (s.329-351)
- Lyons Ruth, K.** (1999) The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, (s.576-617)
- Mack-Borander, K. & Kjølseth, K. T.** (2012) Moderne psykodynamisk psykoterapi. *Speilvendt*. 2012, 3, (s.8-10)
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A.** (1975) *The Psychological Birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Main, M.** (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple ( incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. I C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris ( Eds.) *Attachment across the Life Cycle*. London: Tavistock- Routledge. (s.127-159)

**Main, M. & Cassidy, J.** (1988) Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period.

*Developmental Psychology*, 24, (s.415-426)

**Main, M. & Solomon, J.** (1986) Discovery of an insecure-disorganized/ disoriented attachment pattern. I T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.) *Affective development in infancy*. Westport: CT: Ablex, (s.95-124)

**Marazziti, D.** (2006) The neurobiology of love. *Impuls*, 2006-2, (s.20-26)

**Marchand, J. F.** (2004) Husbands and wives marital quality: The role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviours. *Attachment and Human Development*, 6, (s.99-112)

**Marty, P.** (1968) A major process of somatization: The progressive disorganization. *International Journal of Psycho-analysis*, 49, (s.246-249)

**Marvin, R, Cooper, G., Hoffman, K. & Powell, B.** (2002) The sircle of security project: Attachment based intervention with caregiver-preschool child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 1, (s.107-124)

**Mehta, N., Cowan, P. A. & Cowan, C. P.** (2009) Working models of attachment to parents and partners: Implications for emotional behaviour between partners. *Journal of Family Psychology*, 23, 6, (s.895-899)

**Meissner, W.W.** (1978) The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. I T. J. Paolino & B. S. McCrady (Eds.) *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behvioral, and systems theory perspectives*. New York: Brunner/ Mazel, (s.25-88)

**Mikulincer, M. & Shaver, P. R.** (2007) *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. New York: Guilford Press.

**Miculincer, M. & Shaver, P. R.** (2005) Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment related dynamics of emotions in close relationships. *Personal relationships*, 12, (s.149-168)

- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R. Milman, L. & Todd, T.** (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, (s.1031-1038)
- Mitchell, S. A.** (1993) *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A.** (1988) Relational concepts in psychoanalysis. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Mitchell, S. A. & Black, M. J.** (1995) *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books
- Moberget, Omland, Neuhaus & Paulsen.** An interview with Peter Fonagy. *Impuls*, 2006-3, (s.22-29)
- Mosgaard, J.** (2010) Oveskridelse, overførsel og kompleksitet. At gjøre terapi til en forskel, der kan gjøre en forskel. *Systemisk Forum*, 23, 2, (s.1-7)
- Nadelson, C. C. & Paolino, T. J.** (1978) Marital therapy from a psychoanalytic perspective. I T.J. Paolino & B.S. McCrady (Eds.) *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioural, and system theory perspectives* ( New York: Brunner/ Mazel, (s.89-164)
- Nicholls, M. P.** (2010) *Family therapy*. Boston: Pearson.
- Nilsen, N. S., Monclair, N. K. & Holst, I. M.** (2012) Dynamisk overblikk, intervju med Bjørn Killingmo. *Impuls*, 2012-2, (s.20-27)
- Normann-Eide, E.** (2008) Et påtrengende fravær av følelser – mentalisering og kombinasjonsbehandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 11, (s.1412-1415)
- Ogden, T. H.** ( 2004) The analytic third: implications for psychoanalytic theory and technique. *Psychoanalytic Quarterly*, LXXIII, 2004, (s.167-195)
- Ogden, T. H.** (1994a) The analytic third: working with intersubjective clinical facts. *Int. J. Psychoanal.*, 75, (s.3-20)
- Ogden, T. H.** (1979) On projective identification. *Int. J. Psychoanal.*, 60, (s.357-373)

- Orfanos, S. D.** (2012) Foreword: voyaging the relational sea change. I L. Aron & A. Harris (eds.) *Evolution of process. Relational Psychoanalysis*, volume 5, ( xix-xxxix)
- Pally, R.** (1998) Emotional processing: The mind-body connection, *Int. J. Psychoanal.*, 79, (s.349-362)
- Pally, R.** (1997) How the brain actively constructs perceptions. *Int. J. Psychoanal.*, 78, 5, (s.1021-1030)
- Perner, J., Leekam, S.R. & Wimmer, H.** (1987) Three year olds`difficulty in understanding false belief: Cognitive limitation, lack of knowledge, or pragmatic misunderstanding? *British Journal of Developmental Psychology*, 5, (s.125-137)
- Perry, B. D.** (2008) Memory of fear: How the brain stores and retrieves physiological states, feeling, behaviours, and thoughts from traumatic events. The Child trauma academy, [www.childtrauma.org](http://www.childtrauma.org) (s.1-21)
- Pitta, P.** (2005) (Theoretical roots of) Integrative Healing couples therapy: A search for the self and other. Psychoanalytic and psychodynamic approaches. I *Handbook of couples therapy* (2005) M. Harway (Ed.) New Jersey: John Wiley & sons, inc., Kap.13, (s.211-227)
- Pizer, B. & Pizer, S. A.** (2006) “ The gift of an apple or twist of an arm”. Negotiation in couples and couple therapy. *Psychoanalytic Dialogues*, 16, 1, (s. 71-92)
- Porges, S. W.** (2007) The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, (s.116-143)
- Reichelt, S.; Eriksen, P. & Tjersland, O. A.** (1996) Terapeutiske muligheter og motsigelser i systemisk tenkning, kapittel 4. I *Aktiv psykoterapi. Perspektiver på psykologisk forståelse og behandling*. Oslo. Ad Notam Gyldendal as, 1996, (s.70-92)
- Rholes, W. S. & Simpson, J. A.** (2004) Attachment theory. Basic concepts and contemporary questions. I W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.) *Adult attachments theory, research and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- Roisman, G. I., Padron, E., Sroufe, L. A., & Egeland, B.** (2002) Earned-secure attachment status retrospect and prospect. *Child Development*, 73, 4, (s.1204-1219)

- Sager, C.J.** (1967b) transference in conjoint treatment of married couples. *Archives of General Psychiatry*, 16, s.185-193
- Sameroff, A. J. & Emde, R.N.** (1989) *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Books.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J.** (1975) Reproductive risk and the continuum of caretaking causality. I F. D. Horowitz (ed.) *Review of child development and research*. Chicago: Chicago University Press, 4, (s.187-244f)
- Sander, L.** (1995) Identity and the experience of specificity in a process of recognition. *Psychoanalytic Dialogues*, 5, (s.579-593)
- Sander, L.** (1977) The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspects of the context-content relationship. I M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.) *Interaction, conversation, and the development of language*. New York: Wiley, (s.133-156)
- Sandler, J. & Sandler, A.-M.** (1978) On the development of object relationships and affects. *Int. J. Psychoanalysis*, 59, (s.285-296)
- Satir, V.** (1964) *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books
- Schachner, D. A., Shaver, P. R. & Mikulincer, M.** (2005) Patterns of nonverbal behaviour and sensitivity in the context of attachment relationships. *Journal of Nonverbal Behaviour*, 29, 3, (s.141-169)
- Schanke, E. & Binder, P. E.** (2006) Her og nå med Daniel Stern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, (s. 953-954)
- Scharff, D. E. & Varela, Y. de** (2005) Object relations couple therapy. I *Handbook of couples therapy*. M. Harway (eds.), New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. (2005) Kap. 9, (s.141-156)
- Schjelderup, H.** (1955) Lasting effects of psychoanalytic treatment. *Psychiatry*, 18, (s.109-133)
- Schore, A. N.** (2003) *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton (s.73)

- Schore, A. N.** (2001) The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, (s.7-66)
- Schore, A.** (1997) Interdisciplinary developmental research and a source of clinical models. I M. Moskowitz, C. Monk & S. Ellman ( Eds.) *The clinical significance of early development: Implications for psychoanalytic intervention*. New York: Jason Aronsen. (s.1-72)
- Schore, A.** (1996) The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 8, (s.59-87)
- Schore, A.** (1994) *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schou, Ane** (2012) Voksen tilknytning og konflikthåndtering i parforhold. En litteraturstudie. *Kandidatafhandling/Special*. Psykologisk Institut, Århus Universitet.
- Seligman, S. & Harrison, A.** (2012) Infancy research, infant mental health, and adult psychotherapy: Mutual influences. *Infant Mental Health Journal*, vol.33, 4, (s.339-349)
- Siegel, J. P.** (2006) Dyadic splitting in partner relational disorders. *Journal of Family Psychology*, vol.20, 3, (s.418-422)
- Simpson, J. A., Winterheld, H. A. Rholes & Orina, M. M.** ( 2007) Working models of attachment and reactions to different forms of caregiving from romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 3, (s.466-477)
- Sletvold, H.** (2008) Nevrovitenskap og psykodynamisk teapi: Noen synspunkter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 9, (s.1169-1173)
- Snyder, D. K.** (1999) Affective reconstruction in context of a pluralistic approach to couple therapy. *Clinical Psychology: science and practice*. V6 N4, (Winter 1999). American Psychological Association, D 12, (s.348-365)
- Stabb, S.** (2005) What the research tells us. I *Handbook of couples therapy*. M. Harway (eds.) New Jersey: John Wiley & sons, inc., Kap. 24, (s.431-455)

- Stanicke, E., Varvin, S. & Stanicke, L. I.** (2013) Følelser og pasientens subjektive opplevelse: Et psykoanalytisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, (s.772-780)
- Steiner, J.** (1994) Patient-centered and Analyst-centered interpretations: Some implications of containment and countertransference. *Psychoanalytic Inquiry*, 14, (s.406-422)
- Stern, D.** (2004) *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton & Company
- Stern, D.** (1995) Self/ Other differentiation in domain of intimate socio-affective interaction: Some considerations. I P. Rochat (Ed.) *The Self in Infancy: Theory and research*. Amsterdam: Elsevier, (s.419- 429)
- Stern, D.** (1985) *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books
- Stern, D., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M, Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweilerstern, N. & Tronick, E.Z.** (1998) Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The “something more” than interpretation. *Int. J. Psychoanal.*, 79, (s.903-921)
- Stolorow, R. D.** (1997) Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic psychology*, 14, 3, (s.337-346)
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E. & Orange, D. M.** (2002) *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. New York: Basic Books
- Stolorow, R. D. & Atwood, G.** (1999) Three realms of the unconscious. I S. A. Mitchell & L. Aron ( Eds.) *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*. New York: Analytic Press, (s.365-371)
- Strand, N.** (2013) Intervju med Pål Ulvenes:Terapeuter bør ikke være for opptatt av å bli likt. *Tidsskriftet for Norsk Psykologforening*, 50, (s.864-866)

- Strømme, H., Gullestad, S. E., Stanicke, E. & Killingmo, B.** (2010) A widening scope on therapist development: designing a research interview informed by psychoanalysis. *Qualitative Research in Psychology*, 7, (s.214-232)
- Symington, N.** (1985) Phantasy Effects that which it represents. *Int. J. Psychoanal.*, 66, (s.349-357)
- Tjersland, O. A.** (2006) Om parforholdet og kjærligheten. Noen betraktninger fra ståstedet til en parterapeut. *Impuls*, 2006, 2, (s.88-92)
- Torgersen, A. M. K.** (2013) Forklaringer på individuelle forskjeller i tilknytningsmønstre hos barn og voksne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 50, (s.16-33)
- Tronick, E.** (1998) Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*. 19, 3, (s.290-299)
- Urnes, Ø.** (2002) utviklingspsykologi og Selvpsykologi. I S. Karterud & J. T. Monsen (Eds.) *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap. 3 (s.64-88)
- Veseth, M. & Moltu, C.** (2006) Tredjehet: grunnlagsproblemer i relasjonell psykoanalyse i lys av spedbarnsforskning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 9, (s.925-931)
- 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, (s.1239-1248)
- Wampler, K. S., Shi, L., Nelson, B. S. & Kimball, T. G.** (2003) The adult attachment interview and observed couple interaction: Implications for an intergenerational perspective on couple therapy. *Journal of Family Process*, 42, 4, (s.497-515)
- Weinberg, E.** (2006) Mentalization, affect regulation, and development of the self. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 54 (s.251-270)
- Winnicott, D. W.** (1971) *Playing and reality*. London. Routledge.
- Winnicott, D. W.** (1967) Mirror-role of mother and family in child development. I Winnicott, D.W. (1971) *Playing and reality*. New York: Basic Books



- Winnicott, D. W.** (1965) *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
- Winnicott, D. W.** (1960) The theory of parent-infant relationship. I *The maturational process and the facilitating environment*. London: The Hogarth Press, 1987
- Winnicott, D. W.** (1953) Playing and reality. Chapter 1: Transitional objects and transitional phenomena. *Int. J. Psychoanal.*, vol 34, part 2.
- Winnicott, D. W.** (1952) Psychoses and childcare. I D. W. Winnicott (1975) *Through Paediatrics to Psycho-analysis*. New York: Basic Books
- Wolf, E.** (1988) *Treating the self. Elements of clinical psychology*. New York: The Guilford Press
- Young, J. E.** (1994) *Cognitive therapy for personality disorders: A schema- focused approach* ( rev.ed.) Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Zachrisson, A.** (2008) Neutrality, tenderness and the analyst`s subjectivity. Reflections on the analytic relationship. *The Scand. Psychoanal. Rev.*, 31, (s.86-94)
- Zachrisson, A.** (2008) Motoveføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 8, (s.939-948)
- Zeddies, T. J.** (2000) Within, outside, and in between: The relational unconscious. *Psychoanalytic Psychology*, 17, (s.467-487)

# Vedlegg

- APPENDIX A. Adult attachment scale/ AAS. Collins & Read (1990)
- APPENDIX B. To tilknytningsmodeller. Brennan, Clark & Shaver (1998) og Bartholomew & Horowitz (1991)
- APPENDIX C. Modell over klinisk materiale inndelt som konfliktmateriale og mangelpatologisk materiale. B. Killingmo (1989, s.74)

## APPENDIX A

### Collins & Read's (1990) Adult Attachment Scale (AAS)

---

#### Item

---

#### Depend

1. I find it difficult to allow myself to depend on others. \* (Av)
2. People are never there when you need them. \* (Av)
3. I am comfortable depending on others. (S)
4. I know that others will be there when I need them. (S)
5. I find it difficult to trust others completely. \* (Av)
6. I am not sure that I can always depend on others to be there when I need them. \* (Ax)

#### Anxiety

1. I do not often worry about being abandoned. \* (S)
2. I often worry that my partner does not really love me. (Ax)
3. I find others are reluctant to get as close as I would like (Ax)
4. I often worry my partner will not want to stay with me. (Ax)
5. I want to merge completely with another person. (Ax)
6. My desire to merge sometimes scares people away. (Ax)

#### Close

1. I find it relatively easy to get close to others. (S)
2. I do not often worry about someone getting too close to me. (S)
3. I am somewhat uncomfortable being close to others. \* (Av)
4. I am nervous when anyone gets too close. \* (Av)
5. I am comfortable having others to depend on me. (S)
6. Often, love partners want me to be more intimate than I feel comfortable being. \*  
(Av)

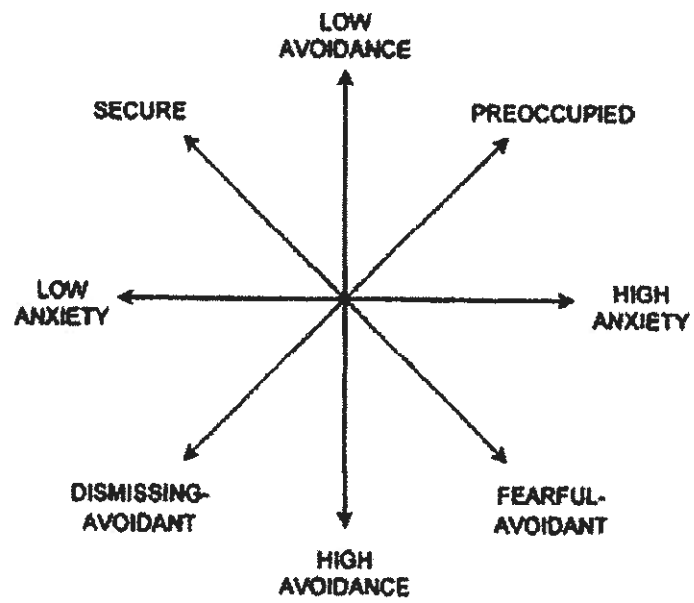
---

\* Item was recoded when forming the composite scores (Collins & Read, 1990)

*Note 1.* (S) = items hentet fra den "trygge" beskrivelsen (secure); (Av) = items hentet fra den "unntvikende" beskrivelsen (avoidant); og (Ax) = items hentet fra den "engstelige" beskrivelsen (anxious).

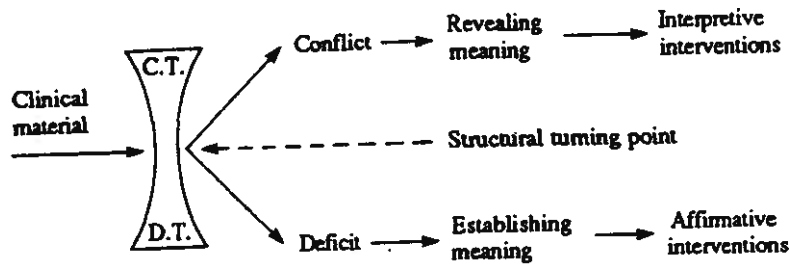
*Note 2.* Respondentene svarer på hvert item på en skala fra *ikke i det hele tatt karakteristisk for meg* (1) til *veldig karakteristisk for meg* (5)

## APPENDIX B



Figur 2. Modell over dimensjonene tilknytningsangst- og unnvikelse med Bartholomews (1990) fire tilknytningsstiler i kvadrantene (Mikulincer & Shaver, 2007)

## APPENDIX C



### **Modell over klinisk materiale inndelt som konfliktmateriale og mangelpatologisk materiale. Bjørn Killingmo (1989, s.74)**

Ved konflikt er det å avdekke mening for klienten gjennom tolkning en mulig terapeutisk tilnærming.

Ved mangel er det å etablere mening for klienten gjennom bekreftelser (affirmasjoner) en mulig terapeutisk tilnærming.

Beslutningen om en konflikttilnærming eller mangelpatologisk tilnærming vurderes ut fra om overføring er konflikt-eller mangeloverføring, som åpenbarer forskjeller i klientens indre struktur (kommentar S. Løchen).