Psykologtidsskriftet

TEORETISK ARTIKKEL

Regresjon som vekstmulighet i terapi med depriverte barn

Eldfrid Amlund [1]

[1]Psykolog

eldfridamlund@gmail.com

Publisert: 31.12.2005

Regression as a source of growth in therapy with deprived children

Severely deprived children have little ability to play and show few responses to the therapist's interpretations. However, these children often communicate an implicit need for the therapist as a primary object, thereby assuring psychological survival of the self. The therapist frequently assumes a role of «provider» of the child's basic developmental needs. Affective mirroring, physical closeness, or helping to alleviate the child's distress through long periods of silence, are examples of appropriate therapeutic responses. Silence is frequently associated with «primitive» internalized processes, emphasizing the child's crucial attachment to – and dependence on – the therapist. The therapeutic relationship utilizes regression within the context of play. Deprived children's immature play can be understood within the context of regression to a basic level of dependence necessary for further growth.

Å forstå depriverte barns umodne lek som regresjon og som kommunikasjon kan åpne for nye muligheter i terapi med barn. Betydningen av å møte en regressiv tilstand, i stedet for å tolke den, illustreres gjennom utdrag fra en terapi.
Artikkelen er blitt til med økonomisk støtte fra Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Vest.

Innledning

Innenfor klassisk psykoanalyse var det vanlig å betrakte regressive fenomener som uønskede symptomer, forårsaket av en tvilsom teknikk, eller som indikasjoner på en så dyp forstyrrelse i pasienten at prognosen var dårlig. Blant de som brøt med et slikt syn, er Balint (1968), Bollas (1987), Ferenczi (1932/1988) og Winnicott (1954). De fastholdt verdien av tolkning, men hevdet at pasienten i visse faser av terapi kan regredere til et nivå som gjør krav på en annen type relatering. Terapeutens affektive respondering ble her vektlagt. Senere er arven etter dem tatt opp, og deres tenkning videreutviklet. Stadig flere terapeuter beskriver den verdi som kan ligge i å tillate en regresjon til avhengighet, og hvordan terapeuten da må forholde seg.

I denne artikkelen vil jeg argumentere for at en forståelse av depriverte barns umodne lek som regresjon, i tillegg til symbollek, betyr en praktisk forskjell. Terapeuten får en annen måte å se fenomenene på, som åpner for nye muligheter i terapi. Betydningen av å møte en regressiv tilstand, i stedet for å tolke den, er en sentral problemstilling som illustreres gjennom utdrag fra en terapiprosess.

Teoretiske betraktninger

Raaheim og Raaheim (2004) definerer regresjon som: «å vende tilbake til, eller åpne opp for, mer primitive eller barnslige, opprinnelige reaksjonsformer eller tankemønstre» (s. 171). I psykoanalytisk teori forstås regresjon som en angstbasert realitetsflukt til en mer infantil tilstand, og slik fremholdes dens defensive funksjon. I tillegg til å se regresjon som en forsvarsmekanisme så Freud den som en faktor i patogenesen, som en spesifikk form for motstand, og som en «alliert» i terapi.

Regresjonens rolle i objektrelasjoner er utelatt av Freud, med to unntak, som han bare kort har omtalt. Dette er regresjon som en «alliert» i terapi og regresjon som en spesifikk form for motstand.

Balint (1968) grunngir denne utelatelsen med at regresjon ble studert innenfor begrensningene av en en-person-psykologi. Han vektlegger sterkt at regresjon ikke bare er et intrapsykisk fenomen, men også et interpersonlig. «For at det (regresjon) skal kunne være til terapeutisk nytte, er de interpersonlige aspektene avgjørende» (Balint, 1968, s. 147, min oversettelse). Dette utvidede synet åpner for en forståelse av regresjon som kommunikasjon. Winnicott (1954, 1971) er kanskje den teoretiker som klarest har fått fram den kommunikative dimensjonen ved regresjon. Han beskriver det som en gjensidig prosess («mutual cueing») og fremhever her pasientens evne til aktivt å signalisere sine behov for emosjonell kontakt. Terapeut og pasient er i en slik prosess involvert i et felles forsøk på å finne fram til en måte å relatere seg på følelsesmessig, som muliggjør kontakt.

Dersom det lykkes å utvikle en tillitsrelasjon, vil Balints (1968) begrep «godartet regresjon» være dekkende. Dette til forskjell fra en ondartet form for regresjon, som trolig avspeiler manglende tillit. Den sistnevnte formen er preget av klamring og krav til terapeuten som kan overskygge alt annet. Atmosfæren ved den godartede formen, også kalt «terapeutisk regresjon» (Balint, 1968) og «regresjon til avhengighet» (Bollas, 1987; Winnicott, 1954), kjennetegnes derimot ved en enkel, troskyldig holdning («arglos», Balint, 1968). Pasientens oppmerksomhet er rettet mer innover mot egne prosesser, og terapeutens person er da ikke det sentrale. Den terapeutiske verdi ved den arglose regresjon ligger i at den muliggjør en «ny start» (Balint, 1968). Sletvold (2002, s. 420) beskriver dette som «en kroppsforankret fornemmelse av hva som skulle vært der, hva som ville vært det beste eller det riktige», og knytter det til individets medfødte tendens til selvhelbredelse. Videre kan det forbindes med en mottagelig evne i pasientens forhold til seg selv som objekt (Bollas, 1987). En slik evne, utviklet gjennom terapeutens mottakelighet under taushet, benytter en mental prosess («evocation»), slik at «news from within the deeper parts of the self begins to emerge» (s. 260).

Gjennom sine begreper «muse» og «evocation» utdyper Bollas (1987) hvordan den regressive relasjon kan fremme vekst. «Muse» betegner den aktive meditative tilstand, eller tankefulle taushet, pasienten da er i, og viser til hans/hennes inntrykksmottakelige evne, som resultat av terapeutens mottakelighet. Dette kan befordre en annen mental prosess, nemlig «evocation». Pasienten er da i en passiv tilstand, der mer aktive elementer fra «the unthought known» (Bollas, 1987) kommer frem. Dette kan ha noe å gjøre med «the return of the repressed» (s. 272). Mens terapeuten «holder» rommet, tiden og prosessen, er pasienten «i» sin barndom. Det er derfor mer sannsynlig at tidligere erfaringer vil huskes under slike regressive tilstander.

Forutsetninger for konstruktiv regresjon

Terapeuten som et «nytt objekt» står her sentralt. Dette betyr at terapeuten, i en viss forstand, gir pasienten det som manglet. I tillegg viser begrepet til at terapeuten tåler at pasienten i overføringen opplever ham/henne som et sviktende objekt. Bions (1962) «containment» er relevant i denne sammenheng. Begrepet er betegnende for en svært aktiv prosess, som involverer følelse, tenkning, organisering og handling. Å la seg treffe og såre av pasientens «utsendte følelser», uten å trekke seg tilbake eller stenge av, er, ifølge Bion (1962), en nødvendig del av terapeutens «containment»-funksjon. Det siste leddet i denne prosessen er tilbakelevering av pasientens følelser i bearbeidet form. I forandringen innenfor overføringen, der pasienten kan bli kjent med sine projeksjoner, oppleves terapeuten gradvis på en annen måte. Fra å være et overføringsobjekt kan terapeuten bli et «nytt objekt» for pasienten.

Under økt tillit, som følge av terapeutens «holdende» og «rommende» relatering, kan det depriverte barnet nå forventes å regredere til en behovstilstand, som i visse henseender kan sammenliknes med hva som ble avbrutt av det opprinnelige traumet (f.eks. «affektiv speiling»). Når det har fått håp om en «ny start», vil kravet rette seg mot terapeuten. Stilt overfor «barnet» i pasienten, som trenger et «holdende» miljø for fremvekst av andre selv-elementer, må terapeuten endre sin forståelsesramme (Bollas, 1987). Det er lite han/hun kan gjøre nå, via ord, for å få kunnskap om pasientens indre virkelighet, og dette er ikke rett tidspunkt for å organisere opplevelse inn i en tolkning.

Pasientens søken etter å gjeninnsette gunstige betingelser og terapeutens evne til å fange opp signaler og relatere seg på et helt grunnleggende nivå, er nødvendige forutsetninger for konstruktiv regresjon. Av betydning for pasientens mulighet til regresjon er også strukturgivende faktorer i den analytiske situasjon, som de faste tidspunktene, tidsrammen og gjenkjenneligheten i et beskyttet «lukket rom».

En «ny start»-tilnærming

Når Winnicott (1954) fraråder tolkning under regresjon til avhengighet, er det helst de dramatiske manifestasjonene det vises til. Dette til forskjell fra de mer enkle og vanlige manifestasjonene, som er en del av nesten alle pasienters analytiske erfaring («Ordinary regression to dependence», Bollas, 1987). I tråd med Winnicott unnlot jeg å tolke, og forholdt meg i stedet møtende, når min klient beveget seg på et dypt nivå av regresjon. Det gjorde hun i store deler av terapien. Selv om en tolkende

tilnærming hadde en viss betydning for prosessen, illustreres ikke dette i kasuspresentasjonen, den fokuserer på min relateringsmåte under regresjon, slik Winnicott har beskrevet det.

En «ny start»-tilnærming innebærer, ifølge Winnicott (1954), at terapeuten aktivt tilbyr «good enough mothering». Her står kommunikasjon på et preverbalt nivå sentralt, og formidling skjer da via blikk, intonasjon, pust, rytme, bevegelser og kroppsholdning. Det dreier seg slik om en bestemt form for «primitiv» objektrelasjon, der implisitt samklang med pasientens følelser, behov og selvtilstander blir det virksomme.

Bromberg (1998) er på linje med Winnicott (1954) når han poengterer at den regrederte pasientens subjektive opplevelse må verdsettes som en tilstand i seg selv; det er her «det sanne selvet» (Winnicott, 1954) er lokalisert. Det sentrale, ifølge Bromberg (1998), er et bånd, som kommer i stand gjennom inntoning på pasientens emosjonelle tilstand, som et mål i seg selv. Sletvold (2002) har på samme måte understreket viktighet av terapeutens møtende holdning. Emosjonenes prioritet fremholdes når de ser tolkning som relativt nytteløst vis-à-vis rå emosjoner, før de har blitt opplevd og fullt uttrykt i en trygg atmosfære. Prosess kommer alltid før innhold.

En møtende holdning betyr imidlertid ikke at terapeuten «gir» og pasienten «tar imot»

Motoverføring som omsorg («countertransference as provision», Bollas, 1987) er beskrivende for terapeutens relateringsmåte i kontakt med den regrederte pasienten. Det skjer da et skifte i pasientens mentale prosesser, fra «reception» til «evocation». I en slik indre tilstand, der noe begynner å komme i forgrunnen, kan han/hun oppdage noe nytt og viktig. Ord vil i slike situasjoner oppleves som forstyrrende og irrelevant. Også Winnicott (1954) peker her på faren ved å invadere pasientens opplevelse med ord. Han/hun kan da komme til å vite for mye for snart, eller det blir ikke forstått på et følelsesmessig plan («patologisk regresjon»).

På lik linje beskriver Balint (1968) tolkning som «organiserte» tanker, hvis interaksjon med det vage, drømmelignende, enda «uorganiserte» innholdet i pasientens skapelsesprosess kan forårsake skade eller prematur organisering. Likeledes advarer Sletvold (2002) mot tolkninger etter at pasienten har kommet til det punkt der han/hun har gitt opp sin mistenksomhet og relaterer seg mer ut fra iboende behov. Fortsatt tolkningsarbeid vil da innebære stor sannsynlighet for at prosessen stopper opp.

I henhold til egne erfaringer med depriverte barn i en regressiv prosess har terapeutens intellektuelle anstrengelser liten verdi. Dette vises gjennom manglende respons, barnet vender seg

fysisk bort, eller formidler irritasjon verbalt. En møtende holdning betyr imidlertid ikke at terapeuten «gir» og pasienten «tar imot». Barnet signaliserer aktivt behov for «holding» i ulike former, avhengig av den enkeltes erfaringsbakgrunn. Terapeuten må da forholde seg på spesielle måter, som samsvarer med den type objektrelatering den enkelte pasient i sin regressive prosess signaliserer behov for. Slik kan pasienten få en tiltrengt opplevelse av «væren» og, ifølge Winnicott (1954), en mulighet til å bli kjent med følelser, behov og kroppsfornemmelser som vokser fram; psyke og soma får anledning til å møtes.

Terapeutens spesielle tilstedeværelse

Winnicott (1956) hevder at barn som ikke har opplevd god nok omsorg tidlig i livet, vil reagere med en svært primitiv angst, som inkluderer ordet «død» i sin beskrivelse. Det dreier seg om en type angst der hele barnets verden er truet. Casement (2003) har beskrevet hvordan pasienter med tidlig brutt avhengighet kan gjenoppleve det som emosjonell død i terapi. Pasienten kan da etterspørre fysisk «holding», når det bare er en slik kontaktform som kan gi opplevelse av aksept og tilhørighet. Måten terapeuten gjør dette på, er imidlertid overordnet kontaktformen. Dette er et poeng Ferenczi (1988b) tar opp, når han understreker viktigheten av å møte en regressiv tilstand i en atmosfære av ømhet og varhet. Å kunne forholde seg til den regrederte pasientens ubevisste mildt og forsiktig, ser han som spesielt viktig i kontakt med seksuelt misbrukte. Når barnet må forholde seg til voksen seksualitet («the language of passion») når det søker ømhet («the language of tenderness»), skapes et savn hos det. At terapeuten relaterer seg til slike pasienters positive overføring med ømhet i motoverføringen, er sterkt meningsdannende ved at pasienten da tilføres noe vesentlig som manglet i den patogene relasjonen.

Under terapeutisk arbeid med regresjon står også «affektiv speiling» (Winnicott, 1971) sentralt. Barn som ikke føler seg oppfattet og forstått som et «selv», signaliserer ofte behov for slik bruk av terapeuten. Denne må da prøve å forstå barnets følelsesuttrykk, se dets utviklingspotensial og kommunisere forestillinger om hvem det er. Slik lages et rom for barnet, som det gradvis kan utvikle sitt eget selv innenfor (Winnicott, 1971). Å føle seg forstått og sett betyr at barnet også har sett terapeuten som en som ser. Dette gir grunnlag for senere verbal dialog.

For andre kan det være nok at terapeuten bare er til stede, men på en viss avstand, som barnet, i henhold til mine erfaringer, ofte gir klare signaler om er nødvendig. Ved tidligere opplevd

grensekrenkelse kan det uttrykke behov for god avstand til terapeuten, enten ved å trekke seg unna, peke terapeuten ut i rommet, eller gjennom verbale beskjeder som «Gå vekk!».

Viktigheten av hele tiden å være på riktig avstand til pasienten er et sentralt poeng i teori om regresjon. Sletvold (2002) beskriver den regressive prosessen som en kropp-til-kropp-relasjon i rommet, et forhold som har grunntrekk felles med forholdet foreldre–barn. Denne beskrivelsen, hevder han, innebærer at avstanden og posisjonen mellom terapeut og pasient hele tiden er et sentralt terapeutisk instrument. «Terapeuten må verken være så langt unna at pasienten kan føle seg forlatt eller fortapt, heller ikke så nær at pasienten kan føle seg brydd og ufri» (Balint, 1968, s. 179, min oversettelse). Distansen må korrespondere med pasientens aktuelle behov, og utfordringen blir å være var på pasientens signalisering om dette.

Terapeutens spesielle måte å forholde seg på under regresjon beskrives på en illustrerende måte i følgende eksempel (Winnicott, 1975): «Den detalj jeg har valgt å beskrive, har å gjøre med denne pasientens absolutte behov for kontakt med meg fra tid til annen. Til sist skjedde det at hun og jeg var sammen, med hennes hode i mine hender. Uten overlegg, for begges vedkommende, utviklet det seg en gyngende rytme. Slik, gjennom en svak, men vedvarende ruggende bevegelse, ble gjensidighet uttrykt. Vi kommuniserte uten ord» (s. 22, min oversettelse).

Winnicott (1975) viser her hvordan emosjonell tilhørighet og gjensidighet kan erfares i en regressiv relasjon gjennom fysisk «holding» (ny relasjonell erfaring). Dette er et nøkkelbegrep i teori om regresjon, som viser til et ønske hos pasienten om en relasjon som kan erfares, i noen grad, å gi det som var savnet i de tidlige traumatogene relasjonene. Erfaringen skal forstås som «både symbolsk og virkelig på samme tid. Pasienten vet at det er en erfaring innen en terapeutisk ramme og prosess, samtidig som den kroppslige erfaringen er en virkelig opplevelse av hva som skulle vært 'den gangen'» (Sletvold, 2002, s. 421).

Når det gjelder den store betydningen en «møtende» holdning kan få for pasienten, står Stern et al. (1998) sentralt. De vektlegger, i likhet med Winnicott (1954), de opprinnelige prosessene i affektiv kommunisering med sine røtter i de tidligste relasjonene. Terapeutens affektive deltakelse, som ikke må forstås som en del av tolkningsområdet, skaper møtepunkter. Dette innebærer en delt forståelse mellom pasient og terapeut av hva som skjer i relasjonen her-og-nå. Det er en helt ny erfaring og prosessens knutepunkt for forandring. Handlingene som danner slike møtepunkter, hevder de, kan aldri bli rutine eller noe rent teknisk. De må være helt nye og utformet til å møte øyeblikkets

særegenhet. Terapeuten bruker da et spesifikt aspekt ved sin individualitet; pasient og terapeut møtes som personer, relativt fri fra sine respektive roller.

Stern et al. (1998) drøfter «møtende endringsøyeblikk» i løpende terapier uten at regresjon er forutsatt. Dette utvider perspektivet med «møte» i stedet for «tolkning» til terapiprosesser generelt. Selv om dette perspektivet ikke er avgrenset til regressive prosesser, står det imidlertid her helt sentralt. «Jo dypere nivå behandlingen må operere på, desto større er pasientens behov for den omsorg han/hun manglet» (Guntrip, 1977, s. 413, min oversettelse).

Det nye som skapes i relasjonen under disse møtene, kan endre det kjente intersubjektive miljø. Tidlig erfaring rekontekstualiseres i nuet, slik at personen opererer fra et annerledes mentalt landskap. Endring av den implisitte relasjonelle kunnskap om forholdet pasient–terapeut resulterer i nye væremåter av langvarig karakter. Dermed blir det med Stern et al. (1998) klart at en «møtende» holdning hos terapeuten, karakteristisk for en «ny start»-tilnærming, gir en mer grunnleggende og varig endring enn det som kan oppnås gjennom tolkning.

Utdrag fra en barnepsykoterapi

Stine, en 11 år gammel omsorgssviktet jente med moderat til mild psykisk utviklingshemning, ble henvist for terapi med bakgrunn i emosjonelle problemer. Hennes utviklingshemning hadde et organisk så vel som et psykologisk grunnlag. Stines atferd ble beskrevet som påfallende, blant annet ved at hun på skolen ofte gikk inn i en rolle som «hund». Hun gikk ukentlig i terapi i ca. to år, med enkelte mindre avbrekk.

I tillegg til langvarig vanskjøtsel ga bakgrunnskunnskapen holdepunkter for at seksuelle overgrep kunne ha skjedd flere ganger før plassering i fosterhjem. Hun var da åtte år gammel. Det ble også opplyst om vold fra begge foreldrene i form av dytting, slag i ansiktet og på kroppen. Omfanget av dette er usikkert. Hun ble flere ganger stengt inne i timevis i en kjeller og på rommet sitt i tomt hus. Mor ble beskrevet som upredikerbar med brå skiftninger mellom nærhet og avstand. Stine hadde ikke tilgang på andre voksenpersoner som kunne gi trøst og støtte.

Da det er forsket relativt lite på behandling av mentalt retarderte barn med emosjonelle problemer, ble det vanskelig å avklare hvilken konsekvens Stines medfødte begrensninger kunne få for valg av terapeutisk tilnærming. I litteraturen er det imidlertid holdepunkter for at barn med slike problemer kan nyttiggjøre seg psykoterapi. I likhet med nevrotiske barn med bedre intellektuelle

evner kan mentalt retarderte barn bruke den terapeutiske prosessen til å oppheve blokkeringer av bevisste og ubevisste følelser, og frembringe mer adekvat atferd (Davidson, 1975). Roth og Barrett (1980) hevder at retarderte barn med emosjonelle problemer, som innehar evne til symbolske prosesser, kan profittere på psykoterapi innenfor retardasjonens begrensninger. Jeg påbegynte psykoterapi med Stine ut fra min vurdering av at nevnte betingelse var til stede hos henne.

Innledende fase

Da jeg skulle hente Stine til første time, kommuniserte hun sterk utrygghet. Hun ble fysisk urolig og løp til slutt vekk mens jeg nærmet meg henne på venterommet. Når jeg senere i slike situasjoner hadde med meg et kosedyr for å gjøre vår kontakt mer indirekte, og dermed redusere angst, lyktes jeg i å få henne med meg inn på lekerommet.

Indirekte relatering gjennom kosedyr i tiden fremover ble gradvis erstattet av uttesting av relasjonen. For eksempel kunne Stine legge seg ned på ryggen, peke på en togrekke like ved, deretter på knærne sine, som hun trakk litt opp. Etter at jeg hadde kjørt togene forsiktig under knærne hennes, slik jeg oppfattet at hun ville, måtte jeg kjøre dem under albuene, og til sist under nakken hennes. Mens jeg gjorde dette, uttrykte hun skarpe hvin og hyl. Den anspente og vaktsomme kvaliteten jeg samtidig registrerte i hennes kroppsuttrykk, knyttet jeg til tidligere grensekrenkelse.

Etter en rekke lignende situasjoner, der Stine testet ut om jeg var til å stole på, fikk leken et mer offensivt og aggressivt preg. Hun rettet sin aggresjon mot meg, og jeg oppfattet at hun engasjerte meg som det «onde objektet». I det følgende illustreres hvordan jeg, ved å tåle og romme Stines vanskelige følelser, forbundet med omsorgssvikt («containment»), kunne bli et «nytt objekt» for henne.

Med et utprøvende blikk kunne Stine slippe noen små dyr ned i gapet på en ulvehånddukke. Hjelpeløshet ble symbolisert når hun deretter holdt den nær opp mot ansiktet mitt under de små dyrenes gjentatte rop om hjelp. Samtidig oppfattet jeg at det i dette lå et implisitt spørsmål om hvordan jeg ville forholde meg. Etter befrielse av de små dyrene, som hver gang krevde en hard fysisk kamp med Stine/»ulven», registrerte jeg kroppslig ettergivelse hos henne og et smil, som tydet på lettelse. Litt senere la jeg merke til en kvalitet i blikket hennes, som vitnet om anerkjennelse. Dette ga meg en opplevelse av at hun så meg som en som forsto avmakten hun hadde kjent på som liten, og den støtten hun da hadde trengt. Stine kunne også jage meg rundt i rommet med et sverd, og til slutt presse meg opp i et hjørne. Sverdslagene kunne da være svært kraftige og nærgående. I perioder

vekslet hun mellom slik lek og hiving av «giftslanger» på meg. Det skjedde også at hun la dem oppå hodet mitt, rundt halsen, eller slapp dem ned innunder genseren min. Smilende spurte hun så om jeg ble redd.

Dette ga meg en opplevelse av at hun så meg som en som forsto avmakten hun hadde kjent på som liten, og den støtten hun da hadde trengt

Stines «utsendte følelser» traff meg sterkt og ble ofte ved hos meg etter at timen var slutt. Det kjentes som om jeg ble «påtvunget» å fordøye det vonde. Når jeg enkelte ganger forholdt meg tolkende, var jeg bevisst på å ikke gjøre dette for raskt. Det kunne gi henne en opplevelse av at jeg sendte følelsene tilbake, uten å ha tatt dem tilstrekkelig inn. Gjennom fungering som «container», der min forståelse av Stine ble kommunisert, kunne hun i noen grad bli kjent med sine projeksjoner. Flere tegn på økt affektbevissthet fremkom i tiden fremover. For eksempel kunne hun, under leken, knurre som en hund, mens hun omtalte seg selv som en sint hund.

Det sterke ubehaget jeg periodevis følte i min kontakt med Stine, kompliserte kommunisering av min tilgjengelighet som et «nytt objekt». Ubehaget var følbart i situasjoner der jeg sterkest opplevde hennes aggresjon. Det kunne da være vanskelig å «huske» det traumatiserte barnet i henne, hvis utviklingsmessige relasjonelle behov var forblitt umøtt. Imidlertid gled min fungering som overføringsobjekt gradvis over i fungering som et «nytt objekt». Under leken, som nå var blitt roligere, fornemmet jeg en større følelsesmessig åpenhet hos henne. Dette så jeg som en indikasjon på økt tillit, som følge av min rommende relatering under repetisjon av tidligere relasjoner. Stines «primitive» og konstruktive bruk av meg som et «nytt objekt» illustreres i det følgende.

Signalisering av hva som aldri, eller mangelfullt, har eksistert, skjedde hovedsakelig mens Stine var i en rolle som «hund», en type atferd hun hadde vist allerede fra starten. I hunderollen gikk hun ned på alle fire og kommuniserte gjennom små bjeff, knurring og pipelyder, supplert med peking og enkelte ord eller setninger. Dette var trolig en måte å forkle sine opplevelser på. Endringen som nå skjedde, artet seg ved at hun for eksempel pekte på vannkranen, deretter på noen skåler. Dernest så hun spørrende på meg, som for å teste ut om jeg forsto. Noen ganger ga hun i slike situasjoner verbalt uttrykk for at «hunden» var sulten, og at jeg måtte finne mat til den.

Stine kunne signalisere sine behov også ved å holde en finger frem mot meg mens hun, appellerende til omsorg, fortalte at den var skadd. Jeg måtte vaske «såret», og deretter bandasjere fingeren. Likeledes kunne hun, med en sterkt appellerende kvalitet i blikk og stemme, sette seg inn i en krok og si at hun var en liten valp som ingen ville ha.

Etter at jeg hadde svart imøtekommende ved å sette ut «mat» til «hunden», vaske og bandasjere fingeren, sette meg nær henne som «liten uønsket valp», kunne Stine i slike situasjoner legge seg ned på ryggen på et teppe hun hadde signalisert ønske om. Liggende slik med øynene igjen, registrerte jeg et langt dypere åndedrett hos henne enn før. Den jevne og rolige kvaliteten ved dette, pustens nære forbindelse med følelser, kunne tyde på integrering av nye relasjonelle erfaringer.

I ovenstående eksempler kommuniserer Stine, gjennom leken, mangel på emosjonell næring, samt en følelse av å være alene og avvist. Videre signaliserer hun behov for aksept og trøst, primært i en konkret og fysisk form. Med dette syntes det som Stine var i ferd med å få kontakt med egen opplevelsestilstand, og at hun nå, i noen grad, kunne relatere seg ut fra egne iboende behov.

Stines bruk av meg som et «nytt objekt» skjedde også i situasjoner der hun signaliserte behov for taushet. For eksempel kunne hun holde en pekefinger opp mot meg med klar beskjed: «Ikke snakk!». Så fortsatte hun leken i hva jeg oppfattet som en tilbaketrukket, meditativ tilstand med oppmerksomheten rettet «innover» («arglos»). Leken hadde da et harmonisk preg og var mer sammenhengende enn tidligere. Hun kunne leke i kjøkkenkroken, smånynnende, mens hun vasket opp, eller hun kunne sitte for seg selv, konsentrert, og tegne et hus. Mens hun under slik lek var i «sitt eget», signaliserte hun samtidig at mitt nærvær var viktig. Behov for bevitnelse ble klart ved at hun jevnlig sjekket ut med blikket om jeg så henne, dvs. om jeg, via blikket, formidlet at jeg var der for henne. Gjennom min bekreftelse i taushet, som et medium «det holdende miljø» kan erfares gjennom, kunne hun igjen rette oppmerksomheten mot indre prosesser, rettet mot økt bevissthet.

Endringen i Stines lekepreg, som beskrevet i nevnte eksempler, inneholder følgende momenter, som jeg så som tegn på regresjon: hun hadde i noen grad avgitt kontroll og var kommet nærmere sine følelser og relasjonelle behov. I en tilbaketrukket tilstand, preget av følelser og forestillinger, kommuniserte hun, slik jeg fornemmet det, motstandsløs taushet under opplevelse av å være et barn i god omsorg. Hennes uttrykte behov for taushet og for min relatering på et grunnleggende nivå tydet på at «primitive» prosesser var virksomme i henne.

Denne type lek så jeg mer som følge av mine intervensjoner og regresjonsfremmende faktorer i den analytiske situasjon, enn som Stines normale funksjonsmåte. Jeg tilbakeførte slik lek primært på den økte tryggheten og tilliten i kontaktforholdet, bevirket gjennom «holding» og relatering til det «indre barnet» i henne, som beskrevet.

Regresjon og ikke-verbal interaksjon

Min forståelse av Stines lek som regresjon tilsa at hun, i sin aktive søken etter mening, fikk anledning til å iscenesette det opprinnelige traumet på nytt innenfor terapiforholdet. Gjennom min «møtende» holdning kunne det nå få en annen utgang enn før. Dette illustreres i det følgende.

Når Stine i en time spurte om hun kunne få være «hunden» min, antok jeg at utviklingstemaet avhengighet ble aktualisert på et symbolsk nivå. Jeg forsto dette som forsøk på å involvere meg i en «ny start». Min hypotese om at hun slik signaliserte et behov for avhengig relatering, et behov vi alle har som små, ble styrket i det videre samspillet. «Hundebåndet» (hoppetauet) fikk der en sentral betydning. Ved å gi ulike instrukser om lengden på dette, mens vi gikk tur rundt i rommet, regulerte hun selv nærhet og avstand mellom oss. Noen ganger, mens vi «reiste med fly» til ulike spennende mål hun forestilte seg, satt hun på gulvet, tett inntil bena mine. Hun ba meg om å passe godt på, for «hunden var redd!».

Andre ganger ville hun ha meg på lang avstand, og hundebåndet ble da brukt i sin fulle lengde. I slike situasjoner prøvde hun ofte å komme løs ved å rykke og dra i tauet alt hun orket. Når hun, tiltagende irritert, erfarte at dette var nytteløst, løsnet hun hoppetauet fra livet og hev det fra seg. Dette gjorde hun med en brå bevegelse og et lukket, hardt ansiktsuttrykk, som tydet på sinne. Slike situasjoner, som endte med lekeavbrudd, ble etterfulgt av kroppslig bortvendthet og taushet (sint tilbaketrekning).

Denne type lek, der Stine svingte mellom redsel og sinne (nærhet og avstand), forsto jeg som en ambivalenskonflikt, knyttet til avhengighet. Kanskje var hun nå også mer sårbar for akkurat den type responser som tidligere hadde traumatisert hennes grunnleggende behov. Muligens forventet hun derfor slike responser og forholdt seg aggressivt til meg, som om de igjen var forestående. Ved å oppleve og godta konflikten i tiden fremover ble tillit fremmet, noe som gradvis reduserte Stines ambivalens. Gjennom økt tillit og trygghet ble også dypere regresjon mulig. Følgende eksempler illustrerer hvordan jeg da forholdt meg.

Stine kunne gjenoppleve emosjonell død, trolig forbundet med tidlig brutt avhengighet, ved plutselig å legge seg ned på gulvet, lukke øynene og si: «Nå er jeg død!». Slik ble hun ofte liggende, blek, urørlig og taus, opptil ti minutter. Da ord her kommer til kort, forholdt jeg meg taust lyttende til hennes underliggende smerte og behov. Gjennom en slik «møtende» holdning kunne katastrofehendelsene, «fastfrosset» i hennes kropp, «tines opp» og oppleves på nytt som emosjonell død. I tillegg til smerteformidling fornemmet jeg en kvalitet i hennes taushet og fremtoning som er vanskelig

å beskrive. Det var som om smerte, intensitet, avslappethet og åpenhet ble uttrykt på samme tid. Dette ga meg en følelse av ro og tillit til prosessen; jeg opplevde at gjenoppbyggende prosesser var virksomme i henne, at «død» ga ny fremvekst. «Tilbake til livet» pekte Stine i slike situasjoner på en bunke med hvite håndklær. «Hele meg må bandasjeres!». Mens jeg la håndklær rundt henne, under opplevelse av delt sårbarhet og økt sensitivitet i relasjonen, ble jeg grundig instruert. Ikke en glippe ble tillatt, og jeg måtte passe på at det ikke løsnet. Hun trengte en sikker og kroppsnær «holding».

Noen ganger ga hun uttrykk for at «hunden» var sulten, og at jeg måtte finne mat til den

Stine kunne også iscenesette sitt traume slik: Tildelt rollen som «hundefanger» fulgte jeg hennes instrukser om å løpe etter «hunden» og hive et klede over den. Dette mens hun krabbet bortover gulvet på flukt. Med kledet over seg konstaterte hun at «hunden» var fanget i nettet. Liggende stille slik ble jeg bedt om å gå langt ut i rommet og stå med ryggen mot henne. «Du visste ikke hva som skjedde, men så hørte du at hunden pep. Da snudde du deg og så en pote stikke fram under nettet. Du skjønte at det var en hund der som var fanget. Så så du at den var bundet fast til benet. Du skjønte at det gjorde vondt, for den blødde. Du måtte kutte tauet så den kom løs fra fellen.» Deretter pekte Stine på et teppe hun ville ligge på, og ett hun ville ha over seg. «Du må vaske såret.» «Så må du bandasjere benet.» Dette gjorde jeg i en følelsesmessig tilstand som om jeg pleiet hennes indre sår.

Senere, i situasjoner der Stine lå sammenkrøket på gulvet som «fanget hund», registrerte jeg små svetteperler på nesen hennes og knallrøde kinn. Mens hun uttrykte seg kroppslig slik, sa hun: «Hunden ble bundet fast. Så ble magen skåret opp. Da stoppet hjertet og hunden døde!».

I en tilstand av hva jeg oppfattet som ekstrem angst, ba hun meg med nesten uhørlig stemme om å hente legekofferten fort! «Du måtte lytte på hjertet. Så må du legge bandasje på magen så blodet stopper.» Deretter måtte «hunden» få medisiner, et teppe over seg, og så måtte den få være i fred. Mens hun i slike situasjoner lå rolig med øynene igjen, satt jeg ved siden av henne i taus deltakelse.

Gjennom min forståelse av Stines lek som regresjon fikk hun, som vist i det ovenstående, mulighet til å uttrykke og reintegrere tapte komponenter ved sine erfaringer. Gradvis, og over lang tid, gled denne type lek over i mer harmonisk lek, som varte fram til terapiens slutt.

Bedringstegn

Stines vekst, gjennom regresjon, kom også klart til uttrykk i forbindelse med fødselsscener. Symbolisering av fødsel var et gjentagende tema og forekom oftest i terapiens midtfase. Dette kunne arte seg slik: Liggende sammenkrøket på gulvet, i rollen som hund, pekte hun på magen sin med lidende uttrykk. Tildelt rollen som fødselshjelper, måtte jeg sitte nær henne mens hun presset. Hun la hele sin styrke inn i dette. Åndedrettet var kraftigere, og hun ble tiltagende rød i ansiktet. I en viss periode signaliserte hun behov for kroppskontakt i form av «dyrlegens» hånd lagt på magen hennes, og senere, min hånd. På signal måtte jeg ta imot valpen.

På turer med lekevalpen rundt i rommet bemerket Stine flere ganger at den bare var en liten valp. Dette sa hun med mykhet i stemmen, kroppslig henvendt mot den, noe som vitnet om empati. Jeg opplevde at hun i slike situasjoner, gjennom «valpen», forholdt seg til noe skjørt og vart i seg selv. I den første tiden måtte jeg passe på «valpen» og gi den «mat». Senere overtok hun denne funksjonen selv. Det skjedde også at hun iscenesatte ulike farefulle situasjoner, der hun sørget for forsvar av «valpen». Først måtte jeg forsvare den, og etter hvert gjorde hun det selv.

Deretter måtte «hunden» få medisiner, et teppe over seg, og så måtte den få være i fred

Parallelt med dette viste Stine en gradvis mindre ambivalent måte å forholde seg til «valpen» på, når den forsiktig ble lagt opp til henne etter hver «fødsel». Endringen artet seg ved at hun i den første tiden slikket «valpen» fort i ansiktet og deretter vendte seg brått bort fra den. Senere tålte hun mer og mer at «valpen» lå tett inntil henne i slike situasjoner, og det skjedde at hun holdt rundt den mens hun betraktet den. Samtidig med dette observerte jeg stadig færre brå skiftninger mellom nærhet og avstand i vårt kontaktforhold.

Stines ivaretakende og beskyttende måte å forholde seg til «valpen» (seg selv) på, sto i sterk kontrast til det som var tilfellet tidlig i terapiforløpet. «Valpen» (hun selv) satt da alene i en krok, forlatt, fordi «ingen ville ha den». En integreringsprosess var kommet i stand; mer og mer kunne hun fremvise den type omsorgsutøvelse som hun selv hadde opplevd i terapiforløpet. Positive sirkler var således etablert, altså en overskridelse av de traumatiske hendelsene.

Stines økte evne til deltakende forståelse og ivaretakelse av «valpens» (egne) emosjonelle behov vitnet om utviklet evne til egen støtte. Bar-Levav (1988) ser dette som et av de største målene i psykoterapi. Videre tydet hennes endrede relateringsmåte, i form av mindre ambivalente følelser, på

personlighetsorganisering på et høyere nivå. Blant andre bedringstegn som fremkom, var en gradvis utviklet interesse for mer aldersadekvate leker. Hun hadde også utviklet evne til å le spontant og til mer vedvarende blikkontakt. Fra å uttrykke sinne og angst under leken kunne Stine i sluttfasen snakke om disse følelsene, knyttet til det vonde hun hadde opplevd i barndommen. Dette hadde hun, gjennom regresjon, oppnådd større bevissthet på.

Stines gradvise oppgivelse av hunderollen, både i terapi og på skolen, var også et stort fremskritt. I terapiforløpet hadde det vært en glidende overgang fra det å si «hund» om seg selv, til å si «jeg». Fra å glede seg til timen hver gang, syntes Stines motivasjon mot slutten av terapien å avta. Dette så jeg som et av tegnene på at jeg ikke hadde bundet henne til avhengighet.

Sluttord

Gjennom regresjon, en gjensidig prosess, der den ordløse dimensjonen ved analytisk kommunikasjon står sentralt, kan barn med store skader og mangler i sin tidlige psykologiske utvikling få mulighet til en «ny start». «Primitiv» og konstruktiv bruk av terapeuten som et «nytt objekt» gir barnet anledning til å gjenvinne kontakt med de grunnleggende selv-prosessene. Nydannelse av psykisk struktur, tilfredsstillelse og en følelse av virkelighet kan bli mulig. Regresjon, som et vekstfremmende fenomen i barnepsykoterapi, forutsetter terapeutens møtende holdning, der mindre vekt legges på tolkning, og mer på implisitt samklang med barnets følelser, behov og selv-tilstander. Tolkning i kontakt med det depriverte barnet, når det relaterer seg ut fra iboende behov, vil oppleves som forstyrrende og hindre fremvekst av nye selv-elementer.

Eldfrid Amlund
Haugesund sjukehus, Helse Fonna Psykisk helsevern for barn og unge
Pb 2170, 5504 Haugesund
E-post eldfrid.amlund@helse-fonna.no

Referanser

Bacal, H. A. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. I *Progress in self-psychology, vol. 1,* Goldberg, A. (Ed.). New York: Guilford Press.

Balint, M. (1968/1986). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression.* London: Tavistock Publications.

Bar-Levav, R. (1988). *Thinking in the shadow of feeling: A new understanding of the hidden forces that shape individuals and societies.* New York: Simon & Schuster.

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

Bollas, C. (1987). Ordinary regression to dependence. I *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known* (ss. 256–274). London: Free Association Books.

Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Casement, P. (2003). *Learning from our mistakes.* Terapiseminar i Os, 19. og 20. juni, 2003.

Davidson, C. D. (1975). Psychotherapy with mentally handicapped children in a day school. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 12,* 13–21.

Ferenczi, S. (1932/1988a). *The clinical diary of Sandor Ferenczi.* Ed. Dupont, J. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ferenczi, S. (1988b). Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and of passion. *Contemporary Psychoanalysis, 24,* 196–206.

Freud, S. (1912/1975). Recommendations to physicians practising psycho-analysis. I J. Strachey (Ed.), *Standard Edition, 12* (ss. 109–120). London: Hogarth Press.

Guntrip, H. (1977). Personality structure and human interaction. London: Hogarth Press.

Roth, E. A., & Barrett, R. P. (1980). Parallels in art and play therapy with a disturbed retarded child. I *The arts in psychotherapy, vol. 7,* no 1, (ss. 19–26).

Raaheim, A., & Raaheim, K. (2004). *Psykologiske fagord.* Bergen: Fagbokforlaget.

Shirar, L. (1996). *Dissociative children. Bridging the inner and outer worlds.* New York: W. W. Norton & Company.

Sletvold, J. (2002). Karakteranalyse, kropps-regresjon og ny start. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 39,* 416–425.

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis, 79,* 903–921.

Stern, S. (1994). Needed relationships and repeated relationships. An integrated relational perspective. *Psychoanalytic Dialogues, 4,* 317–345.

Winnicott, D. W. (1954/1958a). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set up. I *Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis.* London: Tavistock.

Winnicott, D. W. (1955 - 56/1958b). Clinical varieties of transference. I *Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis.* London: Tavistock.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment.* New York: International Universities Press.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality.* London: Tavistock.

Winnicott, D. W. (1975). *Through pediatrics to psychoanalysis.* New York: Basic Books.

Publisert: 31.12.2005, Tidsskrift for Norsk psykologforening.