

**NÅR VIRKELIGHEDEN SVIGTER**  
– om udforskningen af reparative foranstaltninger  
ved psykotiske tilstande

Bent Rosenbaum

*Det psykoterapeutiske møde med psykotiske mennesker, ikke mindst mennesker i skizofrene tilstande, er ofte maximalt udfordrende for behandlerens kompetence og modoverføring. I udforskningen af den terapeutiske proces stilles mange forskningsmæssige problemer på spidsen. Eksempler på disse vanskeligheder diskuteres.*

*Artiklen tager teoretisk udgangspunkt i psykoanalytisk tænkning. Dens praktiske udgangspunkt er egne erfaringer samt erfaringer fra et dansk projekt vedrørende psykoterapi af mennesker med skizofreni eller skizofreniforme tilstande (det danske projekt er et delprojekt i en fællesnordisk undersøgelse). I artiklen diskuteres bl. a.: behandlingsens etik, problemer med at etablere en behandlingsalliance med patienten for hvem en initial »state of non-experience« er fremherskende, metaforens betydning i psykoterapi samt betydningen af den unøjagtige fortolkning.*

Under alle omstændigheder synes det at være på høje tid at vække nyt liv i begreber, som mister deres konturer ved rutinemæssig brug; det gælder om at frigøre deres meningsindhold ved at gå vejen om deres historiske gennembrud, eller ved at reflektere over deres subjektive grundlag.

Lacan

Jeg er vist bange for, at en bombe under en eventuelt 3. verdenskrig vil komme til at ødelægge bare et af de fantasi-hæfter, hvor jeg har skrevet om mine problemer. Da skulle jeg få disse problemer lige i hovedet igen.

Anonym

## Forskerens position

Denne artikel handler om udforskningen af *psykoterapiens processer*. I en vis udstrækning kan denne udforskning slet ikke finde sted uden om en tilsvarende undersøgelse af *psykosens processer*, således som disse bæres til torvs af det enkelte individ – i sociale samspil og generelt i mødet med andre individer. Udforskningen af psykoseterapiens processer fordrer altså livtag med psykosernes fænomenologi. Denne kan identificeres på flere niveauer: dels som samfundsmæssigt bestemte fænomener (Deleuze & Guattari 1972, Dörner 1969, Foucault 1961, Gabel 1962), dels som fænomener der defineres af det psykiatriske behandlingsapparat og dets institutioner (Ericsson 1974, Mannoni 1973 samt diverse lærebøger i psykiatri, der tilstræber at beskrive psykisk sygdom i »objektive« kategorier), dels som fænomener der karakteriserer grupperes funktionsmåde (Bion 1959) og endelig som fænomener i det enkelte individs tale og affektive bearbejdelse af omverden (Fromm-Reichmann 1950, Frosch 1983, Ogden 1980, Pommier 1983, Rosenfeld 1965, Searles 1965, 1979).

I det følgende vil jeg koncentrere min tænknings bestræbelser i en psykoanalytisk retning<sup>1</sup>. Når forskeren tager sit udgangspunkt i en psykoanalytisk, psykodynamisk teori, så har han en særlig interesse i netop de psykotiske fænomener, der på en og samme gang er både intrapsyriske og intersubjektive. Ikke mindst vil der i en sådan forskning være behov for at undersøge den uomgængelige betydning, som terapeutens position har. *En psykoanalytisk forskning fokuserer således på psykosernes fænomener ikke mindst der, hvor de kun kan komme til orde gennem terapeuten med-ageren*. Heri adskiller psykoanalysens fænomenologi sig fra den psykiatriske klinik.

Den, der med den psykoanalytiske tænkning som teoretisk referensramme vil udforske psykoterapiens processer, er i selve forskningsprocessen på flere niveauer spundet ind i den genstand, som skal undersøges. Det gælder i øvrigt ikke kun psykoanalytisk forskning, men også anden psykologisk forskning, der antager, at et menneskes bevidsthed og intentionelle handlen kun har mening som noget, der kan relateres til og defineres af et andet menneskes bevidsthed. Men psykoanalytisk forskning indtager heriblandt en særlig position i kraft af dens insisteren på det ubevidstes processer.

Der er i psykoanalytisk orienteret forskning ikke blot tale om, at ét individ (terapeuten) er konfronteret med, tænker noget om, behandler og udforsker et andet individ (patienten), og at hver af disse aktiviteter uløseligt forbinder det ene individ med det andet. Det ene individs handlinger og tale får kun betydning og mening i kraft af den måde, det andet individ forstår talen og handlingerne på. Der er i psykoanalysen tillige tale om, at et *apersonelt subjekt* – den forskende terapeuts subjekt, som på den ene side er indlejret i en individuelt bundet struktur, subjektivitetens struktur,

betinget af terapeutens udvikling, socialisering, begær og ønsker, og på den anden side indlejret i en teoretisk diskurs – er stillet over for et *apersonelt objekt*, patientens ubevidste, som netop involverer subjektet på en måde, som kommer bag på såvel subjekt som objekt.

Forskeren, som her er stillet over for sit objekt, optræder på en og samme tid

1. som *sandhedsvidne*, men også som *subjektiv garant* for at der foregår en psykoterapeutisk proces;
2. som *subjekt* og *objekt* i psykoterapiprocessen, dvs. som et aktivt og deltagende subjekt, der agerer med sin viden og ikke-viden, og som derfor ikke besidder en fuldstændig kontrol over, hvad der sker i det processuelle her-og-nu; og
3. som et *læsende og registrerende syn*, der kritisk – omend altid kun efterlods eller retrospektivt, *nachträglich*, – kan følge og rekonstruere psykoterapiprocessens udvikling og forløb.

Terapeut og forsker optræder ikke sjældent i samme persons skikkelse. Det sker, når psykoanalytikere fremstiller deres erfaringer og refleksioner på en banebrydende måde: de præsenterer ny viden eller dekonstruerer accepterede begreber og ændrer derved begrebernes indhold og implikationer, og måske ændrer de herved også synet på den terapeutiske praksis.

Men rollen som forsker og som terapeut kan også være adskilt og delt op på flere personer. Spørgsmålet om, hvordan vi kan vide, at det, analytikeren har set, er betydningsfuldt, rigtigt og sandt, og at det vil blive forstået på samme måde af en person, der ikke umiddelbart har noget i den terapeutiske klemme, i form af personligt at skulle hæfte for det resultat, som terapien har afstedkommet, har ført til kravet om, at en af forskningsgenstanden uafhængig forskergruppe er i stand til – med consensus, »uafhængigt« og »objektivt« – at evaluere det, den forløbne terapeutiske proces viser.

Fordelene ved denne adskillelse mellem terapeut og forsker er mange, men problemerne ved den vejer også tungt. Et af dem er, at medens terapeuten i det mindste potentielt har adgang til sine egne fantasier, udtalte planer og strategier, og ydermere ved hjælp af konfronterende interventioner har mulighed for at få en relativ præcis fornemmelse af patientens udtalte tanker og følelser, så har forskeren kun sekundært adgang her til. Denne opspaltning af et »forsker-syn« og et »behandler-syn« har sin model fra mere empiristisk præget forskning, der sætter reliabilitet og metodologisk objektivitet højt, af og til højere end validitet, og som gør alt for at objektivere den rolle, som terapeutens subjektivitet spiller.

### **Terapeutens begær**

Det psykoterapeutiske møde med psykotiske mennesker, ikke mindst

mennesker i skizofrene tilstande, er ofte maximalt udfordrende for behandlerens kompetence og indebærer derfor også en række muligheder for fejltrin. De etiske fordringer i dette møde drejer sig ikke mindst om, hvad det vil sige *at ville hjælpe og behandle* andre. Dette fører os til det, man kunne kalde *forskerens begær*.

Behandleren må til tider, og ikke så sjældent, i behandlingens forløb se sig som én, der ikke forstår meget af den andens, patientens, tale, og som én, der nærmest er radikalt udenforstående, hvad angår den skizofrenes Lebenswelt og indre univers. Flere gange i forløbet af den lytte- og læseproces, som det terapeutiske modspil også er, møder den udforskende terapeut spørgsmålet om, hvad der driver hende eller ham mod dette at ville give mening til, fortolke, ordne og assistere i den andens tilsyneladende så kaotiske univers. Terapeuten kan i ubeskyttede øjeblikke blive overmandet af spørgsmålet: hvad er det jeg vil vide om mig selv, når jeg time efter time, uge efter uge, ser mig hensat til at skulle tolke den andens tanker, fantasier og hele livssituation? Hvad er det, der ubevidst driver mig mod at udforske den andens ubevidste?

Det er ikke muligt at give enkle svar på, hvad der driver psykoterapeuten eller psykoanalytikeren mod den terapeutiske position: mod dette *at ville vide* og *at ville være* den, der har og formidler indsigt, og som vil udfordre og være til rådighed for den anden for at ændre dennes følelsesliv. Sikkert er det dog, at den eller de drifter hos terapeuten, der drager, også bedrager: som alle andre drifter går de bagom den enkeltes selvbevidsthed. Driften går vejen over psykoterapeutens subjektivitet. Denne kan siges at være en i det enkelte individ nedlagt struktur for intersubjektivitet, der dels er bestemt af sprogets imaginære og symbolske identifikationer dels er bestemt af de sociale og socialiseringsmæssige forhold, som den lille menneskekrop tidligt må påtage sig at leve under.

På et andet niveau har spørgsmålet om terapeutens begær – og den begærets etik, der knytter sig hertil – adresse til hele denne fortolkningens kultur, som så kraftigt blev stimuleret i begyndelsen af vort århundrede, hvor ideen om, at det enkelte menneske kunne frigøres fra neurosens lidelse og fængsel ved en erkendelse af det, hun i fortrængningen »vidste«, men ikke vidste at hun vidste, blev sat i videnskabeligt system.

Jeg skal ikke beskrive og diskutere disse niveauer i psykoterapiens etik, men postulatorisk fastholde, at der ikke er tale om gølge abstraktioner, men derimod om konkrete spørgsmål, der melder sig hos terapeuten i terapiens forløb: »Hvem taler?«, »Hvad siges der?«, »Hvad vil jeg – og hvorfor?«, »Hvad vil han/hun med mig – og hvorfor?«, »Hvad sker der?« osv. Nødvendige spørgsmål, men også spørgsmål, som man til tider med lige så stor nødvendighed må frigøre sig fra for overhovedet at få mulighed for at lytte. Men herom senere.

## I BEGYNDELSEN VAR SPORET – processen starter

Mange beskrivelser af en psykoterapis indledende faser understreger de tekniske procedurer og »acceptable« fremgangsmåder, som man bør iagttage og efterfølge ved enhver terapies begyndelse. Ved at følge disse regler kan man lettere holde den terapeutiske sti ren, som det hedder, således at terapeut og patient – som to antipoder – ikke momentant ved terapiens begyndelse indfanger hinanden i en verbal og nonverbal cul-de-sac.

En terapies begyndelse er da umådelig betydningsfuld, og det, der psykodynamisk går for sig i det eller de første møder, vil blive strukturerende for de næste måneders eller års arbejde. Også forskningsmæssigt er det vigtigt i detaljer at beskrive de strukturer, det første møde aftegner. Et af de problemer der melder sig er: hvilke begreber skal vi bruge til at beskrive og fortolke det, der sker i det første møde? Hvad er de strukturelle betingelser for at et møde overhovedet finder sted?

Tekniske tommelfingerregler yder terapeuten en udmærket beskyttelse, men vil, såfremt de udelukkende anvendes i beskyttende øjemed, også nemt kunne virke som en prop i det øre, terapeuten skal lytte med og en torn i det øje, der skal læses med. I virkeligheden er der ikke sådanne definitive regler, der fungerer med nogen form for garanti. Hverken valg af patient ifølge de »rigtige« diagnoser eller rigtigt valg af en teknisk velbeskrevet og accepteret fremgangsmåde i de indledende samtaler sikrer et godt udkomme.

Når dette er sagt, så fjerner det dog alligevel ikke det faktum, at mangen en måde at indlede en dialog på kan betragtes som værende fejlslagen. Mange terapier, som er blevet påbegyndt og aldrig bragt længere ud i livet end de første ukoordinerede bevægelser fører én, kan med rimelig sandsynlighed lade deres kortvarige karakter tilskrive terapeutens uempatiske udspil, ubetænksomhed, angst eller »sadistisk-aggressive« fremtræden i de indledende dialoger. Sproget, der udfylder rummet mellem patient og behandler, åbner utallige muligheder for på relativt kort tid at bringe psykisk udviklende processer til tavshed. For terapeuten er det ikke altid let at høre om den tale, som han og patienten fører og som begge samtidig er underkastet, er en tom eller meningsfuld tale. Der er altså rige muligheder for at gå uortodokse, upræcise og gale veje.

Hvad angår specielt psykosoterapierne med mennesker i en skizofren tilstand, så forholder det sig i Danmark stort set sådan, at man allerede ved at begynde en intensiv psykoterapeutisk behandling med et sådant menneske synes at have overskredet normerne for det »terapeutisk rigtige«. Kolleger og erfarne psykoterapeuter advarer mod de farer, det terapeutiske forehavende kan indebære – for som bekendt er de skizofrene nærmere ved både dødens og selvdestruktionens muligheder end så mange andre mennesker. Og hvis kollegerne viser sig fra den mere positive side, nøjes de med at understrege det futile i de anstrengelser, tera-

peuten vil komme til at udvirke, for, som det hedder: individuel psykoterapi med skizofrene har så godt som aldrig med nogen overlegenhed bevist sin ubetingede eksistensberettigelse<sup>2</sup>.

I modsætning til normalneurotiske og andre neurotiske personer er det ikke således, at den skizofrene føler en umiddelbar trang til at åbenbare sit følelses- og fantasiliv for en anden, en terapeut, for derigennem at blive hjulpet. At den skizofrene person kan være ringe stillet i socialt henseende, være presset og omklamret af eller ekskluderet fra familien, og være plaget af en fortærende angst for at blive destrueret og for (på grund af angst, indre aggression og frygt for tab) at måtte destruere omverdenen – alt dette er ikke tegn for psykotikeren på, at et andet menneske kan yde ham eller hende nogen tilfredsstillende hjælp. Det er derfor heller ikke sjældent at andre, f. eks. medlemmer af psykotikerens omgangskreds, bliver ansvarlige for at den psykotiske person kommer til en behandler. I Danmark vil dette ofte betyde, at psykotikeren havner inden for hospitalsinstitutionens lidet opmuntrende rammer.

Jeg skal ikke her beskrive de mange institutionelle forhold og opfattelsesmåder, der i dagligdagen gør de psykiatriske afdelinger og institutioner lidet egnede som steder for psykodynamisk behandling. Det er en diskussion som ganske vist er overordentlig vigtig. Jeg skal derimod fremhæve, hvorledes terapeutens ambitioner om at være den »gode« og »kloge« læge kan spille negativt ind ved terapiens begyndelse.

Harold F. Searles, som har viet en stor del af sit liv til arbejde med skizofrene mennesker (Searles 1969, 1979), har blandt andre gjort opmærksom på dette problem:

De fleste terapeuter, som beretter om deres arbejde inden for dette felt (psykoanalytisk psykoterapi med skizofrene, BR), synes implicit, hvis ikke eksplicit, at underforstå, at terapeuten besidder et fundamentalt sundt forhold til virkeligheden og en solid egostyrke samt står foran en frelsende mission: at genoprette en sund tilstand i patienten (gennem for en stor dels vedkommende at forbedre patientens muligheder for at identificere sig med terapeutens egne sunde processer – . . .), denne stakkels, svagelige person, som er svært invalideret af psykologiske traumer, traumer der stammer fra såvel patientens nuværende eksistens som fra tidligere tider af. Selv har jeg, i modsætning hertil, lært af bitter erfaring, at en hvilken som helst kronisk skizofren patient er – i det mindste i begyndelsen af vort arbejde – mindst i lige så stærk en position som jeg selv.

(Searles 1979, p. 585)

At opgive de megalomane helbredelsesfantasier og -ideer, som terapeuten måtte besidde, og i stedet forholde sig direkte og konkret til det, der siges i talen, er paradoksalt nok nødvendige forudsætninger for, at en terapeutisk udveksling kan etableres. Paradoksalt, fordi man jo umiddel-

bart skulle tro, at jo mere (godt) man som behandler vil gøre på lidelsens gebet for den lidende, jo bedre vil patient og terapeut komme på talefod. Lommepsykologi er imidlertid ikke gangbar mønt i omgangen med psykotikeren. Godt og ondt er ikke så let at adskille. At ville noget (godt) på den andens vegne, selv det blot at ønske noget godt for den anden, vil næppe af patienten blive modtaget på den måde, terapeuten selv forstår det. Og hvad vil det overhovedet sige, at terapeuten vil patienten noget godt? Hvordan kan patienten vide, at det ikke blot er for terapeutens egen skyld, at der gøres noget? Involverer denne omsorg ikke netop en række forhold i terapeutens ubevidste, i forhold som ikke umiddelbart kan analyseres under altruismens forjættende termer? Således kan vi f. eks. se terapeutens ambitioner om at opnå indsigt i patienten som et udslag af et behov i terapeuten efter en symbioselignende fusion med noget i patienten, som denne end ikke anede at han eller hun bar på. Eller vi kan finde terapeutens ønske om at magte (næsten almægtigt) den vanskelige situation, psykoseterapien har stillet ham eller hende i, som et udslag af en afmagtsstruktur, som gennem mange år har reproduceret sig i terapeutens liv.

I hvert tilfælde har patienten ofte tidligere oplevet, at andre tror at vide, hvad der er bedst for patienten, og har erfaret, at den viden, andre besidder, sjældent har ført noget godt med sig. Det er patientens erfaring, at den, der giver (ord fra sig), ikke på nogen måde giver noget af sig selv, noget der er vigtigt for giveren at dele med patienten. Snarere har det før terapien været således, at giveren påtrykker sig patientens krop med sit billede:

Mit mål er at være både tryk og lykkelig, dvs. mit mål er at være lykkelig, men da siger min mor H. inde i mit hoved:

»Jamen, så kan du jo bare være bange!«.

Men jeg har jo selv valgt ulykkeligheden, så det må jeg vel bedst selv vide.

(Anonym)

Effekten af patientens erfaringer er en overvældende negativitet over for den omverden, der terapeutisk eller ej forsøger at trænge sig på. Patientens sprog repræsenterer på en måde ikke et stabilt indre og heller ikke altid et genkendeligt ydre. Den intensive brug af sprogets ikke-repræsentative funktion (Rosenbaum & Sonne 1979) efterlader terapeuten i den tilstand, der i litteraturen blandt andet er blevet betegnet som »the schizophrenic state of non-experience« (Ogden 1981). Ogden beskriver på tilsvarende måde et »stage of non-experience« i opløsningen af den skizofrenes konflikt, således som den kan finde sted i et psykoanalytisk forløb (Ogden 1980). Dette stadium karakteriserer han således:

What is central is the way in which alle experience is emotionally

equivalent, one thing is just as good or just as bad as anything else; all things, people, places and behaviours are emotionally exchangeable.

(Ogden 1980, p 520)

I overensstemmelse med denne lige-gyldige »udveksling«, eller snarere gennemstrømning, af lige-gyldige værdier – objekter, ord, livssituationer – finder Ogden, at der for hans skizofrene patient i psykoanalyse gælder:

P demonstrated no capacity for thinking about causes of events or about the meaning of behaviour, and showed no evidence of curiosity which might have suggested some interest in learning. There was no indication of any capacity for an original mental production of any kind. What he produced was on the level of physiological reflex activity: belching and producing flatus. It would be as absurd to infer psychological meanings from P's belches as it would be to read psychological meanings into a kneejerk reflex. Interpretation of meaning in a meaningless field is a form of denial.

(Ogden *ibid.*)

Nu skal man ikke forstå Ogdens beskrivelse af P som en beskrivelse af P's adfærd. Der er tale om en psykodynamisk karakteristik af noget, der foregår – eller som her ikke foregår – mellem to personer. P er jo trods alt nysgerrig nok til at komme til analysen 4-5 gange om ugen, ligesom P i højeste grad havde evne til at fylde sin dag ud.

I et dansk forskningsprojekt med psykoterapi af skizofrene<sup>3</sup> er der gjort mange erfaringer med effekten af denne »non-experience«. Terapeutens procesnoter aftegner klare billeder heraf:

Jeg må vist på forhånd opgive blot nogenlunde at kunne referere denne samtale. Jeg kan dårligt nok erindre, hvordan den indledte...

– og herefter følger tre tætskrevne siders referat af denne ikke refererbare samtale, i hvilken patientens talestrøm nærmest har uendelighedens karakter. Referatet afsluttes karakteristisk nok med:

Som det måske kan spores har jeg svært ved at holde op, ganske som han (patienten), samtidig med at jeg egentlig ikke rigtig ved, hvad det er jeg taler om. Det falder mig ind, at det gamle udtryk for psykose, »besættelse«, egentlig ikke er så forkert, selv om det er sådan, at det er os andre, der bliver besatte.

En anden terapeut beretter om, hvorledes hans patient indleder den anden terapisesession med at fortælle, at hun har behov for at være alene, og »for at gå på diskotek – for at man kan være anonym«. Og hun tilføjer: »Det er lang tid siden, jeg har været et menneske«. I sine procesnoter beskriver terapeuten, hvordan denne og andre samtaler i terapiens begyndelse indledes med noget, der både i indhold og udtryk ligger nær en sproglig og



social virkelighed, som han mener at kunne genkende fra sig selv, men at samtalerne ikke står længe på, førend fortid og nutid flyder for patienten – og dermed for terapeuten – og hvert ord antager karakter af at være den yderste virkelighed, hvortil det ikke er muligt at lægge en distance.

At være anonym, ikke at bære et symbolsk navn, ikke at være menneske, at være bundet af et sprog der *er* virkeligheden og som således ikke integrerer den sociale virkelighed symbolsk – dette er processens start. For patienten og for terapeuten.

Terapien går først rigtigt i gang, hvis terapeuten er i stand til at bære disse »mangler«, som han eller hun altså selv er en del af. Terapien udvikler sig først, når det i processen lykkes at indpode nogle metaforer, som både terapeut og patient kan arbejde omkring. Metaforerne fører hos den skizofrene en særdeles omflakkende tilværelse. Metaforen står så at sige aldrig fast. Dette vil jeg gå ind på i det følgende.

### **RÆK MIG EN HÅND – om terapeutiske forhindringer**

Det er en udbredt opfattelse, at man i psykoanalytisk psykoterapi kun er interesseret i det verbale materiale, der fremkommer, og at kropslige og non-verbale tegn og udtryk i kommunikationen – hvad enten disse kommer fra patienten eller terapeuten – forbliver upåagtede. Denne opfattelse er ikke desto mindre fejlagtig. Skillelinjen for det, der arbejdes med i en psykoanalytisk terapi, går ikke mellem verbal og non-verbal tale, ej heller mellem krop og sprog, eller for den sags skyld mellem udtryk og indhold, men mellem det ikke-symboliserbare og det symboliserbare. Det ikke-symboliserede skal i løbet af terapien hentes ind i »symbolicitetens rum«, for derigennem at omdanne den psykiske realitet, der er på spil.

Det er altså ikke kun ordene med deres konventionelt fastlagte indhold og betydninger, ikke alene de, ofte ligeså konventionelt fastlagte, ubevidste motiver og ønsker, som ordene refererer til, eller de betydningsladede konflikter som kan henføres til forståelige traumer i individets psykiske udvikling, der har den psykoanalytiske terapeuts bevågenhed og interesse. I lige så høj grad er det talens affektive udtryk, meningsforvrængningen i de talte ord, deres mangetydighed, og deres mangfoldige måder at skjule forholdet imellem konflikter, ønsker, krav, og apeller på – kort sagt alt det, der udtrykkes mellem ordene, som terapeuten lytter til.

Denne lytten skal gøre patienten opmærksom på muligheden af en anden form for dialog, der ikke tomt gentager symptomer, klicheer, uhenigtsmæssigheder, rigide eller selvødelæggende opfattelsesmåder. Terapeuten må have sin opmærksomhed rettet mod de mulige transformationer, som dialogens proces kan afstedkomme.

*Et kasuistisk eksempel<sup>4</sup>*

B er en 30-årig kvinde, der har været i intensiv terapi i 2½ år. I terapiens 2. år får hun en søn.

Dengang B var 11 måneder gammel, skoldede hun sig i svær grad, og da hun var 17 måneder gammel, måtte hun opereres i lokalanæstesi. B's moder, som holdt B i hånden, besvimed under operationen, og B mener at huske, at hun oplevede at moderen skulle dø, og at hun selv var overladt til kirurgen med kniven i hånden, ubeskyttet og med frygt for, at han ville dræbe hende.

Der har været en pause i terapien på grund af sommerferie, og B præsenterer en drøm: hun giver mad til et fortvivlet 10 måneder gammelt barn, som selv kunne stå; B vidste ikke i drømmen om det var en pige eller en dreng.

B undrer sig over, hvorfor barnet var så fortvivlet; hendes egen søn er livlig og det var hun også selv *før* operationen. Terapeuten antyder, at B kraftigt idealiserer sin barndom før ulykken, og at drømmen måske viser, at hun nu er rede til at udforske om det indre billede af familiens liv var så idyllisk før ulykken. B løfter sin hånd i vejret og bliver ængstelig og tavs.

Dette forvirrer terapeuten, og han forvirring medfører en lang række associationer, der får ham til at sige, at måske er B bange for at erkende, at hendes dårlige oplevelser af barndommen rækker længere tilbage end ulykken. B svarer ikke.

Næste dag kommer B og er tydelig angstpræget. Hun hævder, at hun ikke kan ligge ned på briksen – hun havde med hånden signaleret til terapeuten, at han skulle holde inde. Det gjorde han ikke, og briksen var for hende blevet omdannet til operationsbordet, terapeuten til kirurgen, og hvis hun lagde sig ned, ville den traumatiske oplevelse uvægerligt komme tilbage og aldrig ophøre! B erindrer sig skrækken ved følelsen af moderens hånd, der slap hendes egen. B føler, at terapeuten må være villig til at holde hendes hånd imens hun gennemlever traumet – ellers vil det føre til en katastrofe. Terapeuten føler sig under pres, men accepterer i princippet at ville følge B's ønske. B viser lettelse; weekenden står for døren.

Weekendens frihed får terapeuten til at overveje sin modoverføring: hvorfor føjer han patienten i hendes ønske? Tilbyder han hende at være »en bedre moder«? Eller føjer han sig, fordi det for ham personligt ville være katastrofalt, hvis patienten slap ham nu (han havde forberedt at fremstille netop denne terapi for en større faglig forsamling)? Vil han i virkeligheden ikke unddrage patienten den essentielle oplevelse ved at give hende hånden, da den afgørende begivenhed jo netop var håndens fravær?

Mandag. B vil kun tale siddende. I weekenden har hun personligt afleveret en nedskreven drøm til terapeuten, i hvilken et barn kravler mod en ubevægelig figur med store forventninger om at nå denne skikkelse. B

har ikke kunnet vente med at aflevere sin drøm, og terapeuten tolker det således, at B var bange for, at terapeuten skulle miste bevidstheden under B's pres fra timen i fredags. Som timen skrider frem er det tydeligt, at B's idé med at holde terapeutens hånd er et forsøg på at opretholde en illusion. Terapeuten meddeler hende, at han har måttet overveje sit tilbud og er kommet til den konklusion, at hvis B holder ham i hånden vil de begge miste muligheden for at bearbejde hele den psykiske realitet, som traumatet og B's ønske udspringer af. B er lamslået herved og spørger om terapeuten indser, hvad han har gjort.

I ugerne derefter er B åbenlyst psykotisk. Hun føler helt bogstaveligt, at hendes arm koger, at terapeuten har brændt hende. Hun mener også, at terapeuten er hendes moder, til tider at han er hendes morder, kirurgen med kniven. Kontakten mellem terapeuten og B er flydende, og hun vil ikke modtage nogen form for fortolkning. I samme periode drømmer B om, at hun er et barn, der bliver efterladt for at dø, at hun er et fortabt menneske blandt fremmede med hvem hun intet fælles sprog har, og andre lignende drømme.

Terapeuten overvejer situationen. Hvis han ikke giver efter for B's ønske, så vil han måske miste hende som patient, eller hun må indlægges på psykiatrisk afdeling. Hvis han giver efter og giver hende hånden vil han blot bekræfte hendes hallucinatoriske og vrangagtige opfattelse af sin livsverden. I sin følelse af skakmat vælger terapeuten at klargøre dele af sin modoverføringsoplevelse for B. Han videregiver sit paradox: på den ene side følelsen af at måtte give op og af det umulige i at nå hende psykisk, der hvor hun er, på den anden side følelsen af, at de kun har én mulighed: at fortsætte og tolerere den angst og mistro, patienten spreder.

Ved denne åbning når terapeuten B. B siger, at hun stoler på terapeuten, og i de følgende dage beretter hun for ham om en række illusioner, der vedrører billedet af hendes moder. Terapeuten kommenterer herpå, hvor vigtigt det er for B at omdanne dette (uerkendte) billede af den indre moder, i stedet for, i sit forhold til andre mennesker, at manipulere med en ydre moder (terapeuten f. eks.).

I det øjeblik indser B betydningen af, at terapeuten *ikke* havde holdt hende i hånden. Han ville da i hendes indre være blevet til den besvime, illoyale manglende moder – en moder, hvis mangel havde afsat en dødens figur i patientens ubevidste.

I ugerne derefter forsvandt de psykotiske elementer gradvis fra hendes tilstand.

## Om at lytte

Hvad vil vi nu lytte til i dette eksempel (hvor det jo uafviseligt vrimler med muligheder for divergerende forståelsesmåder)?

Ingen vil formentlig afvise, at en terapeutisk drejning indfandt sig, til såvel patientens som terapeutens overraskelse. Sådan er det med terapeutiske *turning points*, de har karakter af *surpriser*, som af terapeuten kun kan aflæses i bakspejlet, *nachträglich*. Genuine omslag i terapiens forløb og radikale ændringer i det psykiske materiale kan sjældent planlægges; de indfinder sig i det felt, hvor de mindst ventes.

Men tilbage til spørgsmålet om, hvad vi vil lytte til og dermed lade os inspirere til at forklare. Er eksemplet »forklaret« ved f. eks. Bions relevante betragtninger (Bion 1962)?:

If the infant feels it is dying it can arouse fears that it is dying in the mother. A well-balanced mother can accept these and respond therapeutically: That is to say in a manner that makes the infant feel it is receiving its frightening personality back again but in a form that it can tolerate – the fears are manageable by the infant personality. If the mother cannot tolerate these projections the infant is reduced to continued projective identification carried out with increasing force and frequency. . . .

Normal development follows if the relationship between infant and breast permits the infant to project a feeling, say, that it is dying into the mother and to reintroject it after its sojourn in the breast has made it tolerable to the infant psyche. If the projection is not accepted by the mother the infant feels that its feeling that it is dying is stripped of such meaning as it has. It therefore introjects, not a fear of dying made tolerable, but a nameless dread.

Selv om Bion med sine barn-bryst og barn-mor metaforer beskriver en dynamik, der for en umiddelbar betragtning udspiller sig på et mere arkaisk eller fragmenteret niveau end den dynamik der kendetegner terapien med voksne, så har den udvekslingsstruktur og de udvekslingsformer, der præger voksenterapien alligevel flere ligheder med »mor-barn-dialogen«. Den mekanisme, projektiv identifikation, som Bion udvikler i en forlængelse af Melanie Kleins tænkning (Klein 1947), blev i terapien det begreb, som terapeuten direkte anvendte i praksis – for bedre at forstå, hvad det var der skete i ham selv og i processen i det hele taget. Dette gav anledning til at patienten oplevede at blive forstået på et sted i sin egen tale, hvor hun intet forstod, og hvor netop hallucinationen og illusionen havde taget den »analytiske indsigt«s plads.

Vi kan altså lytte med de begreber, som Klein og Bion giver os at lytte med, og kan på denne måde i terapimaterialet »genfinde« de transformationer og udviklingsforløb, som begreberne beskriver. Det er den form for klinisk fremtræden og (tilsyneladende) evidens, som psykoterapeuter til tider tager til indtægt for teoretiske begrebers validitet og forklaringskraft. Diskussionen om, hvorvidt den slags argumenter »kan holde« for en nærmere betragtning, og hvilke videnskabsteoretiske betingelser, der

klæber sig til argumenternes anvendelighed, skal jeg ikke bebyrde læseren og mig selv med nu.

### Misforståelsen og tolkningens logik

Hvad der mere interesserer mig i historien er det moment af misforståelse og *misfortolkning*, der bærer hele terapiens omdannelse og videreudvikling. Jeg tænker på det moment i processens »begyndelse«, hvor hånden, patientens oprejste og udstrakte hånd, bliver til *et tegn, som terapeuten overser og ikke vil vide af*. Blandt de associationer, som den løftede hånd afsætter i terapeuten, er denne, at hånden er et udtryk for hendes ønske om, at han skal stoppe. »Jeg er bange, du må ikke gå videre«, kunne der stå skrevet i håndens flade. I det, som terapeuten herefter formidler (vi kender ikke rigtigt hans ord), nedbrydes håndens metaforik, og udvekslingen mellem patient og terapeut får herefter karakter af forførelse og forvirring.

Nedbrydningsprocessen kan vi beskrive mere præcist som en gradvis indskrænkelse af tegnets muligheder i udvekslingen mellem terapeut og patient: fra *metafor* (»et arbitrært tegn« (Peirce) og derfor også det »modne, fuldt udviklede« tegn, som henviser til andre tegn i sproget) til *tegn* (en størrelse, der for nogen viser hen til noget i virkeligheden) og videre til forvirrende *udtryk* (hvis henvisning til virkeligheden ikke »står fast«). Det er muligt, at psykotikerens tale for nogle (ikke mindst litterater) forekommer at være både udtryksrig og metaforfyldt; sådan er det dog ikke for psykotikeren selv. Udtrykket binder på en særdeles konkret måde psykotikeren til virkeligheden. Ganske vist ikke til terapeuten virkelighed, men til psykotikerens egen psykiske realitet. I terapien ser vi, hvorledes metaforens nedbrydning afstedkommer et psykisk skred, hvis gennemarbejdning her fører til en happy ending, men hvor en forkert håndtering kunne have ført terapien til et andet resultat.

Undersøgelsen af den psykoterapeutiske proces bliver interessant netop der, hvor talens udvekslingsmuligheder ændrer karakter, og hvor terapeuten (og patientens) *ikke-viden* spiller afgørende ind. Vi, der læser og tolker det beskrevne forløb, er måske i stand til at indkredse dette moment. Problemet er, om vi også er i stand til at udskille en logik i det ikke-observerede.

På jagt efter denne logik støder vi på den iagttagelse, at psykoterapeuten spiller en aktiv rolle i patientens symptomdannelse. Uden at vide det, men dog alligevel ikke på et helt tilfældigt tidspunkt, indpoder terapeuten et udtryk i patientens tale. Det sker ikke ved, at terapeuten siger noget, som patienten aldrig har hørt før, men alene ved at patientens talestrøm og hele beretning på ét bestemt punkt skanderes på en anden måde, end det tidligere er sket. Den oprakte hånd bliver ved en sådan unøjagtig for-

tolkning (Glover 1934) skanderet anderledes. Den bliver tilsyneladende antaget for at være et tegn til at stoppe, et vagt tegn om ikke at gå videre, men i stedet yde patienten en anden »mental håndsrækning«. Netop denne unøjagtighed i fortolkningen tillader dialogens proces at fortsætte, men på en sådan måde at på det tidspunkt, hvor håndens tema kommer tilbage, foregår samværet på angstens baggrund: grænsen mellem »her-og-nu«/»der-og-dengang« er blevet udvisket (»briksen var operationsbordet«), og imaginære og virkelige personer tager associativt hinandens pladser. Håndens metaforik står ikke mere fast, selv om patienten forsøger at hindre dens sammenbrud. Hun tilbyder terapeuten en mulig fortolkning (»Hvis du ikke er villig til at holde min hånd, når jeg genoplever traumet, vil det føre til en katastrofe«, kunne hun have sagt). Han spiller med i hendes bestræbelser på at forhindre en katastrofe (både hans og hendes), tager næsten bogstaveligt imod den udstrakte, men også »bedrageriske«, hånd. Sammenbruddet bliver herefter totalt, patienten slipper taget i sproget, hallucinerer, og terapeuten står i fare for at få hånden skåret af (den patient, han skal fremstille i et videnskabeligt forum, truer med at glide ham af hænde).

Skal denne opfattelse af forløbet nu tages som udtryk for, at noget er slået fejl, at terapeuten begik en bommert, som ved en større ekspertises mellemkomst kunne være håndteret helt anderledes og alligevel have afstedkommet samme positive resultat? Eller ligger der i synet på den unøjagtige fortolkning snarere dette, at vi her står over for et element i selve fortolkningens logik?

I fald det sidste er tilfældet (og den tanke vil jeg her forfølge), skal en fortolkning ikke ses som et udtryk for terapeutens bedre-viden, en professionel hjælperes indsigt i det patienten ikke ved – en slags sandhed, som terapeuten meddeler patienten på det rigtige tidspunkt og med de empatisk rigtige over- og undertoner. Fortolkning bliver snarere *en akt, som produceres ved overføringen*. Fortolkningen foregår i sammenkoblingen mellem patientens og terapeutens ubevidste. Ved sin udsigelse ændrer fortolkningen den affektivt-sproglige kontekst, hvoraf den udspringer. Det overføringsmateriale, som fortolkningen rammer, kan ikke mere komme tilbage i den gentagelsens form, hvori det tidligere stereotyp optrådte.

Man bør her bemærke sig den dobbelthed, fortolkningen optræder i: på den ene side er den et produkt af overføringen, på den anden side har den effekt i det overføringsmateriale, som den uspringer af. Det er denne dobbelthed, der gør den opfattelse af fortolkning, vi her taler om, til et specifikt psykoanalytisk anliggende. Der er ikke tale om en common sense eller almen menneskelig forståelse af noget, objektet (patientens psyke), der ligger uden for terapeuten. Ejheller om en subjektiv sætten sig i den andens sted, hvorved patientens psykiske konflikt kan forstås og fortolkes. Fortolkning i den psykoanalytisk orienteret terapi er noget andet: den sigter ikke mod sprogets indholdsside (den sande mening med denne

eller hin situation, eller med denne eller hin drøm), men derimod mod sprogets udtryksside, dets affektive elementer. Den omdanner bunden eller tom tale til en symbolsk fri og meningsfuld tale. Talens udtryk føres ikke tilbage til sine oprindelige betydninger, snarere indføres der helt nye og aldrig tidligere »håndhævede« betydningmuligheder i patientens tale. Der skabes om muligt en ny orden i fortidens tilfældige hændelser, idet terapeuten sammen med patienten giver dem en mening, som peger i retning af det, som nødvendigvis må komme (Lacan 1985).

Nu forholdet det sig således, at terapeutens interventioner i langt højere grad afsætter den »tilsigtede« effekt i neurotikerens tale end i psykotikerens, f. eks. den skizofrene. Det skizofrene menneske ser ingen eller kun få muligheder for at forbinde sine forestillinger med den virkelighedstilpassede symbolicitet, som terapeutens tale er underkastet. For visse skizofrene er der endog slet intet ønske herom – psykosen er alt for besættende, om end den også er smertefuld. Som en patient i det nævnte projekt<sup>3</sup> sagde: »Jeg har indviet mit liv til en anden indstilling«. Derfor har terapeuten ofte den følelse, som mest rammende blev udtrykt af en selv samme patient (om sine egne sproglige og materielle produkter): »Det man frembringer er kun glimt af en bevægelse som bestandigt forgår«.

Nu skal man ikke tro, at terapi med skizofrene er en umulighed, og at det, terapeuten siger, ingen betydning får. Også skizofrene reagerer skam på terapeutens fortolkende interventioner – i første omgang ofte med en forundring over, at terapeuten kan opleve tingene næsten lige så psykotisk som patienten selv. Denne nye erkendelse er ikke udelukkende en glædelig begivenhed for patienten; den er i lige så høj grad en katastrofe. Udtryk som: »Jeg er bange for, at du skal finde ud af, hvad jeg oplever« (hvilket udmærket kan fremsiges, selv om patienten mange gange har berettet om sine symptomer), eller: »Jeg tør ikke tale; ordene er for farlige« akkompagnerer ofte patientens forundring over, at terapeuten forstår noget af det, der foregår.

Det er en erfaring fra projektet<sup>3</sup>, at sådanne betydningsfulde relationer som regel først opstår og stabiliseres i terapiens andet eller tredje år – og ofte senere endnu. Herved er patientens tale affektivt bundet til terapeutens tænkning, ikke sjældent på en konkret og psykotisk vis. Hvad terapeuten siger og gør, føler og fantasierer om, får ofte en magisk kraft i relation til patienten, og det bliver et uomgængeligt »fremmedelement« i patientens fantasi, et fremmedelement hvis kreative og destruktive potentialer patienten kun gradvist assimilerer sig til og senere integrerer.

Meget af det, jeg har sagt, skulle gerne give læseren en fornemmelse af, at en psykoterapi med skizofrene mennesker ikke er noget, man gør med venstre hånd. Det kræver en subjektiv indsats, hyppigt med en forandring af terapeuten til følge. Holder man ud, kan det blive værdifuldt for begge parter.

## NOTER

1. Årsagen hertil er ikke blot, at psykoanalysen har min overførings bevågenhed, men til lige at jeg finder, at den – hvis man da overhovedet kan tale i ental om psykoanalysen efter Freud (jvf. Lauritsen & Rosenbaum 1985) – for tiden besidder det mest udarbejdede teoretiske armatur til at forstå psykoseterapiens processer. Denne position er der selvfølgelig ingen garanti for at den bevarer. Måske vil neuropsykologien engang fatte interesse for dialogers psykodynamik og dens begrebsapparat nå en sådan udvikling, at psykodynamikkens intra- og intersubjektive processer kan begribes derigennem, men på nuværende tidspunkt synes den ikke at være nået dertil. Den marxistiske psykologis begreber – parallelt med psykoanalysen kan det være vanskeligt at tale om dette vidensfelt i ental – forekommer mig endnu for uspecifikke til overbevisende at kunne fremstille psykoseterapiens processuelle forløb.

De efterfølgende tanker vil altså kredse i psykoanalytiske baner – på sine steder også i baner, hvor psykoanalysen er ude af sig selv. Med betegnelsen psykoanalytisk psyko-terapi skal jeg således ikke eksklusivt forudsætte en klassisk psykoanalytisk praksis; mit udgangspunkt vil være den konkrete psykodynamiske situation, som enhver psykose-behandler vil kunne se sig placeret i.

2. Den forskningsmæssige viden, som modparten her trækker på, drejer sig her om en lang række empirisk anlagte projekter som blev gennemført i USA i 1950'erne og 1960'erne (Grinspoon, Ewalt & Shader 1972, May 1968, Rogers et al. 1967, Karon & VandenBos 1981). Kun sidstnævnte studium talte entydigt til den psykoterapeutiske behandlings ubetingede fordel. Alle studier led af forskellige graverende metodologiske mangler, der enten nedsatte disse studiers reliabilitet, validitet eller metodologiske objektivitet (se herom i f. eks. Reisby et al. 1984).
3. Det drejer sig om et delprojekt af en nordisk undersøgelse af psyko-terapi af patienter med skizofreni og skizofreniforme tilstande (Rosenbaum 1986). Undersøgelsen er påbegyndt ultimo 1983 og er på nuværende tidspunkt langt fra den afsluttende evaluering-periode.

Når der i det efterfølgende vil blive nævnt ordet »procesnoter«, drejer det sig om terapeuten's refleksioner over, hvad den enkelte terapisesession objektivt og subjektivt har båret med sig. Disse refleksioner er systematiseret i henhold til et paradigme, der har følgende udseende:

#### **Paradigme for psyko-terapibeskrivelse**

- 1.0 Dato og tidspunkt for terapi og for referatskrivning.
- 2.0 Spontan indtryk af terapisesessionen.
- 3.0 Tanker, følelser og forventninger før terapisesessionens start.
- 4.0 Terapisesessionen:
  - 4.1 Terapiens begyndelsesmåde og første tema.
  - 4.2 Øvrige temaer.
  - 4.3 Særligt følelsesladede emner: for patienten  
for terapeuten
  - 4.4 Bemærkelsesværdige temabrud.
  - 4.5 Non-verbale udtryk fra patienten.
- 5.0 Terapeuten's udsigelse:
  - 5.1 Hvilke af terapeuten's egne udsagn huskes umiddelbart.
  - 5.2 Hvad var hensigten med at udsige dem i terapiens kontekst, og hvad er bagefter terapeuten's associationer herpå.
  - 5.3 Terapeuten's refleksioner i relation til følelsesladede emner, bemærkelsesværdige temabrud og ikke-forståelige elementer i terapien.
  - 5.4 Terapeuten's behov for supervision.

Det er en af projektets hypoteser, at væsentlige ændringer i psyko-terapiens forløb forudgås af ændringer af terapeuten's psykiske holdning til patienten (terapeuten's modover-



- føring, i dette ords bredeste forstand), og at disse ændringer kan registreres præcist gennem en over hele terapiperioden fortløbende supervisionsproces samt ved hjælp af longitudinelle studier af hver eneste terapi, fremstillet i henhold til ovennævnte paradigme.
4. Jeg skylder psykoanalytikeren Irene Matthis en tak for, at hun på et møde i sammenslutningen »Psykose og Psykoterapi« pegede på dette eksempel, som er publiceret i *The International Review of Psycho-Analysis*, 1982; 9: 279-286. Der er ikke tale om en oversættelse af artiklen, men om en fri genfortælling.

#### REFERENCER

- BION, W. R.: *Experiences in Groups*. London: Tavistock, 1959.
- BION, W. R.: A Theory of Thinking. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1962; 49: 306-.
- BION, W. R.: *Attention and Interpretation*. London: Tavistock, 1970.
- DÖRNER, K.: *Bürger und Irre*. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt, 1969.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F.: *L'anti-Oedipe*. Paris: Éditions de Minuit, 1972.
- ERICSSON, K.: *Den tvetydige omsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1974.
- FOUCAULT, M.: *Histoire de la folie*. Paris: Librairie Plon, 1961.
- FROMM-REICHMANN, F.: *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University Chicago Press, 1950.
- FROSCH, J.: *The psychotic Process*. New York: International Universities Press, 1983.
- GABEL, J.: *La fausse conscience*. Paris: Éditions de Minuit, 1962.
- GRINSPOON, L., EWALT, J. R. & SHADER, R. I.: *Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Baltimore: Williams & Wilkins Co., 1972.
- KARON, B. P. & VANDENBOS, G. R.: *Psychotherapy of Schizophrenia: The Treatment of Choice*. New York: Jason Aronson, 1981.
- KLEIN, M.: Notat om skizoide mekanismer (1947). In KLEIN, M.: *Psykoanalyse af børn*. København: Rhodos, 1973.
- LACAN, J.: *Det ubevidste sprog*. København: Rhodos, 1973.
- LACAN, J.: *Det symbolske*. Oslo: Norsk Gyldendal/Forlaget Basilisk, 1985.
- LAURITSEN, L. & ROSENBAUM, B.: Freud efter Freud. In: ROSENBAUM, B. (ed.): *Freud - efter Freud*. København: FaDL's forlag, 1985.
- MANNONI, M.: *Éducation impossible*. Paris: Éditions du Seuil, 1973.
- MAY, P. R. A.: *Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods*. New York: Science House, 1968.
- OGDEN, T. H.: On the Nature of Schizophrenic Conflict. *Int. J. Psycho-Analysis*, 1980; 61: 513-533.
- OGDEN, T. H.: The Schizophrenic State of Nonexperience. In: GIOVACCHINI L. & BOYER, B.: *Technical Factors in the Treatment of the Severely Disturbed Patient*. New York: Jason Aronson, 1982.
- POMMIER, G.: *D'une logique de la psychose*. Paris: Point hors ligne, 1983.
- REISBY, N. et al. (red.): *Problemer i psykiatrisk forskning*, København: FaDL's forlag, 1984.
- ROGERS, C. R. et al. (red.): *The Therapeutic Relationship and its Impact: Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University Wisconsin Press, 1967.
- ROSENBAUM, B.: Om et nordisk skizofreniprojekt. Foredrag præsenteret i Dansk Psykiatrisk Selskab, januar 1986.
- ROSENBAUM, B. & SONNE, H.: *Det er et bånd der taler: Analyser af sprog og krop i psykosen*. København: Gyldendal, 1979.
- ROSENFELD, H. A.: *Psychotic States*. London: Maresfield, 1965.
- SEARLES, H. F.: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. New York: International Universities Press, 1965.
- SEARLES, H. F.: *Countertransference and Related Subjects*. New York: International Universities Press, 1979.