

PSYKOANALYSENS BETYDNING FOR PSYKIATRIEN OG DEN KLINISKE PSYKOLOGI

Susanne Lunn

Psykoanalysens betydning kan vurderes på forskellige måder: historisk, teoretisk, behandlingsmæssigt, ud fra enkeltpersoners værk osv. I denne artikel tages udgangspunkt i Freuds banebrydende sygdomsforståelse, og der trækkes linjer frem til moderne psykodynamisk psykiatri og aktuelle diskussioner om diagnostik og kategorisering af psykisk lidelse. Herefter inddrages et område, som sjældent associeres med psykoanalytisk tænkning, nemlig den klinisk psykologiske testtradition, som psykoanalysen har været en væsentlig inspirationskilde til. Afslutningsvis introduceres tre repræsentanter for psykoanalysen, Thorkil Vanggaard, Otto Kernberg og Peter Fonagy, som på forskellig måde har præget psykiatrien og psykologien fra 1950'erne og frem til i dag.

Psykoanalysens betydning for den kliniske psykologi og psykiatrien kan anskues ud fra mange forskellige tilgange og indfaldsvinkler. Den kan vurderes historisk og give anledning til spekulationer om psykoanalysens udvikling fra feteret darling og dominerende teori, fx inden for den amerikanske psykiatri, til udskældt dinosaur (Hale, 1995). Der kan anlægges en international vinkel eller en lokal, national, hvor man i sidstnævnte tilfælde vil finde forskellige mønstre og udviklingsbetingelser og -tendenser i de forskellige lande (Kutter, 1992, 1995). Psykoanalysens betydning kan også undersøges teoretisk som en teori om psykens udvikling, herunder psykopatologisk udvikling og i forhold til det diagnostiske og terapeutiske kliniske arbejde, og den kan spores ved at tage udgangspunkt i enkeltpersoner og deres værk.

Uanset hvilken indfaldsvinkel man vælger er bundlinjen: Psykoanalysen har haft en kolossal indflydelse og har det fortsat på såvel psykiatriens som den kliniske psykologis forskellige delområder som diagnostik og psykologisk undersøgelse (assessment), forskning og behandling og på den teoretiske forståelse af psykisk lidelse og af normal og psykopatologisk udvikling. Hvis man færdes på en psykiatrisk afdeling eller i et andet behandlingsmiljø, vil den faglige jargon indeholde et væld af talemåder og begreber, som fx konflikt, forsvar, fortrængning, behandlingsalliance, modstand, primærpro-

cesser, sygdomsgevinst og mange flere, hvis oprindelse fortaber sig, men som alle har rødder i psykoanalysen.

Psykoanalysens status både som behandlingsmetode og behandlingsteori og som teoretisk forklaringsmodel er imidlertid en ganske anden end for blot 20 år siden. Mange andre tilgange er blevet styrket eller kommet til, først og fremmest den biologiske psykiatri og kognitiv, systemisk og narrativ teori og metode, og det videnskabelige klima og tidsånden er en anden. Det viser sig på en lang række områder, som fx den plads psykoanalysen optager i lærebøger og i den anseelse, der er forbundet med psykoanalytiske kvalifikationer. Således optager teorier om personlighed og psykopatologi ud fra en psykoanalytisk referenceramme samt et psykoanalytisk kapitel om neuroser ca 300 sider af de i alt 1300 sider af den i mange år internationalt dominerende lærebog i psykiatri, *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol I (Freedman et al., 1976), og selv i det danske *Medicinsk Kompendium* fra 1969 er der et kapitel om psykoanalytisk neuroseteori og behandling af Vanggaard. I dag er det psykoanalytiske perspektiv ikke blot røget ud af *Medicinsk Kompendium*, men stort set også af den bog, der har status af lærebogen i psykiatri i Danmark (Hemmingsen et al., 2000). Ligeledes blev en psykoanalytisk uddannelse i mange medicinske miljøer, først og fremmest i USA, men også i Tyskland og England og selv i et vist omfang i Danmark, op gennem 60'erne, 70'erne og 80'erne ligestillet med en doktordisputats, hvor det nu kan være en direkte hæmsko ved stillingsbesættelser. Som et lokalt, aktuelt fænomen kan det også nævnes, at det er »risky business« at undervise og holde forelæsninger ud fra en psykoanalytisk referenceramme på Institut for Psykologi, Københavns Universitet. Man ender meget nemt med at blive hængt ud i de studerendes blad *Indput* som fortaler for en kejser, der ikke har tøj på (Indput, 2006), eller for det, der er værre.

I det følgende vil psykoanalysens betydning blive belyst ud fra flere vinkler. Med udgangspunkt i Freuds banebrydende sygdomsforståelse trækkes linjer frem til moderne psykodynamisk psykiatri og aktuelle diskussioner om diagnostik og kategorisering af psykisk lidelse. Herefter inddrages et område, som sjældent associeres med psykoanalytisk tænkning, nemlig den klinisk psykologiske testtradition, som psykoanalysen har været en væsentlig inspirationskilde til. Afslutningsvis vil tre personer, Thorkil Vanggaard, Otto Kernberg og Peter Fonagy og deres betydning fra 1950'erne og frem til i dag blive omtalt. Valget af netop disse tre er selvsagt ikke alene begrundet i deres internationale gennemslagskraft, men også ud fra et ønske om at have en dansk repræsentant med. Hele det psykoterapeutiske område, som psykoanalysen har haft aller mest indflydelse på, vil ikke blive berørt. Det fortjener en selvstændig behandling.

Freuds sygdomsforståelse

Freuds sygdomsforståelse var radikal på flere punkter. Han skelnede i modsætning til en klassisk medicinsk opfattelse ikke skarpt mellem normalitet og sygdom, men anså forskellene mellem det syge og raske sind for at være kvantitative frem for kvalitative. Beslægtet hermed forstod han ikke psykisk lidelse som noget fremmed i personen, der kunne beskrives uafhængigt af denne. Psykiske symptomer var ifølge Freud principielt forståelige og meningsfulde og skulle forstås som et resultat af en indre psykisk konflikt imellem ubevidste, modstridende kræfter, som personen forsøgte at løse ved at fortrænge uacceptable tilskyndelser. Baggrunden for konflikten skulle søges i individets barndom og historie, mere præcist driftudviklingens skæbne, der kunne efterlade individet mere eller mindre sårbart overfor senere frustrationer og med større eller mindre tilbøjelighed til at regrediere til tidligere tilfredsstillelsesmåder. Metoden til studiet af de psykiske symptomer og deres betydning var det intensive casestudium i form af den psykoanalytiske behandling. (For en mere detaljeret beskrivelse af Freuds neuroseteori, ætiologiopfattelse og arbejdsmetode henvises til Lunn, 2006.)

Psykodynamisk psykiatri

Freuds og psykoanalysens indflydelse på psykiatrien i dag er særlig tydelig inden for den såkaldte psykodynamiske psykiatri, som bl.a. Glen O. Gabbard repræsenterer, og som kan følges i hans løbende revision af lærebogen *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, der nu er kommet i en 4. udgave (Gabbard, 2005).

Den psykodynamiske psykiatri viderefører Freuds sygdomsforståelse og udvider og supplerer den i lyset af nyere forskning. Som udgangspunkt er dens forståelse af mentale problemer baseret på Freuds ovenfor omtalte konfliktmodel, men siden er den såkaldte deficitmodel kommet til, som Bjørn Killingmo (1989) er en nordisk repræsentant for. I denne model forstås psykisk lidelse ikke som udtryk for ubevidste konflikter mellem modstridende kræfter og ønsker i personligheden, men som en mangel eller et fravær af faste psykiske strukturer, som begrebet jeg-svaghed eksempelvis henviser til. Ligeledes betones et objektrrelationsperspektiv, altså dette, at vi hver især bærer rundt på et væld af bevidste som ubevidste mentale repræsentationer af aspekter af selv og andre.

Men først og fremmest er psykodynamisk psykiatri en måde at tænke på og ikke bare tænke om patienten på, men også om en selv og relationen mellem patient og terapeut. Gabbard (2000) beskriver området således: ”Psykodynamisk psykiatri repræsenterer en tilgang til diagnosticering og behandling, som er karakteriseret ved en særlig måde at tænke om både patient og kliniker på, som inkluderer ubevidst konflikt, deficits og forvræng-

ning af intrapsykeiske strukturer og indre objektrelationer, og som integrerer disse elementer med moderne fund fra neurovidenskaberne" (s. 4, min oversættelse). Centralt og definerende for den psykodynamiske psykiatri er følgende:

- 1) Den inkluderer det ubevidste i forståelsen af psykiske fænomener og reflekterer begrebet om det ubevidste i lyset af nyere hukommelsesforskning.
- 2) Den understreger begrænsningen i vores frie valg, hvilket finder udtryk i begrebet psykisk determinisme. Heri ligger, at vores adfærd er bestemt af yderst komplekse og mange interagerende forhold, som både orienterer sig mod realitetens krav og ubevidste behov.
- 3) Den tillægger barndommen en afgørende betydning for den voksne personlighed: "The kid is the father of the man", samtidig med, at den inddrager nyere forskning om betydningen af det konkrete match mellem barn og forældre, børns selektive udvælgelse af stimuli og deres aktive deltagelse i omgivelsernes reaktion på dem. Barndommens betydning i form af barn og omgivelseres gensidige og repetitive indbyrdes påvirkning har dels indflydelse på personlighedens organisation og udvikling, dels bærer vi som voksne rundt på særlige oplevelses-, reaktions- og kommunikationsmåder og -beredskaber, som manifesterer sig i vores aktuelle liv og interpersonelle relationer. Sidstnævnte kommer til udtryk i begrebet overføring, som sammen med begreberne modoverføring og modstand tillægges stor betydning i psykodynamisk psykiatri.
- 4) Den definerer sig i modsætning til den deskriptive psykiatri. En deskriptiv psykiatrisk tilgang interesserer sig for det som er fælles på tværs af patienter. Opgaven er på baggrund af adfærdsobservation og de oplysninger, som patienten kommer med, at klassificere og diagnosticere i henhold til ensartede kluster af symptomer. DSM-IV, som er den seneste udgave af det amerikanske diagnosesystem Diagnostic Statistic Manual (APA, 1994), er et eksempel på denne praksis. I modsætning hertil følger den psykodynamiske psykiatri i sporene på Freuds optagethed af den enkelte case. Det er det unikke, og det som adskiller patienter fra hinanden som et resultat af deres særlige livshistorie, der har interesse. Det betyder ikke, at landvindinger inden for fx den biologiske psykiatri lades ude af betragtning, men at biologiske og andre determinanter ikke anskues i sig selv, men som filtreret gennem den enkeltes personlige, subjektive erfaringsverden.

Inden for den aktuelle psykiatridebat ses såvel tendenser til at følge i Freuds fodspor som det modsatte. Det amerikanske diagnosesystem, DSM, repræsenterer den deskriptive psykiatris fremmarch. Inden for dette system er antallet af diagnoser således støt og roligt vokset fra 60 i diagnoselistsens første udgave til 230 i den tredje udgave fra 1980 (Mirdal, 1999). Denne

udvikling er et resultat af en bestræbelse på at øge reliabiliteten i diagnostiseringen og har medført arbitrære cut-off kriterier for at stille en diagnose. Inden for mit eget forskningsområde, som er spiseforstyrrelser, er antallet af diagnoser tredoblet og firdobles sandsynligvis med den næste udgave, DSM-V. Samtidig har kvantificeringen af diagnosekriterierne medført, at mange symptombilleder, der stort set er identiske med fx det bulimiske, klassificeres som atypiske eller som EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified), fordi der fx kun kastes op 6 og ikke 8 gange på 4 uger. En anden konsekvens af den deskriptive tilgang er, at beslægtede lidelser adskilles kunstigt for siden at sammenstilles igen, når den samme person opfylder kriterierne fra flere diagnoser. Man taler så om comorbiditet, hvori ligger, at den samme person har flere forskellige og uafhængige lidelser, der ikke har noget med hinanden at gøre. Herved tvinges man som forsker til at tænke i adskilte symptombilleder frem for i sammenhænge.

DSM systemet repræsenterer tillige et forsøg på at renske beskrivelsen af psykiske lidelser for teori og alene basere den på adfærdsbeskrivelse og patientens information. Det har bl.a. haft som konsekvens, at neurosebegrebet er forsvundet ud af den psykiatriske diagnostik.

En anden tendens, der peger i retning af at se forholdet mellem sygdom og normalitet som et kontinuum, således som Freud gjorde, ses inden for området personlighedsforstyrrelser. DSM opererer med 11 personlighedsforstyrrelsesdiagnoser, som der er et tydeligt overlap imellem. Mange patienter får således ikke en, men flere personlighedsdiagnoser. Dette faktum, sammen med vanskeligheden ved at anvende en enten-eller tænkning over for personlighedsegenskaber som fx udadvendthed, har ført til overvejelser om at gå over til en såkaldt dimensionel frem for en kategoriel diagnostik. Det vil indebære, at en patient ikke vurderes som fx enten udadvendt eller ikke, men som mere eller mindre udadvendt. Aktuelt arbejder bl.a. psykolog Sebastian Simonsen med denne problemstilling i et ph.d. projekt på Roskilde Amtssygehus Fjorden.

Herudover er en psykoanalytisk orienteret diagnostik, der er et resultat af et samarbejde imellem en række forskellige psykoanalytiske organisationer, lige udkommet (Psychodynamic Diagnostic Manual, 2006). Formålet med den er at skabe et mere komplekst billede af den enkelte person med inddragelse af personens indre verden, herunder forsvar og affektregulering, evne til at skabe og vedligeholde interpersonelle relationer m.m. Samtidig bygger den bro til den deskriptive psykiatri ved at tage udgangspunkt i DSM systemets og det internationale klassifikationssystem ICD's (International Classification of Diseases) (WHO, 1992) diagnosekategorier.

Psykoanalysens betydning for den kliniske testpsykologi

Et område, hvor psykoanalysen både har gjort og fortsat gør sig gældende, er den kliniske testpsykologi. Umiddelbart forekommer sammenkoblingen mellem testpsykologi og psykoanalyse ikke indlysende. Diagnosticering havde ikke Freuds store interesse, og ofte har der været et skel mellem en diagnostisk præget mere medicinsk tradition og en psykoanalytisk, terapeutisk tilgang. Der har således inden for psykoanalysen været en tendens til ikke at adskille diagnostik og behandling, idet analysen i sig selv blev anset for en dybdepsykologisk undersøgelse. Den manglende interesse for diagnostik og personlighedsbeskrivelse har også sneget sig ind i de forskellige psykoanalytiske uddannelser verden over. Psykologiske undersøgelsesmetoder har ikke spillet nogen nævneværdig rolle, hvis overhovedet nogen, i uddannelsernes curriculum.

Ansættelsen af psykologer inden for psykiatrien og psykoanalysens store betydning for og påvirkning af psykiatrien satte imidlertid de to områder i forbindelse med hinanden. Der opstod en psykoanalytisk orienteret testtradition, som Rapaport stod fadder til, siden fulgt op af hans samarbejde med Gill og Schafer (1978) og videreført af bl.a. Killingmo (1980) og Lerner (1991) fra henholdsvis Norge og Sverige.

Den psykoanalytisk orienterede testtraditions grundlæggende præmis er teorien om det ubevidste. Man kan ifølge dette udgangspunkt kun i begrænset omfang se på mennesker, hvem de er, hvilket indebærer, at man ikke på baggrund af observation kan slutte fra menneskers ydre adfærd til deres indre. Man kan heller ikke gennem spørgsmål få fyldestgørende svar på personers forestillinger, tanker og følelser og på, hvordan tænkningen og personligheden er organiseret. I modsætning til de såkaldte selvrapporterings- eller spørgeskematests, hvor en person på en skala fra fx 0-5 selv angiver, hvor meget et givet udsagn, symptom eller reaktionsmåde passer på vedkommende, og som herved giver et billede af personens bevidste oplevelse af sig selv, fokuserer den psykoanalytisk orienterede testpsykologi på de aspekter eller funktionsmåder ved personligheden, som er med til at determinere den pågældendes svar og reaktioner i testsituationen. Hvilke aspekter, der specielt fokuseres på, afhænger dels af den givne problemstilling, som fx kan være differentialdiagnostisk eller et spørgsmål om egnethed til psykoterapi, dels af den teoretiske forståelse af problemstillingen og det teoretiske grundlag for fortolkningen af de indhentede testdata.

De tests, der specielt har spillet en rolle for den psykoanalytisk orienterede testtradition, er de såkaldte projektive tests. Begrebet projektion skal her forstås i betydningen eksternalisering: at personen i sin udførelse og fortolkning/besvarelse af testen bringer sider af sit indre til skue. De projektive tests er typisk defineret som ustrukturerede i modsætning til de ikke projektive tests. Det indebærer, at selve testmaterialet er flertydigt, og at der ikke findes et enkelt og verificerbart rigtigt eller forkert svar, som der

vil være i en intelligensprøve med spørgsmål af typen: Hvad hedder USA's præsident eller ved hvilken temperatur koger vand. I de projektive prøver vil der mangle et sådant objektivt rigtigt eller forkert svar. Svaret vil ikke, som ved de ikke projektive tests, anses for overvejende at være bestemt af stimulus, men, p.g.a. testmaterialets flertydige karakter, af testpersonens særlige måde at gå til verden på, herunder opfatte, selektere og organisere sansindtryk. Det er heller ikke overensstemmelsen mellem stimulus og response, der primært har interesse, men hvilke indre psykiske forhold som bestemmer og afspejles i svaret. Der skal dog tages det forbehold for denne distinktion mellem projektive og ikke projektive prøver, at den enkeltes særegenhed også vil komme til udtryk i de ikke projektive prøver, fx i svaret på spørgsmålet: Hvad ville du gøre, hvis du sad i en biograf og var den første, der opdagede, at det brændte. Ligeledes vil der i projektive prøver være nogle svar, som er mere oplagte og almindelige end andre. Det gælder fx de såkaldte populærsvar i den mest kendte projektive prøve, Rorschachprøven. Det konkrete svar vil således både være bestemt af stimulusmaterialet og af indrepsykiske organiserende faktorer, men med forskellig vægt i de to typer af tests (Rapaport, 1954).

Vanggaard, Kernberg og Fonagy

Udover at vurdere psykoanalysens betydning ved at se på specifikke arbejdsfelter som psykiatrisk diagnostik, psykologisk testning og på den måde psykisk sygdom forstås og mødes på, kan man som nævnt se på enkeltpersoner og deres værks betydning. Her skal Thorkil Vanggaard, Otto Kernberg og Peter Fonagy kort omtales.

Thorkil Vanggaard (1910-1998) var i en årrække en af de få internationalt kendte danske psykoanalytikere. Han fik sin psykoanalytiske uddannelse i New York i slutningen af 1940'erne og var senere som godkendt læreanalytiker med til at etablere det Danske Psykoanalytiske Selskab i 1957. Han vedblev med at være medlem af Det psykoanalytiske Selskab i New York, som var jeg-psykologiens højborg med Heinz Hartmann som et af sine fremtrædende medlemmer. Hartmann var også en af Vanggaards supervisorer. Det var således en klassisk jegpsykologisk tradition, som var Vanggaards udgangspunkt, og som han tog med til Danmark.

Det var imidlertid ikke primært som psykoanalytiker og læreanalytiker, at Vanggaard manifesterede sig. Vanggaard var først og fremmest overlæge på Rigshospitalets psykiatriske afdeling, hvor han afholdt psykoterapeutiske seminarer for kolleger og forelæste for studerende. Hans indflydelse gjorde sig især gældende i 1960'erne, 70'erne og starten af 80'erne og især gennem hans skrifter, som var obligatorisk stof for såvel medicin- som psykologistuderende. Hans primære interesseområde var neuroselæren, men han blev i stigende grad også optaget af grænsefeltet mellem neurose og psykose og

de såkaldte skizotypiske tilstande. Vanggaard var en stor formidler, såvel mundligt som skriftligt, og hans undervisning og skriftlige produktion sikrede, at årgang efter årgang af studerende stiftede bekendtskab med basal psykoanalytisk sygdomsforståelse og tænkning. Men neurosebegrebet og en psykodynamisk sygdomsforståelse forsvandt som nævnt fra den internationale psykiatriske diagnostik og i kølvandet herpå også Vanggaards (1985) og senere hans efterfølger Thorkil Sørensens (1994) bidrag til den dominerende danske lærebog i psykiatri.

Otto Kernberg (1928-) er en nulevende international kapacitet, som er kendt af de fleste og som, udover at have en kæmpe skriftlig produktion bag sig, har været præsident for IPA (The International Psychoanalytical Association). Hans indflydelse har især gjort sig gældende i 70'erne, 80'erne og 90'erne, hvor han udviklede sin teori om borderlineforstyrrelsen og en metode til behandling heraf (Kernberg, 1989).

Som Vanggaard er han psykiater og har interesseret sig for grænselandet mellem neuroser og psykoser og for de lidelser, der ikke passer ind i den klassiske neurosemodel. Men i modsætning til Vanggaard fulgte han ikke i jegpsykologiens fodspor, men udviklede sin egen teori om den normale og psykopatologiske udvikling, hvori han forsøger at danne en syntese mellem Freuds klassiske psykoanalyse, jegpsykologi og objektrelationsteori.

Når han skal nævnes i denne sammenhæng, skyldes det hans store indsats inden for den empiriske udforskning af psykoanalyse og psykoterapi ved Menningerklinikken (1972) og hans særlige behandlingsmodel for borderlinenpatienter og måde at definere borderlinebegrebet på, som har haft stor international gennemslagskraft, og som står i modsætning til den psykiatriske diagnosticering af personlighedsforstyrrelser, hvorunder borderlinediagnosen hører. Ifølge DSM-IV anses borderlinediagnosen for at være en blandt mange personlighedsforstyrrelser, som er defineret ved tilstedeværelsen af fem ud af ni mulige kriterier, herunder impulsivitet, affektiv instabilitet, suicidal adfærd m.m. I modsætning hertil er borderlinebegrebet ifølge Kernberg et strukturelt begreb, som refererer til en særlig måde personligheden er organiseret på, og som inkluderer flere forskellige personlighedsforstyrrelser. Kernberg (1996) definerer borderlinestrukturen ud fra kvaliteten af forsvar, identitetsintegration og realitetstopfattelse og relaterer en personlighedsstruktur på borderlineniveau til en personlighedsstruktur på et neurotisk eller psykotisk niveau. Borderline er således karakteriseret ved et primitivt forsvar, en usikker identitet med modsætningsfulde objekt- og selvrepræsentationer og en intakt realitetstopfattelse, hvor den neurotiske er karakteriseret ved et modent forsvar, en stabil identitet og intakt realitetstopfattelse, den psykotiske ved et primitivt forsvar, usikker identitet med mangelfuldt adskilte selv- og objektrepræsentationer og en læderet realitetstopfattelse. Forcen ved denne dynamiske tilgang er, at den samtidig anviser vejen for en mere helhedsorienteret behandling end den symptomatiske, og at den er baseret på en teoretisk forståelse af lidelsens dynamik og udvikling. Denne

forståelse ligger til grund for Kernbergs behandlingsmodel for borderline, som løbende er blevet revideret.

Afslutningsvis skal nævnes den engelske psykolog og psykoanalytiker Peter Fonagy (1952-), der aktuelt øver en stor indflydelse på både den kliniske psykologi og psykiatrien. Fonagy har meget til fælles med Kernberg. Han har været aktiv inden for den empiriske udforskning af psykoanalysen, bl.a. med udgivelsen af "An open door review of outcome studies in psychoanalysis" (2002), og hans primære interesse er borderline patologi. Han forsøger ligeledes, i samarbejde med bl.a. Mary Target, at udvikle en teori om udviklingen af borderline og en særlig behandlingsmetode baseret på denne teori, og han integrerer forskellige teorier i sit arbejde. Men hans inspirationskilder, og de teorier han tager udgangspunkt i, er nogle andre end Kernbergs.

I Fonagy og medarbejderes teori om borderline kombinerer de psykoanalysen med tilknytningsteori, nyere empirisk udviklingspsykologi og neuropsykologi (Fonagy et al., 2002). De centrale begreber er mentalisering og affektregulering. Evnen til mentalisering indebærer, at man er i stand til at forstå egne og andres handlinger som begrundet i mentale tilstande som ønsker, motiver m.m. og ikke som identiske med handlingens resultat. Den udvikles i en tryk relation til primære omsorgspersoner, som er i stand til mentalt at have barnet i sig og med sig, som kan rumme dets affekter uden at blive overvældet, og som kan spejle dem på en måde, der giver barnet en oplevelse af at blive genkendt. Hermed bliver det muligt for barnet at etablere en mental repræsentation af sine affekter og dermed lære sit eget følelsesliv at kende. Evnen til hensigtsmæssigt at regulere affekter, hvilket borderlinepatienter netop ikke er i stand til, er snævert forbundet med evnen til mentalisering. Er denne mangelfuldt udviklet, vil der være en tendens til, at intense affekter hos såvel individet selv som hos andre opleves som udefra kommende uforståelige tilstande, der enten må søges undertrykt eller tvinger individet til handling.

Jeg skal ikke her komme nærmere ind på Fonagys teori og arbejde, som spænder meget vidt. Udover at være psykoanalytiker, er han empirisk forsker, og han arbejder intenst med at integrere empirisk forskning med psykoanalysen. Det kan man mene forskelligt om. Afgørende i denne sammenhæng er, at han er eksponent for et opbrud i tiden, hvor centrale psykoanalytiske erkendelser, teorier og begreber videreudvikles (som fx betydningen af den tidlige affektive interaktion mellem mor og barn, begreber som spejling og mental repræsentation, tilknytningsmønster m.m.) og igen finder deres vej ind i ikke blot den mere snævert definerede psykoanalytiske psykiatri og psykologi, men også inden for en bredere psykologisk og psykiatrisk offentlighed. Psykoanalysen er således langt fra død, som det er blevet hævded utallige gange, men åbner sig i dag i stigende grad over for tilgrænsende forskningsområder.

LITTERATUR

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- FONAGY, P. (red.) (2002): *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. Second edition. International Psychoanalytical Association.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. L. & TARGET, M. (2002): *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. (red.) (1975): *Comprehensive textbook of Psychiatry/II*, Vol. I. Baltimore: The Williams & Wilkins Company.
- GABBARD, G. O. (2000): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Third edition. Washington & London: American Psychiatric Press.
- GABBARD, G. O. (2005): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Fourth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- HALE, N. G. (1995): *The rise and crisis of Psychoanalysis in the United States*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- HEMMINGSSEN, R. et al. (red.) (2000): *Klinisk psykiatri*. 2. udgave. København: Munksgaard.
- IVERSEN, M. et al. (red.) (1969): *Medicinsk Kompendium*, Bind II, 10. Udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- INDPUT, 2006, 38, nr. 5.
- KERNBERG, O. (1972): Psychotherapy and psychoanalysis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36: 1-278.
- KERNBERG, O. et al. (1989): *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books.
- KERNBERG, O. (1996): A psychoanalytic theory of personality disorders. IN J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (red.): *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- KILLINGMO, B. (1980): *Rorschachmetode og psykoterapi. En egopsykologisk studie*. Oslo/Bergen/Tromsø: Universitetsforlaget.
- KILLINGMO, B. (1989): Conflict and deficit: Implications for technique. *Int. J. Psychoanal.*, 70: 65-79.
- KUTTER, P. (red.) (1992): *Psychoanalysis International. A guide to psychoanalysis throughout the world*. Vol. 1. Europe. Stuttgart-Bad Cannstatt. Frommann-Holzboog.
- KUTTER, P. (1995) (red.): *Psychoanalysis International. A guide to psychoanalysis throughout the world*. Vol. 2. America, Asia, Australia and further European countries. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.
- LERNER, P. M. (1991). *Psychoanalytic theory and the Rorschach*. Hillsdale/London: The analytic Press.
- LUNN, S. (2006): Freud og den kliniske psykologi. IN O. Andkjær Olsen et al. (red.): *Fokus på Freud*. København: Hans Reitzels Forlag.
- MIRDAL, G. (2000): Psykopatologibegrebet - en dekonstruktion. IN P. Elsass & S. Lunn (red.): *Psykologi i forvandling*. Universitetsklinikken & Institut for Psykologi, Københavns Universitet.
- PDM TASK FORCE (2006): *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organisations.
- RAPAPORT, D. (1954): The theoretical implications of diagnostic testing procedure. IN: R. P. Knight & C. R. Friedman (red.): *Psychoanalytic psychiatry and psychology*. New York: International Universities Press.
- RAPAPORT, D., GILL, M. M. & SCHAFFER, R. (1978): *Diagnostic Psychological testing*. Revised Edition. New York: International University Press.

- SØRENSEN, T. (1994): Kapitel 14, 15, 16, 17, 20 & 29. IN R. Hemmingsen et al. (red.): *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard.
- VANGGAARD, T. (1985): Kapitel 27, 29 & 34. IN J. Welner et al. (red.): *Psykiatri, en tekstbog*, 2. udgave. København: F.A.D.L.
- WHO (red.): The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genova: WHO, 1992.