

Tidsskriftet

Stillinger

Kurs og møter

Tema

Spesialist

Manusnett

Legeforeningen

- Siste utgave
- Tidligere utgaver
- Søk/Arkiv
- Bøker
- For forfattere
- Lever manus
- E-abonnement
- Om Tidsskriftet
- Pressemeldinger
- Kunnskapsprøve
- Redaksjonen
- Tidligere i Tidsskriftet
- Leger i Norge
- Nettsarkiv
- Om nettsidene
- Annonser

Det ubevisste - venn eller fiende?

Jarl Jørstad

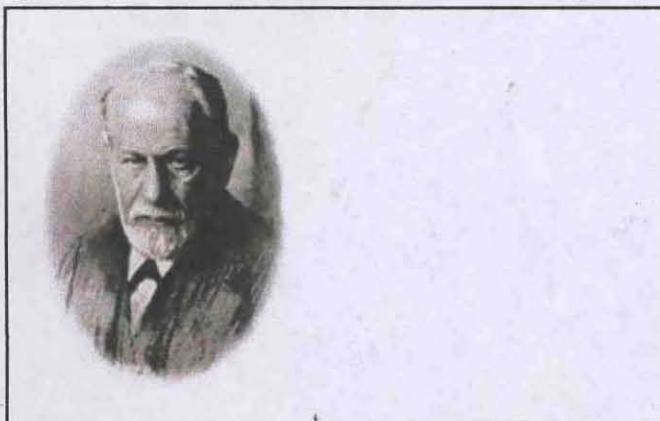
Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1199-203 u

Noen tanker om dissosiasjonsbegrepet

Dissosiasjon eller spaltning er knyttet til Sigmund Freuds erfaringer med kvinnelige pasienter med hysteriske symptomer i Wien før 1900. Han utforsket og beskrev det ubevisste og fortrenningen. Den gangen var det særlig seksualiteten som ble fortrent. I dag er de klassiske hysteriske symptomer sjeldne, men vi har fått en økning av somatoforme lidelser, spesielt i muskelsystemet som fibromyalgi, og andre syndromer hvor vi ikke finner patofysiologiske årsaker. I psykoterapi kan vi bak noen av disse symptomene oppdage en ubevisst konflikt mellom avhengighet og aggresjon. Disse lidelsene og psykosomatiske perspektiver på mange andre sykdommer er i dag en stor utfordring for primærlegene.

I psykiatrien har vi «oppdaget» personlighetsforstyrrelsene og borderlinepasientene, som er mer karakterisert av mangler enn av konflikter, og som har et mer primitivt forsvar. De kan påvirke andre mennesker meget sterkt, og skaper store problemer for hele helsetjenesten. Det har ført til økende interesse for det ubevisste samspill mellom lege og pasient, overføring og motoverføring. Freud så på det siste som en hindring i behandlingen. I dag ser vi på det som påvirker oss emosjonelt som en viktig mulighet til å forstå det som ubevisst formidles fra pasienten. Det er også en spennende utvikling i forskningen på spedbarn, på affekter og følelser, og på psykosomatiske sammenhenger. Det ubevisste er en ressurs, et skjult potensial og et indre kart og kompass. Men det forutsetter at vi tar det ubevisste på alvor, og arbeider for å forene det som er splittet i oss. Ellers kan det ubevisste bli en trussel og en fiende som må bekjempes.

Dissosiasjon er det nye psykiatriske moteordet for spaltning eller splittelse, og som omfatter både normale og psykopatologiske fenomener. Det startet med Sigmund Freud (1856 - 1939) og hans bruk av begrepene det ubevisste og fortrenning for å forklare årsakene til de hysteriske symptomene hos de kvinnelige pasientene han behandlet i Wien på slutten av 1800-tallet. I boken *Studien über Hysterie* fra 1895 som han utgav sammen med sin lærer og kollega Josef Breuer (1842 - 1925), gav han uttrykk for at en felles bakgrunn for symptomene hos kvinner med hysteriske symptomer var at de fleste var blitt utsatt for seksuelle overgrep i sin barndom. Disse traumatiske opplevelsene ble imidlertid spaltet fra bevisstheten, fortrent, og konvertert til somatiske symptomer som lammelser, kramper eller persepsjonsforstyrrelser (1).



Kobberstikk av Sigmund Freud, utført av Ferdinand Schmutzer i 1926 (36)

Sigmund Freud var ikke den første som oppdaget det ubevisste. Fra Sofokles til Dostojevski og Ibsen

Kunnskapsprøve ?

Bøker

Hurtigsøk i titler

Tidsskriftet Nyheter

Siste nytt fra Tidsskriftet

Fornøyde pasienter i psykiatrien
(24.1.2005) ►

Fleire leger mistet autorisasjonen
(24.1.2005) ►

Nedgang i naturvitenskaplig forskning
(24.1.2005) ►

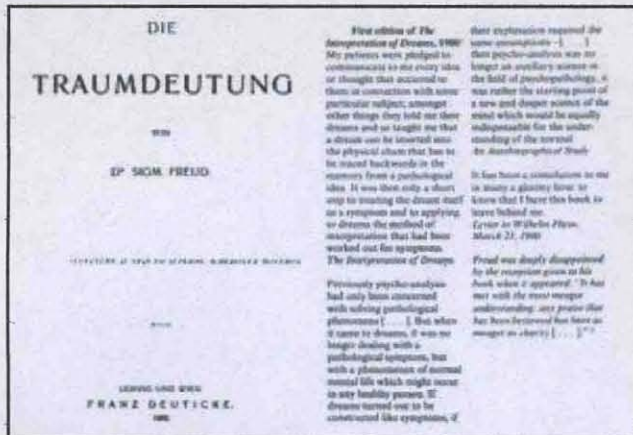
Startproblemer i Helse Øst-samarbeid
(21.1.2005) ►

Medieplan 2005

Velg Annonser fra menyen eller gå til www.tidsskriftet.no/annonser

hadde geniale forfattere vist oss underbevissthetens makt i oss mennesker, og i samspillet mellom oss, oftest i form av en skjebne som hviler tungt over våre liv og handlinger. Men det var Freud som forsøkte å nærme seg fenomenet det ubevisste med en mer systematisk forskning. Gjennom observasjoner av sine pasienter og seg selv formulerte han i sin metapsykologi en begynnende forståelse av sammenhenger og lovmessigheter i det ubevisste. Samtidig kunne han demonstrere en splittelse mellom den bevisste og ubevisste delen av jeget (selvet), i psykoanalysen betegnet som det topografiske perspektiv. Det betegner et syn på mentale prosesser som lokalisert til visse lag i vårt sinn, som det bevisste, det førbevisste og det ubevisste. Det var et perspektiv som tidlig preget Freuds tenkning om psykiske prosesser. Senere utviklet han strukturteorien om de indre instanser: ego, superego og id, som delvis gikk på tvers av topografien.

Boken *Traumdeutung* som kom ut i 1900 (2), er etter manges mening den viktigste boken i det 20. århundre, fordi den påvirket menneskesynet i hele den vestlige verden, og ble en viktig del av den generelle psykologi og psykiatri.



Forsiden av Die Traumdeutung med Sigmund Freuds kommentarer (2)

Gjennom utforskning av sine pasienters og sine egne drømmer, oppdaget han hvordan drømmens bildespråk formidler viktig kunnskap om drømmerens aktuelle liv og situasjon. Ofte forteller de samtidig også om viktige forhold fra barndommen som er blitt aktivisert av noe aktuelt. Han kalte drømmen for kongeveien til det ubevisste, noe vi som arbeider med drømmer fortsatt kan bekrefte. Men vi har i dag mange andre veier som er like viktige.

Den gang var det seksualiteten som i borgerskapet var tabubelagt. Freuds avsløringer ble en enorm provokasjon som førte til sterke reaksjoner mot ham, og mot hans påstander om det ubevisste og barndommens betydning. Jeg skal ikke her utdype alt som skjedde etterpå, men et avgjørende vendepunkt var da Freud selv begynte å tvile på det pasientene fortalte, og til slutt oppdaget at det ikke alltid hadde foregått seksuelle overgrep, men at et barns fantasier også kunne være en viktig bakgrunn for symptomene. Disse fantasiene var også knyttet til barnets intense følelser og affekter, som ble fortrent i fire-fem års alder, og senere levet sitt skjulte liv i det ubevisste. Derfra kunne de dukke opp senere i livet som symptomer og underlig atferd, når aktuelle provokasjoner truet med å aktivisere de ubevisste reminisenser.

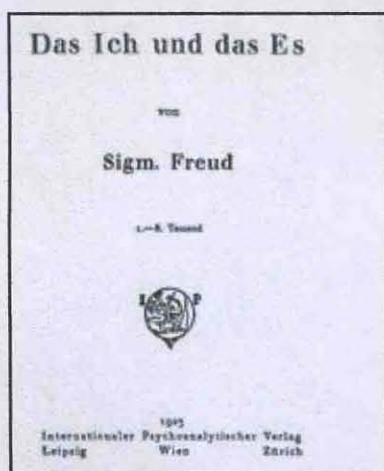
Da Freud måtte oppgi forføringsteorien, var det en stor skuffelse for ham (3). Men det førte til at han både oppdaget de ubevisste fantasiens betydning og barneseksualiteten (4). Det ble viktige skritt videre i forståelsen av det ubevisste, ikke bare hos pasientene, men hos oss alle, og som en viktig del av psykoanalysens metapsykologi. Selv om han selv og mange av hans elever i mange år var mest opptatt av det som foregår i det ubevisste, i vår indre verden, gikk Freud aldri bort fra at reelle seksuelle overgrep i barndommen også kan forårsake nervøse lidelser hos voksne (5).

Freuds modell om fortrenghing (6) som ble videreutviklet av hans datter Anna Freud (1895 - 1982) og mange andre, beskrev forsvarsmekanismenes kamp mot det ubevisste (7). Det vi kaller motstand i behandlingen ble oppfattet som uttrykk for denne kampen for å holde det ubevisste ubevisst, med en gevinst, primærgevinsten: Vi slipper å overveldes av de ubevisste drifter og begjær, og den angst og skyldfølelse som er knyttet til disse.

Freud mente at bare ved en bevisstgjøring kunne årsakene til symptomene bli oppløst, gjentakelsestvangen brutt, og den energi som var bundet i forsvaret bli frigjort. Det ubevisste var

som en kokende kjele av seksuelle og aggressive drifter som måtte bekjempes og holdes på plass, ellers kunne både den enkelte og samfunnet true. Derfor måtte også jeget styrkes på bekostning av detet. Et eksempel fra en pasients drøm: I drømmen kjemper hun en intens kamp for med alle sine krefter å holde en dør lukket, mens sterke krefter innenfor forsøker å sprengre den opp.

Forsvarsmekanismene blir skapt i jeget under påvirkning av overjeget, som gjenspeiler kulturen gjennom foreldrenes oppdragelse, og hvor særlig farens betydning er viktig. Men splittelsen er også tydelig i kulturen, i hykleri og dobbeltmoral, spesielt på det seksuelle området. Dette er velkjent og fortsatt delvis godtatt av i psykodynamiske fagmiljøer.



Førsteutgaven av Das Ich und das Es (6)

Har hysteriet forsvunnet?

Hysteriet ble det klassiske eksempel på splittelse - dissosiasjon - mellom bevissthet og underbevissthet og mellom ord og følelser (la belle indifference). Men forsvarsmekanismene var også ubevisste, og derfor var det også en splittelse mellom impuls og forsvar. Da symptomene spilte seg ut i kroppen, var det en splittelse mellom kropp og sjel, og en bekreftelse på den dualismen som preget, og fremdeles preger, skolemedisinen. Det kan også være en splittelse mellom jeget og overjeget, ved at personen kan gjøre noe som hans bevisste jeg og samvittighet forbyr, f.eks. ved hysteriske tåketilstander (fugues). Et typisk eksempel er en kristen mann som i en slik tåketilstand oppsøkte en prostituert. Da han noen timer senere våknet opp, visste han til å begynne med ikke hvor han hadde vært eller hva han hadde gjort.

Hvordan er situasjonen i dag? De klassiske hysterier er tilsynelatende forsvunnet, og seksualiteten er ikke lenger tabubelagt. Tvert imot kan det se ut som hele vår vestlige kultur er seksualisert og de fleste seksuelle tabuer er redusert eller helt borte. Seksuelle overgrep og incest er løftet frem fra mørket, og grensene mellom, heteroseksualitet og neoseksualiteter er mer flytende. Homoseksuelle, sadomasochister og transvestitter krever å bli sett på som normalvarianter. Et avvik som fortsatt blir stemplet som en perversjon og som straffes er pedofili, klart begrunnet i at det er et misbruk av forsvarsløse barn.

Men Nabukovs bok *Lolita* ble en bestseller, og det samme gjelder senere varianter i litteratur og film. Forholdet mellom en eldre mann og en meget ung pike med barnestemme er typisk i mange filmer, og den amerikanske manns betegnelse på kjæresten er «My baby». Men det er kanskje ikke bare i USA at pedofile tendenser er utbredt i befolkningen, og dissosiert fra bevisstheten?

Mange av oss vet at bak denne tilsynelatende seksuelle frigjøring og toleranse for avvik skjuler det seg fortsatt mye angst, skyld, lidelse og nød. Overgrep er ikke blitt sjeldnere, men kommer nå mer åpent frem enn de gjorde for 100 år siden. Og i våre ubevisste og bevisste fantasier er det meste tillatt, nå som før.

Vi oppdager personlighetsforstyrrelsene

Vi kan spørre: Hvor er underbevisstheten i alt dette? Er forsvarsmekanismene i ferd med å forsvinne? I dag snakker vi mindre om nevrosen og nevrotiske pasienter med hemninger, strenge overjeg og rigide forsvarsmekanismer, vi ser dem heller ikke så ofte som før i den psykiatriske helsetjeneste. Ofte ser vi pasienter med personlighetsforstyrrelser eller borderlinestruktur, med mangelfull indre struktur og svakere grenser i forhold til andre (8). Mange av oss som arbeider i psykiatrien mener at

dette ikke bare er fordi vi ser ting som vi ikke så før, og at vi derfor stiller andre og bedre diagnoser. Selv om det også er riktig, mener vi at det også har sammenheng med at et økende antall familier i Vesten ikke lenger har samme basefunksjon for barns oppvekst som tidligere, og ikke gir godt nok grunnlag til utvikling av indre struktur og grenser. Det er vanskeligere å bygge opp en trygg identitet (9, 10). Et eksempel: I sin første time med meg veksler en ung kvinne stadig og brått mellom gråt og latter, og utbryter fortvilet: «Jeg vet ikke hvem jeg er, vet ikke hva jeg vil, vet ikke hva jeg gjør! Enten er jeg voldsomt rastløs og da må det skje noe hele tiden, eller så er jeg helt apatisk og orker ingen ting. Jeg driter i alt! Jeg spiller et innmari skuespill overfor andre: Alle tror at jeg bare er blid, kjekk og grei!» Hennes splittelse er delvis bevisst og skremmer henne. Den forteller også om en manglende identitet, og en risiko for psykotisk sammenbrudd.

Forsvarsmekanismene har også endret seg. I tillegg til fortrenngningen med dens derivater, ser vi mer primitive forsvar som benekting, projeksjoner og splittelser i selvet (11).

Vi er blitt mer oppmerksom på at det er forskjell på identifisering med sider av andre mennesker, og introjeksjon som skaper indre objekter eller bilder av andre med tilhørende affekter, og som kan leve sitt ubevisste liv i vår indre verden. Disse indre objekter og affekter kan projiseres på mennesker som blir viktige, og som utsettes for projektiv identifikasjon. Det er et ubevisst samspill hvor noe av en selv skyves over på den annen, og noe fra den annen tas inn i en selv. Til forskjell fra vanlig projeksjon som kan skje til hvem som helst, er forholdet til den som mottar det projiserte viktig for den som bruker projektiv identifikasjon (12, 13). Det er et fenomen som stammer fra det tidlige sirkulære samspill mellom mor og barn, og hvor moren er livsviktig for barnet. Vi har oppdaget hvor sterkt slike mekanismer kan påvirke oss, vi kan bli «containere» for emosjoner og affekter som kan forvirre de fleste (14).

Narsissismen

Et annet begrep er narsissisme, en normalt stadium i vår barndom hvor vi er sentrum i verden og føler oss grandiose, som motvekt mot vår litenhet og hjelpeløshet. Etter treårsalderen klarer de fleste av oss å bygge bro over denne motsetningen og splittelsen, og får gradvis en mer realistisk erkjennelse av oss selv og andre. Men avhengig av forholdet til de nære omsorgspersoner, er det noen som blir mer eller mindre sittende fast i det narsissistiske stadium i voksen alder. Det kan bli en patologisk narsissisme, en narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Karakteristisk er en uttalt egosentrisitet, uttalt projeksjonstendens hvor alt galt skyldes andre, stor krenkbarhet som lett fører til raseri ved kritikk, manglende empati, og skjulte eller åpenlyse storhetsforestillinger, grandiositet. Etter manges mening er dette en av de vanligste og alvorligste former for personlighetssplittelse i vår del av verden (tab 1). Diagnosen psykopati begrenser vi i dag til personer som både har en patologisk narsissisme og antisosiale eller asosiale trekk (15).

Tabell 1 Patologisk narsissisme (kortversjon)

<i>Uttalt egosentrisitet</i>
Egoisme og selvopptatthet, snakker mest om seg selv, lytter ikke til andre, er uinteressert i andre
<i>Uttalt krenkbarhet</i>
Kritikk, uenighet og frustrasjoner kan utløse raserianfall
<i>Uttalt projeksjonstendens</i>
Liten eller ingen evne til å erkjenne svakheter eller feil hos seg selv. Feilen ligger alltid hos andre
<i>Manglende empati</i>
Liten eller manglende evne til å forstå andre mennesker i dybden
<i>Storhetsfantasier</i>
Bevisste eller ubevisste. Kan prege holdning og atferd som: arroganse, dominering, devaluering av andre. Men denne grandiositeten kan også være godt skjult

Selvpsykologien beskriver narsissismen som en dobbelt splittelse i selvet, en horisontal og en vertikal (16). Den horisontale er den velkjente splittelsen mellom den bevisste og den ubevisste delen av selvet, hvor den ubevisste delen dekker over et barns mangel på grunnleggende trygghet og bekreftelse, og at barnets følelser og behov er blitt neglisjert, avvist eller misbrukt. Den (delvis) bevisste delen er en nagende følelse av hjelpeløshet, ensomhet, verdiløshet og en lav selvfølelse. Den vertikale splittelsen skiller denne svake og hjelpeløse delen fra den kompensatoriske grandiose delen, to motpoler som skaper en balanse, det bipolare selvet, og som hos et barn blir en måte å overleve psykisk på.

Den mest dramatiske vertikale splittelsen har pasienter med multiple personligheter. I psykiatrien var vi vel lenge i tvil om dette bare var helt spesielle og meget sjeldne former for hysteri, og som ble brukt i filmer som «Eva tre ansikter» og slått opp som sensasjoner i mediene, spesielt i USA. Er diagnosen bare et kunstprodukt skapt av leger, eller en virkelig psykiatrisk lidelse? Finn Skårderud stiller dette spørsmålet i sin siste bok (17). Nå finnes den i diagnosemanualen DSM-IV, og ser ut til å være epidemisk i USA. Den forekommer også her i landet, ikke bare i Rogaland, noe jeg selv har sett eksempel på. Bakgrunnen er som regel grove seksuelle og voldelige overgrep, hvor utåløse psykisk og fysisk smerte er splittet i delpersonligheter, som også kan representere forskjellige alderstrinn, og som opererer og handler tilsynelatende uavhengig av hverandre og av den voksne bevisste person. Mye tyder på at dette er et forsvar mot et psykotisk sammenbrudd eller suicid, og at det forutsetter usedvanlige ressurser hos den som er offer (18).

Psykosomatikk og somatoforme lidelser

Parallelt med dette har det skjedd noe med sykdomspanoramaet og diagnosene våre. Primærlegene møter et økende antall pasienter med fysiske smerter og andre plager uten klare anatomiske eller fysiologiske årsaker. Vi har kalt en gruppe sykdommer for psykosomatiske hvis «stressfaktorer» via de endokrine og vegetative systemer gir fysiske symptomer eller plager. Men begrepet psykosomatisk er i dag mer uttrykk for et perspektiv på alle sykdommer, selv om noen personer er mer disponert enn andre, og sykdommen kan være mer eller mindre alvorlig. Finner vi ikke noe sikkert patofysiologisk grunnlag for symptomene, bruker mange i dag sekke diagnosen somatoforme lidelser. Den omfatter nye diagnoser som kronisk tretthetssyndrom, jappesyke og fibromyalgi. Den omfatter også velkjente og store grupper av pasienter med andre former for kroniske smerter i muskel- og skjelettsystemet, tensjonshodepiner, irritabel colon, menstruasjonsforstyrrelser og gynekologiske symptomer. Klassiske konversjonssymptomer finnes fremdeles, og det samme gjelder alvorligere former for hypokondri.

Men er alt dette bare nye former for hysteri eller det Joyce McDougall kaller arkaisk hysteri? Har det vi i dag kaller for disosiasjoner samme ubevisste intensjon som forsvar mot utåløse affekter som fortrenningen hadde det i det klassiske hysteri (19)? Er det fortsatt en horisontal splittelse mellom den bevisste og den ubevisste, og mellom kropp og sjel? Ja, det kan det fortsatt være, slik vi ser det for eksempel ved spiseforstyrrelser og etter svære fysiske og psykiske traumer og katastrofer. Men splittelsen mellom kropp og sjel er langt mer utbredt og viser seg nettopp i de psykosomatiske og somatoforme lidelser, hvor følelser og affekter er skjult i kroppslige symptomer og fysisk smerte. Fenomenet alexitymi (alexithymia) er et eksempel på splittelsen mellom følelser og ord, som etter nyere forskning er en tidlig utviklingsforstyrrelse som disponerer for alvorlige psykosomatiske lidelser (20, 21).

Etter min erfaring er den ubevisste konflikt i dag ikke så ofte knyttet til seksualitet, som det er en konflikt mellom avhengighet og aggresjon - i sin mest tilspissede form en konflikt mellom kjærlighet og hat (22). Dette er en vanlig konflikt ved mange psykiske lidelser, men jeg ser den også ved mange av pasientene vi møter med muskulære spennings- og smertetilstander bl.a. med diagnosen fibromyalgi. Aggresjonen truer en livsviktig avhengighet som må holdes ubevisst ved hjelp av muskulatur og låsing av respirasjonen. Det er erfaringer som mange analytikere har gjort, også Trygve Braatøy (1904 - 53) her i Norge. Opprinnelsen kommer fra Wilhelm Reich (1897 - 1957) og hans karakteranalyse (23). Behandlingsformer som bygger på denne sammenhengen er vegetoterapien og den psykomotoriske fysioterapi. Det muskulære forsvaret har en fysisk smertegrense, og disse pasientene kommer som regel ikke til psykiateren med sine smerter, men til primærlegene som ofte føler seg hjelpeløse. De finner ingen konkrete forklaringer, verken på røntgenbilder eller i laboratorieundersøkelsene. Kanskje finner de noen «tender points», ømme punkter på kroppen som kan gi holdepunkter for en diagnose, men det var lenge tvil om dette var en «virkelig sykdom». Splittelsen mellom kropp og sjel er fortsatt dominerende i tradisjonell medisin. Råd villheten og mangelen på en mer helhetlig forståelse og effektiv terapi fører ofte til henvisninger. Dels henvises disse pasientene til fysioterapeuter hvor effekten av behandlingen er tvilsom, dels til andre spesialister som igjen ser symptomene fra sin spesialitets begrensede synsvinkler.

Forsvar mot utålelig smerte

I alt dette kan det virke som oppfatningen av det ubevisste som en fiende blir bekreftet. Det er en krig mot noe truende og farlig som må bekjempes med skiftende forsvar. Før var det fortrenghningen som var den viktigste, og avledet av den er reaksjonsdannelse, rasjonalisering, intellektualisering, isolasjon, annullering og andre. I dag er det mer «primitive» mekanismer som benekting, projeksjon og proaktiv identifikasjon, og en splittelse som kan svinge mellom idealisering og devaluering. Vi ser nå på forsvarets kamp for å hindre det ubevisste fra å bli bevisst som sekundær. Den primære oppgaven er å unngå en utålelig smerte, og motstanden i overføringen til terapeuten er forsøk på å unngå å bli retraumatisert. Det blir en beskyttelse skapt i barndommen, som en måte å overleve på mentalt. Men nærheten til et annet menneske kan også bli en trussel med angst for oppløsning og psykose.

Mange menneskers indre verden har forandret seg, parallelt med at familienes og samfunnets strukturer er blitt svakere, og tradisjonelle verdier, religionens innflytelse og respekten for autoriteter er blitt redusert. Mange terapeuter og analytikere mener at dette har ført til mangelfulle indre strukturer og svakere grenser hos det enkelte individ. Hos mange finner vi i dag mer mangler enn konflikter, noe som fører til nye former for dissosiasjoner (24). I fortellinger om drømmer opplever jeg ofte at et hus er et bilde på personen eller selvet, og at kjelleren i huset representerer det ubevisste, hvor det ukjente og skremmende skjuler seg. Kjellertrappen kan være mer eller mindre blokkert eller mangle helt, eller grunnen under huset truer med å rase ut, som uttrykk for psykoseangst. Jeg husker en pasient som i en sterk motstandsfasen drømte at han tømte lass på lass med flytende betong ned kjellertrappen, for å mure den helt igjen. Men kjelleren er også fundamentet som hele huset hviler på. Det kommer også frem i drømmer hvor det å få en ny kjeller uttrykker ønsket om å få et nytt fundament, og et nytt og tryggere forhold til det ubevisste. Det å bygge hus vet vi også er viktig i leketerapier med barn, hvor det kan være et uttrykk for barnets begynnende indre struktur og grenser til omverden (25).

Det ubevisste som ressurs

Det ubevisste kan da også sees på som en ressurs og en redning, som kan bidra til at individet overlever når vilkårene er mangelfulle eller traumatiske, og et potensial for videre utvikling, reparasjon og vekst. («Regresjon i jegets tjeneste», et begrep skapt av Ernst Kris (1900 - 1957) (26), og «corrective emotional experience» som er knyttet til en annen pioner, Franz Alexander (1891 - 1964) (27)).

Selvpsykologiens begrep kjerneselve, «The nuclear self» (28), som bekreftes av nyere spedbarnsforskning (29), og Tomkins script- og affekt-teori (30) med begreper som script og scener peker på det samme som D.W. Winnicott (1896 - 1971) kaller det egentlige selv (31). Her ser vi også at det ubevisste har et potensial og er en ressurs, et mønster som viser vei i individets utvikling, og kilden til vitalitet, kreativitet og livsglede. Men det forutsetter at det tidlige miljø er det Winnicott kaller: «A facilitating environment», et bærende og nærende miljø som bekrefter et barns følelser, noe som ofte er mangelfullt for en del barn i dagens samfunn.

Affektene og følelsenes store betydning i spillet med de tidlige omsorgspersoner er blitt enda tydeligere etter Freud. Dem oppfatter vi i dag som viktige motiverende krefter i individet, mens driftsteorien er nedtonet og helt forkastet av noen. Samtidig er Freuds uttalelse om at barnets første jeg (selv) er et kroppslig jeg (selv) bekreftet (32). Vi ser nå et grunnleggende samspill mellom kropp, affekt, kjerneselv og omgivelser, hvor det i starten ikke er noe skarpt skille mellom det bevisste og det ubevisste, mellom det indre og det ytre og mellom kropp og sjel, og hvor et barns følsomhet er enorm. Men splittelsen mellom det som er godt og det som er vondt kommer tidlig (33), og de andre forskjellige former for splittelser skapes i samspill med de tidlige omsorgspersoner. Først gradvis vokser bevissthetsgrensen frem i barnet, og utvikler seg i varierende grad senere i livet.

Det ubevisste samspill

I sin artikkel om råd til legen som analytiker sier Freud at: «Legens underbevissthet skal være åpen for pasientens underbevissthet» (34). Det er en uttalelse som for mange virker mystisk og uforståelig. Hvordan kan man åpne opp for noe som hos en selv og hos den annen er ubevisst? I psykoanalyse og psykodynamisk psykoterapi er dette blitt tydeligere i vår økende forståelse og bruk av motoverføringen: De følelser som vi behandlere og omsorgspersonell får i spillet med våre pasienter. Freud og mange etter ham så lenge på motoverføringen som en feil hos analytikeren som måtte bekjempes og helst elimineres. I dag har de aller fleste analytikere et mer positivt syn på motoverføringen, og ser at den i noen tilfeller også kan brukes aktivt i forhold til pasienten, først og fremst som et middel til å forstå det pasienten føler. I enkelte sjeldne situasjoner kan det også være riktig å fortelle pasienten om det terapeuten føler, men tolket som et samspill hvor begge parter påvirker hverandre, men hvor utgangspunktet er pasientens projeksjon på terapeuten.

Det er fortsatt like viktig som tidligere at terapeuter, ved hjelp av god veiledning, og helst også ved en egen terapi, blir seg bevisst egne mangler og konflikter. De kan bli blinde flekker som kan hindre den psykoterapeutiske prosess og skade pasienten. Men ved en bevisstgjøring, og med økende trygghet hos terapeuten, opplever vi i dag at det ubevisste samspillet mellom overføring og motoverføring kan bli noe av det aller viktigste i psykoterapien. Det blir en intersubjektiv prosess hvor begge parter bringer med seg både bevisste og ubevisste sider av seg selv, og hvor det skjer en kommunikasjon på begge plan. Gjennom vår økte forståelse for og bevisstgjøring av den ubevisste delen av kommunikasjonen, kan vi hjelpe alvorlig syke pasienter bedre enn før, ved å bidra til å bygge broer over dissosiasjonene, så personen kan bli tryggere og helere.

I våre vestlige samfunn er det ikke vanskelig å se samme primitive dissosiasjoner og projektive mekanismer som vi ser hos det enkelte individ. Vi ser det i den **dominerende narsissistiske trenden i vår kultur (35)**, i fundamentalistiske krefter i mange religioner, politiske ideologier, etniske grupper og i en ekstrem nasjonalisme, som viser seg i holocaust, pogromer og etnisk rensing. Vi ser det i den hyklerske dobbeltmoral som ble demonstrert i saken mot Clinton i USA. Et typisk trekk for tiden er at en del intellektuelle i vestlige land kjemper en innbitt kamp mot psykoanalysen og Freud. Noen institutters og analytikers ensidighet, holdninger og ortodoksi kan nok ha bidratt til dette. Men kritikerne har heller ikke fulgt med i psykoanalysens utvikling etter Freud. Jeg oppfatter det også som en gammel kamp i nye former, som med jevne mellomrom har kommet opp igjen fra psykoanalysens begynnelse for 100 år siden. Etter min mening er det også uttrykk for en benektelse av underbevissthetens makt og barndommens betydning. For alle som har bygd sitt liv og sin posisjon på en forestilling om at intellektet, fornuften og kunnskapene stort sett styrer våre liv, blir påstanden om underbevissthetens makt en narsissistisk krenkelse. Alle har vi også vært barn, og mange av oss har barn, noe som kan gi oss gode grunner til både å dissosiere, benekte og projisere egen hjelpeløshet, angst og skyld. Da er det også godt å ha en «kjeller» hvor man kan plassere slike følelser, og samtidig benekte dens eksistens!



Odysseus' ferd mellom Skylla og Kharybdis. Illustrasjon av Ingunn Jørstad til Balanseanger (22)

Både venn og fiende

Hvis jeg skal svare på spørsmålet i tittelen på mitt innlegg om underbevisstheten er venn eller fiende, er svaret et både - og. Dissosiasjoner og andre forsvarsmekanismer redder oss fra utålelige smerter, og i noen tilfeller fra selvets oppløsning og et psykotisk sammenbrudd. Men omkostningene kan bli store i form av blokkerte følelser, og manglende helhet, trygghet og gjensidighet i samspillet med andre. For noen vil det også føre til stagnasjon av læring og utvikling, og mangelfull virkelighetskontakt. Men det ubevisste rommer også et fundament: et kjerneselv, vårt egentlige selv, et skjult potensial og et indre kart og kompass som de fleste av oss strever med å finne og realisere i våre liv. Det er også et mål ved psykodynamisk psykoterapi og psykoanalyse. Angst, symptomer og kriser kan også bli hjelpere på den veien, hvis de fører til økt selverkjenning og friere valg.

Hvor går da veien videre? På det spørsmålet er det iallfall ikke noe enkelt svar. Det er en spennende utvikling internasjonalt innenfor psykosomatisk forskning, blant annet i psyko-nevroimmunologien, hvor mye nærmer seg det vi lenge har erfart i psykoterapi og psykoanalyse. Mer kunnskap er viktig, men forandrer ofte ikke så lett ubevisste mønstre og holdninger hos den enkelte. Livets påkjenninger og kriser kan hjelpe mange av oss, og det samme kan et åpent og ærlig samspill med en partner eller god venn. Systematisk veiledning blir spesielt viktig hvis vi daglig arbeider i nærkontakt med andre mennesker, som i helse- og omsorgsykker. Vi som arbeider i psykiatrien kan få indirekte hjelp av våre pasienter ved at de gjennomskuer oss og synliggjør våre splittelser og svakheter. Det kan føre til at vi går i egen psykoterapi eller psykoanalyse. Men det kan også føre til at vi bruker noen av de samme

forsvarsmekanismer som våre pasienter, at vi distanserer oss fra all nærkontakt, eller forskanser oss i egen narsissistisk grandiositet. Som enkeltpersoner kjemper mange av oss, både innenfor og utenfor helsevesenet, for å bli mer bevisste, få mer kontakt med vår indre verden, og forene mye av det som er splittet i oss. I den kontinuerlige kampen ligger kanskje det viktigste håp for både oss selv og våre pasienter. På lengre sikt vil det kanskje også kunne bidra til å redusere dissosiasjonene i Vestens kultur og samfunn? Men hva dukker opp da?

Litteratur

1. Freud S, Breuer J. Studies on hysteria. Standard edition 2 (1885). London: Hogarth Press, 1955.
2. Freud S. The interpretation of dreams. Standard edition 4 (1900). London: Hogarth Press, 1953.
3. Freud S. Letter 69 to Fliess (21.09.1897). Standard edition 1. London: Hogarth Press, 1966: 259.
4. Freud S. Three essays on sexuality. Standard edition 7 (1905). London: Hogarth Press, 1953.
5. Freud S. Three essays on sexuality. Standard edition 7 (1905). London: Hogarth Press, 1953: 225, footnote.
6. Freud S. The ego and the id. Standard edition 19 (1923). London: Hogarth Press, 1961.
7. Freud A. The ego and the mechanisms of defence. London: International University Press, 1966. På norsk: Jeget og forsvarsmekanismene. Oslo: Gyldendals fakkell, 1974.
8. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson, 1975. På svensk: Borderline-tillstånd och patologisk narcissism. Stockholm: Natur o Kultur, 1983.
9. Erikson EH. Identity and the life cycle. New York: International University Press, 1959.
10. Evang A. Utvikling, personlighet og borderline. Oslo: Cappelen, 1996.
11. Klein M. Love, guilt and reparation. Hefte 52. London: The Melanie Klein Trustees, 1948: 75.
12. Ogden T. On projective identification. Int J Psychoanal 1979; 60: 357 - 73.
13. Meissner WW. Notes on projective identification. J Am Psychoanal Assoc 1980; 28: 43 - 67.
14. Gabbard GO, Wilkinson SM. Management of countertransference with borderline patients. Washington DC: Psychiatric Press Institute, 1994. På dansk: Borderlinebehandling og motoverføring. København: Reitzel, 1996.
15. Kernberg OF. Severe personality disorders. London: Yale University Press, 1984.
16. Karterud S. Fra narsissisme til selvpsykologi. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1995.
17. Skårderud F. Uro. Oslo: Aschehoug, 1999.
18. Dahl H. Vannliljen, historien om et barn. Oslo: Pax, 1999.
19. McDougall J. Theaters of the body. New York: W.W. Norton, 1989. På svensk: Kroppens teatrar. Psykosomatiska sjukdommar i ett psykoanalytisk perspektiv. Stockholm: Natur o Kultur, 1990.
20. Sifneos P. The prevalence of «alexithymia» characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973; 22: 255 - 67.
21. McDougall J. Alexithymia, psychosomatosis and psychosis. Int J Psychoanal Psychother 1982; 83: 371 - 88.
22. Jørstad J. Balanse ganger. Oslo: Aschehoug, 1995. På engelsk: The eternal tightrope. London: Minerva Press, 2000.
23. Reich W. Character analysis. New York: Orgon Institute Press, 1949.
24. Killingmo B. Beyond semantics: a clinical and theoretical study of isolation. Int J Psychoanal 1990; 71, nr. 1: 113 - 25.
25. Leira T. The princess who did not smile. A clinical account of the development of primitive psychic structure in a 4 year old child. Int J Psychoanal 1998; 79: 1097 - 113.
26. Kris E. On preconscious mental processes. Psychoanalytic explorations in art. New York: International University Press, 1952.
27. Alexander F. Fundamentals of psychoanalysis. London: Allen & Unwin, 1949.
28. Karterud S, Monsen JT. Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
29. Stern D. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books, 1985.
30. Tomkins SS. Affect, imagery, consciousness 1, 2, 3, 4. New York: Springer, 1962: 63,91,92.
31. Winnicott DW. Playing and reality. London: Tavistock, 1971. På svensk: Lek och verklighet. Stockholm: Natur o Kultur, 1981.
32. Freud S. The ego and the id. Standard edition 19 (1923). London: Hogarth Press, 1961: 26.
33. Klein M. The Psychoanalysis of children. London: Hogarth Press, 1932.
34. Freud S. Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. Standard edition 7 (1912). London: Hogarth Press, 1953: 115.
35. Lasch C. The Culture of narcissism. New York: W.W. Norton, 1979. På norsk: Den narsissistiske kultur. Oslo: Pax, 1982.
36. Freud E, Freud L, Grubrich-Simitis I, red. Sigmund Freud: His life in pictures and words. 2. utg. London: Norton, 1998.