

Gyldne øyeblikk og overraskende hendelser

av Marit Bang Jensen



En terapeutisk reise med en schizofren jente som hadde «gjemt» ordene.

Dette er et kapittel i boken Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i psykoterapi (ved Jon Sletvold og Marianne Børstad (red). Kolofon forlag AS 2009.

Innledning

En formulering Reich brukte var «å lese det emosjonelle uttrykket». «Psychoanalysis, as you well know, works with words and unconscious ideas. Character Analysis developed the reading of emotional expression» (Higgins & Raphael, 1967).

Jenta satt med bøyet hode sammen med sine to foreldre. En lang lugg skjulte ansiktet. Hei, Tone, sa jeg, og fortsatte; jeg heter Marit og skal være terapeuten din hvis det blir til at du kommer til oss. Luggen beveget seg litt, delte seg, hodet beveget seg litt opp, og i et ørlite sekund fikk jeg se et glimt av et øye, som liksom inviterte meg inn, smilende, lurt, ut gjennom

luggen. Vi så på hverandre og jeg sendte henne et lite blunk med mitt høyre øye. I øyet hennes ante jeg et lite smil.

I dette kapitlet vil jeg fortelle om et arbeid jeg gjorde med en pasient for en del år siden, som jeg nå vil skrive om i «etterpåkløkskapens lys». Jenta på 13 år hadde en schizofrenidiagnose. Hun var svært dårlig da jeg møtte henne første gang. Hun var psykotisk og nærmest språkløs, og hun hadde en kataton tilstivning i kroppen. Hun hadde allerede vært innlagt en lengre periode på en annen ungdomsavdeling. Jeg var i denne perioden ansatt på en avdeling der behandling ble forsøkt tilrettelagt for en ung gruppe brukere med schizofrenidiagnose og deres familier. De unge var mellom 12 og 18 år, var innlagt for utredning og behandling fordi de hadde for bred og omfattende problematikk til å kunne motta et poliklinisk eller ambulansetilbud. Alle pasientene fikk individuelt tilrettelagt individualterapi, miljøterapi, spesielt tilrettelagt skole og medikamentell behandling. Det ble gjort et omfattende arbeid med jenta de årene hun var innlagt, og jeg

velger her å ta frem enkelte aspekter ved det individualterapeutiske arbeidet. Vignettene er hentet fra utredningen og behandlingen av denne jenta med alvorlig psykoseutvikling fra en familie hvor psykose var tema i flere generasjonsledd. Det terapeutiske samarbeidet varte i to år. Utfordringene var mange; hvordan få kontakt, ville det være muligheter for å «hente» språket fram igjen, hvordan bedre kontakten og forståelsen mellom jenta og foreldrene? Jeg vil her presentere utvalgte sekvenser fra arbeidet med jenta og hennes foreldre.

Mange studier viser at en psykososial behandlingsmodell kombinert med kognitiv terapi er det som gir best effekt ved psykoser (Rund, 2005). Med denne pasienten som nesten ikke snakket, ble jeg nærmest tvunget til å starte et annet sted. Jeg forsøkte meg frem, og fant at jeg lyktes best når jeg greide å tone meg inn på hennes opplevelse, når mine ord på denne opplevelsen traff, og hun kunne gi tilbake sitt kroppslige gjensvar.

Jeg lette etter mulige tilnæringsmåter. Hvordan skulle jeg få tak i hennes opplevelse når hun ikke brukte ord? Som bakgrunn for drøftingene av denne intensive langtidsterapien, har jeg funnet Paul Møllers arbeider knyttet til endringer i selvopplevelsen ved psykose nyttig (Møller 2005). Møller har i flere år arbeidet med å forstå betydningen av det subjektivt

opplevde i diagnostisering og behandling av psykose og av schizofreni. Allerede ved det første møtet merket jeg meg at det lå en mulighet for kontakt i å benytte seg av kroppsspråket, dette fordi jenta selv inviterte til det. Affektbevissthetsintervjuet er et ustrukturert samtaleintervju for å kartlegge følelser og følelsesbevissthet (Monsen & Monsen 1999). I denne forståelsen av affekt er oppmerksomhet på kroppslige signaler slik de kjennes og oppleves av personen selv, sentralt. Affektbevissthetsintervjuet har blitt tilpasset til bruk for ungdom mellom 12 og 14 år i forbindelse med et forskningsarbeid (Jensen, 2000). Bruken av affektbevissthetsintervjuet forutsetter imidlertid evne til å uttrykke seg språklig. Jeg snakket med min pasient om det å være redd og trist, etter at hun hadde vært noen uker hos oss og vist disse følelsene, og jeg merket at hun lyttet. Jeg forsøkte så å gjøre affektbevissthetsintervjuet, og ble overrasket over at det var mulig å bruke noe av intervjuet når språkfunksjonen var så dårlig. Hun greide å høre på uten å måtte forlate rommet. Men fordi hun hadde så lite tilgang til språket, ble det vanskelig for henne å si noe. Et godt stykke ut i behandlingen, da hun hadde begynt å uttrykke seg noe med ord, forsøkte jeg igjen å gjøre deler av affektbevissthetsintervjuet. Det var interessant at hun på et tidspunkt i terapien kunne gjøre rede for oppmerksomhetssignaler på flere følelser, det vil si både hvilke

tanker hun hadde og hvilke kroppslige fornemmelser hun kjente knyttet til spesielt fire følelser, nemlig redd, glad, trist og sint. På grunn av hennes vanskeligheter med å sette ord på sine opplevelser, var det likevel begrenset utbytte av å bruke intervjuet.

Underveis i behandlingen kunne jeg bli overrasket av uventede reaksjoner hos jenta. Her tenker jeg ikke først og fremst på utagering, slag, trusler o.l. Jeg tenker heller ikke på fargerike hallusinasjoner som nok kunne være skremmende, eller fantasifulle vrangforestillinger. Jeg tenker på plutselige sprang i hennes utvikling, som den dagen hun plutselig sa JEG. Eller den dagen hun for første gang snakket i en hel setning med subjekt, predikat og objekt. Eller den dagen hun for første gang kom med sammenhengende refleksjoner om sin egen opplevelse, og vi snakket SAMMEN.

I ettertid ser det ut som om mitt bidrag til de gyldne øyeblikk og overraskende hendelser hang sammen med hvordan jeg lette etter hennes subjektive opplevelse der og da. Med utgangspunkt i kliniske illustrasjoner vil jeg fortelle om hvordan jeg forsøkte meg frem for å komme i kontakt med jenta. Jeg merket hvordan det hjalp meg til å finne frem til henne ved å fokusere på affekten, ved å *fokusere både på hennes emosjonelle kroppstilstand og min egen*, og hvordan det åpnet veien for en dypere kontakt og

for en dypere form for anerkjennelse mellom henne og meg, og også i forholdet til foreldrene.

Beebe og Lachmanns arbeid om forholdet mellom selvregulering og interaktiv regulering har i seg en forståelse av kommunikasjon gjennom kropp og også mellom kropp (Beebe og Lachmann, 2002), og har derfor en forståelse som jeg kunne anvende. I dette blir mine egne kroppslige erfaringer sentrale for arbeidet.

Videre har jeg hatt stor nytte av George Downings teori om fem bevissthetsnivåer, fordi det gav en forståelse av betydningen av å integrere ulike måter å være til på, kroppsbevegelser og kroppsfornemmelser, følelser og bilder som dannes og ord og språk. Teorien har vært svært nyttig som hjelp til å tenke systematisk omkring erfaringene med jenta. Downing deler bevisstheten inn i et verbalt-kognitivt nivå, et bildenivå, et emosjonelt nivå, et fornemmelsesnivå og et motorisk nivå (Downing, 1996). Modellen gjør det mulig å tenke seg at en utviklings- og bedringsprosess kan foregå på flere plan enn det språklige og det bevisste, og viser hvordan fokus på kroppsopplevelse og kroppsbevegelser kan åpne for utvikling på andre områder som språk, følelser og bildedannelse.

Jeg vil, drøfte følgende tre problemstillinger

Hvordan kan det forstås at Tone og jeg fikk kontakt gjennom at jeg leste hennes kroppsuttrykk og fortalte henne om det jeg opplevde?

Hvordan virket fokuset på følelser og kropp inn på familiens fungering i løpet av behandlingsperioden?

Hvordan kan det forstås at en kroppslig tilnærming gjorde det mulig for henne å ta i bruk språket igjen?

Betydningen av det subjektivt opplevde i behandling av psykose

Kunnskapsutviklingen om schizofreni har skutt fart de senere år, samtidig som fagfolk er enige om at schizofreni på mange måter fremstår som en gåte (Møller, 2005). Leff (1994) peker på at enhver kliniker er klar over den store variasjonen i mønsteret av symptomer fra pasient til pasient. Schizofreni er et begrep som dekker en rekke tilstander. De internasjonale forskningsmiljøene som var representert på psykosekongressen i København i 2002 dokumenterte en bred forskningsinteresse og -aktivitet på subjektiv opplevelse og «sense of self», heretter kalt selvet, både i forkant av sykdommen. (prodromalfasen), sykdomsfasen og residualfasen En rekke studier viste at styrking av selvet førte til en bedring hos pasientene (Jim van Os, Thomas H. McGlashan, Merete

Nordentoft, Jan Olav Johannessen, Lisa Phillips, Johan Cullberg, Jeffrey A Lieberman 2002).

Paul Møller (2005) viser til at klinisk basalforskning har vist at en rekke fundamentale og særegne opplevelsesendringer ved schizofreni er av stor betydning for pasientenes lidelse og funksjonstap, noe han mener fortjener mer oppmerksomhet i psykisk helsevern. Han hevder at både oppdagelse, diagnostikk og behandling ved denne lidelsen trolig kan styrkes og fremskyndes dersom fenomenologisk forståelse med vekt på den subjektive dimensjon integreres i klinisk virksomhet.

Fremtredende klinikere og forskere som Kraepelin, Bleuer og Schneider erkjente alt tidlig på 1900-tallet at schizofreni forstyrrer fundamentale elementer i *den menneskelige identitet og bevissthet*. Dette konstateres også i de innledende kommentarene til schizofreni i ICD-10: «Forstyrrelsen griper inn i de mest grunnleggende funksjonene som gir den normale person en følelse av *individualitet, egenart og autonomi*.» (WHO, 1992, s.86; forf. overs. i Møller; 2005; i Rund 2005). Å få schizofreni i ungdomsalder hvor nettopp utvikling av identitet og autonomi er kjernespoørsmål, gir derfor ekstra utfordringer. Hvordan bør terapeuten ivareta disse utviklingsområdene som er så sentrale for både ungdommen og foreldrene i ungdomstiden?

Denne jenta hadde trukket tilbake sin tilstedeværelse språklig, kroppslig, tankemessig og følelsesmessig. Hun kvalifiserte til de «gammeldagse» kriteriene for psykose, benevnt som de «fire a'er»; autisme, affektflathet, ambivalens og assosiasjonsforstyrrelser. Hun ble medisinerert, fikk miljøterapi og psykoterapi, alt innenfor rammen av en institusjon.

Da Tone etter hvert kunne uttrykke seg verbalt, klarte hun å si noe om hvordan hun opplevde seg selv i psykosen. Hun spurte for eksempel flere ganger; «*Er jeg et menneske? Alt er bare kaos inne i meg... jeg vet ikke hva som skjer... ingen ting kommer inn og ingen ting kommer ut... jeg vil at du skal være en sorteringsmaskin*». Da Tone beskrev opplevelsen av at «ingen ting kommer inn og ingen ting kommer ut» opplevde jeg at det hun beskrev var en kroppslig fornemmelse. I denne perioden kunne hun nesten ikke gå, hun beveget seg bredbent og stakkato, med hyppige stopp, samtidig som hun veivet med armene og hev etter pusten. Hennes fysiske fremtoning var fastlåst og kaotisk, gav inntrykk av ikke-sammenheng, og det virket nærmest umulig å være eller å ha det slik. Hvordan er så forholdet mellom selvet (sense of self) og det man kjenner i kroppen? Selvet er ifølge Sletvold (2005) et spørsmål om hvor god eller tydelig bevisstheten er om den emosjonelle kroppstilstanden. Hvis jeg ikke har mulighet til å danne

meg et sammenhengende bilde av meg som en kropp, så vil jeg heller ikke kunne kjenne meg som en person. Selvet (sense of self) er altså det samme som bevissthet om eller kontakt med den emosjonelle kroppstilstanden (Sletvold, 2005).

Implisitt og eksplisitt kunnskap og kommunikasjon

I ettertid har det blitt klart for meg i hvor stor grad disse møtene med Tone var preget av kroppslige erfaringer for oss begge to. Det ble slik, fordi det språklige var umulig. Beebe og Lachman (2002) har laget en systematisk modell som viser forholdet mellom reguleringen av seg selv og andre, og forholdet mellom kroppslig implisitt og ubevisst kommunikasjon, og verbal, eksplisitt og bevisst kommunikasjon. De viser ved modellen hvordan pasient og terapeut regulerer seg selv og regulerer hverandre i en gjensidig, interaktiv prosess. Regulering av seg selv henger intimt sammen med samspillet med den andre. Det som reguleres er det **eksplisitte, bevisste** som vi kan verbalisere og fortelle og det **implisitte, ubevisste** som bl.a. ferdigheter, det følelsesmessige, det ubevisste, blikk, ansikt, stemmens tone og rytme, spatio orientering, berøring, selvberøring og kroppstilling. Det var for meg tydelig hvordan jeg selv ble påvirket av Tones tilstedeværelse, ikke minst

merket jeg det kroppslig ved at jeg reagerte fysisk på hennes væremåte med pustingen og armbevegelsene. Beebe og Lachmann (2002) viser at det nå er forskningsmessig belegg for at de indre selvregulerende prosesser og den interaktive reguleringen nærmest er to sider av samme sak.

Modellen skiller altså mellom kroppslig, ubevisst kommunikasjon og verbal bevisst kommunikasjon. Den tydeliggjør hvordan to personer i interaksjon kan møte hverandre både på eksplisitt, bevisst språklig nivå og på implisitt, ubevisst fysisk og kroppslig nivå.

Allerede ved det første møtet med Tone hadde vi en blikk-kontakt som jeg opplevde som betydningsfull og befordrende. Bebe et al. (2005) skriver at ansiktskommunikasjon opererer på et ikke-symboliserende, implisitt/proseduralt nivå, i hovedsak utenfor bevissthet. De viser til hjerneforskning, som med bilder av hjerneaktivitet, viser at nevralt aktivitet i temporallappene er dobbelt så stor når voksne ser ansikter versus andre objekter (Bower 2001, i Beebe et al. 2005, forf. overs.). En av Winnicotts berømte beskrivelser er av ansiktskommunikasjon. Winnicott (1974) spør hva barnet ser når det ser morens ansikt, og Winnicott svarer at barnet ser seg selv. Han peker på den enorme påvirkningen som ligger i morens ansiktsrespons, og dens rolle i å forme selvet hos barnet. Winnicott var opptatt av at barnet hadde en

tilsvarende rolle overfor moren, gjennom sin ansikts- og visuelle respons, påvirker barnet morens følelse av å være elsket og anerkjent av barnet. Beebe et al. (2005) viser til Eigen (1993), som skriver at menneskets ansikt som symbol på personlighet, utgjør veven i menneskelig erfaring, og at ansiktet er det mest betydningsfulle bærende organiserende prinsipp når det gjelder meningsdannelse. De viser til at Eigen mener at terapeutens ansikt spiller en avgjørende rolle i å gi liv til og å utvide pasientens evne til å erfare. Eigen beskriver arbeidene til Levinas (1974) som argumenterer at fødselen til et menneskes personlighet er assosiert med en positiv erfaring av ansiktet. Tomkins (1963) betraktet ansiktet som sentralt, både i å uttrykke følelser til andre og til selvet, via feedback fra tunge og ansiktsmuskler, lyden av ens egen stemme, og endringer i blodsirkulasjon og temperatur i ansiktet. Endring i ansiktsbevegelser er assosiert med subjektive endringer, som enten intensiverer eller hemmer erfaringen av følelsen.

Beebe et al. (2002) skriver videre at å etterlikne uttrykket hos den andre, produserer en tilsvarende fysiologisk tilstand hos den som ser på. Derfor er det å etterlikne uttrykk en viktig måte den emosjonelle tilstanden til et individ kan bli overført til et annet individ på. Annen forskning viser at selv uten å etterlikne ansiktsuttrykket, så kan bare persepsjonen av følelse

i partneren skape en resonnant emosjonell tilstand i mottakeren, for barn så vel som for voksne (Nylund og Sletvold 2002). Både positive og negative emosjonelle «matche»-reaksjoner kan settes i gang ubevisst, slik at viktige aspekter av ansikt-til-ansiktskommunikasjon foregår på et ubevisst nivå (Beebe et al. 2002).

Dette blikket fra Tone, som hun sendte meg ved vårt første møte, der hun holdt mitt blick et ørlite øyeblikk, skulle vise seg å bli svært betydningsfullt for meg. Da jeg møtte henne senere, og hun gav lite kontakt, var det erfaringen fra dette blikket som gav meg håp og mot til å være i samme rom, selv om det jeg da kjente var tomhet, usikkerhet, utrygghet og frykt. I perioder hvor det var noe kontakt, var det alltid ledsaget av blikket hennes som så på meg, og som våget å møte mitt blick.

Mange teoretikere innenfor relasjonell psykoanalyse har satt studiet av verbale og ikkeverbale former for kommunikasjon i det terapeutiske møtet på dagsordenen (Beebe et al. 2005). Kunnskapsutviklingen på dette området henger nøye sammen med utviklingen av og diskusjonene av intersubjektivitetsbegrepet. Ulike teoretikere vektlegger ulike sider og ulike prosesser i samspillet mellom to personer. Dette diskuteres imidlertid ikke her. Beebe et al. (2005) argumenterer for en ganske nøytral definisjon av intersubjektivitetsbegrepet.

Forfatterne formulerer det slik: «Using a more neutral definition of intersubjectivity as referring to what is occurring between two minds, rather than a more positive definition implying mutuality, we argue that the full range of patterns of self- and interactive regulation provides the broadest definition of the presymbolic origins of intersubjectivity, with correspondence being only one of many critical patterns».

Gjennom video-opptak av samtaler mellom terapeuter og pasienter, har man blitt klar over den enorme mengde av utvekslinger som foregår fra øyeblikk til øyeblikk. Stern har ved sine studier av øyeblikket nettopp satt dette på dagsordenen (Stern, 2004). Det er enorme mengder av sanseinntrykk som går mellom to personer i et møte. Stern peker imidlertid på at man finner det man trenger av informasjon om relasjonell utveksling i et bittelite øyeblikk (Stern 2004). Beebe og Lachman (2002) beskriver hvordan to parter i et samspill både influerer og blir influert av den andres ord og handlinger. Mor og barn, på samme måte som terapeut og behandler, deltar begge på et ikke-verbalt nivå, i en fra øyeblikk til øyeblikk koordinering av rytme, både i ord og i atferd. De omtaler dette som sosial atferds fundamentale natur. Hver og en har en kontinuerlig rytme i atferd, f.eks. lyd og stillhet. Bevegelse og stillstand. Til og med øyeblikkene av verbal eller gestikulær stillstand, er

kommunikative. Rytmen i atferd hos to partnere blir alltid koordinert på en eller annen måte, vanligvis utenfor bevissthet. Det jeg legger frem her er bare en ørliten del av det som foregikk mellom Tone og meg. Likevel kan det nettopp være tilstrekkelig å ta utgangspunkt i noe lite for å belyse noen større sammenhenger.

Bevissthetsnivåer

George Downing {1996} har ved sin teori om fem bevissthetsnivåer laget en tankemodell der han deler bevisstheten opp i fem ulike områder. Downings modell søker å hjelpe den praktisk arbeidende terapeuten med å organisere sin måte å forholde seg til pasienten. Hensikten med modellen er ikke å gi et svar på hvordan bevisstheten er bygget opp. Modellen er en av mange ulike innfallsvinkler til menneskelig bevissthet. Modellen er ment som et hjelpemiddel for terapeuten, som med utgangspunkt i den kan danne seg et slags grunnriss over pasientens bevissthet. Er pasienten akkurat nå fylt av sine tanker, oppslukt av følelser eller er oppmerksomheten rettet mot kroppslige erfaringer? Når man sier at en pasient befinner seg på et bestemt nivå, betyr det ikke at de andre nivåer er fraværende, men at det er dette nivået som er i forgrunnen i bevisstheten.

1. Det «verbale-kognitive nivået» er tankenes domene. Det handler om slike tanker som enten er kledd i ord eller som med letthet skulle kunne gis en verbal formulering.
2. På «bildenivået» handler det ofte om visuelle bilder, men også om bilder i andre sansemodaliteter, man kan f.eks. tenke seg lydbilder.
3. På det «emosjonelle nivået» finner vi den bevisste opplevelsen av følelser, som den bevisste opplevelsen av sorg, glede, sinne, frykt, medlidenhet, misunnelse, dårlig humør og opprømt forventning.
4. På «fornemmelsesnivået» er oppmerksomheten rettet mot de kroppslige fornemmelsene, slik som f.eks. varme, kulde, ansenthet, prikking. Downing presiserer at «fornemmelsesnivået» og det «emosjonelle nivået» ikke er det samme, selv om et distinkt mønster av kroppsforannelser opptrer sammen med følelsen. Det motsatte gjelder nemlig ikke, man kan oppleve ulike kroppsforannelser, også av sterkere sort, uten noe følelsesmessig engasjement.
5. På det «motoriske nivået» finner vi den bevisste registreringen av kroppens posisjon og bevegelser i rommet.

Downing presiserer at det ligger ingen rangordning i denne inndelingen. Tvert om, mener han, at enhver psykoterapeutisk modell som gir et av nivåene forrang på de øvriges bekostning, mister noe av sin effektivitet. Hensikten er å klargjøre ulike dimensjoner, aspekter, funksjoner, eller nivåer - av den bevisste erfaringen. Når man arbeider med kroppen i fokus er det nødvendig med tilgang til flere kategorier enn tanke og følelse.

Det så ut som om tanke- og språknivået hadde «gjemt seg» for Tone. Gjennom rapporter fra tidligere skolegang var jeg kjent med at jenta hadde vært ensom på skolen i mange år. Det siste halvåret hadde hun helt sluttet å uttrykke seg verbalt. Hvordan skulle jeg å få kontakt med og etablere allianse med en som ikke snakket? Hvordan skulle jeg bli kjent med jenta og hennes subjektive opplevelser? Ville det i det hele tatt la seg gjøre? Den eneste responsen jeg hadde fått i løpet av de første møtene var blikket hun sendte meg den første samtalen. Det underlige var at dette lille eller store signalet, alt etter som man ser det, ga meg en følelse av å være i kontakt, det var noe oppmuntrende i blikket hennes i det øyeblikket, som om hun søkte kontakt langt der inne fra. Jeg fikk følelsen av at hun i det første møtet emosjonelt var mer «på plass» enn jeg hadde forventet.

Downing (1996) skriver: «Hver klient har også sin unike profil med avseende på de här nivåerna. Det krävs därför att terapeuten gör sin bedömning med största noggrannhet och värderar hur väl patienten fungerar på varje enskild nivå. En sådan skattnings ska ske i detalj och omfatta såväl patientens starka sidor som svagheter. Det sistnämnda är av särskild vikt när man arbetar med psykotiska pasienter och svårt störda borderlinepatienter. Det finns alltid någon form av resurser, om än aldrig så blygsamma, som man kan knyta an till. Det gäller att terapeuten uppmärksammar dessa eftersom de erbjuder den bästa möjligheten för honom att med hjälp av «upplevelsesorienterade interventioner» få tillträde till patientens inre värld. Bedömningen ska också omfatta patientens förmåga att röra sig från en nivå till nästa, liksom hans förmåga att kombinera två eller fler nivåer när så er motiverat.»

Downing fremhever at terapeuten bør stille seg følgende tre spørsmål:

1. Hvor godt greier pasienten å holde fast et visst tema på ett og samme nivå?

Det så ut som om Tone hadde en bevisst registrering av kroppens posisjon og bevegelser i rommet, selv om det var vanskelig å vite siden hun ikke meddelte seg med ord. Men det så ut som om hun forberedte seg på de uforberedte og ukontrollerte bevegelsene, hun virket absolutt

oppmerksom på det som foregikk, og hun virket svært plaget av det. Jeg fikk også inntrykk at hun hadde oppmerksomheten rettet mot kroppslige fornemmelser. Hun nektet en stund å dusje, det så ut som om hun var redd for vannstrålenes berøring med huden. Gjennom en periode på noen dager hadde jeg inntrykk av at hun var i kontakt med tristhet. Det var noen timer der hun gråt veldig mye, og tok med egne lommetørklær til timene som om hun hadde forberedt seg på å gråte og ønsket det. Men så var det som om gråten ble mere «tom», uten affekt, bare tårer som rant. Hun hadde av og til skremmende synshallusinasjoner, og hadde sånn sett noe kontakt med bildenivået, men i en fragmentert, psykotisk form.

På bakgrunn av Downings modell kan man si at Tone i starten ikke var i stand til å *velge* å bli på noen av nivåene. Hun satt fast i det motoriske nivået og i fornemmelsesnivået, noe som var svært ubehagelig og skremmende for henne. Hun var skremt av sine egne kroppslige reaksjoner, og ropte ofte om hjelp når hun følte at hun ikke fikk puste.

2. Hvor godt greier pasienten å gjøre overgangen fra et nivå til et annet?

I begynnelsen så det ut som Tone var fullstendig prisgitt det som skjedde med kroppen hennes. Hun veivet med armene og hev etter pusten, og kunne ofte bli stående som om hun var limt

fast til gulvet. Hun var fryktelig redd og fastlåst, men det virket ikke selv som om hun hadde noen bevisst erfaring av å være redd. Hun kunne i liten grad bevege seg mellom nivåene. Dette var også tydelig da gråten hennes bare fortsatte og fortsatte, det virket som om gråten var uten forankring i følelser i henne. Det var som om det var vann som rant fra øynene, og ikke salte tårer som et uttrykk for tristhet. Det samme gjaldt pustingene, hun ropte etter pustemaskin, og tenkte at det måtte en maskin til for å hjelpe henne til å puste normalt. I starten var Tone helt fastlåst i det motoriske nivået og kanskje i fornemmelsesnivået. Av og til fikk hun glimt av bilder.

3. Hvor godt greier pasienten å kombinere to eller flere nivåer?

Kombinasjon mellom nivåene var vanskelig, men jeg så tegn til at det kanskje ville kunne bli mulig etter hvert da hun responderte positivt da jeg foreslo at det var trist hun var da tårene bare rant og rant. Mot slutten av behandlingen kunne hun av og til kombinere flere nivåer. Hun kunne på gode dager reflektere om seg og sin opplevelse sammen med meg. Den dagen jeg for første gang snakket med henne om å være redd, var det som om hun merket en forbindelse mellom ordet redd og den hivende, hvinende pusten hun hadde. Jeg er mer usikker på om hun greide å kople veivingen med armene sammen med pustevanskelighetene og med det å være redd. Setninger

som «husker du den gangen jeg hadde det så vondt og alt liksom stoppet opp» vitner om evne til å binde sammen ulike type erfaringer og kombinere nivåer av bevissthet.

Et av terapiens hovedmål er å forbedre og forfine de ferdigheter som nevnes ovenfor. I starten av vår kontakt beveget vi oss mest på det motoriske nivået og på fornemmelsesnivået, og minimalt på det kognitive og verbale nivået. Vi var innom bildenivået i forbindelse med hennes psykotiske hallusinasjoner. Etter at vi hadde arbeidet et halvt år nærmet vi oss følelsesnivået. Senere kunne Tone bekrefte med et kroppslig gjensvar at tårer var knyttet sammen med tristhet, og mot slutten av behandlingen kunne hun knytte sammen opplevelsen av frykt med pustevanskene. Downing (1996) hevder at hos hver pasient finnes mulighet for fremskritt på alle disse nivåer av bevissthet. Det var også det jeg skulle komme til å oppleve med Tone.

Jeg opplevde allerede ved det første møtet Tone som en jente med ressurser. Jeg la merke til at hun lyttet og hun viste at hun var åpen for humor ved å ha smilet liggende på lur. Selv om hennes problemer var omfattende og invalidiserende, la jeg merke til kontaktevnen. Hun viste meg en tillit ved å åpne opp for blikk-kontakten, og ved å respondere med et blikk med et smil i på mitt lille blunk.

Affekter og selvopplevelse - og om å lese det emosjonelle uttrykket

I litteraturen om affekt har man skilt mellom vitalitetsaffekter og kategori-affekter (Stern,1993). Mens Stern har kommet med omfattende bidrag til å forstå hva *vitalitetsaffekter* er og hvor sentralt det er at omsorgsgiver speiler og toner seg inn på disse (Stern 1985), har Monsen (1996) brukt begrepet *affektbevissthet* for å beskrive og systematisere det gjensidige samspill mellom aktivering av grunnfølelser og individets kapasitet til bevisst å oppfatte, reflektere over og uttrykke affekterfaringer. Affektbevissthet kan beskrive det gjensidige forhold mellom aktivering av spesifikke følelser, individets evne til bevisst persepsjon, refleksjon og individets evne til å gi nyanserte og tydelige følelsesuttrykk. Barn kan f.eks. fortelle om både hvordan de forstår og gjenkjenner følelser hos andre, og trøster og hjelper hverandre. De forteller også om hvor dumt det er når vennene ikke forstår (Jensen 2000). Evne til å erfare følelser ved å bruke affekt som signaler har vært knyttet til spesielle egofunksjoner som *oppmerksomhet* og *toleranse* for affekt. Oppmerksomhetsfunksjonen kan variere fra å åpent prøve å legge merke til aktivering av affekt til aktivt å benekte eller unngå disse signalene. Toleranse for affekt har blitt definert som i hvilken grad individet bevisst

er i stand til å tillate seg å bli berørt av affekt, både i form av kroppslige reaksjoner og mentalt. En høy grad av oppmerksomhet på og toleranse for affekt vil vanligvis gi et godt grunnlag for å kunne transformere disse erfaringene og informasjonene til begreper, kunnskap og innsikt. Personen kan gjennom aktiv innsikt og refleksjon forsøke å forstå hva som har skjedd. *Emosjonell ekspressivitet* viser til i hvilken grad og hvor tydelig, differensiert og nyansert mennesker viser sine følelser i passende relasjoner. Flere har vist hvordan affektregulering henger sammen med sosial kompetanse både hos barn og voksne. Barn og unge som forstår andres følelser og regulerer egne følelser, har større mulighet for å lykkes blant jevnaldrende, og disse erfaringene med jevnalderrelasjoner bringer de med seg inn i nye relasjoner senere i livet (Jensen 2000).

Å lese det emosjonelle uttrykket betyr å sanse og fornemme i egen kropp hvordan man påvirkes av den andre. Dette er noe annet enn å stille spørsmål, å fortolke, eller å beskrive den fysiske bevegelsen. Det betyr å la seg berøre og la seg bevege og påvirke av den annens tilstedeværelse, og at man er villig til å bruke det man opplever i samspillet med den andre (Sletvold 2005).

Hvorfor er det så betydningsfullt å lese det emosjonelle uttrykket? En

persons opplevelse av seg selv etableres og opprettholdes gjennom kommunikasjon med andre. Affekter kan ifølge Stolorow og medarbeidere (1992) i seg selv tenkes å ha en organiserende virkning på et individs selvopplevelse. Dette er imidlertid betinget av at barnet vedvarende møtes med tilstrekkelig *bekreftelse*, *aksept* og *syntetiserende* og «*bærende*» (*containing*) gjensvar fra sine omsorgspersoner. De underbygger sitt resonnement med å vise til blant annet Baschs (1983) og Sterns (1985) arbeider. Gjennom *affektinntoning* deler omsorgsgiverne barnets opplevelse, bekrefter dets aktivitet og bidrar til byggingen av en sensorisk-motorisk modell for hva som senere blir barnets selvbegrep. Affektinntoning fører til opplevelser av en felles, delt verden. Uten en slik deling blir ens aktiviteter ensomme, private og ideosynkratiske. Mangelen på delte opplevelser kan skape en følelse av isolasjon og tro på at egne følelsesmessige behov er uakseptable. De forbindes da lett med skam. Kontinuerlig fravær av følelsesmessig innlevelse antas å kunne forstyrre affektintegrasjon og fremme en tendens til dissosiering eller at personen ikke vedstår seg sine følelsesreaksjoner. Dette skyldes blant annet at aktivisering av visse følelser truer den usikre strukturandalen som har funnet sted. Barnet blir sårbart for selvfragmentering fordi ulike følelsesstilstander ikke har blitt møtt av omsorgsgiverne. Dermed vil

følelsestilstandene heller ikke integreres på et strukturelt nivå etter hvert som organiseringen av selvopplevelse blir fastere. Forsvar mot følelser blir da nødvendig som ledd i å bevare integriteten i en svak selvstruktur. Silvan Tomkins pekte med sin formulering om at følelser er psykisk lim, på at det å kjenne og uttrykke seg følelsesmessig har en samlende og egostyrkende virkning (Monsen 1997).

Jeg så under behandlingsperioden hvordan Tones foreldre sjelden tok inn jentas perspektiv. Det var som om de ikke reflekterte over at hun hadde sin egen opplevelse som var verd å lytte til. Foreldrene snakket i munnen på hverandre, ut fra hvert sitt perspektiv. Mor sa at nå måtte hun ta seg sammen og oppføre seg pent, lære seg vanlig folkeskikk og hilse på folk når de hadde besøk. Far snakket som en foss om hvor flott jenta var, hvor blid og positiv hun alltid hadde vært før, men at hun nå oppførte seg som en galning. Som terapeut satt jeg igjen med en følelse av utmattelse og forvirring etter foreldresamtalene. Etter at Tone hadde kraftige sinneutbrudd med slag og spark både av foreldre og av personale, hadde ikke foreldrene noen forståelse av sammenhenger mellom Tones situasjon og reaksjonene hennes. Tone satt taus med bøyet hode i møtene med foreldrene. Selv om hun satt stille og tilbaketrukket, viste ikke foreldrene noe tegn til å la seg merke, evt. regulere av dette. De

snakket med høye, ofte sinte stemmer uansett. Etter noen uker på avdelingen nektet hun å møte foreldrene, og hun skjermet seg også fra kontakt med de andre på avdelingen, slik at hun stort sett var på rommet sitt og spiste måltidene ved et eget bord. Parallelt med dette gikk hun til samtaler hos meg tre ganger ukentlig.

Tone var svært uforutsigbar og utilgjengelig, samtidig som det var som om mottakerapparatet for språklig kommunikasjon var skjørt. Stern (1985) skriver om inntoning som et trinn på veien til språk. Det var nødvendig på en eller annen måte å få tak i, tone seg inn på noe som var i nærheten av hvordan hun kanskje kunne ha det følelsesmessig. Men hvordan har en fragmentert, psykotisk person det, som knapt tåler å høre ord, språk? Hun var på en måte ingen steder, samtidig som hun med sin kropp var svært tydelig til stede.

Etter en time da pusten hennes var så intens at det var umulig ikke å snakke om pusten, og jeg kjente hvor mye angst det var i den pusten, og jeg sa det til Tone, var det som om noe løsnet. Jeg begynte å snakke om det å være redd, og opplevde en umiddelbar respons i form av igjen et blick, et lite smil.

Tomkins brukte som nevnt uttrykket følelser som psykisk lim, og med det pekte han på følelser som

grunnleggende for å holde personligheten samlet. Ved psykose skjer en fragmentering av psyken, noe som viser seg i en fragmentert og ofte forstyrret sansning som fører til hallusinatoriske opplevelser med påfølgende «vrang» forestillinger. Ved å hjelpe personen til å få fatt i sin egen opplevelse, som betyr at personen må kjenne sin egen kropp, og derved sine følelser, kan personen finne sin egen subjektivitet igjen og igjen konstituere seg som et følende, tenkende, villende og handlende menneske i verden (Monsen, 1996). Da jeg prøvde deler av affektbevissthetsintervjuet på Tone, opplevde jeg at hun selv om hun ikke kunne si så mye, nikket gjenkjennende da jeg snakket med henne om følelsene redd og sint. Jeg snakket om følelsene ved å gi eksempler på hvordan man kunne merke disse følelsene, slik de kan kjennes kroppslig og tankemessig. Da jeg forsøkte å snakke om andre følelser, merket jeg at jeg mistet kontakten med henne. Dette kan forstås som at hennes skjøre struktur var så fragmentert at det foreløpig var lite følelser hun kunne romme, eller at det ble for vanskelig, kanskje for mye, å følge meg tankemessig der og da.

Hvordan få kontakt når den andre ikke snakker?

På vei inn til timen var det som om hun ikke klarte å gå lenger. Hun stoppet

stadig opp og ble stående og hive etter pusten og veive med armene. Jeg lurte på, hva nå? Tenk om hun ikke vil gå inn til timen? Hva gjør jeg da? Jeg merket min egen engstelse og usikkerhet, merket også at jeg selv pustet anstrengt. Jeg gikk forsiktig bort til henne, og stilte meg ved siden av henne. Tittet forsiktig bort på henne. Jeg spurte meg selv, hvordan kan jeg hjelpe henne til å gå videre? Hun skal ned en trapp, gjennom et område ute før hun er tilbake på avdelingen. Jeg kjente på min egen uro, hva om jeg ikke klarer å hjelpe henne? Hva om jeg mislykkes? Ikke duger? Jeg kjente at jeg var redd for ikke å få henne med meg. Hun hadde nå stoppet helt opp og stod helt stiv og urørlig og så ned i gulvet. Jeg forsøkte å sette meg inn i hvordan hun kanskje kunne ha det. Stilte meg ved siden av henne, og sto stivt og urørlig slik som henne. Jeg kjente hvor låst jeg følte meg, og redd. Du trenger ikke være redd, sa jeg. Det er ingen her som vil deg noe vondt. Vi vil hjelpe deg så du kan få det bedre. Hun tittet opp på meg bak luggen og tok to nølende, subbende skritt fremover. Av og til sendte hun et søkende, famlende blick bort til meg, av og til et ørlite glimt i øyet, av og til et lite drag på smilebånd et, men mest var blikket stivt og tomt. Så ble hun stående igjen på samme måte. Jeg følte meg igjen hjelpeløs. Så var det som om hun tok seg sammen og klarte å gå videre. Jeg merket hvordan jeg igjen kunne puste litt lettere.

Igjen var det hennes blikk til meg, og hennes lille blide glimt i øyet, som oppmuntret meg og beroliget meg. Jeg ble litt tryggere på at vi var på rett spor, og det gjorde det lettere å ta seg tid til å reflektere over det som skjedde.

Hvordan skulle jeg oppføre meg i timene? Jeg kunne ha sittet stille og ventet på at hun kom med noe. Min fornemmelse var at da kunne jeg ha blitt sittende lenge. Det virket meget tomt. Som om det ikke var noe der. Jeg kunne forsøke å stille spørsmål. Men etter å ha forsøkt å få kontakt gjennom forsiktige undrende spørsmål og bli møtt av «ingenting» gav jeg det opp. Hvilke muligheter hadde jeg til å lage meningsfull terapi? Skulle jeg forsøke å snakke, og om hva? Dette var vanskelig.

Jeg tenkte; hvordan skal jeg få **kontakt** når vi ikke kan snakke sammen? Hvordan kan jeg bli kjent med jenta, når hun ikke sier noe? Jeg tenkte at en så tilbaketrukket jente sannsynligvis var redd. Jeg forsøkte å fylle det terapeutiske rom ved å lese hennes emosjonelle uttrykk og formidle hva jeg kjente, så og opplevde på en empatisk og innlevende måte. Å lese hennes emosjonelle uttrykk krevde stor anstrengelse. For det første tok det tid for meg å tone meg inn. Det kunne være lange perioder med stillhet, der jeg konsentrerte meg om Tone, hvordan hun så ut, hvordan hun beveget seg, pustet og forholdt seg i

rommet. Så brukte jeg tid på å kjenne og å lete innover i meg selv, etter min egen resonnans på Tone, og forsøkte å finne min egen opplevelse. Jeg fikk oftest ingen klar opplevelse av noe, men kjente tomhet. Det var skremmende. Jeg snakket til henne, om henne, igjen og igjen, uten å få særlig respons. Det var krevende, spesielt de første timene, da vi enda ikke kjente hverandre.

Hvordan lytter man når det ikke sies noe? Jeg hadde nytte av Sterns begrep inntoning og begrepet amodal persepsjon. For å få tak i jentas emosjonelle sinnstilstand forsøkte jeg å være til stede med alle mine sanser. Jeg ble sittende i en lyttende tilstand der jeg lot meg bevege og påvirke av jentas tilstedeværelse. Jeg merket meg kroppsholdningen hennes, hennes tilstivnethet, enorme vegring mot å sette den ene foten foran den andre å gå. Jeg registrerte også pusterytmen hennes, og lot meg påvirke av alt dette. Det var uhyre krevende å la seg berøre av hennes tilstedeværelse, fordi jeg gjennom dette fikk kjenne på hvor redd hun følte seg, det opplevdes som utholdelig. Hennes oppmerksomhet var hovedsakelig på det kroppslige, og jeg ønsket å skape forbindelse mellom den kroppslige opplevelsen, følelsesnivået og det språklige. Det vil si at jeg ifølge Downings teori forsøkte å hjelpe henne til å kombinere flere nivåer av bevissthet. Forsiktig

forsøkte jeg å kople kroppstilstanden hennes slik jeg observerte den, med opplevelse av frykt, kanskje til og med skrekk.

Jeg har tenkt litt på om det kanskje er fordi du er redd, at det er vanskelig for deg å gå? Plutselig løfter hun hodet sitt og ser rett på meg.

Igjgen hadde jeg denne følelsen av å skyte blink, av å komme i kontakt. Det var som om noe ble forløst, som om hun kom ut av noe tvunget og låst da hun fikk hjelp til å kople sin kroppslige atferd med følelser, altså kombinere flere bevissthetsnivåer. Jeg hadde en tilsvarende opplevelse en gang i den siste perioden vi jobbet sammen, da hun plutselig snakket og sa følgende: *Jeg har det så vondt, Marit! Ingen ting kommer inn og ingen ting kommer ut!* Med utgangspunkt i min egen opplevelse av innesperrethet, som jeg etter å ha forsøkt å lytte meg inn mot hennes opplevelse kunne kjenne, kunne jeg etter hvert forsøke å formulere noen hypoteser om hvordan hun kanskje kunne ha det. Forsiktig prøvde jeg meg frem, tok utgangspunkt i det jeg så av hennes kropp og det jeg kjente i min kropp. Jeg kunne selv finne ord på denne opplevelsen, nemlig følelsen av å være innesperret. Da jeg formulerte denne opplevelsen til henne som en mulighet, var det kanskje noe slikt hun kjente, fikk jeg bekreftelse gjennom at hun løftet hodet og sendte meg et godt blikk, nærmest takknemlig.

Tone og jeg samtalte ikke. Dette var forsåvidt ikke noe nytt. Jeg hadde fra før av erfaring med psykotiske pasienter der jeg kunne snakke alene, benevne og sette ord på en rekke forhold mens pasienten hørte på. Erfaringen med å være den annens stemme inntil pasienten finner igjen sin egen stemme er ikke uvanlig med psykotiske pasienter. Jeg visste ikke om hun hørte. Med Tone var det som om det ikke fantes en struktur som kunne ta inn det jeg sa, og jeg opplevde at jeg måtte være forsiktig med å snakke. Tone kunne når som helst reise seg og styrte ut av rommet, hylende og skrikende, dersom jeg beveget meg utenfor det hun kunne tåle. Jeg merket det straks på henne, dersom jeg beveget meg utenfor det hun håndterte. Pusten økte, nærmest til hyperventilering, hun nærmest gjorde seg klar til flukt. Hva var det så hun kunne tåle? Hva skulle jeg gjøre i timene våre?

Lyden av pusting, nesten hvining fylte rommet, sammen med brå kast med hodet og plutselige bevegelser av en eller begge armer ut i lufta foran seg, parallelt med at hun trakk pusten. Jeg merket at jeg ble anspent av denne væremåten, og at det var veldig krevende å være i samme rom som Tone. Det vanskeligste var følelsen av uforutsigbarhet, det var som om alt mulig kunne inntreffe. Jeg visste ikke hvor jeg hadde henne, og hun visste tilsynelatende ikke hvor hun hadde

seg selv heller. Jeg kjente hvordan jeg skvatt da hun kastet på armer og hodet, hvordan det snørte seg i min egen hals da pusten hennes ble hvinende, og jeg merket hvordan jeg satt som på nåler på stolen, usikker på hva hun kunne finne på. Av sikkerhetsgrunner satt jeg alltid nærmest døren, slik at jeg kunne komme meg ut dersom hun skulle bli truende. De vanlige metodene og tilnæringsmåtene som jeg pleide å bruke, strakk ikke til nå. Jeg måtte finne andre måter.

Bruk av kunnskapen om den emosjonelle kropps-tilstanden i familiearbeidet

Jeg går nå tilbake til mitt andre møte med familien. Det fant sted da Tone kom til avdelingen vår. Vi satt på mitt kontor, foreldrene, Tone og jeg.

Jeg beskrev stedet vårt og sa at dette var et bra sted å være for ungdom som hadde det slik som henne, et veldig bra sted. Jeg sa at vi visste mye om hvordan det var å ha det slik som hun hadde det, og at vi ville gjøre alt som stod i vår makt for å hjelpe henne. Jeg fortalte at vi la stor vekt på at hun skulle ha det sånn som hun likte det mens hun var hos oss. Dette var et sted hvor vi har god tid, og hvor hun ikke skulle behøve å føle seg presset. Hun og jeg kom til å snakke mye med hverandre. Jeg la vekt på å ikke stille henne spørsmål, men å gi henne

enkel, forståelig og betryggende informasjon. Spesielt la jeg vekt på å understreke at vi ikke skulle være noen ny familie for henne. At hun hørte til i sin familie selv om hun nå skulle bo hos oss, men at foreldre og søsken var velkomne på besøk, og at vi samarbeidet mye med familiene, spesielt med mammaene og pappaene. Da faren fortalte om at det var psykisk sykdom i familien, pustet jenta tungt og anstrengt. Samtidig gav hun av og til blikk kontakt. Jeg la vekt på å få blikk-kontakt med begge foreldrene, og fikk det.

Jeg forsøkte å sette meg inn i hvordan jenta og foreldrene kunne ha det. I starten lette jeg etter hvilke tanker og fantasier foreldrene og jenta kunne tenkes å ha i forbindelse med innleggelsen. I Downings forståelse blir det på det verbalt-kognitive bevisst-hetsnivået. Jeg tenkte at jenta kunne ha fantasier om at familien kunne avskrive henne nå når hun var så lenge borte, siden hun også hadde vært voldelig hjemme ved flere anledninger. Jeg forestilte meg også at foreldrene kunne være redde for å bli funnet udugelige som omsorgspersoner for jenta, og at de kanskje var redde for å miste henne. Jeg forsøkte å trygge både jenta og foreldrene ved å gi tydelig og klar informasjon, ikke minst la jeg vekt på at dette var et bra sted for jenta å være og at vi ikke skulle være noen ny familie for henne. Men at vi samarbeidet tett med foreldrene.

Da jenta ble innlagt hadde hun flere ganger truet og slått foreldrene, til blods. Foreldrene på sin side, forsøkte å bli strengere, og mante henne til å oppføre seg bedre. Foreldrene oppfattet hennes tilbaketrekningsatferd som uhøflig. De oppfordret henne til å være høflig og lydig, hilse på besøk når de hadde det og snakke med besøkende. Man må jo være sosial! På besøk i hjemmet ble jenta en gang så voldelig at politiet måtte tilkalles. Vel tilbake på avdelingen var hun svært fortvilet over at foreldrene hadde kalt henne for voldsmann. I samtalen snakket foreldrene i munnen på hverandre, uten å høre på det den andre sa. Ingen av dem var innom tanken på hvordan Tone kunne ha det inne i seg.

En dag bestemte jeg meg for å fokusere på hvordan foreldrene hadde det følelsesmessig, og å la ordene som flommet ut av dem bare flomme. Jeg satt meg godt til rette og så på hver av dem, og forsøkte gjennom å se på dem og å kjenne i meg selv å komme nærmere hvordan de hadde det. Jeg kjente frykten og fortvilelsen over barnet og barnets skjebne hos begge to. Det var også noe desperat i væremåten, det var som om situasjonen var uutholdelig for begge to. Jeg spurte foreldrene om det var så at de kjente seg redde og fortvilet? Samtalen kom inn i et annet og roligere spor, og de kunne absolutt sette ord på noe av det de følte.

I ettertid og ikke minst ved hjelp av Downings teori om bevissthetsnivåer, kan man si at jeg hjalp foreldrene med å holde fast ved de følelsene de hadde og således holde fast på et tema på et nivå. Etter hvert kunne de også kombinere ulike bevissthetsnivåer, slik at det ble mer samsvar mellom det de uttrykte med ord og de følelsene de var fylt av. Da foreldrene ble mer bevisste sin egen redsel og fortvilelse, og klarte å sette ord på følelsene, var det lettere for dem å forholde seg til Tones følelser av redsel, frykt og fortvilelse. Samværene ble en periode roligere og lettere å gjennomføre.

Hvordan kunne jeg så etter dette hjelpe jenta og foreldrene til å gjennomføre besøk i hjemmet? Jenta måtte få hjelp til å roe seg ned, det var nødvendig å sortere hva som virket og hva som ikke virket av tiltak. Foreldrene hadde fått større forståelse for datteren og trengte nå hjelp til å finne ut hva som kunne bidra til å roe henne ned. Min opplevelse var at alle var redde, Tone, foreldrene, jeg selv og miljøpersonalet på avdelingen. Men ingen våget å sette ord på frykten. Jeg spurte Tone:

Jeg lurer på om det er redd du er? Om du var redd da du var hjemme? Kanskje foreldrene dine også var redde? Er det i orden for deg å snakke litt om det å være redd?

De fleste gangene jeg tok dette opp, fikk jeg ingen respons, og i lange perioder bare hylte og skrek Tone og hun måtte skjermes på rommet. Men av og til åpnet hun «døren» og sendte et bekreftende blikk. Etter nøye overveielse, bestemte jeg meg for å prøve å snakke med henne om det å være redd. Det gikk faktisk overraskende bra, og hun så ut til å like det. Men da jeg prøvde meg på andre følelser, ble det helt stopp, og full tilbaketrekning.

I psykoedukativt familiearbeid tenker man seg at familiemedlemmene har behov for undervisning om lidelsen og om hvordan takle de spesielle utfordringene lidelsen bringer for familiesamspillet. Siden dette var en familie med psykoseproblematikk i flere generasjoner, og forrige behandlingssted hadde ønsket å skjerme jenta fra kontakt med familien, tenkte jeg at behovet for kunnskap sannsynligvis var stort. Etter at Tone hadde vært på hjemmebesøk og hadde slått sin far, var foreldrene blitt redde for å ha datteren på besøk. Tone var også fortvilet.

Jeg inviterte foreldrene til et kurs i følelser og følelsesuttrykk. Jeg tok utgangspunkt i følelsene iver og interesse, redsel og sinne og underviste dem om opplevelsesaspektet av følelser. Jeg tegnet og fortalte og brukte flipover på kontoret. Vi snakket om ulike følelser vi kan ha, og hvordan de kan merkes i kroppen. Vi snakket

om hvordan de synes det var å ha de ulike følelsene, og hvordan de pleie å uttrykke dem, verbalt og non-verbalt. Foreldrene uttrykte at de synes det var nyttig og interessant å lære om følelser, også for sin egen del. De kom med eksempler på følelser i ulike situasjoner fra sitt eget liv, og uttrykte at nå skjønnte de mer av hvorfor jenta deres reagerte som hun gjorde. Etter dette ble det lettere å samarbeide med foreldrene om å finne måter de kunne roe jenta på når hun ble urolig, sint eller redd. Foreldrene virket lettet over å få hjelp til å forstå datteren sin. De synes også at det hjalp dem til å bli bedre kjent med seg selv og sine egne reaksjoner, og greide å snakke om sin egen redsel for jentas reaksjoner.

Vi gjennomførte flere problemløsningsmøter med vekt på hvordan de kunne roe jenta når hun ble sint eller redd. Miljøterapeuter representerte jentas stemme siden hun var for dårlig til å møte. Foreldrene uttrykte takknemlighet over å få anledning til å lære om dette. Etter hvert klarte de å unngå å møte jentas utbrudd og sinne med motaggesjon.

Gjennom kroppen til ordene - veien til å representere seg selv gjennom ord

Plutselig reiser hun seg opp og kjører knyttneven i bordet. Jeg skvetter og merker hvordan jeg blir redd. Hjertet

*mitt slår fort, og jeg kjenner at jeg blir varm. Mange tanker farer gjennom hodet mitt. Jeg tenker at jeg er glad jeg har plassert meg nærmest døren, slik at jeg kan komme ut før henne dersom hun ikke roer seg. Plutselig retter hun seg opp der hun sitter, setter øynene sine i meg og utbryter: **Jeg har aldri slått i bordet før, og nå slo jeg i bordet! Hun fortsetter; jeg vil ikke bli snakket til som om jeg var en stol eller et bord. Jeg vil bli snakket til som et menneske! Hun er sint, ja rasende. Jeg skvetter, og det farer mange tanker gjennom hodet mitt. Hva skjer videre? Vil hun slå meg? Jeg merker både forskrekkelse, forbauselse og glede. Ja, tenker jeg, dette er bra. For første gang kommer hun med en spontan, verbal ytring, sammen med en affekt, og sammen med en kroppslig reaksjon.***

Idet hun slår i bordet, kommer ordene jeg, jeg vil ikke og jeg vil. Plutselig representerer hun seg selv med språk. Ved å slå i bordet handler hun på egne vegne, som et subjekt, og ordene kommer som følge. I ettertid kan jeg se at dette kom etter lang tids arbeid med å tone meg inn på hennes opplevelse, timer uten ord fra henne, hvor vi først og fremst var to kropper i samme rom, hvor språket var på venteværelset. Å lese det emosjonelle uttrykket innebærer at når pasienten uttrykker seg verbalt og kroppslig, så skal terapeuten sanse uttrykket, dvs. fornemme den kroppslige væren

hos pasienten. Terapeuten kan så komme med verbale kommentarer. Observasjon av ansiktet er spesielt viktig. Det er viktig å stole på den første, umiddelbare sansningen, og klare å formidle det på en respektfull måte (Nylund og Sletvold 2002). Ifølge Downing (1996) vil et gjentatt fokus på de bevissthetsnivåene som er, kunne føre til bedre fungering på andre bevissthetsnivåer som er mindre utviklet. Beebe og Lachmanns systemiske modell viser hvordan partene regulerer hverandre i et gjensidig samspill, kroppslige reaksjoner hos den ene vil påvirke kroppslige reaksjoner hos den andre. Samtidig må terapeuten for å kunne bruke de erfaringene dette kan gi, være villig til å virkelig la seg bevege av den andre. Etter denne timen, da ordene for første gang kom tilbake, kom det mer og mer språklig fra Tone. Hun kom nå med lengre, egne meddelelser:

Det var en som sa til meg at jeg burde snakke med deg om angst, mumlet Tone. Hun satt med bøyet hode, alt håret foran ansiktet, med hivende pust og armer som plutselig gikk opp i luften foran henne, som om de var med i pustebevegelsen. Jeg merket at jeg selv holdt pusten. Det kjentes som om tiden sto litt stille. Jeg kjente at jeg skalv ved tanken på å skulle benevne denne enorme angsten som gav henne alt dette pustebesværet.

Jeg ble svært overrasket da Tone, fra å ikke ha snakket, kom og spurte meg om vi skulle snakke om angst. Dette skjedde noen timer etter at hun hadde slått i bordet og sagt «jeg». Timene imellom hadde vært stille timer. Timer der Tone satt og så ned i gulvet, strevde med pusten og var nærmest kataton. Jeg famlet veldig i disse timene der Tone ikke snakket. Jeg satt mye stille og observerte henne og registrerte hvordan jeg selv hadde det. Jeg kjente meg ofte tom og tung i disse timene hvor jeg ikke hadde noen opplevelse av kontakt. Av og til snakket jeg litt om stedet vi var på, fortalte om erfaringer med andre ungdommer som hadde fått hjelp til å komme seg. Jeg hadde en følelse av at jeg famlet i blinde. Jeg satt litt på nåler hver gang jeg sa noe, fordi jeg var redd for å si noe som Tone ikke ville tåle. Jeg diskuterte med meg selv, hva kan skje om jeg nærmer meg temaet, setter forsiktig ord på denne enorme frykten. Jeg tenkte på beskrivelsene av skrekk hos psykotiske som jeg hadde både lest om og hørt om. Nå var det meg og henne alene, frykten lå i rommet. Å skulle sette ord på denne skrekken, som styrte pusten hennes i slik grad at hun ofte følte det som om hun skulle dø, kjentes som et vågestykke med ukjent utgang. Jeg var selv skrekkslagen. Mange tanker fløy gjennom hodet mitt. Jeg strevde med å finne en måte å sette ord på hennes følelse på, som var treffende for hennes emosjonelle tilstand. Parallelt med dette

så jeg for meg ulike scenarier dersom dette skulle gå galt. Ville hun kunne bli enda mer psykotisk, ville hun kunne fly på meg, ville hun kunne løpe ut av kontoret og skade andre, ville jeg miste kontrollen over situasjonen? Jeg bestemte meg for å ta sjansen på å prøve meg frem, i en time hun var klar.

Jeg undret meg over om det kanskje var redsel som gjorde at pusten hennes ble slik; -at det var som om de ulike pustemåtene hennes avspeilte ulike måter hun var redd på... at når hun følte at hun ikke fikk puste, og trodde at hun skulle dø, så var det fordi hun var så redd for at nettopp det skulle skje. At hun hadde det så veldig vondt at hun ikke trodde det var mulig å overleve dette... jeg kom på muligheten av å sette navn på de ulike pustemåtene hennes...gruepust...plagepust...og til sist, døpust... Da jeg foreslo døpust, var jeg skikkelig redd... jeg var forberedt på en katastrofe...men i stedet kom det...*du forstår meg du...du forstår meg du...* hun så rett på meg og jeg så inn i et par øyne som så ut som om de var fulle av takknemlighet.

Dette som nå hendte kjentes ut som både et gyldent øyeblikk og et vendepunkt i vår kontakt. Jeg merket hvor beveget jeg ble, hvordan skuldrene senket seg og pusten ble friere og jeg ble mer avslappet. Det kjentes ut som om jeg hadde truffet blink. I ettertid har jeg stilt meg spørsmålet

om det at jeg selv var så redd var til hjelp eller til hinder? Min frykt og min identifikasjon førte kanskje til et dypere engasjement og gav henne kanskje en bedre mulighet til å kjenne seg forstått. Jeg vet ikke. Min opplevelse var at dette som utspilte seg, utspilte seg mellom oss to, vi var begge deltakere i dette store, lille drama som det kjentes ut som om handlet om liv eller død, være eller ikke være. Min opplevelse av dramatikkk avspeilet sannsynligvis hennes opplevelse. Kanskje gjorde det meg i stand til å lese det emosjonelle uttrykket slik at hun kjente seg igjen idet.

I de følgende timene hadde jeg som utgangspunkt at det å bli mer klar over hva en kjenner i egen kropp bidrar til å øke muligheten for å representere seg med ord. Jeg forsøkte å snakke med Tone om pusten hennes. Siden hun ikke selv sa noe, drev jeg med en slags form for høyttenkning omkring måten hennes å puste på. Jeg beskrev først hva jeg så, armbevegelsene, kastene med hodet. Så sa jeg noe om hvor strevsomt det så ut, hvor fortvilende det så ut, som om hun var redd for ikke å få nok luft. Etter hvert som vi hadde vært en del sammen, la jeg merke til variasjonene i pusting, og en time snakket jeg litt høyt rundt hennes ulike måter å puste på. Av og til var pusten hurtig og hektisk, noen få ganger var den roligere, men ispedd små gisp etter luft. Jeg undret meg over forskjellene, og lurte på hva

det kunne komme av, at pusting, endret seg såpass mye. Jeg merket at hun fulgte med, og var litt interessert. Jeg selv merket hvor anspent jeg var. Jenta satt nesten ikke nede på stolen, og jeg visste at hun ikke klarte å sitte stille lenge om gangen. Plutselig kunne hun sprette opp og rase ut av rommet. Jeg forsøkte å sette meg inn i hvordan det måtte være å puste på den måten, og merket hvor plagsomt det ville være. Jeg forsøkte å imitere hennes ulike pustemåter, og jeg merket hvor forskjellige de var. Og hvor annerledes jeg kjente meg avhengig av hvordan jeg pustet.

Man kunne se på denne intervusjonen som en tolkning av hennes atferd som hun kjente seg igjen i og som ved dette gjorde at hun følte seg bedre. Jeg synes imidlertid at teorien om betydningen av integrering mellom de ulike bevissthetsnivåer gir en bedre forståelse av det som skjedde her.

Ifølge Downing (1996) vil det være uttrykk for en bedring hos pasienten om det skjer en bedring av kontakten mellom de ulike bevissthetsnivåene. Det at jeg hjalp henne med å finne ord som passet på hennes kroppslige opplevelser, førte til at hun fungerte bedre. For første gang snakket hun i en hel setning. De neste timene viste hun mye tristhet. Til den påfølgende timen dagen etter hadde hun tatt med seg en haug med lommetørkler, og tårene kom så snart hun var kommet innenfor

døren. Da dette hadde gjentatt seg noen timer, ble jeg redd for at denne gråten ble repeterende og bidro til å holde henne fast i noe negativt, mer enn at den var forløsende og førte til en gjennomarbeiding.

En periode under utredningen var hun umedisinert, dels grunnet bytte av medisin og dels fordi hun nektet å ta det som var foreskrevet. I denne perioden ble hun svært mye dårligere. Senere i behandlingen hadde hun en periode da hun ble voldelig mot personalet. I ettertid så det ut som om hennes tilbakefall hadde sammenheng med at jeg var borte i flere uker. I denne perioden var hun var skjermet på sitt rom på grunn av slag, spark, klyping, biting og voldsom utskjelling av personalet. Vår kontakt foregikk nå en lang periode ved at jeg satt utenfor døren til rommet hennes hvor hun oppholdt seg hele tiden da. Døren var åpen, og av sikkerhetshensyn var det alltid også en annen til stede utenfor døren. Hun tålte minimalt med kontakt, og ble i denne perioden ansett som farlig. Hun fremsto som fragmentert og svært uforutsigbar. Ifølge Downings teori kan man si at det var liten eller ingen kontakt mellom de ulike bevissthetsnivåene, og det var liten eller ingen evne til å velge å bli på et nivå, til å kombinere nivåer eller bevege seg mellom nivåene. I disse periodene av opplevd håpløshet både hos jenta, personalet og foreldrene erfarte jeg at det var gjennom å lytte

meg inn til hennes subjektive opplevelse at hun og jeg fikk kontakt. Det var helt unntaksvis at hun utagerte overfor meg, i det store og hele beholdt vi kontakten gjennom hele behandlingsforløpet. I ettertid, da Tone fungerte bedre, kunne hun si noe om hvor fortvilet hun hadde vært da jeg ble borte. Personalet hadde ifølge Tone ikke fortalt henne om mitt fravær, og hun hadde følt seg veldig sviktet av meg. Hun ble satt svært tilbake, og kommuniserte i flere måneder bare gjennom hyl og skrik, og av og til utageringer mot personalet. Ekstra sikringstiltak måtte settes inn. I denne perioden opptrådte hun splittende og truende overfor alle.

Jeg anstrengte meg for å etterlikne Tones *rytme*. Det var svært krevende. I starten var dette ikke bevisst for meg, at det var det jeg gjorde. Men etter hvert ble det klart for meg gjennom mine egne refleksjoner over terapien. Jeg forsøkte å åpne meg opp for hennes tilstedeværelse i rommet, å forsøke å kjenne hvordan hun hadde det, og jeg var villig til å gjøre meg selv i stand til å bli samstemt med henne i timene. Jeg opplevde at jeg hadde valgmuligheter. Jeg kunne ha grepet mer tak i symptomene hennes, som vrangforestillingene og hallusinasjonene hun hadde, eller den manglende evnen eller viljen hun hadde til å være sammen med de andre på avdelingen og til å være i fysisk aktivitet. Jeg kunne ha hatt et mestringsfokus, der

vi trente på ferdigheter, og jobbet kognitivt med tankeinnholdet i vrangforestillingene og hallusinasjonene. Jeg forsøkte dette også, før jeg fant ut at det ikke nyttet. Tone ble på dette tidspunktet bare dårligere av det.

Uh! Uh! Uh! De vil drepe meg! Det er gift i vannet! Gå! Du er dum! Jeg hater deg! Plutselig langer hun ut med armen, nærmest velter seg opp av stolen og stuper ut av døra.

Det er ingen som forstår meg! Jeg kommer til å dø!

Jeg hører langsomme ul og vræl. Jeg nærmer meg rommet der hun er skjernet. Jeg banker forsiktig på, og blir sluppet inn av en miljøterapeut. Av sikkerhetshensyn er vi aldri alene med jenta. Nå kom en lang periode på flere uker da jeg utelukkende satt hos henne uten å si noe, og holdt ut hennes verbale angrep. Nå hadde jeg fått så mye erfaring i å lese Tone og at det var det som var veien å gå, at jeg konsentrerte meg om å ta inn og å sanse Tones uttrykk. Følelsen av å være i rommet sammen med henne i denne perioden er vanskelig å beskrive. Det var nettopp det å holde ut å være i dette kaoset som ble arbeidet. Lyttingen og sansningen av Tone, slik hun var, fullstendig oppløst, fortvilet, redd og i sin egen verden. Hennes kroppslige bevegelser var uforutsigbare, i denne perioden kunne hun plutselig fyke på noen og slå.

Hun sov ikke om nettene og var helt utilregnelig.

I dette langvarige arbeidet utspant det seg mange mellommenneskelige prosesser i familien og mellom familien, miljøpersonalet og meg som terapeut (Belin, 1999). Noe av det vanskeligste å håndtere var de motsetningene som til tider oppsto mellom terapeuten og miljøpersonalet i synet på jenta. Jeg opplevde at mitt arbeid med inntoning på de to nederste nivåene, kroppsbevegelse og kroppsformelse og opplevelsen av kontakt jeg fikk med Tone gjennom dette, gjorde at jeg fikk et mer positivt syn på jenta og at jeg opplevde større fremskritt enn det de gjorde på avdelingen og det foreldrene opplevde. I ettertid er det enklere å se at uenighetene delvis ble utløst av at vi så og opplevde en jente som naturlig nok oppførte seg svært ulikt i ulike situasjoner. I tillegg var det åpenbart at jenta i sine dårligste og mest fragmenterte perioder splittet oss, slik at terapeuten ble den eneste som forsto henne, og alle andre, både familie og avdeling, var ute etter å drepe henne. Disse prosessene ble behandlet i møter, og i samtaler med foreldrene, og således forsøkt tatt hånd om. Det var kraftige prosesser som berørte de involverte dypt følelsesmessig.

Avslutning av terapiforholdet

Avslutningen av terapiforholdet ble gitt stor plass. Etter to år ble det besluttet at hun skulle overføres til et annet tilbud. Det var ikke lett for Tone å forstå at vi ikke fortsatt kunne være sammen og at hun skulle ha en annen behandler, men hun aksepterte det. Hun hadde gjennom tiden vi hadde vært sammen fått tilbake evnen til å uttrykke seg med ord. Av og til kunne hun si noe om sin egen situasjon, at hun var psykisk syk og at hun trengte hjelp. En telefonsamtale illustrerer hvordan hun kunne merke at hun ble redd, og representere det med ord slik at jeg kunne forstå det.

Hei, hører jeg fra den andre enden. Så hører jeg tung, litt hektisk pusting. Det kommer ingen ord, bare pusting. Det går en stund. Er du der? spør jeg. Fortsatt hører jeg bare tung pusting. Går det bra med deg, Tone? spør jeg. Jeg er så redd, sier hun. Hvordan skal jeg møte dette, tenker jeg. Så kommer jeg på at jeg må finne ut mer av hva som foregår i Tone, og automatisk kjenner jeg etter i meg selv, og merker min egen uro og engstelse. Er det noe spesielt du er redd for? spør jeg. Det står en flaske i vinduskarmen, hører jeg henne hviske. Jeg husket at hun var svært redd for flasker, og nå høres hun virkelig presset og redd ut. Har du noen mulighet til å gå ut av rommet, spør jeg. Ja...mye pust og lang pause.

Men da må jeg ta en annen telefon, hvisker hun.

Tone kunne nå sette ord på sine følelser i situasjonen, hun kunne dele det hun kjente med en annen, og gjorde derved den andre i stand til å hjelpe henne. Tone ble etter hvert i stand til å nyttiggjøre seg flere behandlingstilbud, og bedringen hennes fortsatte.

Avslutning

Jeg har i denne artikkelen vist hvordan jeg arbeidet med en schizofren jente som hadde trukket språket tilbake. Psykose har blitt beskrevet som endringer i selvet. Jeg forstår selvet som et spørsmål om hvor god og tydelig bevisstheten er om den emosjonelle kroppstilstanden. Jeg har drøftet hvordan det kan forstås at fokus på den emosjonelle kroppstilstanden åpnet opp for en kontakt mellom Tone og meg, åpnet veien for anerkjennelse av seg selv og av hverandre i familien og ble befordrende for at hun tok i bruk språket igjen. Jeg har søkt å vise hvordan jeg arbeidet med å lese det emosjonelle uttrykket hos jenta og hennes foreldre, og hvordan jeg delte det med dem. Jeg har drøftet hvordan det kan forstås at fokus på den emosjonelle kroppstilstanden virket som en bro for kontakt med jenta, og hvordan det også åpnet for en dypere kontakt og forståelse mellom jenta og hennes foreldre. Endelig ville jeg

vis hvordan det å holde fokus over tid på bevegelsesnivået og fornemmelsesnivået gjorde at de andre nivåene, følelsesnivået, bildenivået og tanke- og språknivået kom med etter hvert.

Jeg har forsøkt å vise hvor stor betydning ansiktet og blikk-kontakt kan ha for opplevelsen av kontakt. Og hvor viktige jentas signaler til meg gjennom blikket ble. Nettopp i disse små øyeblikkene var det at de overraskende hendelsene og gyldne øyeblikkene forekom. Forandringene kom til syne av og til i de små øyeblikkene, av og til gradvis.

Erfaringen med å bli tvunget til å forholde seg til det emosjonelle kroppsuttrykket, fordi språket ikke var der, viste meg nye fenomener. Det at jeg kunne få tak i Tones følelser gjennom å sitte rett overfor henne og ta inn det jeg så, og kjenne etter i min egen kropp hva jeg kjente, ble en ny lærdom for meg. Måten samspillet uten ord ble på mellom Tone og meg, bekreftet det Beebe et al. skriver, at å etterlikne uttrykket hos den andre, produserer en tilsvarende fysiologisk tilstand hos den som ser på. Jeg har også søkt å vise hvordan Tone og jeg regulerte hverandre gjensidig, og hvordan vi begge regulerte oss selv via samspillet med den andre. Forholdet mellom eksplisitt og implisitt kommunikasjon endret seg gjennom behandlingen. Det at jeg var åpen for

å forholde meg til de to «nederste» nivåene, nemlig hennes bevegelser og fornemmelser, gjorde at de andre nivåene kom med etter hvert. Det var tydelig da følelsen av tristhet kom frem, at Tone ønsket følelsen velkommen. Det var som om hun la til rette for dette, da hun kom med en haug med lommeterklær til timene. Hvis man har en modell av bevisstheten at den består av de tre øverste nivåene, tanke, bilde og følelse, vil man se bort fra de to nederste, nemlig kroppsbevegelse og kroppsfornemmelse. Jeg har her forsøkt å vise at det var nettopp gjennom å forholde meg til de to bevissthetsnivåene, kroppsbevegelser og kroppsfornemmelser, at Tone fikk tak i de andre bevissthetsnivåene. Nå kunne Tone etter hvert bli i stand til å forholde seg til sentrale utviklingspsykologiske temaer som hører ungdomstiden til; utvikling av autonomi og av identitet.

Marit Bang Jensen
Spesialist i klinisk psykologi
maritbangjensen@gmail.com



Referanser

- Beebe, B. et al. (2005) Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment. Other Press, New York.
- Beebe, B. og Lachmann, F. M. (2002) Infant research and adult treatment. Co constructing interactions. Hillsdale, New Jersey.
- Belin, S. (1999) Galskabens magt. Parallellprocesser i arbeidet med tidlig skadede og psykotiske pasienter. Hans Reitzels Forlag.
- Cullberg, J. (2005) Psykoser. Et integrert perspektiv. Universitetsforlaget.
- Damasio, A.R. (2002) Descartes' feiltakelse. Fornuft, følelser og menneskehjernen. Pax Forlag A/S, Oslo 2001.
- Downing, G. (1996) Kroppen och ordet. Kropporienterad psykoterapi - teoretisk bakgrund och klinisk tillampning. Natur och Kultur.
- Jensen, M. C. B. (2000) Vennskap og følelser hos 12-14 år gamle gutter og jenter. Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt Universitetet i Oslo.
- Higgins, M. and Raphael, C.M. (eds.) (1967) Reich speaks of Freud. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1972.
- Leff, J. (1994) Working with the Families of Schizophrenic Patients. I: British Journal of Psychiatry (1994), 164 (suppl. 23), 71-76.
- Monsen, J.T. (1996) Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. TANO A.S.
- Karterud, S. og Monsen, J.T. (red.) (1997) Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut. Ad Notam. Gyldendal.
- Monsen, J. T. and Monsen, K. (1999) Affects and Affect Consciousness: A Psychotherapy Model Integrating Silvan Tomkins's Affect- and Script Theory Within the Framework of Self Psychology. Reprinted from Pluralism in Self Psychology: Progress in Self Psychology, Volume 15, edited by Arnold Goldberg. Copyright 1999 by The Analytic Press, Inc., Publishers, Hillsdale, New Jersey 07642.
- Møller, P. og Husby, R. Det initiale prodrom ved schizofreni – kjernediagnoser av opplevelse og atferd. I: Tidsskr Nor Lægeforening 2003; 123: 2425-9.

Møller, P. (2005) Schizofreni og selvet - eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning. I: Tidsskr Nor Lægeforening nr. 8, 2005; 125: 1022-5.

Møller, P. (2005) Prodromalfasen - innfallsporten til forebygging og psykopatologisk forståelse. I: B. Rishovd Rund (red.) (2005) Schizofreni, s. 65 - 86. Hertervig forlag.

Nylund, T. and Sletvold, J. Getting to know by imitation. Aspects of Training in Body-Psychotherapy. Norwegian Character-Analytic Institute. Presentation at the 6th International Congress of BodyPsychotherapy Naples-Ischia, 27-31. October 2002.

Sletvold, J. (2005) I begynnelsen var kroppen. Kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner. I: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, side 497 - 504, vol 42, 2005.

Sletvold, J. (1996) Pesso Boyden System Psychomotor and character analysis. In search of the essence of psychotherapy.

Stern, D. N. (1985) The Interpersonal World of the Infant. Basic Books, Inc.

Stern, D. N. (2004) Det nuværende øyeblikk i psykoterapi og hverdagsliv. Hans Reitzels Forlag. Paper presented at the 3th International Conference of Pesso Boyden System Psychomotor Therapy 28-31 august 1996, Basel.

Stolorow, R., Atwood, G. (1992) Contexts of being. Hillsdale: The Analytic Press.

Thielst, P. (2004) Livet forstås baglæns men må leves forlæns. Lierkegaard - en guldalderhistorie. Det lille forlag, Fredriksberg.

Third International Conference on Early Psychosis. Copenhagen 25 - 28 September 2002. Jim van Os, Thomas H McGlashan, Merete Nordentoft, Jan Olav Johannessen, Lisa Phillips, Johan Cullberg, Jeffrey A Lieberman.

Tomkins, S. (1963) Affect. Imagery. Consciousness - Vol I & II. New York Springer Publishing Company, Inc.