

RUMMELIGHED

i psykologers kliniske arbejde

Lasse Ditman & Mads Grøn

Stud. Nr.: 2014 6770 | Tlf. 2076 3367 | lasseditman@live.dk
Stud. Nr.: 2014 4977 | Tlf.: 3142 3304 | madsgron@gmail.com
Rapportens samlede antal tegn: 250.837
Svarende til antal normalsider: 104,51
Vejleder: Thomas Borchmann
Psykologi - 10. Semester: Speciale
Aalborg Universitet 31. maj 2019

Abstract

This thesis deals with the concept of rummelighed in psychologists' clinical work and aims to give a strong insight into what it means to be a psychologist and what you are exposed to. This is an empirical specialization, based on four interviews with practicing psychologists in Denmark. These interviews are intended to investigate the clinician's experience of rummelighed and factors that have an on affect it. We have a primarily psychodynamically oriented approach. The thesis's main concerns are to illuminate clinicians' understanding and experience of rummelighed in the meeting with the client, as well as their perception of factors that may affect rummelighed. The thesis will develop around the question of how clinicians understand the importance of rummelighed and what factors are believed to influence this. The thesis is partly inspired by discussions about the relationship between pain limit, rummelighed and treatment. The discussions about the meaning of rummelighed is perceived to be topical because of therapeutic methods that emphasize rummelighed and importance of the relative work, is being repressed by methods that do not have the same focus on this. With regards to the discussions about the relationship between pain-limit, rummelighed and treatment, it has been pointed out, amongst others, by chief psychologist Lars Sørensen, that clients end up being unable to be treated because the clinician's own pain limit has been reached. We are interested in investigating how clinics understand rummelighed, which gains clinicians experience focusing on rummelighed and using this for treatment purposes, and also what they think influences the ability to show rummelighed.

We find the the concept of rummelighed does not translate easily into English. Rummelighed is a complex concept that is seen to contain three aspects, respectively, relationship, understanding, and the ability to contain. We find that rummelighed is very much characterized by an attitude, rather than by a method or technique. It is an attitude that can make treatment effective and help clients with difficult issues to become healthy.

Indholdsfortegnelse

1. Om specialet	8
1.1 Anliggende og problemformulering	8
1.2 Begrundelse for valg af emne	8
1.3. Fremgangsmåde	9
1.4. Begrebsafklaring og afgrænsning	9
2. Teoretisk belysning af rummelighed i klinisk arbejde	11
2.1 Belysning af den psykodynamiske historie	11
2.1.2 Rummelighed i klinisk arbejde ved Freud	13
2.1.3 Rummelighed i klinisk arbejde ved Rogers	14
2.1.4 Psykodynamisk klientforståelse - syn på egoets opbygning	16
2.2 Betydning af rummelighed i klinisk arbejde	19
2.3 Kernberg om ego-identifikation	19
2.3.1 Indplacering af Kernberg	19
2.3.2 Introjektion og identifikation	20
2.3.3 Psykoanalytisk begrebsforvirring	21
2.3.4 Fra introjektion til ego identifikation	22
2.3.5 Psykoanalytisk forståelse af splitting	23
2.3.6 Splitting i det kliniske arbejde	26
2.4 Ogden om projektiv identifikation	28
2.4.1 Indplacering af Ogden	28
2.4.2 Projektiv identifikation	29
2.4.3 Forholdet mellem psykoanalyse og objektrelationsteori	30
2.4.4 Objektrelationer i barnets tidlige leveår	31
2.4.5 Forholdet mellem objektrelationsteori og projektiv identifikation	33
2.4.6.1 Fase 1	36
2.4.6.2 Fase 2	37
2.4.6.3 Fase 3	38
2.4.7 Projektiv identifikation – en eksemplificering	38
2.4.8 Projektiv identifikation og rummelighed	40
2.5 Sterns nuværende øjeblik	41
2.5.1 Indplacering af Stern	42
2.5.2 Om intersubjektivitet	43
2.5.3 Den intersubjektive matrix	45
2.5.4 Spejlneuroner	47
2.5.5 Intersubjektiv orientering	48

2.5.6 En-vejs og to-vejs intersubjektivitet	49
2.5.7 Det nuværende øjeblik	49
2.5.8 Nu et og det nuværende øjeblik	50
2.5.9 Nu-øjeblikket og møde-øjeblikket	51
2.5.10 Implicit viden/tavs viden	53
2.5.11 Det nuværende øjeblik og rummelighed	54
2.6 Tilgange til diagnosticering og skellet mellem det normale og patologiske	57
2.7 Opsamling	59
3. Videnskabsteori, metodologi og metode	61
3.1 Specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt	61
3.2. Anvendt metode ved empiri	63
3.2.1 Metode ved interview	63
3.2.1.1 Validitet	64
3.2.1.2 Objektivitet	66
3.2.1.3 Reliabilitet	67
3.2.2 Udarbejdelse af interviewguide	68
3.2.3 Litteratursøgning	69
3.3 Analysemetode	69
3.3.1 Template udviklingens tre faser	71
3.4. Valg af interviewpersoner	73
3.4.1 Informant A	73
3.4.2 Informant B	73
3.4.3 Informant C	73
3.4.4 Informant D	74
3.5. Etik	74
3.6 Samtykke	74
4. Analyse	76
4.1 Forståelser af rummelighed	76
4.1.1 Det relationelle forhold mellem kliniker og klient	76
4.1.2 Forståelse for klienten	78
4.1.3 At bære klientens følelser	79
4.1.4 Klinikerens holdning	80
4.2 Gevinster ved rummelighed	81
4.3 Forhold der kan influere på rummelighed	85
4.3.1 Klinikerens indflydelse på rummelighed	85
4.3.1.1 Klinikerens relationelle holdning	85
4.3.1.1.1 Metode og rummelighed	85
4.3.1.1.2 Psykodynamisk holdning og rummelighed	87

4.3.1.1.3 Balancen i distancen	88
4.3.1.2 Grænser for rummelighed	89
4.3.1.2.1 Svære smertetilfælde	89
4.3.1.2.2 Stagnering i klientens udvikling	95
4.3.1.3 Klinikerens personlighed	95
4.3.1.4 Klinikerens privatliv	96
4.3.2 Relationel rummelighed	98
4.3.2.1 Rolletildeling	98
4.3.2.1.1 Projektiv identifikation	103
4.3.2.1.2 Klientens uheldige forelskelse i kliniker	104
4.3.2.1.3 Splitting ved rolletildeling	105
4.3.2.2 Forskydning af normalitetsfølelse	106
4.3.3 Omgivelsernes påvirkning af rummelighed	108
4.3.3.1 Miljøterapi og fungerende arbejdsfællesskaber	108
4.3.3.2 Supervision	110
4.3.3.3 Egenterapi	112
4.3.3.4 Udvidelse af teoretisk horisont	112
4.3.3.5 Overgangen fra studie til praksis	114
4.3.3.6 Behandlingens vilkår	115
4.4 Opsamling på analysen	118
5. Diskussion	121
5.1 Diskussion af metode	121
5.2 Diskussion af mulige implikationer	123
5.2.1 Rummelighed i psykiatrien	123
5.2.1 Overgang fra studie til praksis	125
6. Konklusion	127
7. Perspektivering	130
7.1 Rummelighed og relation som metode	130
7.2 Validitet i psykiatrien og tabet af relationel klientforståelse	131
7.3 Balancen i distancen	132
7.4 Psykiatribrugernes oplevelse af rummelighed	132
7.5 Afgiftende eller forgiftende fællesskaber	133
7.6 Klientens uheldige forelskelse i kliniker	134
8. Referenceliste	136
8.1 Artikler	136
8.2 Bøger	136
8.3 Andre kilder	139

9. Pensumliste	140
9.1 Artikler	140
9.2 Bøger	140
10. Bilag	143
Bilag 1 - Interviewguide	143
Bilag 2 - Transskription af interviews	145
Interviewperson C	145
Interviewperson D	167
Interviewperson E	190
Interviewperson F	203

1. Om specialet

Dette speciale omhandler betydningen af rummelighed i psykologers kliniske arbejde og giver et stærkt indblik i, hvad det vil sige at være klinisk psykolog, og hvad man bliver udsat for. Det er et empirisk speciale, hvor empirien er baseret på fire interviews med praktiserende psykologer i Danmark. Disse interviews har til formål at undersøge klinikerens oplevelse af rummelighed og faktorer, der influerer herpå. Specialet bevæger sig primært i en psykodynamisk orienteret tilgang. I første afsnit beskrives projektets anliggende og problemformulering. Efterfølgende præsenteres bevæggrunde for emnevalg, inden der redegøres for fremgangsmåden i projektet, herunder opgavens struktur og opbygning.

1.1 Anliggende og problemformulering

Specialets hovedanliggende er at belyse klinikerens forståelse og oplevelse af rummelighed i mødet med klienten, samt deres opfattelse af faktorer, der kan influere på rummeligheden. Dette leder os frem til følgende problemformulering:

Hvordan forstår klinikere betydningen af rummelighed, og hvilke faktorer antages at influere på denne?

1.2 Begrundelse for valg af emne

Specialet er dels inspireret af diskussioner om forholdet mellem smertegrænse, rummelighed og behandling. Hvad angår diskussioner om betydningen af rummelighed, kan disse siges at være højaktuelle, bl.a. fordi terapeutiske metoder, der vægtlægger rummelighed og betydningen af det relationelle arbejde, fortrænges af metoder, der ikke har samme fokus herpå (Dalal, 2018). Hvad angår diskussioner om forholdet mellem smertegrænse, rummelighed og behandling, er det blandt andet af chefpsykolog Lars Sørensen blevet påpeget, at klienter ender med ikke at kunne blive behandlet, fordi klinikerens egen smertegrænse er nået. Vi er derfor interesseret i at undersøge, hvordan klinikere forstår rummelighed, hvilke gevinster klinikere oplever, der er ved at have

fokus på rummelighed og benytte denne i behandlingsøjemed, og desuden hvad de tænker, der influerer på muligheden for at udvise rummelighed.

Det valgte emne kan anses at have væsentlig samfundsrelevans, bl.a. i forhold til at belyse mulighedsbetingelserne for klinikers rummelighed i psykiatrien. Et forhold der har haft meget årvågenhed i medierne, særligt under valgkampen. Desuden har emnet personlig relevans, da vi som snart uddannede psykologer skal påbegynde et arbejdsliv, i hvilket vi påregner at arbejde med afsæt i terapeutiske retninger, der vægtlægger rummelighed.

1.3. Fremgangsmåde

Specialet indledes med en belysning af forskellige forståelser af betydning af rummelighed i klinisk arbejde, sådan som disse kommer til udtryk gennem psykologiens historie. Dernæst gennemgås tre teoretikere nærmere, som hver for sig har givet væsentlige bidrag til rummelighed. Disse er henholdsvis Otto F. Kernberg, Thomas H. Ogden og Daniel N. Stern.

Herefter præsenteres specialets metodiske afsnit, efterfulgt af den empiriske undersøgelse, der består af en analyse af fire klinikers forståelse og oplevelse af rummelighed i mødet med klienten, samt deres opfattelse af faktorer, der kan influere på rummeligheden. Efter analyseafsnittet diskuteres metode og specialets mulige implikationer på rummelighed i psykiatrien og overgang fra studie til praksis. Slutteligt er der en konklusion i forhold til specialets anliggende samt en perspektivering.

1.4. Begrebsafklaring og afgrænsning

Specialet udfordres ved, at rummelighed ikke er et etableret begreb, der i psykologisk forstand lader sig oversætte direkte til engelsk og genfinde i teoretiske søgning. Begrebet rummelighed optræder heller ikke i hverken *Politikens Psykoanalytiske leksikon* eller *Psykologisk leksikon* (Fhanér, 1991 & Madsen, 1980). Begrebet lader sig

heller ikke genfinde i direkte forstand hos vore teoretikere, selvom de kan siges at sige noget om rummelighed ud fra begreberne ego identifikation, projektiv identifikation og det nuværende øjeblik.

Vi har også haft andre teoretikere i spil, som samtidig også siger noget omkring rummelighed. Irvin Yaloms eksistentiaalistiske teori, Wilfred Bions teori om containment og Fonagys mentaliseringsteori kunne også have givet et bidrag til forståelsen af rummelighed i klinisk arbejde. Grundet opgavens omfang, har vi ikke fundet det muligt at inddrage alle. Vi har derfor valgt Kernberg, da han giver en god forståelse af klientens indre ego strukturer samt Ogden og Stern, da de giver en god forståelse af det relationelle samspil mellem kliniker og klient. Tilsammen finder vi, at de kan give et stærkt bidrag til en teoretisk forståelse af rummelighed i klinisk arbejde.

Opgaven omhandler rummelighed i psykologens kliniske arbejde generelt, og vi har derfor ikke skildret mellem former for psykologers klinisk arbejde, til trods for der er forskelle fx mellem psykoterapeutisk behandling og udredning.

2. Teoretisk belysning af rummelighed i klinisk arbejde

Rummelighed er som sagt ikke et etableret begreb, men rummeligheden omhandler, efter vores bedste viden, relationen mellem kliniker og klient, samt klientforståelse. Forhold som vi anser som værende den psykodynamiske traditions hovedanliggende.

I dette kapitel vil vi starte med en belysning af forskellige psykodynamiske teoretiske forståelser af betydning af rummelighed i klinisk arbejde, sådan som disse kommer til udtryk gennem Otto F. Kernbergs ego identifikation, Thomas H. Ogdens projektive identifikation og Daniel Sterns nuværende øjeblik. Forud for dette laves der et historisk oprids over centrale begivenheder inden for den psykodynamiske historie frem mod i dag. Her kommer vi blandt andet ind på Freuds psykoanalyse, Melanie Kleins objektrelationsteori og Carl Rogers humanistiske psykologi.

2.1 Belysning af den psykodynamiske historie

Vi vil i denne gennemgang belyse den psykodynamiske historiske udvikling, der har været i måden klientens indre forstås på, herunder egoets udvikling. Indledningsvis gives først et overblik over udviklingen i den psykodynamiske tilgang samt vigtige brydninger inden for denne. Dette overblik gives især med henblik på at belyse klinikerens rolle og klientrelation i det kliniske arbejde. Med andre ord vil vi forsøge at beskrive hvilke kvaliteter, der i en historisk kontekst, har været lagt vægt på ved klinikerens. Dette gennemgås under afsnittet den psykodynamiske terapies udvikling, med en efterfølgende temasætning af klientrelationen og betydningen af rummelighed i den psykodynamiske historie, ift. henholdsvis Freud og Rogers. Slutteligt gennemgås egoets opbygning under klientforståelse i psykoanalytiske teoridannelser.

2.1.1 Den psykodynamiske kliniske udvikling

Klinikerens måde at anskue en klient på, og bestemmelsen af hans professionelle rolle, dvs. den måde hvorpå det antages at en kliniker skal indgå i relation med klienten, har naturligvis gennemgået en udvikling over tid. Man kan også sige, at denne forståelse og den rolle at det antages, at klinikerens bør have, i hvert fald er blevet udvidet og nuanceret siden psykoanalysens fremkomst i slutningen af 1800-tallet (Ewen, 2008, pp. 3f). På dette tidspunkt, hvor den psykoanalytiske psykoterapi er uden nævneværdig konkurrence, er det klinikerens opgave at interessere sig for klientens barndom og det ubevidste. Tolkning bliver grundmetode, og idealet er at være neutral og ikke direkte handlingsanvisende. Der er på dette tidspunkt dog en forståelse af, at når et menneske indgår i en relation med en anden, så aktiveres der i relationen et tidligere dannet mønster for, hvordan relationer opfattes. Mønstrene er grundlagt og formet gennem udviklingen fra tidlig barndom og overføres til den nutidige relation (Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2010, pp. 596f).

Den humanistiske psykologi opstår efter 2. Verdenskrig, og er bl.a. en protest imod psykoanalysens (og Freuds) hidtidige deterministiske antagelser. Der kommer med denne nyere psykodynamiske tilgang, en større orientering mod især menneskets frie vilje og mulighed for at vælge. Mennesket forstås ikke længere kun inden for en biologisk og social forståelsesramme. Det bliver centralt at forstå mennesker, og dermed klienter, ud fra deres oplevelser, værdier, autonomi, meningssøgen, stræben efter mål, forventninger til fremtiden, dannelse mv. Klienten sættes nu i centrum, og ift. klinikerens rolle vægtes der nu rådgivning, der søger at åbne op for klienten i dialog. (Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2010, pp. 596f). Der er nu også for alvor et fokus på klinikerens møde med klienten rent relationelt og rummelighedsmæssigt.

I en mere moderne udgave af den hidtidige psykoanalytiske tilgang, inddrages objektrelationsteori, hvor der kommer et afgørende fokus på forståelsen af overførsel og modoverførsel. Dette ses som en proces både hos klient og kliniker (Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2010, pp. 596f). Klinikerens egne tanker om, og reaktioner på, klientens

overførsel, bliver her til en væsentlig genstand for forløbet. Klinikeren skal nu alene ikke blot forholde sig til klienten, men, hvis ikke mere, så lige så meget, til sig selv.

Gennemgående kan det siges, at de forskellige psykodynamiske terapier, kan ses som en tilgang til terapi, der befinder sig på et spektrum, alt efter graden af klinikerens relationelle position, brugen af fortolkning og systematisk analyse (Kernberg, 1994, p. 182). Dog kan det stadig ses, ud fra gennemgangen, at kravene til klinikeren, ændrer sig specielt i forhold til relationen til klienten og klinikerens forståelse af sig selv.

De tre beskrevne tilgange ovenfor kan i vores beskrivelse også ses som tilgange, der kan benævnes som henholdsvis en psykoanalytisk, en klientcentreret og en kliniker-centreret tilgang, i nævnte rækkefølge. I den psykoanalytiske tilgang opsøger klienten terapeuten for at få stillet en diagnose og en forståelse af klientens indre psykodynamiske puslespil, der ses som afgørende for at lykkedes med behandlingen. Den klientcentrerede tilgang ser på det relationelle samspil som afgørende for at trænge bedre igennem til klienten med det terapeutiske budskab. Endeligt er der den klinikercentrerede tilgang. Her er det klinikerens forståelse af sig selv i mødet med klienten, som er afgørende for at kunne forstå klientens ubevidste og klientens måde at indgå i relationer på.

2.1.2 Rummelighed i klinisk arbejde ved Freud

Relationen mellem klient og kliniker har ikke altid været noget, man har anset som væsentlig i forhold til behandlingens udbytte. Så længe relationen ikke var forstyrrende for behandlingen, var det muligt at arbejde med klienten. Freuds psykoanalytiske tilgang, havde netop sigtet på alene at fokusere på at arbejde med klientens indre, som det også ses på nedenstående billede. klinikeren og klienten er kun verbalt forbundet, idet klienten ikke kan se klinikeren. klinikeren skulle ikke relatere sit eget væsen til klienten, og opgaven var blot at behandle informationer fra klienten og løse det konfliktfyldte puslespil.

Freuds psykoanalytiske stil er også kendetegnet som den psykodynamiske tilgang, hvilket igen refererer til den psykodynamik, der er i de indre konflikter i klientens ego. Den psykodynamiske tilgang er derfor ikke at forveksle med den psykodynamik, der er mellem klient og kliniker, som netop var det primære sigte i den humanistisk psykologiske tilgang, som Rogers, Maslow og Rollo May var fortalere for (Ewen, 2008, pp. 193f). Freud siger ikke noget bemærkelsesværdigt om betydning af rummelighed, da metoden er det centrale i behandlingen.

2.1.3 Rummelighed i klinisk arbejde ved Rogers

Carl Rogers skilte sig særligt ud med sit optimistiske syn på mennesket, idet han anså menneskets medfødte drivkraft som udelukkende positiv, og uden medfødte konflikter. Hans teori om selvaktualisering tager udgangspunkt i vores mulighed for at aktualisere vores drivkræfter. Er barnets mulighed for at aktualisere drivkræfterne tilstrækkelige, vil det medføre normal udvikling. Er muligheden begrænset, som følge af det Rogers betegner som det patogenetiske forældreskab, vil det føre til en patologisk udvikling. Patologisk udvikling opstår i det øjeblik barnet forlader aktualiseringen af drivkræfterne, til fordel for at dække det grundlæggende behov for positiv anerkendelse i form af varme, respekt og accept fra forældrene. Det bliver her forældrenes opgave at undgå, at barnet bliver nødt til at undertrykke eller fravige fra aktualiseringen af drivkræfterne. Behovet for positiv anerkendelse fra signifikante andre, lige såvel som evnen til at give sig selv det, anså Rogers for at være aktiv i mennesket gennem hele livet. Rogers anså klinikerens rolle for at være en del af klientens signifikante andre, og derfor var den positive anerkendelse fra klinikerens en nødvendighed for en effektiv behandling. Det patologiske selv inkluderer, if. Rogers, altid et stærkt negativt selvværd. Evnen til fremme egen positive selverkendelse, og det at modtage positiv anerkendelse fra andre, blev derved et værn imod det patologiske selv, og fremmende for udviklingen af det normale og sunde selv i terapien. Rogers skabte med dette den klient-centrerede terapiform i 1951, som blev skelsættende for de efterfølgende teoris øgede fokus på relationen mellem klient og kliniker, som væsentlig for en succesfuld behandling. (Ewen, 2008, pp. 195-215).

Med tilkomsten af den humanistiske psykologiske tilgang, gælder det nu ydermere for klinikerens om at forstå klienten, som klienten forstår sig selv. Det vil, ifølge Rogers sige, at måden at forstå et andet menneske på, bliver at gå ind i vedkommendes private verden og forstå deres interne referenceramme, uden at dømme. Des bedre dette opnås, des stærkere er relationen, hvilket igen giver en mere effektiv terapi (Rogers, 1951). Rogers definerede dermed klart og tydeligt et nyt rationalt for klinikerens, som samtidig markerer et skifte i, hvorledes en kliniker skulle indgå relationelt med en klient på:

“Med psykologiske termer er det klinikerens mål at opleve hele det perceptuelle felt, som klienten oplever, så sensitivt og nøjagtigt som muligt, med de samme figur/grund-relationer, lige så fuldt som klienten giver udtryk for dette perceptuelle felt; og når han således har oplevet den andens indre referenceramme så fuldstændigt som muligt, at formidle til klienten i hvilken udstrækning han ser med klientens øjne.” (Rogers, 1951, p. 9)

I stedet for at betragte klienten udefra skulle klinikerens forsøge at betragte klienten indefra. Det vil dermed også sige, i Rogers klientcentrerede tilgang, at klientens indre ikke kan forstås til fulde, med mindre klinikerens relaterer sig i sådan en grad til klienten, at klinikerens i sit eget væsen oplever, hvordan det er for klienten at være til. I den måde at relatere sig til klienten på, er det væsentligt at nævne, at det uden tvivl også må stille en anden form for krav til klinikerens rummelighed. klinikerens opgave er ikke længere blot, som det var i den klassiske psykoanalytiske tilgang, rent kognitivt at skulle betragte klienten udefra. klinikerens skal i stedet forsøge at mærke klientens smerte, igennem sit eget væsen. Relationen mellem klient og kliniker var det centrale for vellykket behandling. Derfor kan man sige, at relationen kommer før metoden i den klientcentrerede tilgang. I og med at relationen bliver central for behandlingen, skaber det også grundlag for, at man for alvor kan begynde at snakke om rummelighed. Dog er rummelighed, som tidligere nævnt, ikke et begreb, der eksplicit bliver nævnt i tilgangen.

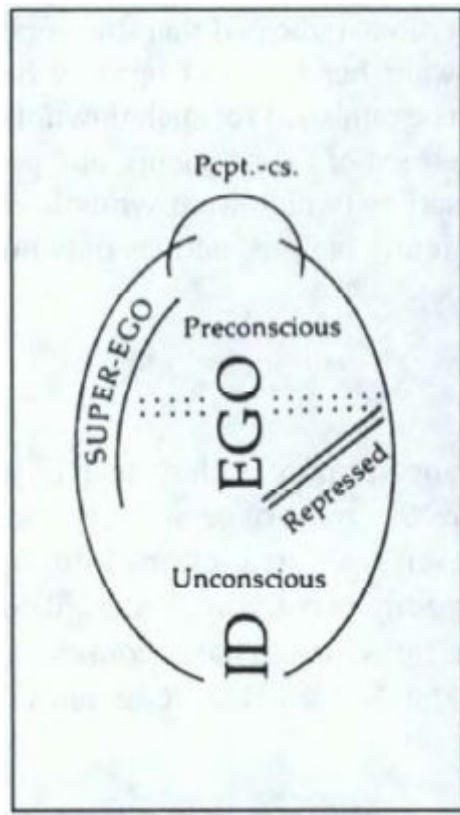
2.1.4 Psykodynamisk klientforståelse - syn på egoets opbygning

Inden vi bevæger os videre i udforskning af rummelighed i det kliniske arbejde ved vores tre hovedteoretikere, er det nødvendigt også at se på, hvordan man i et psykoanalytisk/psykodynamisk perspektiv, hovedsageligt forstår opbygning af et ego. Dette er der dog langt fra enighed om, og vi vil forsøge at skabe klarhed omkring væsentlige forskelle i dette afsnit.

Sindets opbygning og måden sindet fungerer på, er forsøgt indfanget og beskrevet indenfor mange forskellige teoretiske retninger gennem psykologiens historie. Selv indenfor samme retning er der forskellige bud på, hvordan sindet er opbygget, og hvad der ligger til grund for vores tanker, følelser og handlinger. Psykoanalysens 100-års jubilæum er ikke blevet fejret med et samstemmigt bud på sindets opbygning fra de psykoanalytisk inspirerede teoretikere, tværtimod er der fortsat uenighed. Freud anså egoet som en helhed af tre dele: id'et, egoet og superegoet, ofte refereret til som det'et, jeg'et og overjeg'et. Id'et indeholdt drifterne og det ubevidste, samt alt det undertrykte i sindet. Selve egoet var bevidstheden, og den eneste del af de tre elementer som kunne interagere med omverdenen. Superegoet indeholdt samvittigheden, og fungerede som den indre monitorering af egoets adfærd i mødet med omverdenen (Freud, 1927 & Ewen pp. 14-52). Fairbairn og Ogden udlægger Freuds teori, som at Id'et var instinktiv energi uden struktur, og egoet som struktur uden energi på baggrund af et af Freuds seneste beretninger fra 1932 (Ogden 1986, pp. 140-142). Kernberg er uenig i dette og mener, at Freuds udlægning af egoet var mere dynamisk (Kernberg, 1995, pp. 21f). Ewens hæfter sig, i hans mere nutidige beretning fra 2003, ved følgende af Freuds citater:

“egoet er i relation til det'et, som en mand på hesteryg, som skal holde hestens overlegne styrke i skak; med den forskel, at rytteren forsøger at gøre det med sin egen styrke, mens egoet anvender lånte kræfter. Analogien kan bæres lidt længere. Ofte er en rytter, hvis han ikke skal skilles fra sin hest, forpligtet til at lede den, hvorhen den vil gå; så på samme måde er egoet vant til at omdanne det'ets vilje til

*handling, som om det var dets eget” (Egen oversættelse, Freud, 1927
& Ewen 2008, pp. 19)*



(Ewen, 2008, p. 18)

Her bør man hæfte sig ved bemærkningen, at egoet låner kræfter fra id'et, som kan være med til at underbygge antagelsen om, at Freud ikke anså egoet for at have sin egen energi. Selvom Fairbairn og Kernberg var uenige i deres syn på Freuds teori, var de, i deres egne teorier enige om, at egoet skulle anses for at bestå af dynamiske strukturer (Ogden, pp. 140-141 & Kernberg, 1995 pp. 21f). I forhold til strukturen af egoet, er Klein kritiseret af både Ogden og Kernberg, for at være uklar i sin teori. Hun var ikke kongruent i hendes beskrivelse af, om hun så indre objektrelationer som fantasier, eller som relationer mellem aktive agencies eller strukturer, der i sig selv var i stand til at føle, tænke og opfatte (Ogden pp. 138f & Kernberg, 1995 pp. 21f). Dette var et grundlæggende punkt, hvor Kernberg og Klein var forskellige i deres teorier. Kernberg var en mand, der var optaget af struktur, og meget inspireret af Erikssons ego-psykologi. Klein var ikke optaget af strukturerne i egoet, men var mere optaget af

hvilke tilstande et sind kunne træde ind i. Disse positioner, som hun beskrev ud fra den depressive position og den paranoid-skizofrene position, var tilstande barnet kom igennem i sin udvikling, og som man kunne være mere eller mindre strandet i, og derigennem have enten patologisk eller normal udvikling som følge. Positioner man har været strandet i som barn, kan man træde ind og ud af som voksen (Kernberg, 1995, pp. 40f).

Det er bemærkelsesværdigt, at udviklingen af teorier om sindets opbygning gennem den generelle psykologis historie, bevæger sig fra det strukturerede sind, til et mere og mere dynamiske sind. Til trods for coachingpsykologien ikke er direkte beslægtet med den psykodynamiske tilgang, har Professor i coachingpsykologi, Tatiana Bachkirova i en nutidig udlægning beskrevet sindet som bestående af det multiple selv. Hun mener sindet skal ses som udvidet og multipelt, bestående af mini-selver der er dynamiske, funktionelle, uafhængige og som bliver aktiveret eller hæmmet når organismen er involveret i en handling. (Bachkirova, 2011, pp. 17-43). Til trods for hun indleder hendes teori med overskriften *“introducing af multiplicitet”*, så er multipliciteten allerede introduceret af psykoanalytiker Ronald Fairbairn i 1940, i hans teori om *“aktive agenter”* (Ogden, pp. 139-143).

I behandlingsmæssig sammenhæng, må det antages at det ikke er uvæsentligt, hvorledes man finder sindet struktureret og dynamisk. Som vi kommer nærmere ind på senere i opgaven, har psykoanalysen og objektrelationsteorien, været optaget af splitting og det splittede ego. Det splittede ego anses for grobund for patologisk udvikling, og kan medføre et patologisk ego eller dét, som betegnes det falske selv i Donald Winnicotts teori (Kernberg, 1995, pp. 19-84 & Ogden, 1986, pp. 131-166, 203-232). Her vil man i det kliniske arbejde søge at behandle det patologiske falske selv, således at det ægte selv og den sunde normale udvikling kan fremmes.

2.2 Betydning af rummelighed i klinisk arbejde – belyst via Ogden, Stern og Kernberg.

I dette afsnit vil vi lave en uddybende teoretisk belysning af betydningen af rummelighed i klinisk arbejde med udgangspunkt i tre teoretiske tilgange. De tre tilgange er repræsenteret ved henholdsvis Otto Kernberg og hans begreber om splitting og ego identifikation, Thomas Ogden og hans arbejde med at belyse projektiv identifikation, samt Daniel Stern og hans begreber om intersubjektivitet og det nuværende øjeblik.

2.3 Kernberg om ego-identifikation

I dette afsnit gennemgås klientforståelse gennem Kernberg teorier, og hvilken betydning disse har for rummelighed i det kliniske arbejde. Der følger først en kort indplacering af Kernberg, dernæst hans teori om introjektion og identifikation, psykoanalytisk begrebsforvirring, fra introjektion til ego identifikation, psykoanalytisk forståelse af splitting, og splitting i det kliniske arbejde.

2.3.1 Indplacering af Kernberg

For Kernberg er klientforståelse i overvejende grad proportionel med klinikerens rummelighed. Kan man forstå klientens reaktioner, kan man også lettere rumme klienten. Kernberg anser i den forbindelse, objektrelationsteorien som den vigtigste teori i forståelsen af, hvordan mennesket hænger sammen. Dermed også i forhold til at lykkes med behandlingen. Kleins objektrelationsteori bygger på individets relation til objekter, og hvordan indre objekter fungerer som repræsentationer for personer, virkelige eller fantaserede (Fhanér, 1991, pp. 119-120).

I et historisk perspektiv er Kernberg på mange punkter kritisk overfor Kliens teorier, især når det kommer til de depressive og paranoid-skizofrene positioner. Kleins positioner ville man udvikle sig igennem og senere i livet kunne træde ind og ud af, og være mere eller mindre styret af. Kernberg var egopsykologisk inspireret, og lagde mere

vægt på strukturer og stadier i livet, som man kunne sidde mere eller mindre fast i. I Kernbergs meget kritiske tilgang til Kleins teorier, vedkender han sig dog hendes teori om, at projektioner er forsvarsmekanismer, der udspringer i angsten. Projektionerne sker som et forsvar imod den oplevede angst, fx hos spædbarnet eller hos klienten i terapisessionen. Synet på angstens rolle var også der, hvor Kernberg adskilte sig fra Eriksons, som tillagde angst relativ lav væsentlighed (Ewen, 2008, pp. 167f & 191).

Det er dermed i Kernbergs teori vigtigt at forstå, at det klinikerens skal kunne rumme, har et afsæt i det angstfyldte. Forudsætningen for at kunne rumme klienten har, udover på et generelt plan, især betydning for mødet med klienter, der har lidelser af patologisk karakter.

Ifølge Kernberg er der altid et grundlag for angst, som den patologiske udvikling udspringer af. I mødet med klienter, der har, eller udviser tegn på, en borderline-diagnose, vil det ofte være kaotiske projektioner, der møder klinikerens, da netop disse klienters indre verden er splittet og kaotisk. I mødet med narcissistiske personligheder, særligt dem med anti-sociale træk, kan klinikerens egen angst blive brugt i måden hvorpå klienten forsvare sig imod sin egen angst. Klienter med narcissistiske træk, har oftere stærkere sociale kompetencer end de klienter, der har borderline. Derfor vil dette, for klinikerens, kunne opleves som et målrettet forsøg, fra klienten side, på at gøre klinikerens angst. Dette især hvis klienten også har antisociale træk. Derfor stilles der krav til klinikerens om at kunne rumme og forstå sin egen angst, kunne adskille denne fra klientens således, at han kan forstå den angst, klienten sidder med. Forståelsen øger gennem denne bevægelse rummeligheden for klientens angst og smerte (Kernberg, 1975, pp. 227f.).

2.3.2 Introjektion og identifikation

Som det gennemgås senere, anser Ogden introjektion, som den, mere eller mindre fordøjede projektion, man tager tilbage igen. Dette læner sig op ad Stig Fhanérs beskrivelse af den oprindelige forståelse af introjektion, som værende det modsatte af

projektion (Fhanér, 1991, p. 81). Kort fortalt er projektioner, de tanker, følelser og tilstande klienten projekterer over på kliniker. Kernbergs brug af begrebet introjektion er langt mere vidtrækkende, og han tillægger introjektion og identifikation en stor betydning for barnets udvikling, såvel som klientens udvikling i det succesfulde behandlingsforløb. Ifølge Kernberg er introjektion det tidligste og mest primitive niveau i internalisationsprocessen. Den består af tre komponenter: “(i) billedet af et objekt, (ii) billedet af selvet i interaktion med objektet, og (iii) den affektive farvning af både objektbilledet under indflydelse af drivkraftrepræsentanten til stede på tidspunktet for interaktionen.” (Kernberg, pp. 29f). Vi udvikler os altså ifølge Kernberg gennem introjektionen af objekter.

2.3.3 Psykoanalytisk begrebsforvirring

Der hersker en del begrebsforvirring i psykoanalytisk teori omkring begreberne introjektion og identifikation, hvilket Fhanér også har bemærket (Fhanér, p. 81). Psykodynamisk tilgang vil generelt set opfatte introjektion som en “*Forsvarsmekanisme anvendt til at undgå angst i forbindelse med en trussel fra omverdenen ved at indføre denne trussel i personens indre i forsøg på at ophæve eller tilintetgøre den*” (Fhanér, 1991, p. 192).

Denne fortolkning placerer sig ind under Freuds, som beskriver det som barnets tidlige forsvar mod overvældende angst (Kernberg, 1995, p. 35). Kernberg anser ikke kun introjektion som en forsvarsmekanisme, der udspringer af angst. Introjektion finder, ifølge Kernberg, sted i aggressivt drevet mor-barn kontakt, hvor de negative “*dårlige indre objekter*” skabes, som refererer til den angst-undgående introjektion. Men introjektion finder, ifølge Kernberg, også sted i den kærlige mor-barn kontakt, som skaber de “*gode indre objekter*” (Ibid., p. 30). Kernberg ser derfor ikke kun introjektion som en forsvarsmekanisme, men som en funktion, der rodfæster objekter fra den sunde mor-barn kontakt. Kernbergs forståelse passer på den fortolkning, der er lavet af identifikation af Møhl & Simonsen:

“Træk fra andre personer indlemmes i én selv via introjektion (indoptagelse af det ydre, der er uden for én selv). Identifikation gælder især egenskaber, som man gerne vil have. Man kan identificere sig med en anden af beundring eller kærlighed, men også på grund af angst” (Møhl & Simonsen, 2010, p. 153)

2.3.4 Fra introjektion til ego identifikation

Kernberg anså identifikationen som den øgede form for introjektion, der involverer, at barnet er i stand til at forstå rolleaspekterne af interpersonel interaktion. Barnet vil først opleve alle negative introjektioner som værende ikke-mig, hvor kun de positive introjektioner forbindes med mig. Denne splittelse sker i høj grad hos spædbørn, men aftager gradvist indtil treårsalderen som følge af, at egoets autonomi øges (Kernberg, 1995, p. 36). Det vil altså sige, at i takt med at egoet bliver mere og mere fast konstitueret, så er der ikke nye splittelser. De splittelser der er skabt, skaber mere kongruente tanker og følelser, som står i fast relation til hinanden. Denne proces beskriver Kernberg som, at egoet krystalliseres ind i faste strukturer (Ibid., pp. 21f). Splittelserne kan forebygges eller helt undgås, når barnet er i stand til, via identifikation, at forstå rolleaspekterne i den interpersonelle interaktion med de primære omsorgspersoner. Kan identifikationen fastholdes, kan det medføre ego identifikation, som er den højeste form for identifikation i hele barnets internaliseringsproces. Internalisering kan forstås som det overordnede koncept, der indeholder både introjektion, identifikation og ego identifikation (Ibid. pp. 21f. & 76). Kernberg anser internaliseringsprocessen som en integrative proces, der skal kombinere alle typer af introjektioner og identifikationer i ego identiteten, som ekspanderer og soliderer alle strukturerne i egoet. Egoet struktureres og skabes altså gennem sameksistensen, eller manglen på samme, af positive og negative introjektioner (Ibid. p. 41). Dette bliver ifølge Kernberg, klinikerens opgave at hjælpe klienten i det kliniske arbejde med klienten.

Kernberg advarer i starten af terapiforløb med borderline patienter imod at forsøge at opnå ego identifikation. Han mener ikke, det er muligt at skabe sameksistens mellem

positive og negative introjektioner så tidligt i behandlingsforløbet. Det er først senere i behandlingsforløbet, at dette er muligt, og at ego identifikation kan opnås, hvor klienten kan integrere sameksistens af det splittede. I starten af behandlingsforløbet kan splitting være meget udpræget, hvor klienten skiftevis ser klinikerens som kun god, eller kun dårlig. Dette kan klienten gøre, uden at have følelsesmæssig forbindelse mellem disse to tilstande, til trods for perioder hvor klinikerens var blevet anset for noget af det værste tænkelige, og perioder hvor klinikerens er blevet set som værende den vigtigste person for klienten, begge var til stede i erindringen og i bevidstheden. Men klienten kan, ifølge Kernberg, ikke følelsesmæssigt koble disse perioder eller tilstande, og ved forsøg fra klinikerens på at presse klienten til dette for tidligt, kan det medføre intens angst. Kernberg mener med udgangspunkt i ovenstående, at man ikke kun bør se splitting som en defekt i egoet, men også en aktiv meget stærk forsvarsmekanisme. At forsøge at adressere modsatrettede opfattelser, hvor klienten opfatter klinikerens som kun god, eller kun dårlig, bør være et vigtigt fokus i terapien af andre klienttyper (Ibid. pp. 22f).

2.3.5 Psykoanalytisk forståelse af splitting

Vi har valgt at fremhæve og behandle splitting som et emne i denne opgave, da splitting i et psykoanalytisk perspektiv, lettere forsimplet, kan forstås ud fra en afvigelse af en normal udvikling. Det vil dermed sige, at ved at beskæftige sig med splitting, gives der en forståelse af, hvordan mennesker normalt danner objektrelationer, og tillige hvilke konsekvenser en abnormal dannelse af objektrelationer kan have. Det vil sige, at splitting i denne betragtning bliver vigtig at forstå, da det både siger noget om normal og abnormal personlighedsstruktur, og hvordan splitting som forsvarsmekanisme kan udfordre klinikerens evne til at forstå et andet menneske. Splitting i sin udfoldelse i en klinisk kontekst, er en af de, hvis ikke den, mest stressfulde oplevelser en kliniker kan være i. Derfor må en grundig forståelse af, hvad der sker i en sådan situation og hvorfor antages at kunne virke positivt på håndteringen af en sådanne situation (Kernberg, 1995, pp. 19f).

Dette synes også at være et af Kernbergs hovedærinder, når han uddyber splitting som fænomen og endvidere udvider forståelsen ved at tilknytte egne termer hertil. Det er det ud fra et ønske om at skabe en forståelse af, hvad splitting er, da mødet med dette i en terapeutisk kontekst har store implikationer for at være til stede på en empatisk og indlevende måde. Før disse udfordringer eller implikationer berøres, uddybes splitting ud fra Kernbergs psykoanalytiske og objektrelationsteoretiske standpunkt. Freud betegner det som splitting af egoet, og definerer splitting som en livslang sameksistens af to implicitte modsigende positioner, som ikke influerer på hinanden (Kernberg, 1995, pp. 21f).

Kernberg uddyber denne position af forståelse, og ser splitting som en funktion, der anlægges fra spæd, hvor oplevelsesverdenen deles i to. I den ene verden, den gode verden, relateres oplevelser til et glad selv og til en glad anden. I den anden verden relateres oplevelser til et utilfredsstillet selv og til en utilfredsstillende anden. Gradvis gennem normaludviklingen læres det, at både selvet og andre ikke er enten kun gode eller kun onde. Der sker en integration af de gode og dårlige sider sådan, at det er muligt at opleve sig selv og andre som havende flere facetter samtidigt. Hvis denne integration ikke læres, er der risiko for at udvikle et utilstrækkeligt selv. En splittelse af egoet kan føre til psykoser og psykopatologiske tilstande (Kernberg, 1995, pp. 55f).

Som tidligere nævnt, er der især hos klienter med en borderline-personlighedsstruktur, en udpræget brug af splitting som forsvarsmekanisme. Selve forsvaret i denne mekanisme går i sin enkelthed ud på at forsvare det gode objekt (det gode selv, den gode anden) mod det onde objekt (Kernberg, 1975, p. 28). Eksempelvis benytter spædbørn denne mekanisme til at forsvare den "gode" mor, der tilfredsstiller barnets sult, mod den "onde" mor. Mor er her betragtet som værende "ond" når hun fx er ude af syne og barnet er sulten. Personer med borderline personlighedsstrukturer og andre svære personlighedsforstyrrelser, er overrepræsenteret i udøvelsen af denne primitive forsvarsmekanisme (Kernberg, 1994, p. 6). Kernberg betegner i øvrigt denne forsvarsmekanisme som primitiv, grundet dens fremkomst i tidlig udvikling (Kernberg, 1975, p. 69 & Kernberg, 1994, pp. 3-4).

Ego og superego organiseres ift. graden af sammenfatning af enheder til en helhed gennem identifikationssystemet. Dette system inkluderer introjection, identifikation og ego-identitet som en progressiv sekvens i processen med at internalisere objektrelationerne. Denne organisation af identifikationssystemer finder først sted på et simpelt niveau af ego funktionen, hvor primitiv dissociation eller splitting er den afgørende mekanisme for den defensive organisation af egoet. Senere opnås der et mere avanceret niveau af den defensive organisation, hvor repression nu bliver det centrale omdrejningspunkt og afløser dermed splitting, som næste udviklingsmæssige opgave (Kernberg, 1975, pp 69-70).

Splitting kan i et afgrænset perspektiv defineres som den aktive proces, der holder modsigende identifikationssystemer fra hinanden. I et breder perspektiv dækker splitting dog både over en mangel på integration af/i egoet og en aktiv forsvarsmekanisme (Kernberg, 1975, p. 6). Ved splitting af egoet i multiple tilstande, med opdelingen af gode og dårlige oplevelser/objektrelationer som selvstændige entiteter, vil hver af disse ego-tilstande have hver deres sæt overførselsparadigmer. Disse overførselsparadigmer eller overførselsmønstre bliver aktiveret afhængigt af hvilken ego-tilstand, som er fremtrædende i det nuværende øjeblik (Kernberg, 1995, pp. 21f). Dette har implikationer for relationen mellem kliniker og klient, og dermed også for klinikerens rummeligheden.

Borderline patienter udviser en patologisk fixering i det nederste primitive niveau af ego organisationen, hvor splitting og andre relaterede defensive/forsvarsmekanismer er alt dominerende. Vedholdelsen af det primitive niveau af ego-organisationen forstyrrer i sig selv den normale udvikling og integration af identifikationssystemer, og derfor også den normale udvikling af ego og superego (Kernberg, 1975, p. 69).

2.3.6 Splitting i det kliniske arbejde

Det problematiske ift. til det kliniske arbejde er, at den patologiske udvikling af ego-organisationen ender i identitetsdiffusion. Det er med andre ord en fixering i et tidligt stadie i udviklingen, der ligger før, at en integration af gode og dårlige objektrelationer har fundet sted (Kernberg, 1975, p. 69). En sådan identitetsdiffusion kan også beskrives som en meget ringe integration af begreberne om selvet og signifikante andre. Med andre ord, er der en ringe forståelse af sig selv og andre betydningsfulde mennesker. Det er vigtigt som kliniker at forstå dette forhold, for at forstå på hvilket grundlag klienten indgår i relationen i det kliniske arbejde. Og også hvilke forudsætninger klienten har herfor.

I situationer med klienter, der udviser tegn på splitting og identitetsdiffusion, kan det som kliniker være svært at relatere emotionelt og have empati for en klientens opfattelse af sig selv og andre. Rummeligheden sættes her på prøve. På samme måde som klienten har overfladiske ikke-dybe relationer med signifikante andre, bliver beskrivelsen af disse relationer også overleveret så tilpas fladt og ligegyldigt til klinikerens. Derudover er der simpelthen også for store modsigelser i de beskrivelser, klienten giver af sig selv og andre. Disse beskrivelser vil ofte have en karikatur lignende status over sig. Og det er vigtigt i forhold til at kunne rumme klienten, at være opmærksom på, at dette vil kunne foregå i terapien, selvom klinikerens samtidig har øje på de primitive overførsler, der finder sted. Oplevelsen af mangel på en emotionel empatisk fornemmelse for klientens objektrelationer vil der stadig være (Kernberg, 1994, p. 8-9).

En anden udfordring, som er værd at nævne ift. det kliniske møde med splitting, er den svingning, der er mellem forestillinger om objekter som gode eller onde. Dette influerer på interaktionen og relationen med klienten. Klienter, der benytter splitting i deres defensive forsvar, er nærmest desperate for at opretholde en god relationen. Alle personer deles op i gode og dårlige mennesker, og samme person kan blive opdelt i to uafhængige individer, hhv, som værende god og ond (Kernberg, 1975, p. 5). Derefter svinges der i synspunkt ift. personen. Når en sådan klient er i relation med klinikerens,

sættes der gang i alle de tidligere (og nuværende) primitive splittede relationer, som de ikke har kunnet sammensætte. Overvældende aggressivitet eller frustration har interfereret med en normal integration af gode og dårlige oplevelser eller objekt relationer. Det efterlader klienten i en splittet verden og med en udpræget tendens til at gentage de splittede forhold med klinikerens (Kernberg, 1975, p. 29-30, 97).

Tilstedeværelsen af splitting kan især forklare den instabilitet, dvs. manglen på objektkonstans, der opleves hos en klient, idet en klient med en splittet opfattelse af sig selv og andre dermed svinger fra den ene opfattelse til den anden (Aarkrog, 2003, p. 681,). Det kan også medføre intens angst hos klinikerens at adressere dette skiftende syn over for klienten, og være stærkt udfordrende for klinikerens rummelighed (Ogden, 1995, p. 22-23).

Vi har beskrevet ovenfor, hvordan splitting kan være en udfordring for klinikerens. Hertil mangler der måske en sontring over, hvordan det så er muligt at imødegå en klient, der er diagnosticeret med borderline. Det kunne også være en anden personlighedsforstyrrelse, der benytter samme primitive forsvar (splitting). Det, der bliver afgørende i et møde med en klient som beskrevet ovenfor, er først forståelsen for, hvorfor det sker. Dette burde være klarlagt for nuværende i ovenstående. Ved spørgsmålet om hvordan klienten så kan imødegås, peger Kernberg på brugen af en empati, som skal bygges på en udvidet forståelse af klientens modsætningsfyldte forestillinger om dennes eget intrapsyriske liv. Klinikerens skal altså i mødet med klienten udvise empati overfor både delen af det aktive aspekt af selvet, og delen af det aktive aspekt af objektrelationen, sådan som disse udfolder sig i det igangværende øjeblik i terapien (Kernberg, 1994, p. 170). Med en forståelse i hvorfor det forekommer, kan det også hjælpe at forstå det som et splittet barns måde at udtrykke sig på i et socialt samspil, blot med en voksen persons færdigheder for at udtrykke sig (Kernberg, 1994, p. 172 & Kernberg, 1995, pp. 26-27).

En vigtig pointe ift. splitting som forsvarsmekanisme er, hvorledes overførsel og modoverførsel, her skildret i værst tænkelige form, influerer på relationen mellem kliniker og klient. På et kontinuum er overførsel og modoverførsel, som det opleves ved splitting, nærmest som en blitzkrig, der både stresser, forvirrer og udmatter klinikerens. Det er i den forbindelse måske værd at tænke på, at netop den oplevelse, også er en overførsel af den følelse, som klienten har. Ved efterrationalisering kan en sådan opmærksomhed være med til at udbygge empati for klienten. I den situation bliver fortiden og nutiden sammensmeltet til en gensidig transfersituation, der foregår “her og nu”, i øjeblikket (Kernberg, 1994, p. 171).

Der hvor Kernberg synes at udtrykke noget om rummelighed, er ved at henlede opmærksomheden på empatien, som det væsentlige i mødet med klienter med svære problemstillinger som f.eks. borderline. Forståelsen af klienten, øger ifølge Kernberg empatien i det kliniske arbejde. Rummelighed i det kliniske arbejde skal, ifølge Kernberg, i overvejende grad hentes i form af klientforståelse, og kun i mindre grad i form af klinikerens forståelse af egen angst.

2.4 Ogden om projektiv identifikation

I dette afsnit gennemgås rummelighed i det kliniske arbejde, ud fra Ogdens tilgang til klientforståelse, klinikerens selvforståelse og relationen mellem kliniker og klient. Der følger først en indplacering af Ogden i forhold til psykoanalytisk og objektrelationsteori. Herefter følger Ogdens teori om projektiv identifikation samt dens betydning for klinikerens rummelighed.

2.4.1 Indplacering af Ogden

Thomas H. Ogden kan indplaceres i en psykoanalytisk tilgang. Han er primært funderet i objektrelationsteorien, og har særligt gjort sig bemærket for sit bidrag til forståelsen af projektiv identifikation op gennem 80'erne. Et af de primære mål Ogden har i sit fokus på projektiv identifikation er at forbedre klinikerens indsigt i samspillet mellem dem og deres klienter, for således at øge klinikerens rummelighed i mødet med klienten. If.

Ogden er det afgørende for at kunne lykkes med behandlingen, at klinikerens forstår klientens ubevidste fantasi om at komme af med uønskede dele af selvet. Disse dele overføres til klinikerens med ønsket om, at klinikerens identificerer sig med det overførte, og udlever det overførte i et mere modent udtryk. Dette er Ogdens forståelse af, hvad projektiv identifikation er, og væsentligheden for klinikerens i at kunne adskille mig, fra ikke mig, hvilket vil blive uddybet senere.

Forstår klinikerens ikke dette, kan det føre til nedslidning og stilstand hos klinikerens for selv de mest basale anliggender i terapien, som det at tænke, opfange og forstå i mødet med klienten (Ogden, 1982, p. 5f). Ogden indskriver sig samtidig under psykoanalytikerens Wilfred Bions bestemmelse af projektiv identifikation; *som den enkelte mest vigtige form for interaktion mellem patient og kliniker i individuel terapi, såvel som i grupper af alle typer*. Ydermere er progressionen i et terapiforløb, if. Ogden, bundet til det omfang klinikerens tillader sig selv at være åben overfor at modtage patientens projektioner (Ogden, 1982, pp. 25-26 & p. 28). Det understreger, at Ogden med projektiv identifikation forsøger at skabe et bestemt sprog, med hvilket klinikerens kan forstå sig selv og håndtere det, der sker i mødet med klienten. En forståelse som både kan sikre klinikerens i mødet med klientens smerte, men også øge den rummelighed der er nødvendig for, at behandlingen kan lykkes.

2.4.2 Projektiv identifikation

Begrebet om projektiv identifikation udspringer af objektrelationsteorien, som igen er udsprunget af klassisk psykoanalyse. Projektiv identifikation er uadskillelig fra objektrelationsteorien, og det er nødvendigt at forstå denne sammenhæng for at få en idé omkring projektiv identifikation. Objektrelationsteorien er også stærkt forbundet med psykoanalytisk teori, og vi vil derfor lave en gennemgang af forholdet mellem disse teorier, således at kompleksiteten af projektiv identifikation kan indfanges bedst muligt. Vi vil først benævne forholdet mellem psykoanalyse og objektrelationsteori, og dernæst forholdet mellem objektrelationsteori og projektiv identifikation.

2.4.3 Forholdet mellem psykoanalyse og objektrelationsteori

Det skelsættende moment i objektrelationsteoriens historie var i 1914, da Freud i en del af sin drømmeteori, i en sidebemærkning nævnte, at identifikation med ubevidste fantasier omkring objekter, kunne træde i stedet for faktiske relationer. Objekter kan forstås i objektrelationsteorien, som de indre, mere eller mindre forankrede forestillinger, vi har om, hvordan andre er. Det er de forestillinger, der er bestemmende for det lys, vi ser andre mennesker i. Identifikationen kan medføre, at man ikke alene kun vil huske, men delvist emotionelt erstatte, et tabt ydre objekt med et aspekt af ens selv, som er blevet modelleret efter tabet af det eksterne objekt. Her har man noget ydre, et ydre objekt eller en objektrepræsentation, som er med til at holde en indre tilstand i skak. Ved tabet af det ydre objekt skabes der en kløft mellem den kritiske aktivitet i egoet, og egoet der er ændret gennem identifikation. Når det sker splittes egoet, og den tabte ydre relation erstattes af en indre, der af sig selv, efter bedste evne, kan videreføre samspillet. I teorien handler det ikke kun om splitting af egoet, men det udvides også til at være med til at formere superegoet som et led i måden de eksterne relationers funktion rodfæster sig i psyken (Ogden 1986, p. 134). Her bliver det ikke ens eget selv, som er styrende for ens ageren, men en integreret indre skabt kopi af en ydre relation.

“en del af den ydre verden er, i det mindste delvist, blevet forladt som et objekt og er i stedet, ved identifikation, blevet taget ind i egoet og er derfor blevet en integreret del af den indre verden. Dette nye psykologiske agentur bliver ved med, at udføre de funktioner som hidtil blev udført af de mennesker [de forladte objekter] i den ydre verden: det observerer egoet, giver det ordrer, dømmer det og behandler det ved straf, præcis som de forældre hvis plads det har indtaget” (Egen oversættelse, Ogden, 1986. pp. 134-135).

Med Ogdens billede giver det god mening, at man hører om soldater der, til trods for at gruppeførereren er død, stadig agerer, som om de fortsat modtog ordrer udefra. Eller som soldaten, der efter traumatiserende oplevelser under krigen, fortsat lever, som om krigen

stadig stod på. Men ved det Ogden beskriver som ”delvist”, må det også antages, at det ikke nødvendigvis behøver være en afbrudt relation, men at det også blot kan være en ændring i det relationelle ydre. For eksempel kan det ved forældres skilsmisse, eller ved omsorgsperson, der er ramt af stress, være svært at opretholde det samme relationelle ydre i omsorgen af barnet. I stedet for at barnet i sit eget tempo og med tilstrækkelig støtte fra omsorgspersoner, får rum og mulighed til selv at danne sit eget indre ego, bliver det tvunget til direkte at kopiere fra den ydre verden. Barnet bliver med andre ord, tvunget til at fravige sin egen indre dannelsesproces, de er støttet af en omsorgsperson, og sætte en kopi af omsorgspersonens funktion i stedet for.

Melanie Klein mente ikke, at begrebet om de indre objekter blev udfoldet tilstrækkeligt i Freuds psykoanalytiske teori, og videreudviklede objektrelationsteorien til en selvstændig teori. Hun mente, at fantasier omkring indre objekter, altså indre billeder af hvordan den anden er, er primære for vores adfærd og vores måde at indgå i relationer på. Hermed skabtes også et brud i forhold til Freud omkring, hvad der var det primære for menneskets ageren, hvilket Freud mente var de indre konflikter. Dette brud var roden til objektrelationsteorien, og det øgede fokus på de indre, bevidste som ubevidste, objektrepræsentationers betydning for, hvordan vi er relationelt, når vi er sammen med andre (Ogden, 1986, pp. 131f). Det afgørende for hvordan vi agerer i relationen med andre, ligger altså if. Klein og Ogden, mere i hvordan vores indre objektrelationer fremtræder for os, end den ligger i de indre konflikter. I den terapeutiske setting er det dermed også et større fokus på objektrelationer frem for konflikter.

2.4.4 Objektrelationer i barnets tidlige leveår

Konstitutionen sker som udgangspunkt i de tidlige leveår, i mødet med vores primære omsorgspersoner, og herunder i særdeleshed moderen. Objektrelationer anses som de indre objektrepræsentationer. Herfra kan det udledes, at det væsentlige ikke nødvendigvis er, hvordan den anden er, men hvordan han/hun fremtræder for os i vores indre objektrepræsentationer. Det afgørende er dermed, hvordan vi møder andre, med udgangspunkt i vores forestillinger om dem. If. Objektrelationsteorien er det vigtigste,

hvordan der konstitueres indre objektrepræsentationer, som følge af barnets møde med en mangeltilstand, hvor barnets behov ikke bliver dækket. (Ogden, 1986, pp. 131f). De indre objektrepræsentationer kommer i spil i relationen til andre, og herigennem skabes mere faste objektrelationer, det vil sige mere kongruente tanker, følelser og indre forestillinger om, hvad og hvordan den anden er, og hvordan man selv er, og bør agere i forhold til den anden (Ogden, 1982, pp. 1f & 12f, & Ogden 1986, pp. 131f). Klein og Ogden er enige med Freud i, at der dannes objektrepræsentationer i det øjeblik der sker en indre splittelse, sker der altid en korresponderende splittelse med egoet (Ogden, 1982. p. 50). Der er også enighed blandt objektrelations-teoretikere i forståelsen af, at objektrepræsentationer udspringer af mødet med vore primære omsorgspersoner i de første leveår. If. Ogden og Klein er splittelsen af egoet resultatet af, at barnets behov undertrykkes. Barnet vil til en start opdele moderen, eller anden primær omsorgsperson, i to adskilte indre objekter, som tager form som to forskellige personer. Den gode mor, der dækker barnets behov, og den onde mor, som ikke dækker barnets behov (Ibid.). Så i udgangspunktet er der konstitueret to indre objektrepræsentationer, som to modsatrettede forestillinger om omsorgspersonen, der står i særlig ubevidst relation til hinanden. Det vil sige to forskelligrettede relationelle forestillinger, som ikke bevidst kan eksistere samtidigt for barnet. Den grundlæggende antagelse, der gør, at barnet er nødsaget til at lave denne splittelse, er at det onde i barnet ikke skal ødelægge det gode (Sandler 1989, pp. 13f & Jacobsen & Mortensen, 2013, pp. 44f & Ogden 1992, pp. 131f). Det er derfor, if. Winnicott og Ogden, også en nødvendig overlevelsesstrategi, da barnet ikke kan overleve uden "den gode mor" til at dække sine behov og sikre sin overlevelse. Ogden citerer i den sammenhæng også Winnicott og tilføjer, at han i forhold til barnets psyke bør tages bogstaveligt, når han siger, "*there is no such thing as an infant (without the mother)*" (Ogden, p. 210). Derudover peger Ogden på, at identifikationen med objekter i visse tilfælde kan være så grundige, at ens oprindelige fornemmelse af selvet er helt tabt (Ogden, 1986, pp. 132f). Integrationen af den gode og den onde mor, som én og samme mor, er meget væsentlig for vores evne til at bevare vores fornemmelse for vores selv over tid, også kaldet objektkonstans. Det gør os i stand til at se nuancerne i vores selv, og ligeledes i vores selv i det øjeblik, vi møder

andre, som vi skal relatere os til, samt at se nuancerne i deres selv. Sker denne integration ikke, vil det if. Winnicott og Ogden, føre til begrænsninger i måden vi skaber vores indre fantasier omkring vores objektrelationer på (Ibid.). Dette kunne nok bedre forstås som måden vores forestillingsevne omkring, *hvad* og *hvordan* den anden er, påvirkes. Begrænsninger i denne forestillingsevne kan, i større eller mindre grad, anses for at være repræsenteret hos de fleste selv, eller hos mennesker de har mødt, der vil kunne nikke genkendende til at møde tanker eller udsagn som ”alle mænd er sådan”, ”alle kvinder er sådan”, eller ”alle flygtninge er dårlige”.

2.4.5 Forholdet mellem objektrelationsteori og projektiv identifikation

Melanie Klein introducerede for første gang begrebet projektiv identifikation i 1946 som en videreudbygelse af den kleinianske overføringsteori. Det stod nævnt i Kleins ”Notes on some schizoid mechanisms”, og var et led i bedre at forstå og håndtere skizofrene patienter (Ogden 1982, p. 75, & Ogden 1986, pp. 134f & Fhanér 1991, p. 143). Grunden til at projektiv identifikation særligt har hørt sig til behandlingen af skizofrene patienter er, if. Ogden, at det er her, det i særdeleshed, er vigtigt at kunne sikre klinikerens psykiske ligevægt, når de møder dét, han betegner som noget, der føles som en spærreild af kaotisk psykologisk affald, der udstråler fra patienten. Har man ikke denne forståelse, resulterer det if. Ogden også ofte i, at det fører til, at klinikerer helt fejlagtigt kommer til at forkorte terapisessioner, fordi klienten ”ikke kan holde til mere end 30 min”, tilbyder supporterende terapi, eller endnu værre, afslutter terapiforløb (Ogden, 1982, pp. 4-5). Dette må forstås som, at Ogden mener, at der hvor der stilles størst krav til rummeligheden, oftest er i mødet med klienter med skizofreni. Det giver også indirekte et billede af, at hvis behovet for at kategorisere det, der kommer i mødet med klienten, som ”kaotisk psykologisk affald”, så har rummeligheden måske allerede nået sin grænse.

Ogden hævder i 1982, at projektiv identifikation ofte bliver uløseligt forbundet med den Kleinianske teori, hvilket han mener er fejlagtigt. Han mener i stedet, at begrebet ikke har en iboende særlig speciel forbindelse til den Kleinianske metapsykologi eller den

kliniske psykologi (Ogden 1982, p. 76 & Fhanér 1991, p. 143). Til trods for dette, krediterer han Klein som ophavskvinde til begrebet projektiv identifikation i afsnittet *Internal Object Relations*, i hans bog *Matrix of the Mind* fra 1986 (Ogden, 1986, pp. 131-165). Han underbygger også selv forbindelsen til Klein som grundlægger ved at bemærke vigtigheden af perspektivet i arbejdet med patienter med skizofreni, som det er udsprunget af (Ogden, 1982, p. 4), hvilket også er beskrevet af Fhanér (Fhanér, 1991, p. 143). Men dette kan også antages at være et led i dét, som Ogden ønsker at fremhæve som sit primære budskab med projektiv identifikation. Ogden mener ikke, at man skal anse projektiv identifikation som et teoretisk metapsykologisk koncept. Han hævder i stedet, at begrebet eksisterer i rummet for tanker, følelser og adfærd, og ikke i rummet for abstrakte overbevisninger omkring, hvordan sindet fungerer (Ogden 1982, pp. 1 & 75f). Det må derfor antages, at Ogden mener, at projektiv identifikation er et relationelt kontaktfænomen, der overvejende hører til praksis, og endvidere i kontakten mellem mennesker generelt, og ikke et teoretisk abstrakt begreb der ligger uden for praksis. Dette understøtter også det billede, man får af Ogden gennem hans bøger, at han hele tiden forsøger at holde sig så tæt på det anvendelige i praksis som mulig, og samtidig forsøger at bevæge sig væk fra de abstrakte teorier. Man kan sige, at Ogden mener projektiv identifikation skal betragtes som en psykodynamisk holdning, som skal styrke klinikerens rummelighed.

Det må antages, at Ogden med projektiv identifikation forsøger at skabe et øget fokus på det, som klinikerens bringer med ind i terapirummet. Det væsentlige er, at klinikerens får øget mulighed for at forstå, hvordan egne følelser og adfærd, inklusiv fejl, påvirker og reflekterer overføring i mødet med klienten (Ogden, 1982, . pp. 6f). Ogden gør altså vigtigheden af, at klinikerens forstår sine egne intrapsyriske forhold i samspillet med klienten, til det centrale, for at kunne forstå klienten, rumme det svære i mødet og lykkes med behandlingen. Dette har ikke har haft vægt i Freuds teorier, hvor det kun findes kort bemærket i hans advarsel imod, at klinikerens, “udadprojicerer sin personligheds særegenheder” (Sandler, 1994, p. 103 & Fhanér, 1991, p. 110). Objektrelationsteorien har generelt primært været optaget af klientens overføring og

projektion, da denne giver viden om klientens objektrelationer. Her har man sekundært været optaget af modoverføring, som er anset for at være noget man som kliniker, ved egen hjælp eller via supervision skulle undgå, for at terapien ikke mislykkedes. Eksistensberettigelsen af overføring og modoverføring i det kliniske arbejde, er omdiskuteret både i og udenfor den psykodynamiske teori. Overføring, er klientens projektioner over på klinikerens, og modoverføring er klinikerens ubevidste reaktioner på klienten, og klientens projektioner (Fhanér, 1991, pp. 110 & 126-128). Ogden er, med projektiv identifikation, endnu mere optaget af den modoverføring, der er fra klinikerens, og ligeledes det tilbageholdte der kunne være blevet til modoverføring, da identifikation af dette materiale er væsentlig for at forstå klienten og lykkes med behandlingen. Man kan derfor sige, at der har været en bevægelse fra Freuds primære fokus på klienten, til fokus på relationen mellem klient og kliniker i Rogers klientcentrerede teori, og til et fokus der i høj grad ligger på klinikerens evne til at forstå sig selv i Ogdens projektive identifikation (Ogden, 1982 & Sandler, 1989). Her bliver identifikationen af klinikerens udgangspunkt for at rumme projektioner også mere centrale, samt deres betydning for introjektionen. Man kan, ifølge Ogden, forstå introjektionen som de, mere eller mindre, fordøjede projektioner, som klienten i sidste ende tager ind i sit indre. Klinikerens skal med andre ord rumme og relatere sig så meget som muligt til klienten, og derefter forstå sit eget indre efter påvirkningen fra klienten. Ogden nævner det er naturligt, at der er modstand fra klinikere i forhold til hans teori om projektiv identifikation. Dette da det er foruroligende, at forestille sig at opleve følelser og tænke tanker, der er i en vigtig forstand ikke helt er ens egne. Klinikerens manglen på et ordforråd, til at tænke om denne klasse af fænomen er en alvorlig forstyrrelse af klinikerens evne til at forstå, styre og fortolke overføring. (Ogden, 1982, pp. 1f). Rummelighed er ifølge Ogden, også meget et spørgsmål om også at have en terminologisk referenceramme som klinikerens kan bearbejde de projektioner han møder i det kliniske arbejde igennem. Her kan terminologisk referenceramme anses som overvejende en relationel psykodynamisk holdning, og i mindre grad en teoretisk metode.

2.4.6 De tre faser i projektiv identifikation

If. Ogden er det klientens ubevidste fantasi at komme af med de uønskede aspekter i sit selv, og modtage dem igen i en modificeret og håndterbar form. Dette forsøger klienten at gøre ved at placere det hos klinikerens, som via en mere moden bearbejdning af de ønskede aspekter, kan levere det tilbage til klienten i den mere håndterbare form. Det beskriver med andre ord klinikerens evne til at rumme, bære og bearbejde klientens projektioner. Ogden inddeler processen i tre faser, der bør ses som en sammenhængende sekvens af begivenheder.

2.4.6.1 Fase 1

I fase 1 er klientens mål at sikre sig imod, at de indre ubærlige dele eller objektrepræsentationer skal ødelægge selvet. Dette gør klienten ved at søge en, der kan containe eller rumme de ubærlige dele, således at selvet kan holdes intakt. Ogden beskriver det som en primitiv idé, hvor følelser og forestillinger er konkrete objekter med deres eget liv, som, hvis uønskede, kan overgives til den anden (Ogden, 1982. pp. 11-14). Projektiv identifikation har altså, if. Ogden, udgangspunkt i et element af samme indre perspektiv som objektrelationsteorien, hvor udgangspunktet er, at repræsentationen af den onde mor ikke skal overtage den gode mor. I terapien er det de ting, klienten ikke kan rumme, de ødelæggende dele for selvet, som skal rummes via projektiv identifikation af klinikerens. Det kan altså fx være de følelser, som en seksuelt misbrukt klient ikke har kunnet rumme, både på tidspunktet for hændelsen og efterfølgende, som klinikerens presses til at kunne rumme.

Ydermere gør Ogden også teorierne fra skizofrene patienter mere alment gældende, når fase 1, som er udgangspunktet for den projektive identifikation, sker under forudsætning af idéen om, at følelser og forestillinger har deres eget liv. Dette er det, der antages at kan forårsage, at ting kan indtage karakter af menneskelige personligheder, der kan tale og endda beordre skizofrene patienter til bestemt handlen. Man kan også relatere denne

fase til Freuds grundlæggende antagelse om, at al menneskelig handlen sker med afsæt i det grundlæggende behov for at opnå nydelse og undgå smerte (Freud, 1927).

2.4.6.2 Fase 2

I fase 2 er målet for klienten at presse klinikerens til både at handle, men også at opleve sig selv kongruent med den ubevidste projektive fantasi. Her er der if. Ogden, ikke længere tale om en fantasi, men et helt reelt større interaktionelt samspil mellem klienten og klinikerens. For at klienten kan lykkes med at udleve dette, kræver det, at klienten oplever, at den projektive fantasi bliver verificeret i klinikerens interaktionelle del af samspillet. Dette kan kun ske, såfremt klinikerens enten har, eller kan indtage, karakteristika af de projekterede dele af selvet, og at klienten samtidig har kontrol over klinikerens i det interaktionelle samspil. Her beskriver han eksemplet med en klient, der oplevede en lindring, når han lykkedes med at gøre klinikerens anspændt eller få ham til at vise tegn på vrede (Ibid. pp. 13-17). Det skaber altså en indre lindring af vores selv, når det lykkes én at overføre ens eget indre uønskede materiale og få andre til at udleve det eller handle i overensstemmelse med det. Det kan også antages at være det velkendte i det, hvor man lykkes med at skabe en form for genklang af ens selv i sine omgivelser.

Jeg oplevede selv engang, i jobbet som mentor, en kvinde, hvis far havde slået hende gentagne gange op gennem hendes barndom. Hun kendte kun til kæresterelationer med mænd, der også slog hende, og som også tidligere havde slået de kærester, som de havde været i forhold med. Det tankevækkende var, at da hun så mødte en fyr, som aldrig havde slået sine kærester før, endte han med at slå hende. Eftersom hun oplevede en indre lindring, når hun blev slået, kan det tænkes, at hun har fået sine kærester til at leve i overensstemmelse med hendes indre fantasier. Vi kan selvfølgelig ikke vide os sikre på, om han talte sandt, når han sagde, han ikke havde slået før. Vi kan heller ikke bygge endegyldige sandheder ud fra anekdoter. Men alligevel kan det sige noget om, at vi måske eksisterer gennem vores *selv*, og at vores selv møder genklang i vores omgivelser, som Ogden citerer det i hans udlægning af Winnicotts potentielle rum

(Ogden, 1986, pp. 203-232). Når Ogden snakker om, at klinikerens kan indtage karakteristika af det projekterede, må det antages, at disse karakteristika kan være vidtrækkende. Han beskriver via Winnicotts potentielle rum, at klienten kan opleve, at klinikerens ikke blot er ligesom klientens mor, men at klinikerens er klientens mor i klientens oplevelse af den anden (Ibid. pp. 216-217). Det er desuden ikke angivet noget om klinikerens skal være en kvinde, for at kunne blive tildelt denne rolle med dertilhørende karakteristika. Denne forståelse leder hen til tredje fase.

2.4.6.3 Fase 3

Fase 3 bygger på den præmis, at klinikerens kommer til at opleve sig selv i lyset af det projekterede, og hvilken betydning dette har for klinikerens, og ikke mindst klinikerens evne til at rumme klienten. klinikerens oplever ikke det projicerede identisk med klienten, men oplever det ud fra sit eget sæt af følelser. Herigennem opstår en blanding af det projekterede, der indeholder klientens historie og indre objektrepræsentationer, og klinikerens egen historie og indre objektrepræsentationer. Dette sker, if. Ogden, både på godt og ondt. Godt, fordi det kan bane vejen for positiv forandring i tilfældet af, at klinikerens på mere modent vis kan rumme og håndtere det projekterede, og derved give det tilbage til klienten i en mere håndterbar form. Dårligt, fordi det også kan skabe det modsatte, hvis klinikerens ikke håndterer det mere modent, og kommer til at handle i overensstemmelse med fantasien (Ogden 1982, pp. 17-20). Her må det antages, at det vil kun vil skabe umiddelbar lindring, når klienten lykkes med at få klinikerens til at udvise tegn på vrede, eller når kvinden med den voldelige far oplever kæresten handler i overensstemmelse med det tidligere oplevede. Ogden nævner, at forandringen først sker, når klienten oplever, at det er muligt at leve med de projekterede følelser, tanker og repræsentationer uden at skade selvet (Ibid.).

2.4.7 Projektiv identifikation – en eksemplificering

Objektrelationsteorien lider under dét, at den er svær at forstå til fulde, med mindre man selv oplever den igennem praksis. Dette oplevede vi selv, og hørte det også fra vores medstuderende, at de havde oplevet. Da vi havde læst teorien og fået det gennemgået til

forelæsning, men endnu ikke havde været ude i praktikken og opleve det i mødet med klienterne, var det utrolig uhåndgribeligt. Sandler påstår endda, at projektiv identifikation kun er forståelig for dem, der selv er kleinanere, det vil sige dem, som har et teoretisk ståsted i Kleins teori og som anvender det i praksis (Sandler, 1989, p. 14). Da det er svært at forstå teoretisk, vil vi forsøge med et mere alment gældende tænkt eksempel. Især i lyset af, at det ifølge Ogden, ikke kun er noget, der sker for klinikerens i mødet med klienten, men også mellem mennesker generelt. Eksemplet er et møde mellem person A og person B, hvor begge får et behov for projektiv identifikation.

A har været udsat for fysisk vold i barndommen, og har som følge af dette oplevet meget angst. Som voksen er han blevet bandemedlem, fået mange tatoveringer og brugt vægtløftning til at få en muskuløs bygning. A oplever sig ofte set ned på, som vækker hans angst, især i mødet med folk uden for bandemiljøet. B har haft en god, sund og kærlig barndom, hvor hun ikke har oplevet angst i patologisk forstand. B kommer gående på gaden og får øjenkontakt med A og oplever, at hun bliver utrolig angst. A ser ikke vred ud, eller på nogen anden måde gør antritis til at ville gøre B noget. Man kunne her stille sig selv spørgsmålet, hvem tilhører angsten? A er, i kraft af at hun er menneske, udstyret med de funktioner, som gør hende i stand til at føle angst. B har igennem hele opvæksten, og senere i voksenlivet som bandemedlem, en lang række møder med situationer, der har vækket hans angst. Hans mulighed, som han ubevidst benytter sig af, for at håndtere angsten, er at vække angst hos dem han møder, og få dem til at identificere sig med angsten. Igennem at han lykkes med at få andre til at føle sig angste, så genvinder han kontrollen over sit eget selv, og lindrer derigennem sin egen indre angst. Han projicerer derved sin egen angst over på B, som får vækket angsten i hendes eget system. Her lykkes han med sin ubevidste fantasi om at slippe af med uhåndterbare dele af sit eget selv, og få den anden til at agere i overensstemmelse med det projicerede. Skal der opnås projektiv identifikation i dette tilfælde, vil det kræve, at B opdager, at det ikke er hendes egen angst, men blot hendes systems evne til at mærke angst der er blevet vækket. Dernæst vil det kræve, at hun har en tillidsfuld relation, der er stærk nok til, at hun kan aflevere det projicerede tilbage til A i en

fordøjet form. Den fordøjede form, vil være anerkendelsen af angsten hos A, således at A bliver mødt i det angstfyldte i sig selv, og derved kan introjektare en ny erfaring i mødet med angst. Det vil sige, at der skabes en ny subjektiv oplevelse, her ift. mødet med angst, der bruges som udgangspunkt for fremtidige oplevelser af samme karakter.

2.4.8 Projektiv identifikation og rummelighed

Ifølge Ogden, er terapiens essens klinikerens evne til at modtage klientens projektioner, udnytte facetterne af sit eget mere modne personlighedssystem til at processere projektionen, og igennem den terapeutiske interaktion at stille den fordøjede projektion til rådighed for reinternalisering hos klienten (Ibid. pp. 20f & 40f). Det må altså antages, at klinikerens skal være i stand til at kunne rumme, være med og bearbejde de tanker og følelser, der opstår i mødet med klienten i sig selv, for at det kan skabe varig positiv forandring hos klienten. Kan klinikerens ikke rumme det, vil det ikke blive processeret på en mere moden måde end klienten, og kan derfor ikke gives tilbage i en fordøjet og mere håndterbar form for klienten. Det må også antages at være her, at risikoen for den dysfunktionelle behandling kan indtræde, hvor sessioner bliver afkortet eller afbrudt. Hvor klinikerens basale terapeutiske færdigheder kan nedbrydes, hvis klinikerens ikke er i stand til at rumme det smertefulde eller ikke forstå det projekterede og ubevidst begynder at opleve sig selv i overensstemmelse med det projekterede.

Dette beskriver Ogden med eksemplet om klinikerens, der mister troen på sig selv og sine evner til at lykkedes med behandlingen. Dette kan ske i mødet med klienten, der har erfaring med en mor, der enten ikke ville ham, eller ikke havde troen på, at han kunne lykkes. Dette kan blive projekteret således, at klinikerens mister lysten til mødet med klienten eller mister troen på, at han kan lykkes i behandlingen af klienten (Ogden 1982, pp. 39f). Man kan også blive fanget i det modsatte, hvor man får det, Ogden beskriver som den patient, man ønsker noget særligt for. Her er risikoen, at man bliver for overinvolveret i sit ønske om, at patienten skal lykkes, hvilket ikke er gavnligt for terapiforløbet. Klienten kan komme til at søge for meget efter at efterleve klinikerens ønske og det at tilfredsstille klinikerens, og bliver derved for afhængig af klinikerens

(Ibid. pp. 33-34). Dette må også antages at kunne medføre et fravær af at søge efter den indre styring for klienten, som jo er det, der i sidste ende gør klienten i stand til at leve selvstændigt videre i sit liv uden klinikerens.

Klinikerens rummelighed i mødet med klienten kan hos Ogden forstås som noget der, ikke kun foregår her og nu i mødet med klienten. Det er derimod en forudsætning for Ogden, at det også sker over tid, såfremt at behandlingen skal lykkes. Her kan det både være i det nuværende øjeblik i terapien, at det kan være svært at rumme det, der opstår i mødet med klienten, men også det gentagne pres klinikerens er udsat for over tid i mødet med klienten. Her læner han sig i særdeleshed op ad Bions begreb om containment og understreger, at det er vigtigt også at kunne modtage klientens projektion, og blot gøre ingenting. Her er det væsentligt, at klinikerens i noget tid, ikke fortolker eller intervenserer på baggrund af sine opståede følelser i mødet med klienten. Følelserne skal rummes indtil klinikerens har fordøjet det, og til tiden er moden i det terapeutiske forløb, til at klienten er klar til at modtage det igen i bearbejdet form (Ogden 1982, pp. 30 & 50f). Dette tager, både for Ogden og Bion, udgangspunkt i forståelsen af måden, spædbarnet udvikler sig. Projektiv identifikation skal gøre det muligt for spædbarnet at undersøge sine egne følelser i en personlighed, der er stærk nok til at kunne rumme dem. Udviklingen sker optimalt ved, at barnet får tilstrækkelig mulighed for at undersøge disse følelser via moderen, og det kan derved antages, at klienten if. Ogden først er rummet til fulde, når alle deres følelser kan rummes, og er blevet givet tilbage i den rette fordøjede form (Ibid. pp. 26f).

2.5 Sterns nuværende øjeblik

Psykoanalytiker Daniel Stern bidrager til en temasætning af betydning af rummelighed ud fra to begreber: Intersubjektivitet og det nuværende øjeblik. I det følgende gennemgås og uddybes disse to begreber, samt deres implikationer for relationen og rummeligheden mellem kliniker og klient. Disse begreber er hhv. intersubjektivitet, herunder intersubjektiv matrix, envejs og tovejs intersubjektivitet, intersubjektiv

bevidsthed og intersubjektiv orientering, spejlneuroner, nuet og det nuværende øjeblik samt dets faser. Der indledes med en introduktion til Stern.

2.5.1 Indplacering af Stern

Stern beskriver og teoretiserer en tilgang til psykoanalyse og psykoterapi, der gør op med et for snævert fokus på eksplicitering af det ubevidste i klinisk arbejde. Sterns bidrag skal dog ikke forstås som en forkastelse af hidtidige teoribygninger, men mere som et supplement. Fremkaldelse af ubevidste tanker og synliggørelse af forsvarsmekanismer skal stadig ses som værende givtige og værdifulde i klinisk arbejde, på samme måde som en verbal eksplicit redegørelse også er nødvendig for at skabe en psykodynamisk forståelse (Stern, 2004, p. 236). Det Stern taler for, er mere et øget fokus på de små øjeblikshændelser, der udgør oplevelsesverdenen og deles mellem to mennesker. Helt konkret omtaler han det som et fokus på ”det nuværende øjeblik”, som kan siges at være meget overførbart til det man kan forbinde med en klinikers rummelighed.

Stern finder til sin teori om det nuværende øjeblik, betydelige bidrag fra egne tidligere teorier om og beskrivelser af relationen mellem mor og spædbarn, herunder spædbarnets interpersonelle univers. Det er det intersubjektive rum, der opstår mellem mor og barn, og som senere følger alle relationer. Intersubjektiviteten bliver et grundlæggende motiv hos mennesker og dermed en vital del af det relationelle forhold mellem mennesker. Dermed fungerer intersubjektivitet som kontekst for det nuværende øjeblik (Stern, 2004, p. 229).

Ud over at denne tilgang ifølge Stern, har store fordele ift. at skabe en bevægelse i klienten, som leder mod forandring, har det også fordelagtige implikationer for klinikerens. Som det vil blive berørt i dette afsnit, kan dette fokus have en angstdæmpende effekt hos klinikerens og skaber derfor en bedre mulighed for at være til stede for klienten i nuet. Endvidere giver Sterns fokus på det nuværende øjeblik mulighed for større sensibilitet hos klinikerens overfor klienten (Stern, 2004, p. 232).

2.5.2 Om intersubjektivitet

Det udvidede fokus på intersubjektiviteten har betydning på især to vigtige områder. Det giver for det første mulighed for et skifte i opfattelsen af klinikerens rolle, og for det andet et skifte i opfattelsen af rammerne for, hvor et menneskes oplevelse kan siges at blive formet (Judith Blackstone, 2007, p. 18-20). Det første forhold omhandler, hvorledes det intersubjektive fokus ikke opfatter klinikerens som en autoritativ fortolker eller en empatisk lytter, men fuldt ud anerkender, at klinikerens egen psykologiske personlighed og væren også former terapiens forløb. Det andet forhold omhandler, hvordan et hvert øjeblik af en persons oplevelse er formet inden for rammerne af interaktionen mellem selv og en anden. Altså mellem to personer.

Intersubjektivitet vil i denne opgave blive beskrevet ud fra Sterns teoretiske beskrivelse heraf. Man kan godt tillade sig at sige, at Stern fornyer eller reviderer de ældre psykoanalytiske teorier med spædbarnsforskning, udviklingspsykologi, neuropsykologisk videnskab og kognitiv psykologi. Overordnet disse er igen det fænomenologiske perspektiv, med især den medfødte rettedhed mod andre (Stern, 2004, p. 92, og Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 122).

De nuværende øjeblikke som både Stern og denne opgave beskæftiger sig med, og som relationelt er mest interessante, er de øjeblikke, der opstår, når to mennesker etablerer den særlige mentale intersubjektiv kontakt. Kontakten indebærer, at vi gensidigt trænger ind i hinandens mentale tilstande. Stern benytter begrebet at gå rundt i det samme mentale landskab (Stern, 2004, p. 91.). Det er her forandringer skabes, både i hverdagen og ikke mindst terapeutisk. Denne intersubjektivitet bliver altså konteksten, hvori det nuværende øjeblik opleves og finder sted. I kraft af sin rolle som kontekst for det nuværende øjeblik, bliver intersubjektivitet interessant at behandle.

Intersubjektiviteten forsøger Stern både at henlede opmærksomheden på, og til dels sætte overfor intrasubjektivitet. Hvor der i intersubjektiviteten er fokus på reaktioner på oplevelsen mellem to eller flere individer, er der modsat i den intrasubjektive kun

opmærksomhed på det, som gælder for det enkelte individ. Intersubjektiviteten indskrives Stern som værende en primær motivationsfaktor på samme måde som drift og tilknytning. Mere præcist kan det beskrives, at det er udvidelsen af det intersubjektive felt, han betegner som en primær motivation, der tillige er medfødt og universel. Det er en frivilligt tilstræbt deling af oplevelser af hændelser og ting. Det er netop dette, der gør begrebet interessant i vores optik, da dette ønske om intersubjektivitet, både rummer ønsket om at blive forstået og samtidig forstå den anden. Det er dermed også rummeligheden af den anden, den andens oplevelser, og min viden om den andens oplevelse af mig (Stern, 2004, pp. 113-124 & Stern 2000, p. 176). Det er, at begge parter ved, at du ved, at jeg ved. Denne sidste lidt snørklede sætning vil blive grundigere beskrevet senere. Det er også værd, som kliniker, at være opmærksom på, at de intersubjektive relationer mennesker ivrigt søger, skifter gennem livet. Fx bliver ønsket om intersubjektiv relatering med forældre skiftet ud med kammerater i teenagealderen. Vigtigst er det at bemærke, at ønsket om at opnå intersubjektiv relatering, søges hos en kliniker, når klienten lider psykisk, og kan til tider have stor betydning for klientens overlevelse (Stern, 2004, p. 117).

Intersubjektiviteten bliver i Sterns udlægning også interessant i forhold til opgaven, da intersubjektiviteten underbygges med underliggende begreber, der er af stor betydning for netop rummelighed. Det er den intersubjektive matrix, der beskriver det dynamiske felt, hvor intersubjektivitet tager plads, og spørgsmålet om envejs og tovejs intersubjektivitet forholder sig umiddelbart til, om man nu også føler sig forstået. Også behandlingen af spørgsmålet vedr. spejlneuronerne, der inddrager den neuropsykologiske videnskab, understreger vigtigheden af netop spejling for relationen i terapeutisk øjemed. Emnet omhandlende den intersubjektive orientering peger direkte ind i det felt, der handler om klinikerens angst for at miste forbindelsen til klienten i det terapeutiske møde. Herunder også det kontinuerlige arbejde det er at orientere sig mod klienten (Stern, 2004, pp. 113-124 & Stern, 2000, p. 176).

2.5.3 Den intersubjektive matrix

Med begrundelse i observationer af spædbørns udvikling ift. at indgå i relation med andre, opstiller Stern indtræden i den intersubjektive matrix som en betingelse for menneskelighed (Stern, 2004, p. 110). Spædbarnet indtræder fra fødslen i en intersubjektiv matrix, hvor nye evner og nye oplevelser gennem spædbarnets præverbale udvikling tilføjes og indgår i den intersubjektive matrix. Når vi mellem syvende og niende levemåned opdager, at vi har psyke, og andre mennesker ligeså, kommer vi til en betydningsfuld erkendelse af, at indre subjektive oplevelser, bevidsthedens „genstand“, potentielt kan deles med andre (Stern, 2000, p. 172). Når barnet danner sprog, trækkes helt nye oplevelsesområder med ind i matrixen. Dette er bl.a. de moralske emotioner som skam, skyld og flovhed. Disse kan nu opleves hos sig selv, og vigtigt, hos andre (Stern, 2004, p. 106).

Vi er, ifølge Stern, og som før antydnet, konstrueret til at blive forstået af andre, endda helt ned på nervebaneniveau. Dette giver os evnen til at opleve det, der foregår for en anden, som om det foregik for os selv. Vi genkender andre mennesker, ikke som objekter, men som entiteter, der er lignende os selv. Som de sociale dyr vi er, opsøger vi de oplevelser hos andre, vi kan genklinge med. I denne forstand kan den anden eller de andre både være levende, som forestillede (Stern, 2004, p. 92). Stern finder belæg for det åbne sind i forskning af spædbørn, der ser børn bliver født med et særligt afstemt sind overfor andre. Specielt fra fire måneders-alderen bliver de mere interesserede i andres ageren, der på samme tid er stærkt lignende deres egen adfærd. De bliver her selv normen ift. til andres adfærdstiming (Ibid, p. 100). Det gør os i stand til at have en alterocentrisk deltagelse. Dette er et begreb Stern låner fra psykolog Stein Bråten, som netop beskriver en medfødt evne til at deltage i den andens oplevelse. I denne deltagelse bliver den anden centrum for ens eget perspektiv og orienteringsrum. Dette sker ofte uden for opmærksomhedsfokus hos den pågældende (Ibid. p. 250). Samtidig må det bemærkes, at den parathed vi fødes med og udvikler til at møde et menneskeligt sind, også gælder for et møde eller relation med virtuelle andre eller en virtuel anden (Møhl

& Jørgensen, in Simonsen & Möhl, 2010, p. 63). En virtuel anden kan forstås som 1) aspekter af selvet, der ikke umiddelbart oplever og derfor kan fungere som den anden, eller 2) en man kan forestille sig og fantasere om, som et vidne eller deltager. Ift. sidstnævnte situation bliver den reflektive bevidsthed dermed social på anden hånd (Stern, 2004, p. 141).

Den virtuelle anden er ikke interessant ift. vores fokus på intersubjektiviteten. Vi fastholder et fokus hvor intersubjektivitet, i henhold til Stern, skabes af to sind, samtidig med at de to sind formes af intersubjektiviteten. Dermed opstår der en intersubjektiv verden, hvor vores sind således ikke længere blot er vores eget uafhængige isolerede sind. Subjektiviteten deles på dette plan med andre, og vi er ikke alene bestemmende eller herskende over den (Stern, 2004, p. 93). Der er dog stadig en tydelig grænse mellem selv og andre, ellers ville dette naturligvis medføre en sammensmeltning med den anden, hvilket igen ikke ville medføre en udvidelse af den intersubjektive verden. Og man kan godt forestille sig, at hvis vi befinder os såvel i, hvad Stern betegner den intersubjektive matrix, så burde vi hele tiden blive indfanget og viklet ind i andres nervesystemer, resonere med dem og være helt igennem påvirket af andres oplevelser. For at dette ikke umiddelbart sker, indføres der 3 blokerende faktorer eller systemer. Et system har med udvælgelse at gøre, således at den anden inddrages og udelukkes ift. en opmærksomhedskontrol. Et andet system arbejder på spejlneuronniveau. Her må der være en mekanisme, der sørger for, at spejlingen ikke går så vidt, at tilsvarende motoriske neuroner aktiveres, da der i så fald ville finde en art imitation sted. Det ville med andre ord være et tab af kontrol. Slutteligt må der være et tredje system af bremses, der sørger for den rette dosis af resonans. Det er her, der afgøres i hvilken, der anlægges empati eller sympati med den andens oplevelse eller følelser. En defekt i dette sidste system kan ifølge Stern tænkes at være årsag til, at bl.a. narcissister og antisociale-personligheder har manglende evne til at anlægge andres synspunkter (Ibid, pp. 96-97).

Men andres intentioner og følelser opløser til dels, hvad der oprindeligt er vores, og hvad der er andres. De to sind der nævnes tidligere, skabes således også af intersubjektiviteten, og det er her, Stern ser en forskydning fra det intrapsyiske til det intersubjektive. Det er altså bl.a. ud fra dette ræsonnement, intersubjektiviteten fremhæves på bekostning af det intrapsyiske (Stern, 2004, p. 93). Denne sammensmeltning af to sind eller intrapsyiske verdener til et intersubjektivt felt sker i, hvad Stern betegner den intersubjektive matrix. Dette kan forstås som betegnelsen for den proces, hvor vores mentale liv skabes. Det er en fælles dialog mellem to (eller flere) sind (Ibid pp. 110-112).

2.5.4 Spejlneuroner

Et neuropsykologisk-videnskabeligt begreb, som Stern finder relevant for underbygning af det intersubjektive fænomen, er spejlneuroner. De er ganske givet mulighedsdannende for aflæsning af andres sindstilstande, deres intentioner, oplevelse af andres oplevelser, empati for blot at nævne nogle. Spejlneuroner er i den henseende vigtige for etablering af intersubjektiv kontakt (Stern, 2004, p. 94). Samtidig er det vist, at spejlneuroner påvirker de motoriske neuroner. Det vil sige, at ved observation af en given handling hos en anden, vil de tilsvarende motoriske neuroner blive aktiveret hos den observerende part. Der sker en udveksling af visuelle informationer, som omsættes til aktivering af det neurale netværk. Det sætter den modtagende i stand til at opfatte situationen, som om denne selv udførte handlingen, og skaber en form for deltagelse i den andens mentale tilstand. Dette medfører igen en følelse af at have forstået den anden og ikke mindst at have taget del i dennes tilstand. I denne forbindelse vil Stern mene, at netop spejlneuronerne evner at få neuronerne til at resonere, således at der åbnes op for emotionel smitte, empati, sympati og ikke mindst intersubjektivitet (Ibid. p. 95).

Stern udbreder spejlneuronerne resonanspåvirkning og system generelt til at være særligt sensitiv for muligheden for at aflæse, forstå og fortolke formålet med en given handling, som den ses hos en anden. Hjernen påvirkes i intentionscentret, hvis den

observerede handling synes at have et kendt formål i forhold til konteksten (Stern, 2004 p. 95). Dette muliggør en synkron bevægelse med et andet menneske, hvor man kan deltage i et aspekt af den anden oplevelse. Det kan i tillæg også nævnes, at der indenfor normalområdet vil være forholdsvis store variationer ift. visse former intersubjektivitet. (Ibid. p. 98).

2.5.5 Intersubjektiv orientering

Det er, med Sterns ord, vigtigt for klinikerens at orientere sig intersubjektivt. Det vil sige, at der for klinikerens sker en afsøgning i forhold til relationens karakter, hensigten med den og vished om, hvilket mål kliniker og klient er på vej hen imod. Det er en proces, der for klinikerens stort set aldrig ophører, og som kan medføre en slags intersubjektiv angst ved tab af denne orientering. Den intersubjektive orientering kan sammenlignes med orientering i et fysisk rum. Det at miste orienteringen i et rum, vil naturligvis også medføre angst i mere eller mindre grad. Et sådant tab af orientering, der dermed giver følelsen af en form for angst eller ængstelse hos klinikerens, må kunne antages at påvirke relationen negativt. Dels skal klinikerens bruge kognitive ressourcer på at genfinde orienteringen, og dels vil klienten givetvis opleve ikke at blive fulgt. Altså vil der ikke være en tilpas koordinering mellem kliniker og klient, som igen kan få klienten til ikke at føle sig set, hørt eller forstået (Stern, 2004, p. 252).

Det kan også tilføjes, at klienten i en terapeutisk kontekst, jvf. tidligere afsnit om intersubjektivitet, sidder med et ønske om at udvide det intersubjektive rum med klinikerens. Hvis klienten mærker, og det vil klienten, at klinikerens har mistet orienteringen, vil denne søge tilbage til et tidligere sted i relationen, altså hvad man kan betragte for en regression i forholdet. Det må hertil antages, at dette samtidig betyder, at klienten ikke føler sig rummet og måske en smule distanceret fra klinikerens. En kliniker med en mistet orienteringssans, vil heller ikke være i stand til at spejle klienten, da der ikke sker en resonanspåvirkning, så længe klinikerens og klient er ude af synkronisering (Stern 2004, pp. 143-144).

2.5.6 En-vejs og to-vejs intersubjektivitet

Ovenstående gennemgang har indtil videre givet et billede af det Stern betegner en-vejs intersubjektivitet. Det bevæger sig på det plan, hvor ”jeg ved, hvad du føler”. Envejs-intersubjektiviteten er afgørende for, hvorvidt der kan opnås to-vejs intersubjektivitet, hvilket Stern også betegner fuldstændig subjektivitet (Stern, 2004, p. 97). Sterns betegnelse af to-vejs intersubjektivitet omhandler ”jeg ved, at du ved, at jeg ved, hvad jeg føler”. Netop denne addering til sætningen ”jeg ved, hvad du føler”, kan, i en klinisk kontekst, oversættes til, at klinikerens ved, hvordan dennes oplevelse af klienten opleves hos klienten selv. På samme måde gælder det for klienten, at denne ved, hvordan klinikerens oplever hans eller hendes oplevelse. Og netop dette, kan i forståelsen af denne tilgang, ses som værende af afgørende karakter for rummelighed. I hvert fald hvis vi antager, at rummelighed for så vidt først er fuldgældigt, når klienten føler sig rummet. Det skal også nævnes, at en skarp opdeling mellem en-vejs og to-vejs intersubjektivitet i en kliniske kontekst, vil opleves mere som en skala . Det vil være utopi at tro, at man som kliniker altid vil kunne opretholde to-vejs intersubjektivitet (Stern, 2004, p. 105).

To-vejs intersubjektiviteten bliver med Sterns ord som en pardans, hvor vi gennem aflæsning af den andens motiv og intention, kan bevæge os synkront og i overensstemmelse med den anden parts og dennes aflæsning af ens eget motiv og intention. Intersubjektiviteten, eller de intersubjektive møder, kan i denne forbindelse, i en terapeutisk kontekst, ses som en evne til at vise rummelighed overfor en klient på en sådan måde, at der opstår resonans eller symmetri mellem de to sind (Stern, 2004, pp. 93-96).

2.5.7 Det nuværende øjeblik

Hidtil i afsnittet har vi beskrevet den intersubjektive relation. Intersubjektivitet er som nævnt den kontekst hvori de nuværende øjeblikke, vi finder mest interessante, finder sted. Ved at gå et skridt dybere i denne beskrivelse, ses det, hvordan de intersubjektive

møder mellem to mennesker er bygget op af et eller flere nuværende øjeblikke. Den intersubjektive matrix forbliver den definerende kontekst, hvori al terapeutisk arbejde foretages ud fra, og de nuværende øjeblikke bliver afgørende procesenheder for skabelsen af de fælles intersubjektive møder (Stern, 2004, pp. 110-111).

Det nuværende øjebliks begrebsliggørelse synes at hæve abstraktionsniveauet. Sterns korte beskrivelse af dette øjeblik hjælper dog inden en uddybende gennemgang. Her gives det, at et nuværende øjeblik er den gestalt, altså den mindste enhed, der har betydning eller giver mening i forbindelse med en relation. Både psykoterapi og nære menneskelige relationer kan på et mikroniveau betragtes som bestående af øjeblikke, der optager det subjektive nu. Det subjektive nu er i den forstand det nuværende øjeblik (Stern, 2004, p. 149). Tidsligt varer et sådant øjeblik i gennemsnit 3-4 sekunder. Stern sætter en tidsgrænse på minimalt 1 sekund og maksimalt 10 sekunder. Det er, hvad der subjektivt opleves som nu. Dermed er der også en bevægelse i den terapeutiske proces fra øjeblik til øjeblik, hvor relationen mellem kliniker og klient forhandles løbende på et ikke-sprogligt niveau (Ibid. p. 253).

2.5.8 Nuet og det nuværende øjeblik

Psykodynamiske teorier, påstår Stern, er baseret på idéen om, at fortiden spiller en vægtig rolle ift. terapeutiske forandringer i nutiden. Stern argumenterer dog for, at vi subjektivt kun er levende og bevidste nu, og at det er i nuet, at vores relationer og mulige terapeutiske vindinger har bedste betingelser. Det nuværende øjeblik er vores primære subjektive bevidsthed og virkelighed. Det er her og nu vi lever vores liv, og på samme måde er det i nuet, at terapeutisk arbejde har størst chance for at frembringe forandring (Stern 2004, p. 23). Stern sætter den subjektive nu-oplevelse i forhold til et fænomenologisk perspektiv. Det er dermed et spørgsmål om, hvordan tingene optræder for bevidstheden, når de er i sindet. Det fænomenale nu bliver det mentale landskab, vi befinder os i, i det øjeblik en oplevelse finder sted (Ibid. p. 28).

Som nævnt ovenfor, angives et nuværende øjeblik til at forløbe over 1-10 sekunder, med et gennemsnit på 3-4 sekunder. Denne tidsramme er naturligvis ikke sat uden grund. For at der kan ske det, Stern betegner som en gruppering af perceptuelle stimuli, kræves der en form for temporalt hierarki. Det betyder, at alle de perceptuelle indtryk og hændelser vi konstant omringes af, hidkalder først vores fulde opmærksomhed, når der er tilstrækkeligt af dem til, at vi kan udlede en mening. Stern bruger selv det at tale som eksempel, hvor hvert enkelt ord i sig selv først bliver til en psykologisk enhed, når de sættes sammen i en frase, en meningsgivende enhed (Stern, 2004, pp. 50-59).

Samme princip gør sig gældende indenfor dans, musik, læsning mv. Det er et spørgsmål om at få samlet strømmen i meningsfulde størrelser, der er adaptive. Disse udgør den basale psykologiske byggeklods til meningsfulde subjektive oplevelser, udstrakt i tid. Stern skelner mellem en meditativ tilstand, hvor et nuværende øjeblik kan varer ud over 10 sekunder, og så de nuværende øjeblikke der fokuserer på tilstedeværelsen af en interessant stimulation (Stern, 2004, p. 62). Fysiologisk er der også overensstemmelse med det subjektive nu. Fx tager det 2-3 sekunder for to samtalepartnere at skiftes til at tage ordet. Dermed opstår den generelle idé om, at meningsfuld menneskelig adfærd, hvad enten det udtrykkes gennem ord eller handlinger, synes at være pakket eller opdelt i enheder, der hver varer fra 1 til 10 sekunder (Ibid. p. 61).

2.5.9 Nu-øjeblikket og møde-øjeblikket

Nu-øjeblikket og møde-øjeblikket er det de øjeblikke, som det nuværende øjeblik kan udvikle sig til. De nuværende øjeblikke er kontinuerlige i deres fremkomst og er grundlæggende byggesten i de relationelle oplevelser samtidig med, at de enkeltvis udgør enheden i det subjektivt oplevede nu. De er bevidste uden at være reflektivt bevidste og indeholder en minimal handling og spænding (Stern, 2004, p. 253). I en terapitime, og for så vidt i andre relationer, kan der opstå et særligt affektivt ladet øjeblik. Dette betegnes af Stern som et nu-øjeblik. Det har større subjektiv indvirkning samtidig med, at det sætter spørgsmålstejn ved naturen af kliniker-patient-relationen. De sædvanlige og vante rammer og regler står enten for at skulle ændres, eller der stilles

spørgsmålstegn ved dem. På samme måde strækker et nu-øjeblik sig udover de sædvanlige vilkår for klinikerens og klientens intersubjektive forhold og deres samvær generelt (Stern et al, 1998, p. 911).

Når et nu-øjeblik opstår, tvinges både kliniker og klient ind i nuet, og til at forholde sig til det sammen. Det er her, at klinikerens vil kunne risikere at føle en stigende angst. Det uventede og ukendte i dette øjebliks form er foruroligende eller måske endda underligt. Der kan optræde en forvirring over, hvilke handlinger klinikerens skal foretage. Og samme følelser og tanker kan klienten sidde med. Disse nu-øjeblikke er ladet med en ukendt fremtid, der kan føles som dødvande eller en mulighed (Stern et al. 1998, p. 912). Nu-øjeblikket kalder på et svar på den situation, der kan siges at være opstået. Problemet er, at svaret eller løsningen ikke er umiddelbart tilgængelig som en handlingsplan eller som en forklaring normalvis er det. En rutinemæssig teknisk reaktion her er ikke nok. Samtidig er der en presserende nødvendighed for at løse den skabte, eller nært forestående krise ift. relationen. Både kliniker og klient har brug for en korrekt ageren fra klinikerens side. Den korrekte handling sætter Stern her i forbindelse med det græsk Kairos, der angiver, at man griber et skæbnesvangert øjeblik som en mulighed, da dette øjeblik vil farve skæbnen, uanset om muligheden gribes eller tabes. Der er altså alt at vinde og alt at tabe (Ibid pp. 911-912).

Som beskrevet forløber det således, at når et nuværende øjeblik bliver følelsesmæssigt ladet, spændt eller på anden måde potent, optræder det som et nu-øjeblik. Det kan forstås som en forestående krise ift. relationen (Stern, 2004, p. 253). Det er her, man som kliniker har mulighed for at overkomme den mulige krise med et autentisk, specifikt og personligt svar. Lader det sig gøre at imødekomme dette nu-øjeblik på tilfredsstillende vis, bliver det til at møde-øjeblik. Her ændres både den subjektive intersubjektive kontekst, da hver person oplever sig selv, og relationen til den anden som ændret (Stern et al. 1998, pp. 909-910).

Kort fortalt gennemgår kliniker og klient, nu-øjeblikket i et tre-faset forløb. Første del er en følelse fyldt med nærhed. Andel del indeholder følelsen af, at noget er mærkeligt, hvor man befinder sig i det ukendte og uventede intersubjektive rum. Endeligt er der tredje fase, beslutningsfasen, hvor et grebet nu-øjeblik bliver til et møde-øjeblik, der skaber forandring. Hvis ikke alt går godt, ender det i stedet med et mislykket nu øjeblik . Møde-øjeblikket er omdrejningspunktet i denne proces, fordi det er på det tidspunkt, hvor den intersubjektive kontekst bliver ændret. Dermed ændres også det implicitte kendskab til relationen mellem kliniker og klient (Stern et al. 1998, p. 912).

2.5.10 Implicit viden/tavs viden

Øjeblikket, det øjeblik der forandrer, og som er beskrevet ovenfor, lader sig indtræde i en særlig form for bevidsthed, hvor den også indkodes i hukommelsen. Det skal bemærkes, at selvom beskrivelserne af det nuværende øjeblik kan resonere med begrebet arbejdshukommelse, så er de to begreber ikke ens. Det nuværende øjeblik er en subjektiv agerende enhed, mens arbejdshukommelsen er af objektiv karakter. Den viden eller oplevelse, der skabes gennem et forandrings-øjeblik mellem to mennesker, bliver ikke nødvendigvis verbaliseret, men bliver derimod til en tavs viden, som begge har om deres relation (Stern, 2004, p. 41). Implicit viden i relationen og om relationen sker gennem interaktive og intersubjektive processer. Dette ændrer det relationelle felt inden for, hvad der betegnes det delte implicitte forhold (Stern et al., 1998, p. 905).

Den implicitte tavse viden skal ikke forstås som det psykoanalytiske „dynamisk ubevidste“, da den ikke er fortrængt eller undertrykt. Den er mere retteligt blot ikke-bevidst (Stern, 2004, p. 130). Det at den tavse viden netop ikke holdes tilbage fra bevidstheden pga. fortrængning, kritiserer Stern den klassiske psykoanalytiske tilgang i en klinisk situation, for ikke at være tilstrækkelig til at forstå den regulering, der sker af det intersubjektive felt, nuværende øjeblik for nuværende øjeblik. Der vil i psykoanalysen gå meget tabt i betragtningen af nuværende øjeblikke, da hændelser i deres udfoldelse betragtes som overføring, hvor hændelser er forskudt i tid og person og

som endnu et eksempel på fortidige mønstre. Det vil sige, at psykoanalysen vil fastholde et fokus på fortiden, fremfor et fokus på nutiden og det nuværende øjeblik (Stern, 2004, p. 155).

I den kliniske kontekst bliver den gensidige viden om, hvad der er i andres sind, et interessant aspekt af det intersubjektive felt mellem kliniker og klient. Dette spørgsmål vedrører nemlig den aktuelle sindstilstand og natur af forholdet mellem klient og kliniker. Sindstilstanden hentyder til de forskellige tilstande, som præger sindet hos den ene eller den anden. Det kan være generel aktivering, påvirkning, følelse, ophidselse, lyst, tro, motiv eller tankegang, og dette i enhver kombination. Disse tilstande bliver til gensidige kontekster, og kan være af forbigående eller varig karakter. Det der nu bliver til et fremtrædende intersubjektivt miljø deles, og denne deling kan igen yderligere gensidigt valideres og ratificeres. Det, der samtidig er interessant er, at den delte viden om forholdet kan forblive implicit (Stern et al., 1998, p. 906). Denne brug af det implicite, vores evne til at relatere både ikke-sprogligt og ved minimal brug af eksempelvis gestik, beskrives også af Trevarthen i forhold til spædbørns udvikling af intersubjektivitet. Den beskrives som en teori om, hvordan vi i vores sind, i vores krop, gensidigt kan genkende andres impulser intuitivt, om det være sig med eller uden kognitive eller symbolske uddybninger (Trevarthen, 1998, p.17).

Skiftet i den implicite relationelle viden, har ikke kun en intersubjektiv betydning, men også en afgørende subjektiv betydning. Øjeblikket fanger i denne forståelse den kvalitative forandring, der opstår ved et skifte i den implicite relationelle viden. Det vil sige, at der er en forandring i oplevelsen hos både kliniker og klient (906). Det er øjeblikket, der beskriver denne bevægelse.

2.5.11 Det nuværende øjeblik og rummelighed

Det nuværende øjeblik synes at tale ind i det felt, der omhandler rummelighed, da det nuværende øjeblik ifølge Stern har en vis dramatik over sig. Det vil sige, at det kommer pludseligt og som en overraskelse. Det nuværende øjebliks natur kan på baggrund af

dette, til tider blive en slags ubehagelighed for klinikerens, hvor refleksionen hos de fleste er at gemme sig bag teori, metode eller en velkendt teknik. Hvis ikke man forsøger at hente sit svar eller respons til klienten, fra ens eget liv, vil det, ifølge Stern, være næsten umuligt at tilpasse sig den helt specifikke situation, som man befinder sig i med klienten her og nu. Stern søger at få klinikerens til at hæve sig op over brug af teknik. Det er altså ikke så meget fortiden, som det er nutiden, der relateres og rummes i.

Ved at arbejde klinisk med det nuværende øjeblik, kan der fokuseres på bevægelsen og de små skridt frem i udvidelsen af det intersubjektive felt, frem for på fx aggressivitet eller forsvar hos en klient. Nu-øjeblikkene kan være tunge og fremprovokere en del angstelse. De kan være svære at udholde for en psykolog. Det er fristende, som før omtalt, for klinikerens at gemme sig bag teknik. Stern erkender, at brugen af klinikerens selv eller dennes egen livsverden, i forbindelse med de mere tunge nu-øjeblikke, kan ses som værende tæt på at springe de konventionelle rammer, der normalt findes indenfor terapi (Stern, 2004, p. 233).

Set i det perspektiv, bliver overførsel og mod-overførsel anset som underordnet de relationelle skridt. Dermed også underordnet regulering og bevægelse af den intersubjektive relation. Der knyttes hertil, at ikke alle hændelser, der enten definere eller ændrer karakteren af den terapeutiske relation, er af primær overføringsmæssig karakter (Stern, 2004, pp. 233-234). Overføring og modoverføring er i denne forståelse særtilfælde af den konstante proces der pågår. Et sådant perspektiv tillader, at relationen bevæger sig mod, og måske for nogle, ud over, hvad rammerne for en terapeutisk praksis er. Hvad der for nogle vil ses som, at klinikerens giver efter for klientens ønske om at få opfyldt et (uhensigtsmæssigt) behov, vil for klinikerens med fokus på det nuværende øjeblik, være en måde at rumme på, og skabe bevægelse fremad (Ibid. p. 110-111).

De nuværende øjeblikke der er mest interessante, indtræffer på de tidspunkter, hvor der opstår forandrings øjeblikke. Det er vigtigt at huske, at forandring i denne betydning

gælder både kliniker, klient og det intersubjektive fællesskab. Der er tale om en irreversibel ændring. Det kan ikke lade sig gøre at vende tilbage til intersubjektiviteten, som den var før, og dermed også relationen som den var før. Den vil være ændret. På samme måde vil det subjektive nu være ændret. Oplevelsen der ændrer, indtræffer i en meget kort tidsperiode og opleves som et nu. Der sker en mental deling af den fælles levede oplevelse, hvor personerne pr. intuition tager del i hinandens oplevelse.

Det nuværende øjeblik tillader overordnet kliniker, at indtræde i terapien på en måde, hvor teorien gemmes væk eller træder i baggrunden, mens den mere fænomenologisk umiddelbarhed trækkes frem. Det betyder, at der kommer et større fokus på det, der sker nu, og ikke hvordan fortiden påvirker nuet. Der er større fokus på, hvordan nuet kan håndteres, således at det kan skabe en bevægelse fremad. Det betyder ikke, at fortiden ignoreres, men derimod, at nutiden kan ændre opfattelsen af fortiden (Stern, 2004, pp. 40-41).

Det er ikke et opgør med fortolkning og analyse i det terapeutiske arbejde. Det har stadig sin berettigelse, påpeger Stern. Det er blot forstået sådan, at man som kliniker med fordel kan nedtone hyppigheden af brugen af disse, da de kan ses som en refleks, eller som brug af velkendt teknik, man forsøger at gemme sig bag, når man er motiveret af den uvished og usikkerhed, omfavnelsen af de nuværende øjeblikke også giver. Intersubjektiviteten tillader, at man instinktivt som kliniker sanser klienten med hele følelses- og bevægelses-apparatet sådan, som han eller hun træder frem i nuet, i det nuværende øjeblik. Det er altså den fænomenologiske umiddelbarhed, der benyttes. Dette kan hjælpe kliniker til at se klienten, som vedkommende er nu, og ikke som han eller hun var sidste gang de sås. På den måde gives der også plads til netop rummeligheden, og hvor man er så fri af forudantagelser og forestillinger, som muligt.

2.6 Tilgange til diagnosticering og tilgange til skellet mellem det normale og patologiske

Alle vores interviewpersoner har gennem deres virke som klinikere været underlagt at skulle diagnosticere og forholde sig til normalitet og patologi i mødet med deres klienter. Vi vil med dette afsnit gerne skabe overblik over forholdet mellem normalitet og patologi. Vi finder at dette afsnit behandler et relevant forhold, da vores informanter peger på, at den systematiserede måde vi diagnosticerer på, kan medføre et tab af relation mellem kliniker og klient, og derved have betydning for rummeligheden.

Teorierne omkring sindets opbygning og funktion, er igennem psykologiens historie blevet anvendt til at differentiere normal udvikling fra patologisk udvikling. Man er samfundsmæssigt set, også blevet mere og mere optaget af at diagnosticere det patologiske. Noget som der ikke er muligt ifølge psykologen Kurt Lewin, og som han ser som en antropomorfisme. Hverken sindets opbygning eller distinktionen mellem det normale og det patologiske kan ifølge Lewin kvantificeres. Handlingen medfører, at man kommer til at tage noget ikke menneskeligt, og forsøger at gøre det menneskeligt. Han mener desuden heller ikke, det gavner behandlingen at lave denne distinktion mellem det normale og det patologiske (Lewin, 2013, pp. 11-73). Jørgensen problematiserer også, at klienter kan komme til at identificere sig med en diagnose, som kan medføre, at klienten fastholder sig selv i diagnosen (Jørgensen, 2015, pp. 291-319). Klinikerens kan også risikere at blive forudindtaget, og se klienten gennem diagnosen, i stedet for at se det hele menneske som den humanistiske psykologi er fortalende for. Rose og Brinkmann advarer også imod at tingsliggøre det menneskelige sind og herunder psykisk lidelse (Brinkmann & Petersen, 2015, pp. 17-58). Der kan altså medføre at klinikerens rummelighed mindskes. Rose påpeger også, at de fleste klinikere i Storbritannien ikke bruger diagnosticeringsredskabet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association), og heller ikke betragter diagnoser som absolutte (Ibid.).

Til trods for at mange klinikere ikke bruger diagnoser i behandlingen, er diagnosticering noget de er underlagt som en del af deres virke. Måden at foretage en diagnosticering på, kan inddeles i tre måder. Én måde er den objektiverende positivistiske tilgang, hvor det tilstræbes at standardisere behandlingsmetoder. Her ønsker man at udpege specifikke metoder, som kan bruges i standardiseret form til behandling af specifikke forstyrrelser (Jørgensen, 2015, pp. 291-319). Det vil altså sige, at metoden er central og relationen træder i baggrunden, hvor rummeligheden kan siges at følge med.

En anden tilgang er den fænomenologiske subjekt-orienterede tilgang. Her er målet, at klinikerens ved hjælp af sine empathiske evner skal forsøge at leve sig ind i patientens univers, subjektive oplevelser og fortolkning af virkeligheden. Her tillægges klassifikation af patientens symptomer, i de på forhånd givne sygdomskategorier, relativt mindre betydning. Adfærd og symptomer er i den fænomenologiske subjektorienterede tilgang ikke isolerede, men skal ses i sammenhæng med det oplevende subjekt. Her er det primære fokus individets ikke-kvantificerbare og observerbare adfærd, subjektet og dets oplevelser, altså hvordan subjektet oplever sig selv og sin verden. Denne tilgang kan være sårbar overfor at medreflektere betydningsfulde sociale og biologiske forhold, da disse let kan overses, når vægten er på klientens indre oplevede verden (ibid.). Rogers klientcentrerede tilgang ligger inden for den fænomenologiske subjekt-orienterede tilgang, hvor det relationelle er primært for behandlingen.

Den tredje tilgang er den psykodynamisk forankrede tilgang til diagnostik. Udredningen her bygger blandt andet på klassisk hermeneutik, samt intersubjektiv og dynamisk psykologisk forståelse. Symptomer og adfærd ses også her i sammenhæng med det oplevede subjekt, men også som meningsfulde og forståelige reaktioner på forhold i klientens liv. Her vægtes klientens historie, indre-psykiske dynamik og interpersonelle relationer. Det tilføjer samtidig, at samme symptomer og adfærd kan have væsentlig forskellig betydning hos forskellige klienter og på forskellige tidspunkter for samme klient. Tilgangen forholder sig i mindre grad til objektive årsagsforklaringer, som

kemiske ubalancer i hjernen, men søger i stedet meningsfulde begrundelser for klienten. En meningsfuld begrundelse skal forstås på den måde, at symptomer eller adfærd altid tjener en funktion for klienten. Funktionen ses som et led, der er skabt af klientens psykologiske historie, altså de ofte relationelle oplevelser klienten har gennemgået i livet. Man forsøger at inddrage det hele menneske og dele af den socio-kulturelle kontekst i den diagnostiske vurdering (Brinkmann & Petersen, 2015, pp. 17-58).

2.7 Opsamling

Med et tidsmæssigt blik på rummeligheden, ses den først som meget lidt vægtet hos Freud, da fokus her var på ren klientforståelse og metode. Hos Rogers klientcentrerede tilgang blev vægtningen af relationen forøget, og rummeligheden kom dermed til at indtage en mere central plads. Rummeligheden blev udvidet i det øjeblik, man gik fra at tale *til* klienten, til at tale *med* klienten. Specialets tre hovedteoretikere, Kernberg, Ogden og Stern indplacerer sig med deres teorier efter fremkomsten af Rogers tilgang. Tidslinien nedenfor viser, hvorledes disse tre teoretikere tidsmæssigt kan indplaceres i forhold til det tidspunkt, hvor de har givet et væsentligt teoretisk bidrag, der øger fokus på rummeligheden. Tidslinien illustrerer ligeledes, hvordan rummelighed bliver en større og større del af den psykodynamiske tilgang op gennem tiden:

Årstal				
1900	1950	1970	1980	2000
Freud	Rogers	Kernberg	Ogden	Stern
Teoretiker				

Pilen illustrerer hvorledes opmærksomheden på rummeligheden øges tidsligt.

Kernberg fokuserer på klientforståelse og har samtidig fokus på at følge en metode. Relationen tilskrives dog en væsentlighed i form af klinikerens evne til at opnå empati for klienten gennem forståelse af klientens angst og klinikerens egen angst. Empatien i det relationelle møde afføder, ved hjælp af klientforståelse, klinikerens rummelighed. Klinikerens forståelse af splitting i mødet med klienter der har svære problemstillinger er, ifølge Kernberg, stærkt forbundet med rummelighed.

Ogden peger, udover klientforståelse, i høj grad på klinikerens forståelse af sig selv, som afgørende for rummeligheden, såvel som det vellykkede behandlingsforløb. Projektiv identifikation er en relationel øvelse, hvor kliniker og klient begge bringer deres projektioner i spil, bevidst som ubevidst. Klinikerens rummelighed sker gennem identifikation eller bevidstliggørelse af projektionerne, både for sig selv og for klienten. Rummelighed for Ogden er også evnen til at være smertebærende for klienten. Klinikerens skal kunne udholde og rumme at bære klientens smerte og projektioner over tid, indtil klienten har forståelse nok og er klar til at få de bearbejdede projektioner leveret tilbage.

Rummelighed kan, ud fra Sterns teoretiske bidrag, forstås som en tilstedeværelse i det, han betegner som det nuværende øjeblik. Her skabes der en intersubjektiv relation, der påvirker og påvirkes af både kliniker og klient. Teori og fortolkninger bør træde i baggrunden, mens hovedfokus kommer på oplevelse af klienten, øjeblik for øjeblik. En accept og forståelse af disse forhold, samt evnen til at få øje på og respondere adækvat på de nonverbale signaler, der opstår, omsættes således til rummelighed. Stern taler for, at de gængse rammer for klinikerens ageren udfordres. Dette giver relationen en anden umiddelbar karakter, hvor fokus henføres til bevægelsen fremad og ikke på umiddelbare analyser og fortolkninger. Det er altså relationen, der er det bærende element, mens fortolkninger og analyser er, ikke uvæsentlige, men sekundære.

Ifølge Ogden og Stern, er det gennem rummelighed og relation, at behandlingen af klienten skal ske, og det er også herigennem, at klienten kan blive rask. Kernberg tilskriver i mindre grad rummeligheden og relationen en helende effekt for klienten, men vægter derimod metoden som det vigtigste ift. at gøre en klient rask. Rummelighed har derimod den betydning, at den er nødvendig for, at klinikerens bliver i stand til at hjælpe klienten via en metode.

3. Videnskabsteori, metodologi og metode

I dette kapitel redegøres der først for specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt. Herefter redegøres der for den anvendte metode ved empiri, metode ved interview og den anvendte analysemetode, template analysis. Dernæst redegøres der for anvendte kriterier for udvælgelse, og procedurer til rekruttering af informanter, inden de etiske overvejelser, der er foretaget i forbindelse med tilrettelæggelse og gennemførelse af undersøgelsen beskrives.

3.1 Specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt

Opgavens videnskabsteoretiske ståsted hviler dels på et hermeneutisk grundlag, dels på et fænomenologisk grundlag. Hermed bliver vores ontologiske position både hermeneutisk og fænomenologisk. Med denne positionering bevæger vi os ind i en forstående videnskabsteoretisk genre. Sondringen mellem forklarende og forstående videnskaber blev oprindeligt fremlagt af Wilhelm Dilthey, og blev som oftest benyttet ift. valget mellem to forskellige videnskabelige idealer: naturvidenskab eller humanvidenskab. Max Weber så på samme måde, at forståelse af sociale handlinger var samfundsvidenskabernes primære opgave, mens forklaring kom i anden række (Anders Berg-Sørensen, 2010, p. 147).

Vores tilgang kan konkret siges at aspirere mod den hermeneutiske drejning, som fænomenologien tog i forbindelse med Martin Heideggers arbejde og Merleau-Pontys senere videreudvikling (Langdridge 2007, p. 41). Når vi skriver, at vi tillader os at sammenblande en hermeneutisk og fænomenologisk videnskabsteoretisk ramme, hænger dette netop sammen med den hermeneutiske drejning inden for den fænomenologiske tradition. Selvom de to traditioner eller tilgange overordnet set har mange fællesnævner, og f.eks., deler tanken om, at vi ikke møder verden “som en ren tavle”, men at vi altid allerede har en forudgående mening om de ting, der måtte vise sig

for os (Berg-Sørensen, 2012, p. 244) opstår én af forskellene netop i forbindelse med fordomme over for fænomener.

Det centrale for forståelse i den hermeneutisk-fænomenologiske tilgang er selvforståelse. Dette fordi vi som levende væsener altid taler fra en position, fra en orientering. Forståelse er dermed, altid determineret af vores for-forståelser (Langdridge, 2007, p. 42). Vi forsøger med andre ord at bevare fænomenologiens idé om at indfange oplevelsen, som den sanses (af en anden) men med et holdepunkt fra hermeneutikken om, at det ikke er muligt at frasige sig sin egen forståelse som forsker eller interviewer. Interessen ligger derfor i at fortolke betydningen af tingene i som de fremtræder, baseret på den relation, man står i ift. tingene i sig selv. Det er en undsigelse af muligheden for at opnå det, der af Merleau-Ponty omtales som Guds øjesyn. (Langdridge, 2007, p. 29).

Vi finder det udbytterigt at benytte hermeneutikken og fænomenologien sammen. De to tilgange er nært beslægtede i forhold til antagelser om verdens sammenhæng, samt forholdet mellem menneske og omverden. Der er dog forskel i de to tilganges fokus, således at der for hermeneutikkens vedkommende er fokus på de historiske forudsætninger, mens der i fænomenologien er fokus på mulighedsbetingelser for subjektet (Berg-Sørensen, 2010, p. 167). Der findes en verden, men denne verden bliver kun meningsfuld gennem vores (individets) perception af den (Langdridge, 2007, s. 37). Samtidig er der forhold, man er socialt indlejret i, som eks. sprog, der også er en væsentlig faktor for meningsdannelse, fortolkning og handlemuligheder (Berg-Sørensen, 2012, p. 218). Den hermeneutiske fænomenologiske vinkel giver os både mulighed for at se vores interviewpersoners oplevelse som en umiddelbart tilskrives af mening til det oplevede, men samtidig som noget, der er historisk og kulturelt understøttet eller indlejret (Langdridge, 2007, s. 52-53) .

3.2. Anvendt metode ved empiri

Vi har, som nævnt, valgt at benytte fænomenologiske kvalitative semistrukturerede interviews til indsamling af empiri. Med udgangspunkt i Kvale & Brinkmann (2012, p. 34) er valget foretaget ud fra en antagelse om, at et interview er en social produktion af viden, en aktiv proces, hvor interviewer og den interviewede producerer viden gennem deres relation. Ud fra en sådan formulering er det givet, at der lægges stor vægt på det relationelle i interviewsituationen, hvorfor der også er valgt en semistruktureret tilgang.

3.2.1 Metode ved interview

Fænomenologien ift. vores interviews, vedrører interessen i at forstå det oplevede ud fra den interviewedes egen perspektiv. Dermed er der også fra vores side en implicit antagelse af, at det er den virkelighed, som mennesket generelt opfatter og oplever, der er den vigtige. Denne antagelse er i øvrigt i overensstemmelse med Kvale og Brinkmann (2012, p. 44).

En semistruktureret tilgang tillader intervieweren at veksle mellem de mere guidede spørgsmål, brug af dialog og endeligt åbne spørgsmål (Langdridge, 2007, p. 9). Det må naturligvis forholde sig således, at en sådan tilgang til et interview, er ensbetydende med et kompromis mellem konsistens og fleksibilitet. (Langdridge, 2007, p. 65). Konsistens henleder til den konsekvente brug af et gennemgående og ensartet element gennem alle interviews. Konsistens er fx brug af samme spørgeskema i en spørgeskemaundersøgelse. I forhold til vores semistrukturerede interview kan konsistens gennem de afholdte interviews opretholdes ved brug af en interviewguide, der senere vil blive beskrevet.

Det er også værd at bemærke, at det kvalitative semistrukturerede forskningsinterview samtidig er et fokuseret interview. Selvom det måske kan lyde kontraintuitivt, så må det forstås således, at uanfægtet hvorledes spørgsmålene stilles, er det spørgsmål om det tema, intervieweren ønsker belyst. Dermed bliver det ikke en opgave for intervieweren at bestemme, hvilke meninger interviewpersonen skal have om temaet, men opgaven

bliver derimod at guide denne til at fortælle sine meninger om dette (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 49).

Hvor kvalitative metoder søger at beskrive eller fortolke fænomener med hensyn til de betydninger, de har for de mennesker, der oplever dem, står de kvantitative metoder i kontrast til dette. De kvantitative metoder søger i stedet at tælle mængden af fænomenet eller noget af aspektet deraf. Fokuset er i den fænomenologiske tilgang på en rig beskrivelse af noget, et eller flere aspekter af erfaring og oplevelse (Langdridge, 2007, p. 2).

Den kvalitative tilgang, adskiller sig også på mange andre parametre fra den kvantitative. Den kvalitative tilgang er langt mere tidskrævende og på andre måder omkostningstung, hvorimod brugen af kvantitative metoder, ex. spørgeskema eller web-baserede undersøgelser, hurtigere vil kunne give et større og mere udbredt data, set målt på deltagere. Alle indvendinger imod, og deres modsvar for brugen af kvalitativ forskning, er for omfattende til at blive behandlet her. Dog finder vi det nødvendigt at behandle størrelserne validitet, objektivitet og reliabilitet.

3.2.1.1 Validitet

Validiteten af vores analyse kan siges at pege på to forhold. Det ene forholder sig til spørgsmålet om, hvorvidt vi undersøger det, vi tror, vi undersøger, og det andet omhandler styrken og gyldigheden af informanternes udsagn (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 122 & 352).

Det første af ovenstående to forhold ift. validitet, imødekommes ved en kontinuerlig opmærksomhed på, hvorvidt der er sammenhæng mellem opgavens ærinde, altså problemformuleringen, og det undersøgte. Det vil med andre ord sige, om opgaven belyser det den er forudsat til at den gøre. Rummelighed må siges at være et abstrakt begreb og svært at definere. Derfor er det også svært at svare på spørgsmål om som informant, og ligeledes en udfordring for os som interviewere, at sammenholde svarene

og gøre dem konkrete i en samlet forståelse af rummelighed. Validiteten afhænger af vores evne som interviewer.

Ved at anse det at foretage et interview, som udførelsen af et håndværk, stilles der krav til interviewerens mere personlige færdigheder. Langridge påpeger også denne kvalitet hos intervieweren hvor den interviewedes oplevelse af engagement (hos den anden), bindes op på interviewerens kompetence og evne til at indgå i samtale om pågældende emne (Langdridge, 2007, p. 156).

Tilgangen kan også ses som sammenlignelig med en psykoterapeutisk situation, hvor interviewerens rolle også er af afgørende betydning. Helt centralt er interviewerens (klinikerens) brug af sig selv i det interpersonelle rum, som et redskab til at skabe viden sammen med den interviewede (Kvale & Brinkmann, 2012, p.102). Det indebærer dog ikke, at alt metode og teori skal afskrives, og alt vægt dermed lægges på personlig intuition. Det er naturligvis lige så vigtigt, at relevant metode og teori beherskes, således at vidensgrundlaget opkvalificeres, blot skal disse ikke følges slavisk eller være dikterende for fremgangsmåden. (Kvale & Brinkmann, 2012,103).

De færdigheder som i vores tilfælde kan sikre valideringen, afhænger ikke kun af de personlige evner mht. måden spørgsmål stilles på mv. (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 100). De omhandler også en kontinuerligt kontrol, problematisering og fortolkning af resultaterne teoretisk (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 193). Dette kan ifølge Kvale og Brinkmann opnås ved at beskrive validitet ud fra to udsagn: *At validere er at spørge* og *At validere er at teoretisere*. *At validere er at spørge* henleder opmærksomheden på, hvordan en fortolkning skal valideres. Et interviewsvar behøver ikke at fortælle sandheden om de faktiske forhold, men kan udtrykke sandheden om interviewpersonens opfattelse af sig selv. Derfor bliver vores opgave som interviewer at stille det opfølgende spørgsmål "hvad". Altså, *hvad* er det svaret siger noget om og *hvad* er forståelsen, for den der ytrer sig. Det bliver denne fortolkning, der skal valideres. Disse hvad og hvorfor spørgsmål, kan betegnes metodologiske valideringsspørgsmål, da de

netop søger at undersøge, om den benyttede metode undersøger det, den skal (Ibid., p. 278).

At validere er at teoretisere er et udsagn der fører til, at validering også bliver en efterfølgende teoretisering af de spørgsmål, som den metodologiske validering ovenfor afføder. Her forfølges den teori, der kan understøtte de undersøgte fremkomne fænomener. På den måde er selvmodsigelser eller ændrede holdninger i et interview ikke ensbetydende med dårlig interviewteknik, men kan lige så klart være tegn på intervieweteknikkens evne til at belyse forskellige nuancer. (Ibid., p. 279).

Valideringen af den viden vi indhenter ift opgaven, gennemgår altså en kontinuerlig proces. Vi søger løbende at forholde os til, om fortolkning og teoretisk perspektiv stemmer overens ift. datamaterialets oprindelige tekst. Validering er dermed heller ikke en proces, som kun forholder sig til et punkt men til hele forskningsprocessen (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 274). Den til lejligheden benyttede analysemetode, template analysis, er bl.a. valgt ud fra det kriterium, at den tillader en kontinuerlig revidering af data, spørgsmål mv. Denne analysemetode uddybes i et senere følgende afsnit.

3.2.1.2 Objektivitet

Der kan også peges på objektivitet som en mulig udfordring i den kvalitative tilgang. Selve betydningen af objektivitet er i forskning mangfoldig (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 192), og vi har i interviewsituationen valgt at se objektivitet som dialogisk intersubjektivitet, hvor meningen forhandles gennem samtalen (interviewet), i mødet mellem interviewer og den interviewede. Det bliver dermed til en dialogisk opfattelse af objektiviteten, en dialogisk intersubjektivitet (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 269).

Man kan sige, at de klassiske indvendinger mod objektiviteten i kvalitative undersøgelser hviler på ideen om, at et interview er opgravning af præeksisterende klumper af data. Dette er i kontrast til denne opgaves opfattelse, hvor interviewet er en meningsskabende praksis (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 294).

Det bliver en samtalebaseret viden, hvor objektiviteten opnås ved at lade den interviewede tale og protestere (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 329). Ledende spørgsmål kan, modsat den gængse opfattelse, i denne forbindelse bruges til at provokere den interviewede til at protestere. Disse spørgsmål tjener på den måde som et værktøj, der kan teste for objektivitet (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 270). Vi har i den forbindelse benyttet os af fortolkninger undervejs i vores interviews, for netop at give plads til protester eller uddybninger.

Objektiviteten og validering bliver, jævnfør ovenstående, mere et spørgsmål om kvaliteten af den viden, der produceres. Objektivitet og validering sættes i et pragmatisk lys, hvor det er evnen til at frembringe kvalitet gennem at håndværk, der bliver afgørende herfor (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 331).

Den, i forhold til kvantitative undersøgelser, frie tilgang til metode, giver store fordele, når menneskers opfattelse skal undersøges, hvad enten den fænomenologiske tilgang er beskrivende eller fortolkende. Det kan dog bemærkes, at det også giver den ulempe, at de kvalitative undersøgelser validitet ofte miskrediteres, da der ikke synes at være nogen enighed om metode (Langdridge, 2007, p. 155).

3.2.1.3 Reliabilitet

Reliabilitet kan i kvalitativ forskning benyttes til at gøre bevidst om denne type forsknings potentielle begrænsede effekt. Det vil sige, at det skaber en opmærksomhed på om vores resultater er pålidelige og ville kunne fremkomme igen ved et nyt interview (Kvale og Brinkmann., pp. 271-272). Reliabiliteten sker igennem hele specialet og ikke mindst under interviewet. Her kan man f.eks. stille spørgsmål, omhandlende samme emne, men på forskellige tidspunkter under interviewet. En informant der kommer med varierende svar kan tyde på at reliabiliteten er svækket. Det der taler mod vigtigheden af denne form for reliabilitet er vores fokus på at se meningen som forhandlet gennem samtalen i en dialogisk intersubjektivitet hvor interviewer og den interviewede skaber viden gennem den interpersonelle relation, der opstår. Det afgørende er derfor om dette leder til troværdig viden (Ibid., pp. 195-196).

I interviewssituationen forsøget reliabiliteten forøget ved at forsøge at sikre sig, at det som interviewer opfattede under interviewet faktisk var det som blev ment af interviewpersonen. Dette kan opnås ved at stille uddybende spørgsmål, eller lave opsummerende fortolkning. Vi benyttede også individuelle skrevne feltnoter efter det afsluttede interview og en sammenstilling af disse for at sikre reliabiliteten. Desuden har vi forsøgt at styrke reliabiliteten ved, hver i sær, at høre interviewet igennem for herefter at sammenstille noter hertil med hinanden. Derved kan det ses hvorvidt der er muligt at se det samme med samme redskab.

Ved brugen template analysis som overordnet analyseredskab, findes der ligeledes et reliabilitetssikrende element under interviewsituationen. brugen af den samme interviewguide sikrer at vi fra gang til gang, benytter samme fremgangsmåde og stiller samme spørgsmål, som alle søges besvares.

3.2.2 Udarbejdelse af interviewguide

Forud for vores 1. interview, udarbejdede vi en interviewguide. Denne indeholdt temaerne arbejdsbetingelser, smertegrænse, skam, sekundær traumatisering og supervision. Dette første interview var oprindeligt tænkt som et pilot-interview. Efter interview, og ved en gennemgang af data og tema-skabelon, valgte vi dog at inddrage interviewet til brug i senere analyse og dermed lade det indgå som en del af empirien på lige fod med de andre interviews. Interviewguidens struktur blev holdt gennem alle foretagne interviews, hvor der dog blev tilføjet enkelte underspørgsmål. Selve guidens temaer blev valgt ud fra et kriterium om, at disse var rettet mod opgavens sigte. Det samme kan siges om de tilhørende spørgsmål. Interviewguide kan ses under bilag 1.

3.2.3 Litteratursøgning

Vores litteratursøgning har været i to større etaper, hvor det første er gjort inden vi har været ude at interviewe, og det andet efter interviewene. Vores litteratursøgning er anvist i nedenstående søgestruktur:

Rummelighed	Smertegrænse	Retraumatisering
Spaciousness Empathy Containment Clientrelation Psykodynamic approach Capaciousness Inclusiveness Comprehensive 	Clinical pain limit Clinicians pain limit 	Secondary trauma Compassion fatigue Secondary traumatic stress Vicarious trauma 
Rummelighed Empati Klientrelation Psykodynamisk tilgang Psykodynamisk holdning	Klinisk smertegrænse Klinikerens smertegrænse	Sekundær traumatisering Retraumatisering Vikarierende traume

3.3 Analysemetode

Vi har valgt at benytte template analysis som analysemetode. Template Analysis (TA) beskrives som en række teknikker, som bruges til både at organisere og analysere indsamlet tekst eller data. Det er dermed ikke en eksplicit eller entydig metode (King, 2004, p. 256).

TA kan anvendes inden for en 'kontekstuel konstruktivistisk' position, hvor forskeren antager, at der altid er flere fortolkninger af ethvert fænomen, som igen afhænger af forskerens egen positionering og konteksten. King ser i den forbindelse spørgsmålet om reliabilitet som værende irrelevant, da spørgsmålene i stedet omhandler forskerens refleksivitet, forsøget på at nærme sig emnet fra forskellige perspektiver, og den rige beskrivelse af data (King, 2004, p. 256).

I template analysis (TA) kan der gøres brug af forudvalgte kodeskabeloner (templates) som en måde at analysere data på. Det vil sige, at en template med temaer er udarbejdet før både interviews og læsning af transskriptionen. Disse temaer kan have sit udspring i tidligere undersøgelser eller teoretiske opmærksomhedspunkter. Templaten, eller skabelonen, bruges derefter til at undersøge data for mening. Der laves en hierarkisk kodning således, at de bredere temaer kan omfatte de smallere temaer. Herfra laves der en interviewguide, der kan undersøge selvsamme temaer. Semi-strukturerede interviews er den vigtigste datakilde for TA-studier. Imidlertid kan TA dog udføres på en lang række datakilder, herunder dagbøger, avis-interviews, åbne spørgeskema-svar mv, skulle det blive nødvendigt (Langdridge, 2007, s. 109 & 125).

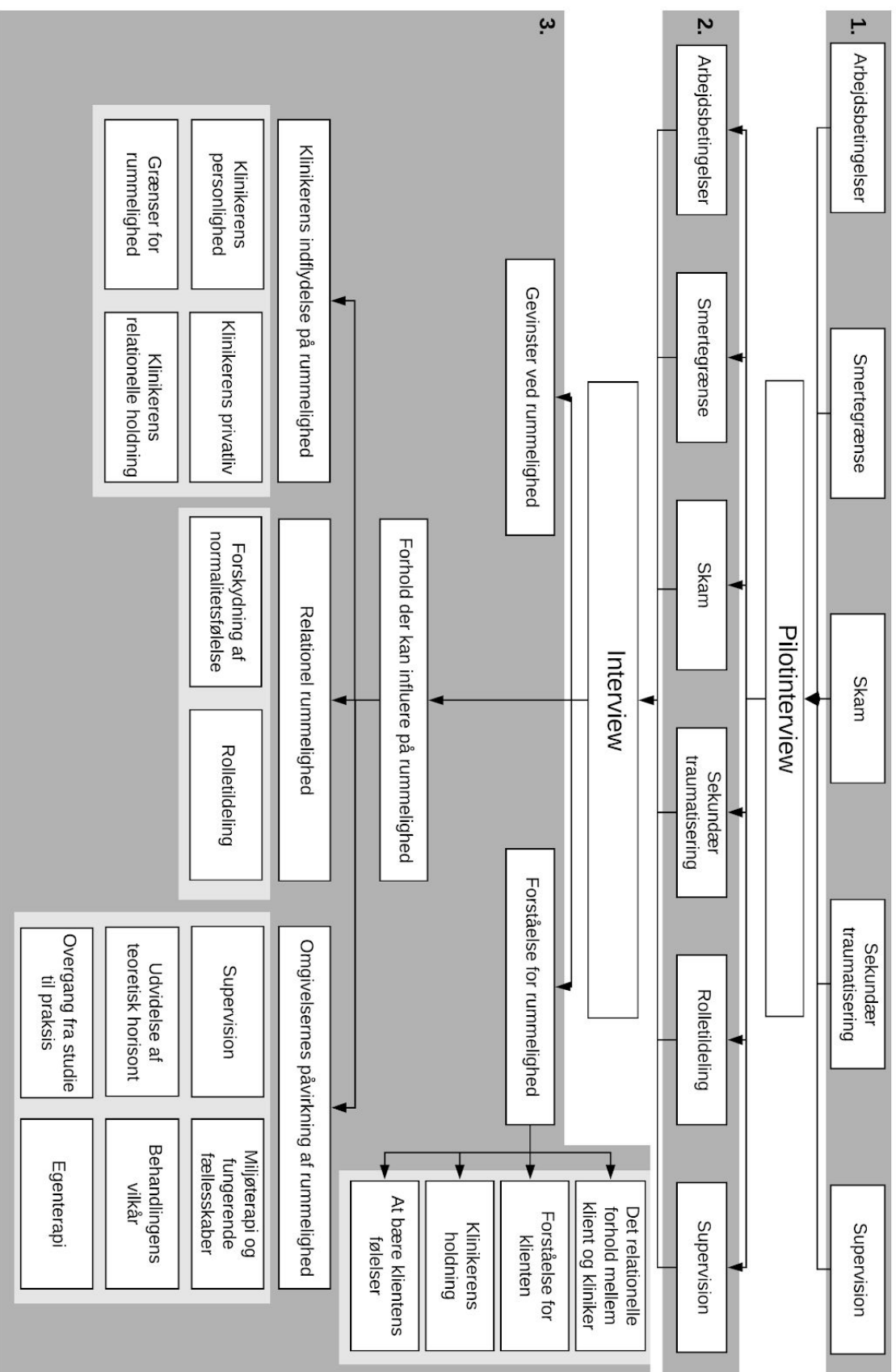
Den i forvejen udarbejdede template gør det muligt mere specifikt at udforske teoretisk vigtige aspekter af det, der er udtrykt i interviewet, samtidig med at det tillader betydningen i disse aspekter selv at fremkomme i analyseprocessen. Dette kan anses som værende i overensstemmelse med fænomenologisk forskning (Langdridge, 2007, p. 56).

Den fleksible tilgang med hensyn til stilen og formatet af den skabelon, der produceres, foreslår ikke på forhånd et sæt af kodnings-niveauer. Snarere kan det siges, at analytikerens opfordres til at fokusere på at udvikle temaer, så de indfanger den rigeste data (i relation til forskningsspørgsmålet). Hertil skal det bemærkes, at TA ikke insisterer på en eksplicit skelnen mellem beskrivende og fortolkende temaer eller på en bestemt position for hver af disse typer i strukturen (Brooks & King, 2012, p. 4).

3.3.1 Template udviklingens tre faser

Udviklingen af templates kan inddeles i tre faser. Udviklingen af templates i første fase sker på baggrund af forudgående forståelse af det der skal undersøges. Næste fase sker efter pilotinterview, hvor viden på baggrund af interviewet kan føre til ændring af templates. Tredje del af udviklingen af templates sker i analysefasen, hvor det samlede interviewmateriale giver nye templates. I tredje fase af templateudviklingen, er der med ønske om at strukturere opgavens anliggende gennem analysen, lavet overordnede inddelinger af templates. Udviklingen af templates tre faser er opstillet i det følgende flowchart på næste side, for at give et mere fyldestgørende overblik over udviklingen.

Template udviklingens tre faser



3.4. Valg af interviewpersoner

Vores interviewpersoner er valgt ud fra en målsætning om at få bedst mulig indsigt i, hvordan klinikere oplever betydningen af relation og klientforståelse i det kliniske forløb. Ydermere hvordan de opnår rummelighed, og hvorledes denne er påvirket af relation og klientforståelse. Vi har primært fokuseret på erfarne psykologer som interviewpersoner, da vi er interesseret i at få så erfaringsfyldte informationer som muligt. Sekundært har vi haft et ønske om også at interviewe forholdsvis nyuddannede psykologer således, at vi får en indsigt i virket som ny psykolog. Vi har haft 6 mulige interviewpersoner i spil, hvor det lykkedes os at få positiv tilkendegivelse fra 4. Beskrivelsen af de 4 interviewpersoner vi har interviewet kan ses nedenfor:

3.4.1 Informant C

Informant C arbejder ved en arbejds-og miljømedicinsk afdeling og har bestrebet en stilling som psykolog her i 1½ år. Har i et ½ år forud for dette lavet arbejdspladsvurderinger og holdt mindre foredrag. Uddannet psykolog i 2017.

3.4.2 Informant D

Informant D har arbejdet i distriktpsychiatrien Nykøbing Sjælland siden 1972. Han er specialist i psykoterapi og har desuden virket som supervisor. Han har skrevet flere fagbøger og videnskabelige artikler.

3.4.3 Informant E

Informant E er professor på Aalborg Universitet. Har virket som psykolog på Gentofte amtssygehus, og Hillerød, og arbejdet med skizofrene i Helsingør i ambulant behandling. Startede sammen med Preben Hertoft sexologisk klinik i 1986 på Rigshospitalet. Skiftede i 1999 til Panuminstituttet, og kommer efterfølgende tilbage som chefpsykolog på rigshospitalet i den almene psykiatri. Har skrevet flere fagbøger og videnskabelige artikler.

3.4.4 Informant F

Informant F er uddannet psykolog i 2001 og herefter 8 år i psykiatrien, i den daværende distriktspsykiatri. Har både arbejdet med individuel behandling og gruppeterapi. Har efterfølgende været på en universitetsklinik under psykologiuddannelsen på et universitet. Fungere nu som psykolog på en behandlingsinstitution for unge mellem 14 og 23 år. Arbejdet består bl.a. i klinisk arbejde, samtaler og supervision af personalet.

3.5. Etik

Ved en udforskning af menneskers private liv og oplevelser, er det en selvfølge at være opmærksom på de etiske udfordringer, der her opstår. Mulige etiske spørgsmål forholder sig ikke kun til selve interviewsituationen, men skal imødekommes gennem hele forløbet.

De første mere eller mindre indledende etiske overvejelser, bør dreje sig om, hvorvidt , i dette tilfælde, vores undersøgelse reelt set er etisk forsvarligt at lave. Det skal forstås sådan, at undersøgelsen må kunne bidrage med viden til samfundet, som tjener både menneskelige samt videnskabelige interesser (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 80).

Desuden kan det i den forbindelse også siges både at være et etisk og moralsk anliggende, at den tid vi tager fra vores informanter, på et tidspunkt udmunder i et værdifuldt stykke arbejde. Det man kan kalde tematiseringen af projektet, inden for projektets genstandsfelt, bør derfor tilvejebringe ny viden. Ultimativ kan en sådan viden endda fremme menneskets velfærd (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 81).

3.6 Samtykke

Der er sikret informeret samtykke hos informanterne. Informeret samtykke indebærer at der informeres om en undersøgelses overordnede formål og om hovedtrækkene i design, såvel som mulige risici og fordele ved at deltage i forskningsprojekt. Det skal dog nævnes, at det kan være svært i et explorativt design, helt præcist at vide hvorledes

interviews og observationer vil forløbe (Kvale & Brinkmann, 2012. pp. 89-90) Dette har vi forsøgt at opnå ved forud for vores interviews, at orientere vores informanterne om interviewets formål, eksempler på hvad spørgsmålene kan omhandle, samt vores sigte med undersøgelsen. Desuden har vi gjort opmærksom på at vi bl.a. ville komme ind på oplevelser der kunne have stor følelsesmæssigt betydning for informanten. Forinden vores interviews, underskriver vores informanter en samtykkeerklæring, der er godkendt og udarbejdet af Aalborg Universitet. Desuden aftales der i den forbindelse, om interviewet skal helt eller delvist anonymiseres.

4. Analyse

I indeværende kapitel præsenteres specialets analyse. Analysen foretages med udgangspunkt i den empiri, der er indhentet gennem interviews med fire psykologer, der alle har klinisk praksis. Analysen er opdelt i tre hovedetaper. I første etape analyseres det betydningsindhold, som interviewpersonerne forbinder med rummelighed, herunder hvad rummelighed består af, er forbundet med og i øvrigt karakteriseres ved. I anden etape analyseres interviewpersonernes syn på de gevinster, der er forbundet med at rummelighed i det terapeutiske arbejde, herunder hvad det betyder for hhv. klient, kliniker og det terapeutiske arbejde. I tredje etape fokuseres på, hvilke faktorer der influerer på rummeligheden, herunder bl.a. rummelighedens forudsætninger og begrænsninger. Analysen afsluttes endeligt med en samlet opsamling.

4.1 Forståelser af rummelighed

Hos informanterne ses det, at der særligt er tre aspekter, der forbindes med rummelighed. Det drejer sig om det relationelle forhold mellem kliniker og klient, forståelsen for klienten, og det at kunne bære klientens følelser.

4.1.1 Det relationelle forhold mellem kliniker og klient

Det findes gennem analysen, at et tæt relationelt forhold mellem terapeut og klient anses som et væsentligt karakteristika ved rummelighed. Dette beskrives bl.a. af informant F:

“[...] jeg synes rummeligheden omfatter det relationelle, [...] Fordi det man forsøger at rumme, og det man forsøger at skabe forståelse for, ud fra det man rummer, det ligger også i relationen. [...] så er en del af det at rumme den anden og forstå den anden, også en del af at relatere sig til den anden. Den anden relaterer sig jo også til psykologen, og det er også på bestemte måder, og en del af det samspil og dermed det som skal rummes, og det som også nogen gange udfordrer rummeligheden, hvor jeg

tænker det kan jeg ikke sætte mig ind i, det kan jeg ikke helt forstå, hvordan mon det kan være, for mig at se, er relationen andetstedsnærværende i det at rumme, men det er et godt spørgsmål, hvad der ligesom omfavner det ene. Jeg synes hvert fald, at man kan sige, at rummeligheden omfatter relationen.”

Det at forstå er også at rumme. Det der er svært at forstå er også svært at rumme. For informant F kan der ikke skabes rummelighed og forståelse for klienten, medmindre man samtidig indgår i en relation med denne.

Opfattelsen er altså, at det relationelle er en uundgåelig del af rummeligheden, samtidig med at rummeligheden er en uundgåelig del af den gode relation. Det påpeges også, at relationen mellem klient og kliniker går begge veje. Det vil sige, at det også omhandler, at klinikerens skal udvise rummelighed, således at klienten føler sig rummet.

Informanterne fremfører også synspunktet, at graden af rummelighed afhænger af hvordan, og i hvor høj grad, man relaterer sig til den anden. Her vil metoder, der ligger mere vægt på, at man relaterer sig til klienten, stille større krav til rummeligheden. Hvis man skal forsøge at forstå den andens indre verden, altså forsøge at opleve og forstå verden igennem klientens briller, som i klientcentreret og psykodynamisk tilgang, så søger man også at mærke klientens smerte og svære oplevelser gennem sig selv og egen krop, hvilket stiller større krav til rummeligheden. Andre mere metodefokuserede behandlingsformer, som f.eks. kognitiv adfærdsterapi, kræver mindre grad af rummelighed, da man ikke i samme grad relaterer sig til klienten. Eksempler der illustrerer dette synspunkt er informant F der siger:

“kognitiv adfærdsterapi, der har man jo egentlig en anden relation og måske ikke samme rummelighed, hvis du forstår. Så det er jo også en måde at være til stede med en klient på og så ikke rumme så meget.”

Et andet karaktertræk ved det relationelle ift. rummelighed er sammenhængen mellem at undgå udbrændthed og behandle klienten som et objekt. Klinikerens evne til at have

og udvise rummelighed og at indgå relationelt varierer i takt med belastninger. Dette forhold beskrives af informant F:

“Og én måde at få at undgå udbrændthed, jeg ville bruge det ord, det er ved at tynde relationen ud ikke. Eller behandle den anden som i gåseøjne et objekt. Altså som er genstand for mine metodiske modeller, eller farmakologisk behandling. Det er sådan en måde at udtynde det på. Det er både en beskyttelse mod udbrændthed men det er også et symptom på udbrændtheden. At vi ikke kan bære kontakten.”

Det er med andre ord det at relatere sig, der stiller krav til også at kunne rumme. Det relationelle bliver i denne forbindelse karakterdannende for rummeligheden, da metodevalget kan influere måden, hvorpå man kan relatere sig til klienten. Dermed også afgørende for nærheden i relationen.

4.1.2 Forståelse for klienten

Et andet centralt aspekt af rummelighed er, at den inkluderer at søge forståelse for klienten, og forståelse for det relationelle samspil mellem klienten og en selv som kliniker. Disse forhold italesættes af informant F:

“[...] jeg synes rummelighed omfatter et forståelsesarbejde. Selve arbejdet med at forstå, er en del af rummeligheden synes jeg. [...] jeg forholder mig måske mere til det at prøve og finde mening i det, og også finde aspekter i det som er genkendelige. Fordi nok sidder jeg ikke som, psykolog og har en svær spiseforstyrrelse og selvskade, men jeg kan godt som psykolog genkende, hvad skal man sige, den smerte og den dynamik som kan ligge til grund for noget, og på den måde bliver det ikke kun et spørgsmål om det er unormal adfærd, men at der er noget der ligger til grund for det som er forståeligt og også almenmenneskeligt i en eller anden forstand [...]”

Det handler i den forstand om forståelse på to niveauer. Dels på et patologisk niveau, hvor årsagen til patologien styrker grundlaget for rummeligheden, og samtidig forståelse i et alment menneskeligt eller endda medmenneskeligt perspektiv. Her er det meningen for klienten på generelt og konkret niveau, der forstås og rummes. Rummelighed omfatter således det at finde mening i den forstand, at klienten har en naturlig reaktion eller adfærd, som følge af de oplevelser klienten har været igennem.

4.1.3 At bære klientens følelser

Det sidste aspekt som informanterne forbinder med rummelighed omhandler evnen, eller viljen, til at bære følelser fra klienten. Disse kan være, hvis ikke ubærlige, så tunge at bære. Dette opleves af informanterne som svært, men samtidig som en nødvendighed i det at rumme klienten. At rumme tunge følelser bliver en måde at kommunikere til klienten, at man som kliniker godt kan rumme vedkommende. F.eks. ytrer informant F:

“Ja, jeg synes rummelighed omfatter undersøgelse. Det gør det fordi det på den måde bliver en slags, det her kan jeg godt have med at gøre at du siger, selvom jeg står et andet sted, eller føler noget andet, eller jeg synes eller jeg tænker noget andet, så kan jeg godt have med det at gøre, at du ser sådan her på det. Så den del af det, er netop det synes jeg. Og så er der selvfølgelig også den del af det at rumme, at man jo også forsøger at bære de svære følelser der er der. At man også mærker dem og registrerer dem, og så prøver at bruge dem konstruktivt til at forstå”

Overvejelsen om evnen til at bære en smerte og dens relation til rummeligheden ses også hos informant E, hvor det at bære, som en væsentlig del af rummeligheden oversættes til at det at containe:

“det er vi skal er bare at være der og rumme, containe. Det er en del af det. [...] Jeg tror i øvrigt at nogle er bedre til at rumme, altså nu siger jeg fra fødslen, det er et personlighedsspørgsmål ikke. Man kan jo se nogle som har en formidabel evne til at rumme nogle dysfunktionelle unge med

selvskadende adfærd. Jeg tænker konkret på en mandlig sygeplejerske, vi havde, fantastisk, han havde ikke læst så mange bøger man han var simpelthen så god.”

Dét at containe, som informant E refererer til, må antages at være Bions begreb om containment, hvilket der også ses refereret til i Ogdens teori om projektive identifikation. Dét at man kan være til stede med klienten, og stille sig til rådighed for at containe eller bære den smerte, som klienten projicerer over på klinikerens, og så ikke gøre noget. Klinikerens skal, som E beskriver det, “bare være der”, og først når klinikerens selv har forstået og fordøjet det projekterede, og klienten er klar, skal det afleveres tilbage igen.

4.1.4 Klinikerens holdning

Vi kan overordnet sige, at informanterne peger på, at rummelighed kan karakteriseres ved tre dele, relationel rummelighed, forståelsesrummelighed og smertebærende rummelighed. De karakteristika, som især Informant D, E og F tillægger rummelighed, peger ind i en moderne psykodynamisk holdning. De karakteriserer ikke kun det, der skal rummes ved den psykodynamik, der er i klientens indre, som man ser i den mere traditionelle psykodynamiske tilgang. De karakteriserer i overvejende grad rummelighed som evnen til at relatere sig til klienten og forstå den dynamik, der er relationelt mellem kliniker og klient, samt at bære det smertelige for klienten. Denne rummelighed i relationen mellem klient og kliniker ses i nogen grad beskrevet hos Kernberg, og i endnu højere grad hos Ogden og Stern. Informant F karakteriserer psykodynamiske tilgang som et spørgsmål om holdning:

“for mig at se er det at den psykodynamiske tilgang, meget et spørgsmål om holdning, men selvfølgelig afspejler det sig også i metoden, men først og fremmest er det en holdning, og en måde at tænke på, og være orienteret på. Og hvis man så tager metoden, eller teknikplan, så kan man jo i princippet kan have en kognitiv teknik, selvom man arbejder

psykodynamisk, fordi for mig at se er det psykodynamiske ikke noget der kan afgrænses til et spørgsmål om metode.”

Rummelighed kan altså siges at være noget, der i særdeleshed har med holdning at gøre, og er i mindre grad noget, der karakteriseres ved teknik eller metode.

4.2 Gevinster ved rummelighed

Dette afsnit vil analysere på de gevinster eller det udbytte, der ifølge informanterne er ved at fremme og forstå rummeligheden i det kliniske arbejde.

Gennem analysen fremkommer det, at det er i den tætte relation, at det virkelige frugtbare psykologiske arbejde kan folde sig ud. Der ses en overvejende holdning til, at rummeligheden kommer i spil gennem relationen, især ved mennesker med svære problemstillinger. Dette opleves gennemgående hos informanterne, og udtrykkes af informant E på følgende måde:

“Men ellers så mener jeg faktisk ikke, at vi kan hjælpe mennesker med svære problemstillinger, med mindre vi går ind i en relation. Det mener jeg virkeligt. Og jeg mener også, at relationen spiller en større og større rolle, og her taler jeg igen om de her meget sårbare dårligt udadreagerende borderline kvinder, som jeg har haft rigtig rigtig mange forløb med også hvor nogle af dem er blevet raske ud af deres diagnose. Men jeg mener, det relationelle, vi kan ikke (lykkedes med behandlingen), uden at gå ind i dét (relationen).”

Klienter med svære problemstillinger kan, ifølge D og E, slet ikke blive raske, uden at klinikerens indgår relationelt og rummer klienten i relationen.

Det fremgår på baggrund af informanternes udsagn, at en gevinst ved rummeligheden er, at det sætter klinikerens i stand til at fastholde sin opmærksomhed, når opmærksomheden sættes under pres i mødet med klienten. Her skal opmærksomhed

forstås som evnen til at være opmærksom på relationen, og det der sker i kontakten med klienten. Ifølge D, er rummelighed en forudsætning for, at denne opmærksomhed ikke bliver forstyrret, så klinikerens bliver i stand til at blive i kontakten og den tætte relation med klienten. Det er også det, der kendetegner Sterns intersubjektive orientering, hvilket anses af både informant D og Stern, som afgørende for effekten af behandlingsforløbet. Informant D tilføjer, i forhold til klientens helende proces, at:

“Det er opmærksomheden der heler, så det der med at være med, eller det du kan have medfølelse med, eller det du er i stand til at ehm.. Kontakte. Ændres i og med at du kan kontakte.”

Ud fra informanternes betragtninger er en gevinst ved rummeligheden, at klinikerens bliver i stand til at være tæt på klientens smertefulde problemstillinger, hvilket anses for at være udslagsgivende for et vellykket klinisk forløb. E ytrer også, at en gevinst ved rummelighed er, at det gør klinikerens i stand til at skabe en “væren” i mødet med klienten. At mødes med mennesket, ikke blot klienten, eller den opgave der skal løses. At klinikerens kan skabe en tæt relation til klienten, og yde omsorg, er det eneste der, ifølge E, kan gøre rask:

“[Fokus er] mere på kontrol end skal vi sige care eller omsorg, hvis jeg skal være lidt firkantet [...] noget af det der sker, er at mennesket forsvinder ud af psykiatrien. Hvilket jo igen selvfølgelig er et stort stort tab. Stort tab. [...] der sker en værens glemsel,[...], og hvis man skal lave prototypen på det, så er det jeg kommer ind, og jeg har det rigtig svært fordi der er sket sådan og sådan, jeg er blevet fyret fra mit job og min kone har forladt mig,[...], og så jeg er deprimeret, jeg er en gammel mand, der er klart [at] så er jeg i øget risiko for selvmord. Og så bliver jeg så tilbudt, og der er hele historien om den forlængede sorgproces og alt det der, patologisering af normale reaktioner, bliver tilbudt en farmakologisk behandling, men [...] hvor man ikke ser mennesket, bag ved og det er ligesom det forståelige i deres reaktioner. Og det at man, og det ved I jo, bare det at man bliver spejlet og anerkendt [...] Det ville straks

give mig en hel anden forståelse og så parathed til netop at kigge på det. [...] i sådan en situation, synes jeg man altså ser værensglemsel, eller tab heraf. [...] de (klinikere) bruger meget energi på at holde en distance. Er min oplevelse.”

Gevinsten ved rummelighed er altså, ifølge E, at man i mindre grad som kliniker behøver at bruge energi på at distancere sig fra klienten. Dermed kan rummelighed også være med til at skabe rum for, at mennesket kan komme tilbage i psykiatrien, og depersonificeringen kan mindskes. Klienten vil derved blive set som et menneske, og ikke bare som en opgave der skal løses eller som et objekt. Dette vil, ifølge E, fremme behandlingen, da det også giver klinikerens en bedre forståelse af klienten. Informant D mener også en gevinst ved rummelighed er, at det skaber plads til, at klienten kan åbne op, således at man kan mødes om det, klienten har brug for hjælp til at komme fri af:

“vi er hele tiden involveret i nogen samspil, og hvis man ikke møder de samspil, så bliver man jo låst fast i, kald det udviklingstraumer, kald det fysiske traumer eller akutte traumer, som gør at ens krop og alt muligt stivner. Og hvis jeg tror, at jeg kan få en stivnen til at holde op, ved at gå på den, så stivner den bare endnu mere. Jeg kan ikke huske, hvem det var der sagde det der med, at døren ind til et andet menneske, den åbner sig udad, så jo mere jeg forsøger at banke på den dør, jo mere fastlåst bliver den.”

Rummeligheden kan med andre ord, hjælpe med at åbne døren ind til det behandlingskrævende hos klienten. Rummelighedens gevinst er ydermere, at kliniker kan møde de samspil, han bliver involveret i, i mødet med klienten. Dette er en essentiel del af at skabe det, Stern betegner mødeøjeblikke, som har stor betydning for en vellykket behandling. D ytrer:

“Det er også det der er en afgørende bestanddel i din mulighed for at hjælpe, at du stiller dig op som menneske og ikke som ekspert.”

Rummelighedens gevinst kan altså være, at en menneskelig væren fremmes, så klient og klinikerne bliver i stand mødes som to mennesker, der mødes.

Det beskrives yderligere både af informant D og E, hvorledes prioriteringen af metode kan blive styrende for forløbet. Metoden bliver definerende for, hvad der betegnes som et vellykket forløb, hvilket informant D udtaler på følgende vis:

“Der findes jo også mange former for kognitiv terapi, hvor de ligesom ser på, hvordan klinikerne agerer. Men rigtig meget kognitiv terapi, og især den som psykiatrien godt kan lide, der er den fuldstændig instrumentel. [...] der ser man ikke at, hvad skal man sige, at den aktive bestanddel den er i relationen, den er ikke i det klinikerne siger.”

Og informant E tilføjer på samme vis:

“der har vi nu fået det sådan, at vi skal bare fjerne symptomet.”

Når metoden sættes over relationen, gives der af informanterne udtryk for, at dette går ud over det relationelle arbejde, og med det også rummeligheden. Samtidig ytres der bekymring om en forskydning fra et fokus på klientens progression til en mere symptomorienteret tilgang. E ytrer:

“Og én måde at få at undgå udbrændthed, jeg ville bruge det ord, det er ved at tynde relationen ud ikke. Eller behandle den anden som i gåseøjne et objekt. Altså som er genstand for mine metodiske modeller, eller farmakologisk behandling. Det er sådan en måde at udtynde det på. Det er både en beskyttelse mod udbrændthed, men det er også et symptom på udbrændtheden. At vi ikke kan bære kontakten”

Klinikerens manglende rummelighed kan, ifølge E, føre til en depersonificering af klienten, som bliver set som et objekt. Udtyndingen i relationen sættes i forbindelse med en stigende grad af manualbaserede behandlingsmetoder. Disse stiller mindre krav til, at klinikerne indgår relationelt med klienten, og dermed mindre krav til rummeligheden.

Informant E beskriver oplevelsen af, hvorledes manual- og metodebaserede tilgange fordrer en måde at være kliniker på, hvor man er handlende fremfor rummende:

“[...] fordi den også fremmer en [...] agerende kultur, hvor vi skal handle, ikke? Når man skal være sine penge værd, og det skal vi jo alle sammen, så skal vi handle, så skal vi gøre noget.

I den forståelse som E fremlægger ovenfor, er det igen hæmmende forhold for rummeligheden, hvor det beskrives, at der ikke levnes plads til det, der af informant E ses som en væsentlighed for det vellykkede arbejde, nemlig rummeligheden.

4.3 Forhold der kan influere på rummelighed

De forhold, der influerer på rummelighed, kan overordnet set inddeles i tre faktorer; Hhv. faktorer der vedrører klinikerens selv, faktorer der vedrører relationen mellem klient og kliniker, og faktorer der vedrører omgivelserne.

4.3.1 Klinikerens indflydelse på rummelighed

Der er fire faktorer der relaterer til klinikerens, henholdsvis klinikerens relationelle holdning, klinikerens grænse for rummelighed, klinikerens personlighed, samt klinikerens privatliv. Disse gennemgås i nævnte rækkefølge.

4.3.1.1 Klinikerens relationelle holdning

Følgende beskrives klinikerens relationelle holdning, dvs implikationer klinikerens forståelse af relationens betydning giver. Det forklares ud fra metode og rummelighed, den psykodynamiske holdning og balancen i distancen.

4.3.1.1.1 Metode og rummelighed

Gennemgående hos informanterne ses det, at et fokus på en stringent brug af en metode, kan virke som et forsvarsværk mod en nærkontakt med klientens svære følelser. Informant E ytrer i således:

“[...] det er lettere at undgå den tætte kontakt, og også, [...] at patientens traumer, går ind og påvirker dig i dag, fordi du har så mange manualiserede terapiformer, hvor det handler mere om at bruge nogle modeller [...] Hvor man ikke på samme måde prioriterer relationen, og det er i relationen at tingene gør ondt.”

Informant D, E og F, advarer alle imod, at man som kliniker gemmer sig bag en instrumentel eller manualbaseret metode, da dette kan hæmme relationen. Hæmning af relationen fører selvsagt til hæmning af rummeligheden.

Informant F anser rummelighed som noget, der influeres af forholdet mellem en grund-orientering eller holdning på den ene side, og metode på den anden side. Det beskrives, hvorledes en psykodynamisk holdning kan fungere som en fremmede faktor for rummeligheden, når denne sættes i spil i forhold til metoden. F ytrer følgende:

“for mig at se er den psykodynamiske tilgang, meget et spørgsmål om holdning. Og hvis man så tager metoden, eller teknikplan, så kan man jo i princippet godt have en kognitiv teknik, selvom man arbejder psykodynamisk, fordi for mig at se er det psykodynamiske ikke noget, der kan afgrænses til et spørgsmål om metode.”

Informant F beskriver ovenstående, hvorledes klinikerens med fordel kan sætte en grundholdning som kommende forud for metoden. Altså lade holdningen og måden at tænke på, præge den valgte metode, frem for omvendt, hvilket beskrives at give fremmede betingelser for rummeligheden. Man kan med andre ord også sige, at ved en psykodynamisk grundholdning kan relationen fastholdes, til trods for man anvender en bestemt metode. Derved kan en høj grad af rummelighed overfor klienten forblive intakt.

4.3.1.1.2 Psykodynamisk holdning og rummelighed

Informant D, E og F peger på, at klinikerens kan styrke rummeligheden ved at anlægge eller oparbejde en psykodynamisk holdning. Det at træde ind i relationen til klienten, og stille sig til rådighed for at psykodynamikken mellem klient og kliniker kan udfolde sig, og så derefter søge at forstå den, fremmer rummeligheden. Rummelighed overfor klienten, bliver ifølge de tre informanter, både at forstå klienten gennem teori, og gennem sin egen relationelle holdning overfor klienten.

Informant F beskriver uddybende, hvorledes en psykodynamisk teoretisk referenceramme, via sin terminologi kan give en opmærksomhed på klientens ubevidste sider, der igen giver plads til rummeligheden. Terminologien tillader at begrebsliggøre ubevidste sider for klienten:

“[at] have en særlig opmærksomhed på det relationelle og de følelser, der bliver kommunikeret og de mere ubevidste sider, som bliver en del af samspillet og relationen og vanskelighederne, som klienten ikke nødvendigvis er vidende om til at starte med, som er med til at gøre, at der er noget, der af klienten selv ikke kan rummes. Noget der mangler at få givet, at blive gjort meningsfyldt. Så på den måde er der nogle opmærksomhedspunkter, som man har, når man arbejder psykodynamisk. Som er anderledes, men at det mere er på det plan, end det er på teknik og metode-planet.”

Citat ovenfor understreger, hvorledes informant F ser, at den terminologiske reference ramme giver mulighed for at give et sprog til det relationelle samspil, der igen ifølge informant F skaber mulighed for at rumme klienten, og de følelser klienten selv har svært ved.

Ifølge Informant E fremmes rummeligheden gennem oparbejdelsen af den psykodynamisk holdning, da klinikerens bliver bedre i stand til at være til stede med

klienten, og rumme klienten og klientens følelser. Det kan ikke stå alene, men tilskrives som værende væsentlig:

“noget af det [...], det er vi skal bare være der og rumme, containe. Det er en del af det. Det er en del af det, der er jo ikke, vi tror jo ikke på at Rogers kan klare det hele, med hans tilgang, men altså det at kunne være sammen med en anden, at dele osv. osv.”

Det beskrives samtidig ovenfor af E, hvorledes det ikke at have en psykodynamisk holdning, der giver forståelse og mening til det der sker i relationen, opleves som en hæmmende faktor for rummeligheden.

4.3.1.1.3 Balancen i distancen

Alle informanter udtrykker, at der i det relationelle arbejde er en risiko for ikke at kunne manøvre mellem at være tæt på klienten og det at komme tilbage til sig selv. Denne svære balancegang ses ytret hos Informant C:

“[...] fordi det, når du så samtidig lever dig så meget ind i den anden person, og prøver at forstå det her, samtidig med en lidt sær distance, du skal jo stadig være tæt på og langt fra på én gang, der kan det godt gå ind og ramme dig rigtig meget på noget empati“

Rummeligheden risikerer altså ikke kun at blive hæmmet af en for fjern relation. Den kan også hæmmes ved en nær relation, som klinikerens ikke er i stand til at træde ud af igen. Informant E udtrykker dette som at bevæge sig i en “zone of helpfulness” og forklarer:

“[...] Man kan komme for tæt på og man kan komme for langt fra. Og der handler det om at manøvrere i felter, og bruge sin reflekterende bevidsthed omkring det.”

Informant F beskriver ligeledes denne balance som en “vandring” mellem klient og kliniker:

“[det handler om at] skabe en form for distance [...] det her med, at man hører på de her ting, så skal man gå over til klienten, være præcis der hvor klienten er, og så skal man tilbage til sig selv igen, og så kunne have den der optimale afstand for at kunne se det lidt mere udefra og for at kunne have nogle andre øjne på.”

Ud fra informanternes udtalelser har klinikerens evne til at lave denne bevægelse, stor indvirkning på rummeligheden. Bevægelsen anses for at have et smertebærende element, når klinikerens går tæt på klienten. Den vellykkede bevægelse styrker relationen og muligheden for at forstå klienten og klientens måde at indtræde i relationer på generelt. Alle faktorer i bevægelsen influerer på rummeligheden. Informanternes forståelse af denne bevægelse er sammenlignelig med den pardans Stern omtaler, der skal være mellem klient og kliniker. Hvor klinikerens både skal følge klienten og gå tæt på, men også være i stand til at tage føringen og træde et skridt tilbage.

4.3.1.2 Grænser for rummelighed

Dette afsnit omhandler de faktorer, der er forbundet med klinikerens grænse for rummelighed i mødet med klientens smerte. Grænser for en klinikers rummelighed omhandler henholdsvis svære smertetilfælde og stagnering i klientens udvikling.

4.3.1.2.1 Svære smertetilfælde

Alle vores informanter kommer på forskellige vis ind på den grænse, der kan være for rummeligheden, f.eks. ved svære smertetilfælde. De svære smertetilfælde er karakteriseret ved de tilfælde, hvor klinikerens oplever den største og mest ubærlige smerte hos klienten, og derigennem også hos sig selv. Informanternes detaljerede udtalelser om de svære smertetilfælde bidrager i sig selv til en forståelse af det, der stiller krav til hos klinikerens rummelighed. Et eksempel på mødet med svære smertetilfælde ytrer informant D om:

“Men sadistisk vold er faktisk, i nogle af de der udenlandske bøger ikke, er inde på noget af det samme ikke. Og har nogle historier, som er fuldstændig absurde, og nogen gange kan man opdage, at man begynder at tænke. Det opdagede jeg også da også på hospitalet at nogen gange når jeg begyndte at beskrive, jamen den her klient har så også været udsat for overgreb på den her og den måde, så kommer den der, ligesom i chok sammenhænge og i krisesammenhænge, er det rigtigt? Bare den reaktion, er et tegn på, at nu er grænsen overskredet. Men du kan jo ikke holde virkeligheden ud. Så enkelt er det. [...] Og når du som kliniker begynder og opdage, apropos Ogden, og tænke den tanke, kan det være rigtigt ikke? Så er det en klar melding om, at nu er din egen grænse godt nok blevet tangeret rigtig grundigt.”

Dette kan forstås som, at den barske virkelighed i de overgreb klienten har været udsat for, og den måde mennesker generelt kan være overfor hinanden på, kan være svært at rumme for klinikerens. En indikation på om man har nået denne grænse, kan ifølge D være, at klinikerens får tanken, om det klienten fortæller virkelig kan være rigtigt. Et andet eksempel på svær smertetilfælde ses også hos informant F:

“Fordi når jeg sidder og tænker tilbage fra da jeg startede til nu, så ved jeg godt, at for mig har det været nogle bestemte temaer, som har været særligt følelsesmæssigt krævende for mig, hvor det har været smerte, jeg synes, der virkelig har været krævende at rumme og holde til. Og jeg tror, at noget af det har det faktisk været børn, der har været misbrugt og mishandlet, det synes jeg, det har været enormt stærkt at forholde sig til, den smerte som det har medført, og den skade som det har medført. [...]. Og det er det stadigvæk [...]. Et andet tema der har også været nogen, som har været udsat for længerevarende tortur [...]. Det synes jeg også var enormt krævende at høre på, og nødvendigt at høre på og være der, og alt det der. Men jeg synes det var..... DET var også en..... Stor smerte at bære. [...] Man kan sige nogle af de fortællinger, som er i det, er jo også

fortællinger om en smerte og om krænkelse, der er så overvældende i sig selv, [...] at det overvælter én, at det går på en måde udover ens almindelige forstand med nogle af de ting, som nogen kan være udsat for. Og det tror jeg spiller ind i det, at det bliver så overvældende, og at der en gentagelse i det, hvor umuligt det må have været for pågældende at være i det, at det på en måde også bliver det, man fornemmer, når man snakker med dem.”

Alle informanterne udtrykker at svære smertetilfælde, hvor børn er involveret, udfordrer rummeligheden. Informanterne ytrer, at det ikke nødvendigvis har noget at gøre med, hvordan klienten reagerer og er på over for klinikerens. Men blot det at være vidne til så ubegribelige begivenheder og være så tæt på så stor en smerte, som klienten sidder med, og mærke den smerte i sig selv. Med andre ord, har det været ubærligt for klienten at være i, og følelsen af ubærlighed oplever klinikerens også. Dette har E også oplevet, hvor det ikke handlede om, at klienten havde været udsat for, at andre ville ham ondt, men blot begivenhedens ubærlige karakter i sig selv, som udfordrede hans rummelighed. E ytrer:

“Men så har jeg jo også nogle personlige bløde punkter. Jeg kan huske, jeg havde en sag: Jeg får tårer i øjnene, når jeg begynder at nævne det nu. En meget forfærdelig sag. I kan huske den fra medierne også sikkert. En far, som skulle aflevere sine to børn, hos dagpleje og børnehaven. Så havde han glemt sit yngste barn, som så sad en varm varm sommerdag og var død, på p-pladsen udenfor hans arbejdsplads. Det par kom ind til mig på rigshospitalet, jeg havde krisevagten. Og det var forfærdeligt. Forfærdeligt. Det at skulle rumme deres, jamen at rumme, jeg kan mærke jeg har jo selv børn, så på den måde bliver det aktiveret strenge hos en selv, Men også den afmagt naturligvis barnet var dødt. Hvordan skulle de komme videre? Indbyrdes og hvordan skulle han, som jo var ansvarlig for det her. Og beskrev meget de her tilfælde som man jo altid går igennem (med klienten), vejret var som det var, hvorfor var barnet faldet i søvn,

fordi hvis hun ikke var så havde hun givetvis, jeg kan ikke huske hvor gammel hun var, 2 år eller sådan noget, råbt far eller noget i den stil, kan i følge det. Og hvorfor har dagplejemoderen eller børneinstitutionen ikke ringet eller. Det ene med det andet. Hvor bliver barnet af ikke. Altså det der, som jo siger lidt om det almindelig livs risici. Det gjorde et kolossalt indtryk på mig. [...] han var... politiet havde taget ham i forvaring og var så blevet indlagt på en psykiatrisk afdeling i regionen Sjælland, hvor de boede, han skulle så tilbringe, i hvert fald natten og muligvis også nogle dage indtil man fik undersøgt sagen. Men altså også den der oplevelse af han var jo ulykkelig, han ville jo have gjort hvad som helst for at kunne spole tiden... Han var jo en god far, som ville gøre det bedst osv. osv. Men det at rumme den situation her det synes jeg virkeligt var tungt.”

Som det ses her hos informant E, så er dette svære smertetilfælde stadig noget, der mange år efter gør indtryk. På samme måde som det har gjort indtryk på os at høre informanterne fortælle om hændelserne og gengive dem på skrift, gør det formentlig også indtryk på læseren at læse dem. Følelsen af det ubærlige i hændelserne smitter. Som informant E nævner, kan det også være et vilkår for rummeligheden, at klinikerens selv kan have bløde punkter. Hvis klinikerens selv er forældre, kan en klients svære hændelse med børn, udfordre klinikerens rummelighed yderligere.

Der ses også ved informanterne, at der kan være andre bestemte temaer, klinikere kan have svært ved at rumme. E ytrer her, at det for ham har været svært at behandle selvmordstruede klienter:

“Det var en patient som [...] var meget meget selvskadende. Jeg var meget optaget af det. Fordi jeg følte mig i den grad blackmailed af hende. F.eks. så, der var en bestemt, jeg fløj hjem en eller anden aften herovre fra, [...], og der havde hun så indtalt på min telefonsvarer, at hun ville melde afbud til samtalen i morgen og det var ikke sikkert jeg ville se hende mere. Altså ligesom... selvmord og det havde jeg ligesom prøvet flere gange, og jeg

blev ligesom pissed-off, og jeg talte selvfølgelig med hende om det. Ikke bebrejdende, 'nu må du holde op med det', men vi prøvede at kigge lidt på det, altså reflektere over det. Men hun var, hun var ikke så reflekterende. Det synes jeg var svært. Og der tænkte jeg, at hun skal nok have en anden kliniker end mig. [...] Og der tænkte jeg, det der, der har jeg et svagt punkt."

Her udfordres rummeligheden, både da klienten "ikke var særligt reflekterende", og udviklingen stagnerede, og samtidig var selvmordstruet, som i sig selv er svært at rumme for E. Udover dette ytrer E omkring bestemte svære klienttemaer:

"men jeg tror at jeg er dårligere til at arbejde med seksualkriminelle, altså, voldtægtsmænd som benægter, eller som har mishandlet børn. Altså sadisme ifm. pædofili. OG øh sådan i den stil. Jeg tror også, jeg ville have svært ved at arbejde med narkomaner. Også fordi jeg tænker, altså jeg har ikke noget forhistorie der, men der er også et eller andet, vi er oppe imod nogle enorme stærke kræfter, forfærdeligt stærke kræfter ikke, som jo også ændre personligheden og eliminerer ansvarsfølelsen"

Her er der for E en grænse for rummeligheden i forhold til at skulle behandle narkomaner og voldtægtsmænd, der har mishandlet børn, samt sadisme i forbindelse med pædofili.

Noget af det som normalt fremmer rummeligheden, ifølge F, er dét at give mening til klientens symptomer og forstå sammenhængen. Dette må siges at være en svær øvelse for alle vores informanter, når vi læser deres beskrivelser. D fortæller, at hvis klinikerens lykkedes med at behandle dele af de svære smertetilfælde og se en bedring hos klienten, så styrker det klinikerens rummelighed. Ved gentagne traumer mener D også, at det fremmer rummeligheden, at klinikerens er bevidst omkring, hvordan en klients sammenlignelige traumer fungerer, så man ikke skal gennem alle klientens traumer én for én, da dette vil være overvældende for klinikerens. Informant D forklarer dette således:

“traumatiske begivenheder de kommer ikke efter hinanden, de kommer ovenpå hinanden. Så det at være klar over at der er en akkumulerende effekt, og på et eller andet tidspunkt så har den akkumulation nået et sted, hvor mekanismen og kontakten osv. Ikke kan håndtere det. Men det har også den modsatte betydning, at i det øjeblik det lykkes at tage fat omkring det, som er svært, så er der en hel masse andet, som der vil falde på plads, som det ikke har den betydning, det har, fordi nu er det ikke længere stacked, nu er det ikke længere pakket [...] Hvis vor herre, han eller hun, havde lavet det sådan, at der skulle arbejdes én til én med alt, hvad du havde været udsat for, så ville det godt nok være en streng sag at være behandler. Der har vor herre gjort det lidt smartere.”

Det er altså også fremmende for klinikerens rummelighed, at klinikerer oplever at komme gennem traumatet med klienten og se, at behandlingen lykkes. D ytrer også, at dette fremmer klinikerens rummelighed:

“det var en af mine gamle supervisorer, der sagde det, hver gang det lykkedes at møde en klient, så falder der noget af i svinget til os selv (relationelt). Det var hans måde at formulere det på. Samtidig så også at det både er klienten og klinikerer, der går forandret derfra. Så det øjeblik du får den justering det er at skabe mødeøjeblikke, så er du allerede på forkant med, at det her også ændrer noget herinde (i sig selv), og så er du rigtig godt hjulpet.”

Det styrker altså klinikerens rummelighed, når han lykkes med at møde klientens smerte, og der skabes forandring i både klient og kliniker. Ifølge informant D, så styrker det relationen mellem kliniker og klient, når man lykkes med at møde klienten der, hvor klienten er. Gennem at klinikerer opdager, at han lykkes med at styrke relationen, øges klinikerens rummelighed. Dette forhold er det netop det, Sterns nuværende øjeblik indeholder.

4.3.1.2.2 Stagnering i klientens udvikling

Vi har netop set, hvordan D anser, at rummeligheden også hænger sammen med forandringen, der sker i behandlingen. E fortæller, hvordan stagnering i klientens udvikling, altså der hvor klienten ikke går forandret derfra, kan forårsage, at klinikerens når sin egen rummeligheds grænse. E ytrer:

“For også at se, for det er også en faktor at se, at hun ikke bliver bedre - det blev hun så, men at vi måtte vade rundt i det der. [...] Det at være vidne til en som går helt i hundene. Jeg har haft nogle enkelte forløb på Rigshospitalet. Det er mange år siden. Men det er ikke guld.”

Det kan altså, ifølge E, hæmme klinikerens rummelighed, når klienten over tid ikke bedres. E anser desuden det at dele med andre kollegaer, eller søge forståelse i teorien, som en *“vældig styrke”*, når det kommer til at rumme svære smertetilfælde og stagnerede behandlingsforløb.

4.3.1.3 Klinikerens personlighed

I forbindelse med at kunne rumme klientens svære følelser eller oplevelser, udtrykkes det af informant E samtidig, at det er som en evne, der er afhængig af personlighedskarakteren. I denne påstand ses der en diskrepans mellem informanternes udsagn. Personligheden som en betingelse ses formuleret af informant E :

“Jeg tror i øvrigt, at nogle er bedre til at rumme, altså nu siger jeg fra fødslen, det er et personlighedsspørgsmål ikke. Man kan jo se nogle, som har en formidabel evne til at rumme nogle dysfunktionelle unge med selvskadende adfærd. Jeg tænker konkret på en mandlig sygeplejerske, vi havde, fantastisk, han havde ikke læst så mange bøger, men han var simpelthen så god.”

Under samme tema ses der dog også en modsat opfattelse, hvor det ikke så meget er personlighedens karakter, men mere måden at håndtere på, der er den umiddelbare forudsætning. Dette forhold gengives af informant F:

“[...] jeg synes heller ikke, at man kan sige, at man som nyuddannet så kan man ikke rumme lige så meget, fordi jeg tænker, at som nyuddannet kan rigtig mange psykologer rumme rigtig meget. Jeg tror måske mere, det er måden, man så håndterer, i hvert fald for mig, håndterer det på, jeg kan sidde med, og det har jeg det anderledes med i dag, end jeg havde i starten.”

Det påpeges af informant E, at personligheden er en betydningsfuld faktor i forhold til det at kunne rumme. Den er både fremmende og hæmmende i den forståelse. Samtidig påpeger informant F, at det mere er et spørgsmål om måden at håndtere følelserne på, som dog samtidig også ses påvirkelige af erfaring.

4.3.1.4 Klinikerens privatliv

Klinikerens privatliv kan også hæmme og fremme rummeligheden. Således kan rummeligheden hos klinikerens i perioder være hæmmet, eksempelvis grundet stress. En måde at imødekomme, takle eller forebygge sådan en udfordring på, er ved at have et både aktivt og indholdsrigt privatliv. Sådanne sociale og kulturelle forhold hos klinikerens ses illustreret af informant E:

“Fordi jeg tror det er vigtigt at have et udfoldet liv [...]. Og jeg kan da mærke i perioder, hvor jeg har været men også er, stresset, der er jeg mere sårbar. Meget mere sårbar. Så det at gøre noget andet, spille musik fx, eller nu kan jeg desværre ikke løbe så meget mere, men det gjorde jeg altid. Nu bader jeg hele året, sådan lissom for at, altså bruge sin krop, prøve at give sig selv noget godt ikke. Bruge noget skønlitteratur. Jeg læser meget. Som også er noget reparativt.”

Dette, at have sunde interesser, der giver indhold i livet, er ligeledes ytret som værende meget givtigt hos informant F:

“I det hele taget er det at have andre ting i sit liv for mig også en stor del af det, at kunne lægge det helt fra sig og beskæftige sig med noget helt andet, hvad man nu beskæftiger sig med i sit privatliv. Og for mit vedkommende er det jo også familierelationer, og nogen gange bare det at løbe en tur og få tænkt nogle ting igennem der, og så bare kunne slippe det helt. Det er bestemt også en del af det, det er det. Det at have forskellige ting tilsammen, er det jeg synes, der virker godt på det.”

Begge ovenstående udsagn dækker over vigtigheden i at holde på krop og sind aktivt beskæftiget med noget andet end blot indholdet i det professionelle virke. Ved at tvinge sig til en anden aktivitet, kan der opstå en forløsning, som når informant F under løbeturen får mulighed for at “slippe det helt”.

I lighed med informant E’s udtalelser om personlige forhold der tillægger kliniker en sårbarhed, omtales dette også af informant D. Her udtrykker det nærmest som en betingelse, som noget uundgåeligt, fordi *vi er jo alle sammen mennesker ikke og der kan også være de dage ikke altså [...]* . Det er her underforstået, at de dage hentyder til de dårlige, sårbare dage. Informant D uddyber dette forhold:

“[...]Så jeg havde mennesker i terapi, som havde både begået drab og lignende. Ehm. og det maksimalt sikret sted ikke, og med alarmer, og hele tiden skulle have mulighed for at kunne kontakte personale osv. Det gjorde jeg i årtier, ikke at der på nogen måde skete noget som helst, fordi min fornemmelse var jo hele tiden at forsøge at være sammen, men den dag hvor der var sket noget rigtig grimt i mit eget liv, der var jeg rigtig tæt på at få en på frakken.”

Det forhold, at kliniker trækker dele af sin egen livsverden med ind i den kliniske praksis, hænger sammen med kliniker selv er redskabet, der benyttes i forløbet. Det understreges derfor af informant D, i lighed med ovenstående eksempel, at for at rummeligheden skal kunne udfolde sig, skal man kende sig selv, sin egen verden og sig selv som redskab:

“[...] klinikerens skal have lært sit eget redskab at kende. Og som behandler der, er du dit eget redskab. Sådan hed det i gamle dage. Så det at vide hvad der sker, fordi du har lært din egen verden at kende, dine egne reaktioner, dine egne blå mærker, kæpheste osv.”

Det kan være svært at gardere sig mod dårlige dage og sårbare episoder i privatlivet. Men det er vigtigt at være opmærksom på, at rummeligheden og relationen også lider under, hvad der foregår i det personlige liv.

4.3.2 Relationel rummelighed

Dette afsnit omhandler hvordan faktorer i det relationelle samspil, mellem klient og kliniker, kan influere på klinikerens rummelighed. Dette samspil er opdelt i to hovedfaktorer, henholdsvis rolletildeling og forskydning af normalitetsfølelsen. Faktorerne under rolletildeling inkluderer blandt andet, hvorledes projektiv identifikation, klientens forelskelse i klinikerens og splitting ved rolletildeling kan influere på rummelighed.

4.3.2.1 Rolletildeling

Alle interviewpersonerne har oplevet i klinisk praksis, at deres klienter har tildelt dem en rolle, som var de én eller flere af de personer, som har forvoldt dem smerte. De oplever også alle, at dette ofte forekommer i det kliniske arbejde. Rummeligheden udfordres, ifølge informanterne, i det øjeblik, klinikerens bliver tildelt en rolle. Informanterne er desuden enige om, at evnen til at forstå den rolle man som kliniker kan blive tildelt, i høj grad influerer på rummeligheden. C arbejder på arbejds- og miljømedicinsk afdeling, hvor C undersøger, hvorvidt klienters psykiske smerte er forårsaget af arbejdspladsen. Informant C eksemplificerer hvordan, at undersøgelsen af årsagen til klienters psykiske smerte kan føre til, at han får tildelt en rolle:

“så bliver jeg set som den der kollega, chefen eller alle dem som lige pludselig er imod hende ehm .. det er jo meget opdelt, når man er sårbar [...] det er jo en projektion de ligesom projekterer over på mig, nogen

følelser og en person som ikke er mig, når jeg siger noget, der bare ligner lidt. Så kommer den der frem.”

Alle interviewpersoner lægger vægt på, at man ved at undersøge klientens projektion, og skabe en forståelse af det, kan øge rummeligheden. Informant F ytrer:

“rummelighed omfatter undersøgelse. Det gør det, fordi det på den måde bliver en slags, det her kan jeg godt have med at gøre at du siger, selvom jeg står et andet sted, eller føler noget andet, eller jeg synes, eller jeg tænker noget andet, så kan jeg godt have med det at gøre, at du ser sådan her på det. Så den del af det, er netop det synes jeg. Og så er der selvfølgelig også den del af det at rumme, at man jo også forsøger at bære de svære følelser, der er der. At man også mærker dem og registrerer dem, og så prøver at bruge dem konstruktivt til at forstå”

Rolletildelingen ses også som noget, der indeholder vigtige informationer i at forstå klienten, og det at søge forståelsen øger rummeligheden. E og F, der begge laver længerevarende terapiforløb, håndterer den rolle, de kan få tildelt, anderledes end C, der foretager korterevarende patientudredninger. E og F lægger vægt på, blot at bære, eller containe og ikke korrigere klienten i starten, når der opstår projektioner som en nødvendighed for at lykkes med terapi. Informant C, der kun har klienter inde i 2-3 timer, forsøger derimod at korrigere klientens opfattelse allerede ved første møde:

“Men jeg kan godt lide at udforske lidt, hvad det er de ser, og hvorfor får jeg dem til at føle det her, hvis jeg er uenig. Ehm, jeg spørger dem ind til om de kan se, hvad jeg mener. Hvis nu de lige prøver at dreje det lidt, kan de så se, hvad jeg mener”

Informant C er ikke kun korrigerende, men undersøger også projektionerne uden at korrigere:

“jeg har haft én! Der ihvertfald altid vil brænde igennem, fordi det var altid nogen sindsygt voldsomme reaktioner der kom, og det skulle jeg nok få at vide, at det var hun uenig i. Hvor man kommer med nogen

testresultater, hvor jeg bliver set direkte i øjnene, og får at vide, at det du siger lige nu, DET PROVOKERER MIG FUCKING MEGET!. [...] hvorfor gør det så det ikke? [...] du tager imod deres skyts, men man kan jo ikke give genmæle, du giver jo ikke genmæle!!! du undersøger det bare videre. Altså du bliver skudt i armen, og så i stedet for ligesom at blive helbredt eller skyde igen, så står du lige og piller lidt i såret, og kigger, hvad er det for noget krudt, du har skudt med. [...] Hvad er det for noget krudt og hvilken kaliber har du skudt med. Hvorfor gjorde du egentlig det? [...] du skal jo virkelig rumme beskyldninger, og kedafthed, glæde og alle de der ting ikke, for at de kan leve i det ikke. [...] der er ligesom en utilfredshed, der ligesom ligger i rummet med, at de ikke bare fik ret. [...] hvor man virkelig fik sådan en sær fornemmelse i kroppen [...] at der er et eller andet uforløst. I den her kontakt.”

Dette kan forstås som, at i korterevarende udredningsforløb stiller det uforløste i mødet med klienten større krav til rummeligheden. Informant C oplever at kunne blive såret af den rolletildeling, klienten tildeler ham, og at det kan være et sår, der er svært at hele. Informant D, E og F oplever, at forløsningen eller klinikerens heling af det sår der kan opstå i rolletildelingen, kommer i forståelsen af det, man skal rumme. En forståelse der forløser, når klienten i sidste ende også begynder at forstå det. De oplever, at dette kan tage lang tid i behandlingen, en tid som ikke er til stede i samme grad i C's korterevarende møde med sine klienter. E oplever ofte, at mødet med klienterne skaber noget relationelt uforløst. E karakteriserer det uforløste som noget, der kendetegner et rammebrud mellem klient og kliniker og ytrer følgende:

“Og det er så det klassiske, når der er sket sådan et rammebrud, og det bliver repareret, så styrkes relationen også”

Det som E finder vigtigt er, at relationen bliver repareret, hvilket skaber en styrket relation. Klinikerne med en praksis, der har kortere forløb, får her mindre tid og mulighed for at reparere relationen, og det skaber en urepareret relation og en følelse af noget uforløst for C. Det uforløste er noget, C oplever, han blot er nødsaget til at ryste

af sig, da det ikke kan forløses. Dette beskrives af C som noget, der kan gøres ved at bruge kroppen fysisk:

“jeg kan godt finde på at gå en tur, hvis der er noget, jeg har taget med hjem [...] en time efter jeg har haft en klient, der bliver jeg ligesom rastløs, der er en eller anden ting i min krop, som ligesom skal, i stedet for jeg bruger min energi oppe i hovedet, så har jeg brug for at bruge den udad igennem mine hænder og krop på en eller anden måde ikke, for at få afløb for den der følelse, der ligesom er mega svær at håndtere, fordi du kan ikke få forløsningen på den. Du kan ikke gøre personen tilfreds nu, der er ligesom en eller anden afslutning og der må du ligesom lære at leve med den. [...] der spillede jeg meget fodbold [...] Og det hjalp rigtig meget.”

Det fremgår, at E har oplevet rolletildeling i en mere ekstrem grad, hvor han skulle overtage klienter fra en kollega på samme afdeling, som havde misbrugt klienterne seksuelt:

“[...] med seksuelle krænkelser af patienter. [...] det stod også i medierne, vi havde på rigshospitalets anoreksiafdeling en læge, ham der hed i pressen, doktor dildo. Som havde misbrugt. Forfærdeligt... skamfuld historie, forfærdeligt altså. Der så jeg en del af de patienter bagefter, kvindelige patienter. Og for at høre hvordan de havde det, hvad der var sket osv. [...] Og det følte jeg først og fremmest... skamfølelsen, jeg brugte også ordet før, Og jamen, de må jo, der sidder endnu en mand der, som altså, med mistillid osv. [...] Og så gjorde jeg selvfølgelig meget ud af at være meget...at fastholde grænserne på alle alle måder, men skam-følelsen her var [...] men det er klart at selvfølgelig må de forvente, hvad har han i ærmet her? selvfølgelig”

Dette kan forstås som, at desto mere overbevist klienten er om, at klinikerens kan identificeres med dem, der tidligere har gjort dem ondt, desto større er det, som klinikerens skal rumme. Projektioner kan altså, ifølge informant E, forstærkes når der er

sammenlignelige karakteristika mellem det, klienten møder nu og har mødt på tidspunktet for smertens opståen. Skamfølelsen udspringer af, at E bliver tildelt en rolle som repræsentant for den, der har svigtet. Svigtet og skammen er både rettet mod klienten, afdelingen, psykologfaget og offentligheden generelt, hvilket stiller store krav til rummeligheden.

Sammenlignelige karakteristika mellem klinikerens og det, der tidligere har skabt smerte for klienten, kan altså øge projektioner imod klinikerens, men samtidig være mere eller mindre forståelige for klinikerens. Stærke projektioner kan også opstå uden stærkt sammenlignelige karakteristika, hvilket kan være sværere for klinikerens at finde forståelse i, da det kan føles som om, at de kommer ud af ingenting. Dette oplever informant F kan stille store krav til rummeligheden:

“[...] Jeg kan huske et eksempel, én som havde været igennem nogle forfærdelige ting, og som kunne få psykosegennembrud indimellem, når hun blev særligt presset, og hvis hun fik på fornemmelsen, eller var bange, så kunne hun lynhurtigt tolke et smil fra mig fx, eller en “værsgo at komme indenfor” som et udtryk for at jeg havde en skjult dagsorden. [...] Så det der med, at arbejde med, at komme ind i en rolle, som ikke er i overensstemmelse med det, man vil, men som er det, den anden ser. Og så kunne, hvad skal man sige, have ro med eller [...] kunne rumme at det er sådan, uden at prøve at forsvare sig, eller korrigere det. Men mere prøve at blive undersøgende overfor, hvad er det, der sker lige nu, der gør at hun opfatter det sådan, og hvordan kom mit smil mon til at minde hende om, lad os prøve at undersøge det. Sådan nogen ting, i stedet for at bare og prøve at få hende til at holde op med at få hende til at synes sådan, for det kan jo kun forværre det, kan man sige”

Projektioner hvor klinikerens får tildelt en rolle som “en bøddel, der vil hende ondt”, kan ved psykotiske klienter opstå mere spontant og uafhængigt af klinikerens karakteristika. Her skal klinikerens altså, ifølge F, kunne rumme at blive set på som den,

der vil klienten ondt. F oplever altså, at rummeligheden kan blive sat under pres, når F som kliniker bliver presset af klienten til at skulle identificere sig med én, der vil klienten ondt.

F oplever også, at rummeligheden kan blive sat under pres, når en klient selv indtager rollen som den, der har forvoldt klienten ondt. Klienten agerer overfor klinikerens som dem, der har gjort klienten ondt, har ageret overfor klienten. Måden klientens smerte relationelt er opstået på, træder ind og udspiller sig relationelt mellem klient og kliniker:

“der var en, der var vokset op med at blive slået hele hans liv, og han kunne godt, hvis jeg så gav udtryk for noget, som ikke var det, han gerne ville høre, at jeg sagde. Så kunne han godt reagere med at blive truende og komme med truende udmeldinger om. [...] han talte til mig, som hans far talte til ham. Når der var noget, han gjorde, som faren ikke brød sig om. Men det tog noget tid, også at kunne komme derhen. Og kræver selvfølgelig, at relationen kan bære det og så videre, før man kan begynde at tage den slags ting op. [...] man kan sige, det var dét, som jeg kunne komme til at repræsentere, som han var vant til blev banket ud af ham. Og så det var også en måde at forholde sig til den hos ham selv, og det som for ham var sårbart hos ham selv. At det skulle på en eller anden måde bankes ud af ham..“

Klinikerens skal altså, ifølge F, kunne bære for klienten, indtil relationen mellem klient og kliniker kan bære, at rolletildelingen kan italesættes. Ifølge F, bliver der talt til hende, som klientens far talte til ham, hvor det sårbare blev banket ud af ham.

4.3.2.1.1 Projektiv identifikation

Klientens projektioner i rolletildelingen udfordrer rummeligheden. Identifikation af projektionerne kan fremme rummeligheden. Den rolle klienten tildeler klinikerens, forstås af alle informanter ved, at klienten projekterer følelser og tilstande over til klinikerens. De påpeger, at projektionerne stiller øgede krav til den rummelighed, klinikerens skal have. Med udgangspunkt i ovenstående eksempel fra informant F, kan

det ses gennem Ogdens projektive identifikation, at klinikerens vil få projekteret klientens sårbarhed over på sig, og derefter vil klienten forsøge at styre klinikerens gennem disse projektioner. Det gør klienten gennem tidligere tillært adfærd på tidspunktet for smertens indtræden. Klienten forsøger dermed via trusler at styre klinikerens gennem den vækkede sårbarhed og frygt hos klinikerens. Dette vil klienten gøre med det ubevidste ønske om at lykkes med at introjektare projektionerne i modificeret form, så han kan heles. Klinikerens rummelighed udfordres altså, når klinikerens bliver presset til at identificere sig med klientens sårbarhed og frygt, og ydermere når klinikerens bliver forsøgt presset til at agere i overensstemmelse med frygten og sårbarheden. Klinikerens skal rumme, at klienten via truslerne og sårbarhed og frygt hos klinikerens forsøger at styre klinikerens. Informant D udtaler, hvad der kan ske, når man ikke formår at identificere projektionerne:

“det er dybt forstyrrende at opdage, at man sidder og tænker tanker og følelser, og så opdager man, at det er ikke ens egne. Og så er vi lige præcis inde i den der relationelle del, det i den relation, at behandlingen skal finde sted, men det er også i den relation, at klinikerens risikerer at blive lammet eller selv blive sendt ud i dissociationer eller relationer uden at opdage, jamen hov det kommer relationelt. [...]”

Ifølge D, kan det altså forstyrre eller hæmme klinikerens, når man oplever at tænke tanker og mærke følelser, der ikke er ens egne. Rummeligheden fremmes gennem klinikerens forståelse af de projekterede tanker og følelser, og dette gøres bedst via Ogdens projektive identifikation, ifølge informant D. Rolletildelingen er altså forbundet med en vis risici, da det kan lamme klinikerens rummelighed.

4.3.2.1.2 Klientens uheldige forelskelse i klinikerens

Et forhold der også kan influere på rummeligheden, er klientens forelskelse i klinikerens. Informant E fremhæver væsentligheden af at være opmærksom på den forelskelse, klienten kan opleve at have for klinikerens. Ifølge informant E, kan forelskelsen være så indgribende, at den overtager og overskygger relationen og dermed også hele behandlingen. Når dette sker sættes rummeligheden under stort pres:

“To smukke unge mænd som jer, I kommer også ud for, at der er nogle, der bliver forelskede i jer. Og det har i øvrigt været en af de ting, jeg synes, der har været rigtig svært - at der har været sådan seksualitet i rummet. Altså jeg er jo ikke bange for seksualitet i rummet, men én som meget konkret altså bliver ved og ved med at vil have en seksuel relation og skulle tematisere det, og tale om det. Men det er ligesom lettere at håndtere vrede og end, fordi at afvise hende, altså hvad jeg jo gør, naturligvis så siger jeg, det kan under ingen, vi kan snakke om hvad som helst, men det er helt udelukket, det går bare ikke, men lad os snakke om det. Ikke. Altså. Voldsom krænkelse.”

Klientens forelskelse i klinikerens kan, ifølge E, være sværere at rumme end klientens vrede, som F har nævnt kunne udfordre rummeligheden. Seksualiteten i rummet er svært for klinikerens at rumme, da det ifølge E, omfatter en afvisning af klienten. Det er svært at komme ud af, med mindre det italesættes, og det er svært at italesætte.

4.3.2.1.3 Splitting ved rolletildeling

Et forhold, der også stiller krav til klinikerens rummelighed, er at rolletildelingen ikke er konstant. C fortæller, hvorledes han oplever, at rolletildelingen kan være splittet mellem én, der vil klienten det ondt, og én der forsøger at hjælpe:

“der er nogen der direkte ser på dig som om, at nu provokerer du mig, fordi du spørger mig om det her, du er uenig i min fortolkning, derfor er du ond. [...] så bliver jeg set som den der kollega, chefen eller alle dem som lige pludselig er imod hende ehm .. det er jo meget opdelt, når man er sårbar.”

Informant D anser projektiv identifikation som noget, der er vigtig at forstå, når man møder splitting. Det er et forhold, som ofte forekommer hos klienter med borderline. D lægger i forhold til rummeligheden vægt på, at man skal være opmærksom på sit sprogbrug omkring klienten. Dette ses indeholdt i D's forklaring:

“Når jeg tænker på alt det vrøvl, der er skrevet om projektiv identifikation, hvor man forsøger ved borderline og sige, at det er patientens måde at snøre klinikerens og forføre og hvad vi ellers bruger af grimme ord ikke. Gabbard og Evang og andre der har skrevet sådan nogen tåbeligheder“

Sprogbruget eller måden at tale om klienten på kan altså også sige noget om grænsen for klinikerens rummelighed. Ifølge informant D, er der ofte ved teori omkring klienter med borderline, benyttes et sprog, der giver anledning til negative konnotationer.

4.3.2.2 Forskydning af normalitetsfølelse

Forskydning af normalitetsfølelsen er noget alle informanter anser som noget, der kan forstyrre rummeligheden. Normalitetsfølelsen er beskrevet af informanterne, som både en indre følelse af at være i egen normaltilstand, og som det at bevare sin sensitivitet i sin måde at opleve andre på. En forskydning af normalitetsfølelsen kan ske i mødet med ekstreme tilfælde af psykisk smerte eller tilstande hos klienter. C ytrer blandt andet i forhold til klienter med stress:

“Hvis jeg har fem af dem på en uge, jamen så den sidste får altså bare ikke lige så meget indføling som den første, fordi jeg har hørt så meget af de der ting. Det der jo så gør det spændende, jamen det er de der forskellige historier. Men de begynder også at ligne hinanden, dum chef, for mange arbejdstimer ikke.. og når 50 timer i starten virkede som mange arbejdstimer for en person, og der så kommer en ind og siger, jamen jeg har 100. så begynder de næste der siger 50 jo og være lidt mere ligegyldige uden at være det jo. Fordi du har jo lige pludselig set, hvad kan det egentlig ellers være. Hvor er baren inden for ekstremerne, den bliver jo rykket, fordi de andre bliver jo normaler.“

Det vil sige, at C oplever at forskydning af normalitetsfølelsen, som følge af mødet med de ekstreme klienter, kan mindske sensitiviteten og dermed også rummeligheden i

mødet med klienter, der ikke er ekstreme. Informanterne er enige om, at det kan være svært at opdage, når man som kliniker har en forskydning af normalitetsfølelsen. De er også enige om, at supervision her kan fremme normalitet og rummelighed. Dette giver D et eksempel på.

“Jeg tror, det er rigtig svært, og det traditionelle svar er supervision ikke. At lige så snart du bliver opmærksom på, at her reagerer du... du skal virkelig være opmærksom på din egen reaktion, modoverføring kan man så kalde det, så der hvor du mærker, hov, her reagerer jeg anderledes, eller som jeg sagde før, her er der noget i mig som forsøger at rykke baglæns, ud af feltet, lige så snart det sker, så skal du være på forkant med, at nu sker der altså noget vigtigt. [...] Så sensoren for hvad der sker, [...] det er selvfølgelig din observation, din sansning af, hvad sker der i din patient, hvad er det for nogle ord der kommer ud af munden, hvad er det for nogen måder kropsligt at kunne være med, og reagere og agere på det der sker, men også dine egne sansninger.”

Klinikerens opmærksomhed på sig selv, sin kropslige fornemmelse, måden han reagerer på, og måden han taler på, kan afsløre en forskydning af normalitetsfølelsen, ifølge D. Men hjælp udefra, som for eksempel supervision, kan også fremme, at normalitetsfølelsen genetableres, og rummeligheden øges. Men D mener også, at især Ogdens teori om projektiv identifikation kan være med til at fremme evnen til at forstå overføring fra klienten, der fører til reaktioner hos klinikerens, der ligger udenfor klinikerens normale måde at reagere på:

“Ja og specielt som Ogden er inde på, så især de reaktioner, som man ved ligger udenfor ens sædvanlige måde at reagere på, [...] jamen hov, her var der pludselig en forrykkelse i min normalitetsopfattelse, der fik mig til at reagere anderledes.”

F opfordrer til, at man ikke skildrer normalt fra unormalt, men holder fokus på klientens oplevelse af tilstanden, og søger at give mening til sammenhængen i den måde klienten

fungerer på. Dette mener F kan understøtte klinikerens normalitetsfølelse og fremme klinikerens rummelighed. F ytrer følgende:

“nogen kan være vældig vældig forpinte af det, og det kan man mærke. Og andre kan godt være velfungerende og klare sig godt, selvom de også er forpinte. Så det er ligesom det der med også at finde hen til det sted, hvor det bliver meningsfyldt for klienten, hvor det giver noget ægthed, og det bliver autentisk følelsesmæssigt, uanset hvor slemt symptomet er.”

4.3.3 Omgivelsernes påvirkning af rummelighed

Dette afsnit omhandler de faktorer i omgivelserne, der influerer på klinikerens rummeligheden. Omgivelsernes faktorer er opdelt i miljøterapi og fungerende arbejdsfællesskaber, supervision, egenerapi, udvidelse af teoretisk horisont, overgangen fra studie til praksis, og behandlingens vilkår.

4.3.3.1 Miljøterapi og fungerende arbejdsfællesskaber

Informant D og F har begge erfaringer med at arbejde med miljøterapeutiske metoder, men der er uenighed om, hvorvidt disse styrker behandlingen og klinikerens rummelighed. D mener, miljøterapeutisk behandling i en psykiatrisk afdeling eller social institution er uigennemførlig i praksis. Hvorimod F mener, miljøterapeutisk tilgang godt kan virke i praksis og ytrer følgende:

“så kommer man heller ikke til at stå helt så alene med det, som hvis det kun kommer til at tilhøre den enkelte miljøkliniker. Men man får trukket det ind i en sammenhæng, hvor det giver mening, og altså netop i forståelsen at ahh.. Det er det, der bliver sat i gang, og det er det her de unge måske vil sige med det, og det er det her, der foregår blandt de unge, eller noget som så på en anden måde ikke bare er noget, der foregår hos den enkelte miljøkliniker”

Fokus på de relationelle sammenhænge i miljøterapi kan altså, ifølge F, øge rummeligheden i behandlingen, når klinikerne ikke står alene med det, der skal rummes i mødet med klienten. Dynamikken i mødet med klienten bliver dermed ikke afgrænset til den ene kliniker, men bliver noget der behandles, forstås og rummes i fællesskab blandt klinikerne. Klinikerne bliver altså fælles om at bære ifølge F. D advarer dog imod, at det også kan have den modsatte effekt, at hvis fællesskabet fejler i at rumme klienten, så vil klienten ikke bare kunne sende den enkelte kliniker ud i “vildfarelser”, men en hel afdeling med flere behandlere. D ytrer følgende:

“(der er en grænse for) hvad behandlingssystemer kan acceptere af sund fornuft. Fordi det er der kæden hopper af. [...] Sverker Belin som er psykolog [...] Han skrev den der galskabens magt. [...] Der har han det her eksempel på en patient, som er så syg, at de reagerer så meget, at selv på den afdeling hvor hun er, begynder at ændre på deres behandling eller på deres forståelse. Hele hospitalet bliver sendt ud i nogle vildfarelser. Galskabens magt!”

Alle informanter lægger dog vægt på, at fungerende fællesskaber generelt set kan styrke rummeligheden i mødet med klienten. F ytrer:

“Man sidder selvfølgelig som psykolog i de individuelle forløb selv, men kva at man alligevel er en del af et fællesskab, der fungerer, det synes jeg i sig selv har en afgiftende funktion [...] hvis personalet er stresset eller ikke får mulighed for at vende det, der er svært osv., så får det også konsekvenser for klienterne og patienterne. Så det er for mig at se også helt afgørende, at man også skaber strukturer for personalet, så de kan arbejde med det, de skal rode med og det, de skal rumme, inklusiv psykologer”

Ifølge informant F, bliver man som kliniker belastet i mødet med klienten, og det er nødvendigt for bevarelse af rummeligheden, at man har et fungerende fællesskab, hvor man kan blive aflastet eller afgiftet. Fungerende arbejdsfællesskaber er altså noget der,

ifølge informanterne, generelt set kan fremme rummeligheden, hvis de fungerer og hæmme rummeligheden, hvis de ikke fungerer. Informant E tilføjer, at blot en samtale med en kollega kan understøtte rummeligheden:

“Jeg havde en ung/ynge kollega med mig, som også blev meget berørt, naturligvis. Hvor vi så havde hinanden og kunne snakke om det bagefter.”

4.3.3.2 Supervision

Supervision er noget, alle vores informanter ser som afgørende for bevarelsen og fremmelsen af rummeligheden hos alle klinikere. De påpeger også samstemmigt, at supervision, i mindre eller større udstrækning, burde være påtvunget i klientarbejde. Klinikerens bliver set som værende sit eget redskab i mødet med klienterne, og klinikerens som redskab har brug for løbende eftersyn således, at det sikres, at klinikerens funktion og rummelighed i mødet med klienten fortsat fungerer. Ellers bliver det som at syne en bil ved indregistreringstidspunktet, og så efterfølgende selv lade det være op til ejeren at bestemme, om den fortsat skal synes. Alle informanter påpeger, at man burde se på, hvordan man kunne sikre klienterne bedre gennem påtvunget supervision for klinikere. Informant E udtrykker det præcist, når han siger: *“der skal være en ret og pligt”*.

På forskellige måder er skam for alle vores informanter en hæmmende faktor for supervisorsrummet. Skammen bliver dermed også hæmmende for klinikerens rummelighed, da klinikerens risikerer ikke at få bearbejdet skamfulde dele af mødet med klienten. Om dette ytrer E følgende:

“Er der ét emne, som der er systematisk ekskluderet fra supervision, så er det seksuelle følelser. Og vi ved, hvor mange der har det, vi er oppe imod en 80 procent eller sådan noget, af behandlere har seksuelle, kærlige følelser, det er jo meget godt. Men det taler vi ikke om.”

Det skamfyldte og det tilbageholdte i supervisionen er individuelt for informanterne, men E, der har været supervisor gennem mange år, oplever, at seksuelle følelser systematisk er ekskluderet fra supervisionsrummet. Ydermere at det er op imod 80 procent af klinikere, som har det, men som ikke er i stand til at tale om det i supervision. D påpeger, at klinikers egen evne til at rumme og komme tæt på det skamfyldte eller smertefulde gør, at det kan behandles i supervision:

“Men de kan ikke gå i supervision, fordi de kan ikke holde ud at snakke om det, [...] arbejdsvilkår, [er] det der kommer op, når det gør for ondt at komme ind på, hvad sker der i klienten, og hvad sker der i mig, når jeg er sammen med den her klient, så begynder man at snakke om arbejdsvilkår ikke. [...] det snakker man jo om som overspringshandling ikke, fordi smerten ved at komme tæt på det, som supervisionen egentlig skulle hjælpe med, den er simpelthen for stor.”

Tilliden i supervisionsrummet er noget, alle informanter ser som fremmende. Her er de enige om, tilliden fremmes ved, at supervisor fokuserer på at skabe plads til, at klinikerne kan være nysgerrig på sin dynamik i mødet med klienten. D, E og F påpeger, at Ogdens projektive identifikation er et af de bedste redskaber til at øge nysgerrigheden i supervisionsrummet og undersøge denne dynamik, da den omfavner overføring og modoverføring mellem klient og kliniker. E ytrer:

“Vi skal jo forstå, hvad er det der sker med projektiv identifikation, hvad er det, der sker med overføring, modoverføring, bare lige for at droppe nogle begreber. OG det tænker jeg. Som måske også kan skærpe en nysgerrighed”

Supervision er for alle vores informanter altså meget afgørende for fortsat at kunne fungere optimalt som kliniker, og ikke mindst bevare og øge sin rummelighed i det kliniske arbejde.

4.3.3.3 Egenterapi

Udover supervision, er egenterapi noget, som de tre erfarne informanter har benyttet sig af. De ser egenterapi som en yderligere styrkelse af forståelsen af dem selv, hvad de bringer med ind i den kliniske setting og deres rummelighed i mødet med klienter. C, der sidder med udregning, har ikke benyttet sig af egenterapi, og nævner også, at han ikke er sikker på, om han fremadrettet vil finde det nødvendigt i forhold til hans kliniske arbejde. F beskriver egenterapi som noget, der bedre kan fange de blinde pletter, man kan have som menneske og som kliniker. F ytrer følgende:

“jeg synes det var rigtig meningsfyldt, netop ift. Også at få set på og få skilt tingene ad. Og hvor er mine sårbare områder, hvad er det for en krog, jeg kan komme ind i, uden at være vidende om det. Det synes jeg har været rigtig givende ift. De der lidt mere ubevidste sider af mit arbejde. Og af min andel i det.”

Ifølge F, kan det altså øge klinikerens bevidsthed om de sider af sig selv, som klinikerens også tager med sig ind i den kliniske setting, som supervision ikke nødvendigvis fokuserer på eller fanger. Informant D, E og F mener alle psykologer, som en del af psykologuddannelsen eller i forhold til at udøve klinisk praksis, burde have egenterapi.

4.3.3.4 Udvidelse af teoretisk horisont

Ved mødet med de smerter, følelser eller problemstillinger hos klienterne, som kan være svære at rumme for klinikerens, kan der med fordel hentes hjælp i faglitteraturen. Det fremgår af analysen, at netop dette fremmer forståelsen for klientens problemstilling og rummeligheden samtidig med, at det afværger klinikerens følelse af at stå alene i situationen. Eksempler der illustrere dette, er informant E, der siger:

“Og så bliver jeg nysgerrig. Jeg har altid læst rigtig, rigtig meget. Og lavet sådan litteratursøgning - måske ikke lige så systematisk som I har

gjort eller I gør - men hvad er der skrevet om det og så har jeg prøvet at forstå og se, at jeg ikke er helt alene i den her”

Og informant D ytrer:

“jeg kan læse gode bøger, hvor andre har været det samme sted, og har forsøgt at hjælpe sig selv og hinanden, og os andre ved at skrive om det.”

Det fremkommer også, at en vandring i litteraturen beskrives som en øvelse, der kan udføres gennem hele klinikerens professionelle virke, og som bliver en tilpasset strategi. Det illustreres af informant F:

“[...] jeg har mange gange søgt og fundet svar i litteratur [...]. Det har jeg mange gange gjort igennem tidens løb i det hele taget. Og nu har jeg jo været igennem det mange gange, så nu er det føles det mere som min måde at tænke på med nogle af de her teorier. Og der er noget, jeg vender mere tilbage til end andre, men jeg kan stadigvæk også godt støde på noget nyt, eller noget jeg undrer mig over. Hvor jeg tænker, hvad var nu lige det? Så er det at søge ind i litteraturen er stadigvæk en rigtig god strategi.”

Der gives også gennem analysen indtryk af, at henvendelse i litteraturen kan benyttes som en måde at holde sig opdateret på. Det bliver en måde at komme nogle situationer i forkøbet og en måde at fremme rummeligheden på overfor det ukendte i selve møde øjeblikket. Således beskrives denne situation af informant C:

“Men det er jo også vigtigt, når vi så ser vores patienter, at vi så ved noget om, f.eks. så er der jo nogen af kvinderne, der har det der PCOS hormonforstyrrelse. Hvor det også er vigtigt for os at vide, hvilken effekt har det egentlig på deres psykiske apparat.”

Uden den viden, som informant C på forhånd har indhentet, ville rummeligheden og forståelsen for klienten, have været hæmmet. Det ville have være svært at kunne indtage de implikationer, en sådan forstyrrelse har for en klient. Informant C tilføjer i den forbindelse:

“[...] Er der en eller anden viden, der ligger som vi skal være meget skarpe på hvilken forskning der ligger inden for, og hvad er der af evidens for af korrelationer og komorbiditet[...].”

Viden om en klientens problemstilling, på forhånd eller bagkant, bliver fremmende for rummeligheden. Der kan, jævnfør ovenstående citater, bedre skabes en forståelse for klienten, og hvorledes de påvirkes af problemerne.

4.3.3.5 Overgangen fra studie til praksis

Overgangen fra teori til praksis, fra studerende til praktikere, omtales enstemmigt af vores informanter som noget, der opleves som en udfordring. Der gives bl.a. udtryk for, at den på uddannelsen benyttede teori i den forbindelse har en mangel. Dette gab mellem teori og praksis udtrykkes der enighed om blandt informanterne. Overgangen fra studerende til praktiker/kliniker kan ses eksemplificeret hos informant C:

“Det var udfordrende, lad os kalde det dét. Fordi man har en meget lille del erfaring fra studiet [...]. Men rummelighed er det meget lidt, man i grunden arbejder med.”

Der kan også findes eksempler på, hvordan informanterne oplever, at der er et spænd mellem psykologiens teoretiske vægtning og den praksisnære vægtning. Rummelighed bliver på den baggrund til et overset emne. Psykologi opleves af informant C og D som en teori-uddannelse, men samtidig et praksis-fag. Adspurgte om sin indtræden på arbejdsmarkedet som nyuddannet psykolog, svarer informant D:

“[Det var] Frygteligt! [...] det chok at komme ud og gerne vil bruge sin uddannelse, og så godt nok vide at det er en teoriuddannelse. [...] Og mødte, om man så må sige, virkeligheden. Men pludselig at sidde overfor mennesker som er syge [...].”

Informant C giver udtryk for samme oplevelse:

“[...] fordi det er jo et praksisfag vi har, uanset hvor meget vi prøver at læse os ud af det.”

I ovenstående gives der generelt udtryk for et manglende fokus på overgangen fra teori til praksis, og i særdeleshed rummelighed som et overset begreb eller emne. Sagt på en anden måde kan dette ses som en begrundelse for betydningen af rummelighed, og hvorfor det er hensigtsmæssigt med mere opmærksomhed, end det får i dag. Det bliver en hæmmende faktor og en begrænsning, at man ikke er “klædt på” fra studiehold. At opbygge en psykodynamisk holdning eller relationel holdning er ikke blot noget, der kan erhverves gennem teori, det er langt hen ad vejen noget, der erhverves gennem praksis, ifølge informanterne. Rummeligheden er med andre ord også noget, der erhverves gennem praksis.

4.3.3.6 Behandlingens vilkår

Behandlingen eller det kliniske forløb opleves af informant D og E som havende ydre strukturelle og bestemmende vilkår, der umiddelbart ikke lader sig rokke, og som ikke har samme sigte som informanterne. Disse betingelser ses at udøve en vis indflydelse på rummeligheden. Således ytrer E, hvordan stress bliver en faktor, der ikke forårsages i relationen med patienten, men påføres udefra:

“Ja, ja men det har vi nu fået det sådan, at vi skal bare fjerne symptomet. Altså Bare og bare ikke. Men altså, med de her pakker(behandlingspakker) som er, hvis man kigger på evidensen, for små ikke. [...] det er jo en del af stressfaktoren. Jeg ved, at min patient, som kommer en i en gruppe med borderline personlighedsstrukturer, osv. sov, jeg ved bare at hun, at det er for kort tid for hende ikke.”

Et andet eksempel er informant D, der ytrer:

“Det er new public management, [...] det værste der sker er, at psykiatrien tror, den er en naturvidenskab,[...]. Da jeg var ung psykolog, der ledte man efter skizokokken. Hvad var det for en virus, som gjorde, at mennesker de blev skizofrene. Og det... det er frygteligt! Men det er den uhellige alliance imellem new public management og meget traditionel naturvidenskab. Og fordi, så har man bildt politikerne ind, at nu kan man begynde at styre psykiatrien, og styre økonomien ift. psykiatrien, og politikerne har desværre købt den.[...] psykiatrien siger, at de behandler mennesker der lider, og det passer ikke! De behandler sygdom!”

Det bliver lige pludseligt svært at rumme de strukturelle bånd. Klientens behov kan ikke imødekommes og denne viden om, hvad der på den ene side er rigtigt, og på den anden side er muligt, sætter således klinikerens rummelighed under press. En del af rummeligheden fyldes dermed op, ikke af klienten som den burde være forbeholdt, men af ydre omstændigheder. Det at rumme denne følelse, denne mangel i en vis forstand, kommer ifølge informant C til udtryk som en rastløshed:

“[...] der er en periode fra, jeg ligesom er herude, til jeg kommer hjem på en, eller en time efter jeg har haft en klient, der bliver jeg ligesom rastløs, der er en eller anden ting i min krop, som ligesom skal, i stedet for jeg bruger min energi oppe i hovedet, så har jeg brug for at bruge den udad, igennem mine hænder og krop på en eller anden måde ikke, for at få afløb for den der følelse, der ligesom er mega svær at håndtere, fordi du kan ikke få forløsningen på den. Du kan ikke gøre personen tilfreds nu, der er ligesom en eller anden afslutning og der må du ligesom lære at leve med den.”

Informant E påpeger ligeledes:

“vi ser en enorm, altså produktionskrav, men også letvakt stress-reaktion ikke. Og jeg tror at det at vi ikke har ressourcer, men gerne vil, det er sådan opskriften på udbrændthed ikke, [...] det at man kommer til kort.

Man vil gerne men kan ikke. Det er sindssygt udbrændende og, og så stressfølelsen ikke? Altså du skal hele tiden have' gennemført så og så mange ting. [...] jeg har selvfølgelig oplevet kravet om [...] produktion, vi skal have så og så mange patienter, og de får med de nye behandlingspakker, så og så mange samtaler."

Kravene om produktion og levering og det øgede fokus på målbarhed og behandlingspakker fordrer, med informant E's ord, en letvakt stress-reaktion, som sætter sig i klinikkerne. Dette hæmmer rummeligheden, da klinikerens i forvejen nu er i en sårbar position. Udgangspunktet bliver i denne forstand forringet og er hæmmende for rummeligheden. Der er nogle strukturer, som man er indlejret i, som vil noget andet end det, klinikerne vil, og det er noget, der hæmmer rummeligheden

Det ydre pres eller de vilkår for behandlingen, som omtales af informanterne, kan også opstå mere pludseligt og endda med et endnu stærkere øjeblikkeligt fokus, som f.eks. en mediedækning af en skandaløs sag. Her vil skammen tære på den rummelighed, der oprindeligt skulle bruges i mødet med klienten. Dette eksemplificeres af informant E:

"[...]vi havde, det stod også i medierne, vi havde på rigshospitalets anoreksi-afdelingen en læge, ham der hed i pressen, doktor dildo. Som havde misbrugt. Forfærdeligt, skamfuld historie, forfærdeligt altså. [...] Og dét følte jeg først og fremmest, skamfølelsen [...]."

I en sådan situation opstår der det, som Ogden omtaler som, at klinikerens renommé er på spil. Det vil den normalvis være, hvis en behandling ikke lykkes, men i dette tilfælde er det endnu mere kompliceret, da der er tale om svigt. Det bliver samtidig hele den afdeling, som klinikerens repræsenterer, der kan sige at have sit ry og rygte på spil. Skamfølelsen kommer i den forbindelse af det, man som klinikere repræsenterer, og ikke kun af personlige forhold.

4.4 Opsamling på analysen

Gennem analysen fremkommer det, at rummelighed indeholder tre aspekter, en relationel rummelighed, forståelsesrummelighed, og smertebærende rummelighed. Den relationelle del af rummelighed afhænger af, i hvor høj grad klinikerens relaterer sig til klienten og i, hvordan klienten føler sig relateret til. Forståelsesrummelighed er klinikerens evne til at forstå klienten gennem to niveauer af forståelse, selve det patologiske hos klienten og klienten som et menneske, der oplever det patologiske. Forståelsesrummelighed er derudover både, hvordan klinikerens forstår klienten, og hvordan klienten føler sig forstået. Smertebærende rummelighed er klinikerens evne til at bære det, som klienten selv føler ubærligt. Altså at klinikerens lykkes med at få kommunikeret til klienten, at klinikerens er i stand til at have med det at gøre, som klienten indeholder. Klinikerens kommunikerer i høj grad også dette via sin evne til relationel rummelighed og forståelsesrummelighed.

Analysen peger på, at rummelighedens tre aspekter forudsætter hinanden, og at det er nødvendigt, at alle tre er til stede, hvis rummelighed skal opnås. Ud fra analysen peger de tre aspekter af rummelighed ind i en moderne psykodynamisk holdning. Ydermere at rummelighed i højere grad karakteriseres ved en holdning, end ved en teknik eller metode.

Gennem analysen fremkommer det, at det er gennem opnåelse af rummelighed, at det virkelige frugtbare psykologiske arbejde kan folde sig ud. Analysen peger på, at rummelighed kan effektivisere behandlingen og øge chancerne for en vellykket behandling. To informanter peger på, at klienter med svære problemstillinger slet ikke kan blive raske uden, at klinikerens indgår relationelt og rummer klienten i relationen. Gevinsten ved rummelighed bliver derved et værn imod manualbaserede tilgange, hvilket særligt kan være en gevinst for psykiatrien.

Der er fundet flere faktorer, der kan influere på rummeligheden. Disse faktorer omhandler forhold hos klinikerens, relationen mellem kliniker og klient, eller omgivelserne for det kliniske arbejde.

Det ses i analysen, at klinikerens holdning eller metodevalg kan influere på rummeligheden. Manualbaserede eller instrumentelle behandlingsmetoder kan have en hæmmende effekt på rummeligheden, da klinikerens ikke har en tæt nok relation til klienten. Her kan klinikerens ved at anlægge en psykodynamisk holdning, forud for en metode, fremme rummeligheden. Det tyder på, at en kliniker, der har anlagt en psykodynamisk holdning, kan risikere at komme for tæt på klienten, hvilket hæmmer rummeligheden. Det kan fremme rummeligheden, når klinikerens er i stand til at mestre balancengangen mellem at gå tæt på klienten og forstå gennem klientens egne øjne. Og efterfølgende lave en distance, der gør klinikerens i stand til mere uforstyrret af det relationelle samspil, at forstå klienten udefra.

Analysen peger desuden på, at der er en grænse for en klinikers rummelighed. Alle informanterne udtrykker, at svære smertetilfælde hvor børn er involveret, udfordrer rummeligheden. Desuden peger informanterne på, at seksuelle overgreb, pædofili, stagnering af behandling og selvmord alle er temaer der alle kan være grænsesættende for klinikerens rummelighed. Et vilkår for rummeligheden kan også være klinikerens egne bløde punkter. For eksempel, hvis klinikerens selv er forældre, kan en klients svære hændelse med børn, udfordre klinikerens rummelighed yderligere. Informanternes udtalelse omkring hvorvidt klinikerens personligheden har indflydelse på grænsen for rummelighed, er ikke entydige. Nogle mener det er tilfældet, mens andre betvivler det.

Informanterne peger på, at det ikke kan undgås, at klinikerens privatliv vil influere på rummeligheden. Klinikerens udfoldelse fysisk, socialt og kulturelt kan være en stabiliserende faktor for rummeligheden. Tilsvarende kan svære hændelser i privatlivet hæmme rummeligheden i mødet klienten.

Informanterne peger på, at rolletildeling og forskydning af normalitetsfølelsen i relationen mellem kliniker og klient har betydning for rummelighed. Ifølge informanterne udfordres rummeligheden, når en kliniker tildeles en rolle, som ikke er i overensstemmelse med klinikerens ønskede rolle. Evnen til at forstå den tildelte rolle og projektionerne, finder de som determinerende for klinikerens rummelighed. Dette gælder også splitting i rolletildeling og klientens forelskelse i klinikerens.

Relationen mellem kliniker og klient kan, ifølge informanterne, føre til en forskydning af normalitetsfølelse. Det kan føre til, at klinikerens sensitivitet mindskes, og rummeligheden hæmmes. Ifølge informanterne, kan dette imødekommes ved ikke at tingsliggøre eller objektivisere, men i stedet relativisere klientens tilstand, og forsøge at forstå klientens egen oplevelse.

Analysen peger på, at de omgivelser, klinikerens er indlejret i, har betydning for klinikerens rummelighed. Her er det fundet, at et fungerende fællesskab kan have en afgiftende funktion for den belastning, som klinikerens udsættes for i mødet med klienten. Fungerende fællesskaber bliver derved understøttende for rummeligheden. Alle informanter peger også på, at supervision og egenterapi fremmer rummeligheden. Informanterne mener, supervision bør være påtvunget for psykologer, både for at sikre klinikerens rummelighed og behandlingsforløbet generelt.

Det fremkommer i analysen, at klinikerens rummelighed fremmes gennem udvidelse af hans/hendes teoretiske horisont, når det i et forløb ikke lykkes at forstå klientens og dennes problemstilling. Samtidig er rummelighed noget, der også skal trænes gennem praksis, hvilket, ifølge informanterne, ikke sker i tilstrækkelig grad på universiteternes psykologi-uddannelser.

Informanterne peger på, at de urokkelige behandlingsvilkår, som en kliniker kan være underlagt, kan begrænse klinikerens rummelighed, da klinikerens ikke kan imødekomme klientens behov og indgå relationelt.

5. Diskussion

Første del af diskussionen er en metodisk diskussion der behandler hvad der karakteriserer vores undersøgelse og hvilken lid man kan fæstne til vores fund. Andet del vil på baggrund af fund i analysen indeholde en refleksion over to mulige områder hvor vilkårene for rummelighed kan forbedres.

5.1 Diskussion af metode

Diskussionens første punkt omhandler hvorvidt vi med vores undersøgelse er kommet tættere på at kunne svare på vores problemformulering, herunder hvor valide vores fund er i forhold til at kunne svare på hvordan klinikere forstår betydningen af rummelighed, og hvilke faktorer der antages at influere på denne?

Vi mener at kunne sige, at der gennem vores analyse er fremkommet valide data fra vores informanter, som kan bidrage til forståelsen for betydningen af rummelighed i klinisk arbejde, og hvad der kan influere på rummeligheden.

Dog finder vi det passende at reflektere over metodens indflydelse på de fremkomne data. Til trods for vores informanter alle er psykologer, og er vant til at tale om smertefulde ting med eks. deres klienter, fandt vi det under interviewene, at det faktisk var en svær øvelse for dem at åbne op for at snakke om rummeligheden, især hvornår de har oplevet den var udfordret. Måske specielt fordi det også indeholdte scenarier, hvor de ikke har slået til som klinikere, eller hvor mødet med klienten, også har berørt dem selv som kliniker hvilket har vækket deres egen smerte. Vi beder altså vores informanter om, at forholde sig til deres egen smerte, og det som til tider har været deres mislykkede forsøg på at håndtere den, i deres arbejde som klinikere. Dette gør vi til trods for, at de ikke forud for interviewet har haft muligheden for at danne en stærk relation til os som interviewer. En stærk relation, er netop det som både flere af vores teoretikere og alle vores informanter, peger på som væsentlig for at åbne op for at kunne snakke om det smertefulde. Vi kan derfor ikke vide hvor stor del af deres oplevelser

med rummelighed der åbnes op for gennem vores interview. Vi kan dog antage at validiteten sikres af at 3 af de 4 interviewpersoner har mange års erfaring. Derudover er de som nævnt vandt til at bevæge sig i det smertelige, og altså tale om det, hvor svært det end måtte forekomme. Det er muligt at der tilbageholdes information, eller der er steder vi ikke bevæger os hen i interviewet, men de informationer der fremkommer, må antages, qua erfaring og psykologfaglig indsigt, at være gyldige udsagn.

Man kan selvfølgelig indvende, at havde vi haft mulighed for at interviewe informanterne over flere gange, hvilket vi ikke har fundet muligt grundet specialets omfang, så kunne efterfølgende interview være foretaget med udgangspunkt i endnu stærkere relation mellem interviewer og informanter. Dette kunne give et endnu større indblik i deres oplevelsesverden, og have givet os et endnu større bidrag til at forstå betydningen af rummelighed i klinisk arbejde. Dette kunne også i en vis forstand have øget reliabiliteten, da dette ville give os mulighed for at få vurdere hvor konstante deres udsagn ville være over tid. Vi har desuden lagt stor vægt på at informanterne har haft mulighed for at kunne korrigere udsagn, fortolkninger, stille opklarende spørgsmål samt at gøre indsigelse mod deres deltagelse, på ethvert tidspunkt, under eller efter interviewet. Dette øger objektiviteten og reliabiliteten, da meningen i det sagte bliver dialogisk skabt, og på den måde antages at kunne skabes igen ved en anden interviewer.

Vi mener vi har formået at skabe en relation og et rum, mellem os som interviewer og vores informanter, som har givet et indblik i nogle af de tilfælde hvor rummeligheden, ifølge informanterne, har været meget udfordret, hvilket har bidraget godt til analysens anliggende. Vi finder også, at de har fremstået sandfærdige og oprigtige i deres udtalelser, og med et oprigtigt ønske om at bidrage til andre psykologers kliniske arbejde, ved at øge forståelsen af betydningen af rummelighed. Desuden har de givet rige beskrivelser, hvilket vi også har forsøgt at skabe plads til ved valget af kvalitativ metode. Gennem interviewene har vi lagt meget vægt på det dialogiske aspekt, at der skal være plads til at stille spørgsmål, både fra interviewer og informant, og understreget vigtigheden af dette, da rummelighed har en kompleksitet. Vi har også

bevidst valgt, at søge efter erfarne psykologer for at øge validiteten i udsagnene, da vi mener de står stærkere ift. at kunne bidrage til at indfange kompleksiteten af rummelighed, da de formodes i højere grad på egen krop, at have stiftet bekendtskab med rummelighed i det kliniske arbejde. Vi har også valgt en forholdsvis nyuddannet psykolog, for også at kunne belyse betydningen af rummelighed for en kliniker der netop står i de første møder med rummelighed i sit kliniske arbejde.

Informanterne har fået de samme spørgsmål, og svarer på mange områder også med forholdsvis sammenlignelige svar på spørgsmålene, til trods for deres forskellige kliniske erfaringer. Dette må siges at øge pålideligheden i deres udsagn, og øge reliabiliteten.

Ud fra en hermeneutisk-fænomenologisk tilgang, anses individets oplevelser som individets egen sandhed. Vi tager udgangspunkt i at informanternes beskrivelser af oplevelser af gyldige. Validiteten efterprøves som nævnt med opfølgende spørgsmål således at fortolkningen af deres oplevelser er så nøjagtigt gengivet som muligt. Taget dette i betragtning mener vi med rette at kunne påstå, at vi har undersøgt det der er specialets ærinde at undersøge.

5.2 Diskussion af mulige implikationer

På baggrund af fund i analysen gives her en refleksion over to mulige områder, hvor vilkårene for rummelighed kan forbedres. Det omhandler hhv. generelle arbejdsbetingelser og overgangen fra studerende til psykolog.

5.2.1 Rummelighed i psykiatrien

Når rummelighed er så værdifuld for det kliniske forløb og den vellykkede behandling, som vi finder det gennem analysen, virker det kontraintuitivt, at andre fund samtidig også viser en nedprioritering af rummeligheden i behandlingen, især inden for psykiatrien. Betydningen af rummelighed, er i psykiatriens øgede fokus på metode og diagnosticering, blevet overset. Den tidslinie vi har præsenteret i opsamlingen af vores

teoriafsnit, viser en øget forståelse af betydningen for rummelighed i klinisk arbejde. Til trods for denne udvikling, findes det i analysen, at psykiatriens måde at drive behandling på, kan siges at have en modsatrettet udvikling.

De generelle arbejdsbetingelser skal tillade at der er plads til at klinikerens kan relatere sig til klienten. Dette kræver at klinikerens har den rette mængde tid og metodefrihed, der gør det muligt for klinikerens at relatere sig til klienten. Klinikerens rummelighed er betinget af behandlingens vilkår, og den relationelle rummelighed kræver at klinikerens i relationen har plads til at lade sig forandre i mødet med klienten. Hvis ikke klinikerens skal udtynke relationen, gemme sig bag manualbaserede metoder, og gøre klienten til et objekt, kræver det at der fokuseres på klinikerens den smertebærende rummelighed. Det er begrænset hvor meget plads der er til klinikerens mulighed for at bære følelser for klienten, hvis klinikerens er nødsaget til at gøre klienten til et objekt. Pladsen, der skabes til relationen, skal åbne op for at klinikerens kan være med til at bære klientens ubærlige smerte. Det er i relationen det gør ondt på klienten, og hvor det også kan komme til at gøre ondt på klinikerens. At øge den relationelle rummelighed, giver også klinikerens værdifulde informationer omkring hvordan klienten indgår relationelt, ikke bare med klinikerens selv, men også for klienten generelt. Herigennem kan forståelsesrummeligheden øges, og klienten vil også kunne føle sig rummet i den forstand, at klienten får mulighed for at danne nye erfaringer omkring hvordan man kan indgå i relationer. Disse relationelle erfaringer kan klienten bruge i sit levede liv, og derigennem få styrkede relationer, som kan forebygge risikoen for tilbagevenden til psykiatrien.

Ved at arbejdsbetingelserne tillader at klinikerens får plads til at turde lade sig forandre i relationen med klienten, vil det på længere sigt, udbygge klinikerens psykodynamiske holdning. Dette vil igen medføre at man som kliniker kan indgå i nye relationer med klienter med formindsket angst. Ved at se klinikerens som et redskab, og ikke blot som en bruger af et redskab, kan man betragte klinikerens som et aktiv der, i forhold til det kliniske arbejde, er i udvikling gennem hele sit arbejdsliv. Her vil klinikerens udvikling ikke ophøre i det øjeblik klinikerens har lært metoden, men vil kunne fortsat udvikles

gennem færdighedstræning i relationel rummelighed, forståelsesrummelighed og smertebærende rummelighed. En træning, der fortløbende vil styrke en psykodynamisk holdning hos klinikerne, som ruste klinikerne i forhold at skulle møde stort set alle typer af klienter med svære problemstillinger.

Det der i forhold til de generelle arbejdsbetingelser for det kliniske arbejde, synes at kunne fremme rummeligheden, er at give klinikerne ro og frihed til at vælge den metode eller teknik eller anlægge den holdning, der giver mest mening for netop den klient som det drejer sig om. Altså i forhold til at have størst succes med det kliniske forløb. Dette indebærer naturligvis igen at der afsættes mere tid til forløbet og der i sidste instans gives tilsagn om støtte til sådan en tilgang.

5.2.1 Overgang fra studie til praksis

Hvis forståelsen af rolletildeling, projektiv identifikation og det nuværende øjeblik er så vigtig for, at klinikerne ikke bliver lammet i sit kliniske arbejde, hvordan kan det så at være man sender nyuddannede psykologer ud fra uddannelsen uden at sikre deres kendskab hertil?

Rummelighed er noget, der skal trænes gennem praksis, hvilket ikke sker i tilstrækkelig grad på universiteternes psykologi-uddannelser. På dette område, kunne rummelighedens vilkår forbedres, ved f.eks. at øge den praktiske del af uddannelsen. Her kan man med fordel finde inspiration i en norsk model, hvor uddannelsen vare 6 år, men til gengæld er der i uddannelsen af psykologer her indeholdt en sikring af psykologernes praksis-færdigheder. De 50 dages praktik der er indlagt i på psykologiuddannelsen på Aalborg Universitet, på den 5 årige cand. psych. uddannelse, virker utilstrækkelig. Her er det tilmed ikke alle studerende som har en klinisk praksis gennem deres praktikforløb, hvilket gør det særligt sårbart, både for dem selv og deres klienter, hvis de søger direkte mod klinisk praksis efter endt uddannelse.

Man burde derfor overveje, om der ikke burde være en større sikring af de praktiske færdigheder hos nyuddannede psykologer. Sikringen af psykologens praktiske

færdigheder i Danmark sker først gennem psykologens autorisation efter endt uddannelse. Autorisationen kan siges at være den foranstaltning der har et element af at sikre psykologens rummelighed. Der er desuden ikke noget krav om, at en psykolog skal være autoriseret, før at psykologen kan starte egen praksis. Nyuddannede psykologer, kan derfor gå ud og lave terapi i klinisk praksis, uden at have den nødvendige relationelle færdighedstræning. Rummeligheden vil her igen lide under en manglende erfaring.

Psykologuddannelsen er en generalistuddannelse, men vi vil anfægte at der burde være indlagt en praksismæssig stopklods for psykologer, der skal ud og udføre klinisk arbejde. En teoretisk stopklods, kan siges at være en utilstrækkelig kvalitetssikring.

Viden omkring rolletildeling, projektiv identifikation, kunne med fordel være obligatorisk for psykologer der skal arbejde indenfor det kliniske felt. Det styrker klinikerens rummelighed, og gør klinikerer bedre i stand til at kunne klare, og lykkes, med det kliniske arbejde. Det er kun et fåtal af kandidatretningerne på psykologiuddannelsen på Aalborg Universitet, hvor projektiv identifikation og rolletildeling er en del af det obligatoriske pensum, det nuværende øjeblik er slet ikke. Dette kunne med fordel øges. I forhold til det arbejde praksis-psykologer skal ud og udføre efter endt uddannelse, virker både den teoretiske viden og træning i det relationelle mellem menneskelige samspil mangelfuld på uddannelsen. Kendskab til, og viden om, den belastning, der kan være forbundet med det kliniske arbejde, er nødvendig for at kunne værne sig imod belastningen og være rummelig.

6. Konklusion

Med udgangspunkt i teoretiske gennemgang og analyse af vores interviews, kan vi konkludere på specialets hovedanliggende. Vi har gennem specialets udarbejdelse opnået, en forståelse for hvordan klinikere forstår betydningen af rummelighed, og hvilke faktorer der antages at influere på denne.

Kompleksiteten i begrebet rummelighed, lader sig indfange gennem tre aspekter, hhv. relationel rummelighed, forståelsesrummelighed og smertebærende rummelighed. Den relationelle del af rummelighed afhænger af, i hvor høj grad klinikerer relaterer sig til klienten. Forståelsesrummelighed er klinikerens evne til at forstå klienten, både ud fra det patologiske hos klienten og ud fra klienten som et menneske, der oplever det patologiske. Smertebærende rummelighed er klinikerens evne til at bære det, som klienten selv føler ubærligt, samt gennem relationen at få kommunikeret til klienten, at klinikerer er i stand til at have med det smertefulde at gøre, som klienten indeholder. Rummelighedens tre aspekter forudsætter hinanden, og at det er nødvendigt, at alle tre er til stede, hvis rummelighed skal opnås. Derudover indebærer rummelighed også det aspekt, at klienten rent faktisk føler sig rummet ud fra de tre aspekter. Rummelighed karakteriseres dermed i højere grad ved en holdning, end ved en metode eller en teknik. En holdning der kan effektivisere behandlingen og bidrage til at klienter med svære problemstillinger bliver raske.

Ved en metodefokuseret tilgang, er klinikerer i det kliniske arbejde i risiko for at ikke at kunne mestre rummeligheden i mødet med klienten. Dette kan opstå såfremt klinikerer på grund af arbejdsvilkår ikke har plads til praktisere relationel rummelighed, forståelsesrummelighed og smertebærende rummelighed, eller hvis klinikerer har manglende forståelse for, at relationen går forud for metoden.

Et forhold der influerer på rummeligheden er klinikerens evne til at mestre balancegangen mellem at gå tæt på klienten og søge at forstå klienten indefra, og have tilpas distance til også at kunne se klienten udefra.

Klinikerens personlige grænser kan influere på rummeligheden, og dette findes generelt ved problemstillinger i klinisk arbejde der involverer børn, seksuelle overgreb, pædofili, stagnering af behandling og selvmord. Hvorvidt klinikerens personlighed har indflydelse på grænsen for rummelighed, findes i specialet ikke entydigt besvaret. Klinikerens privatliv er også en faktor der vil influere på rummeligheden. Klinikerens udfoldelse fysisk, socialt og kulturelt kan være en stabiliserende faktor for rummeligheden. Tilsvarende kan svære hændelser i privatlivet hæmme rummeligheden i mødet klienten.

Rolletildeling og forskydning af normalitetsfølelsen i relationen mellem kliniker og klient har betydning for rummelighed. Rummeligheden udfordres, når en kliniker tildeles en rolle, som ikke er i overensstemmelse med klinikerens ønskede rolle. Evnen til at forstå den tildelte rolle og projektionerne, kan ses som determinerende for klinikerens rummelighed. Dette gælder også forståelsen af splitting i rolletildeling og klientens forelskelse i klinikerens. Forskydning af normalitetsfølelse kan føre til at klinikerens sensitivitet mindskes, og rummeligheden hæmmes. Dette kan imødekommes ved ikke at tingsliggøre eller objektivisere, men i stedet relativisere klientens oplevede tilstand.

Fungerende sociale fællesskaber på arbejdspladsen kan have en afgiftende virkning på den belastning klinikerens udsættes for i det kliniske arbejde. Supervision og egenterapi fremmer rummeligheden, og påtvunget supervision for psykologer, vil kunne understøtte sikringen af både klinikerens rummelighed og behandlingsforløbet generelt. Klinikerens rummelighed kan også fremmes gennem udvidelse af hans/hendes teoretiske horisont, især når det i et forløb ikke lykkes at forstå klientens og dennes problemstilling. Men rummelighed er som nævnt noget, der i høj grad skal trænes

gennem praksis, hvilket med fordel kunne indføres i højere grad på universiteternes psykologi-uddannelser for at sikre psykologer, der skal i klinisk arbejde.

Betydningen for rummelighed ses som værende særlig væsentlig til at modvirke tabet af relationen i psykiatrien, men kan med fordel tages til efterretning i klinisk arbejde generelt set.

7. Perspektivering

7.1 Rummelighed og relation som metode

Rummelighed lader sig umiddelbart ikke instrumentalisere eller at blive gjort manualbaseret, og er med informant F's ord *“først og fremmest er det en holdning, og en måde at tænke på, og være orienteret på”*. Klinikerens ses i den forbindelse som værende sit eget redskab i det kliniske forløb. Sammenholdt med ideen om at rummelighed ikke er en metode, men en holdning, en måde at møde et andet menneske på og et menneskesyn, kan det ikke undgås at der medtages et personligt islæt fra klinikerens i relationen med klienten. Når det er krævende at følge en metode der forudsætter rummelighed, er det måske lettere at vælge en metode der er manualbaseret eller gjort let anvendelig. Problemet bliver så at det er hensynet til klinikerens der synes, at træde i forgrunden. Der vælges en metode som er tryk for klinikerens og der kommer mindre fokus på hvad klienten har brug for. Det er naturligvis ikke ønskværdigt at en kliniker skal optræde uroligt over for en klient. Det der er ønskværdigt er at skabe bevægelse i forløbet, hvilket fortrinsvis sker i relationen. I stedet for at behandle med udgangspunkt i at man som kliniker eller psykolog kan fortælle sig selv at man har gjort det rigtige, kan det diskuteres om ikke man i stedet for bør se behandling som en lærende proces der foregår i samspil med klienten, som Ogden, Stern og informant D peger på.

At skille metode fra holdning, kan måske også antages at være svært. Det kræver erfaring og en høj refleksiv bevidsthed, at bevæge sig i metoder med en forankring i en bestemt holdning. Et første stadie hertil vil måske være, at man anser holdning og metode som værende tæt på samme størrelse, for senere at kunne adskille disse.

Den psykodynamiske tilgang er netop også startet som en metode og ikke som en holdning, som den hovedsageligt er blevet til. Det bør også nævnes at det som forholdsvis ny psykolog, må være en stor opgave at vælge en tilgang som både er svær

at begrebsliggøre og samtidig kan risikere, at skulle gå imod andre psykologers anbefalinger, der ikke abonnerer på samme holdning.

7.2 Validitet i psykiatrien og tabet af relationel klientforståelse

Hvad betyder det for forståelsen af klienterne, når relationen og rummeligheden nedprioriteres eller mindskes, som følge af instrumentelle eller manualbaserede behandlingsmetoder? Ifølge informant D, E og F, Kernberg, Ogden, og Stern, så er en stor del af forståelsen for klienten, noget klinikeren kun kan opnå gennem relationen, og ved at gøre sig selv i stand til at rumme klienten. Vi har i afsnittet om diagnosticering, beskrevet forskellige former for diagnosticering. De ting psykiatrien måler på, og indførelse af new public management, har ifølge informant E og F, i stigende grad medført en symptomfokuseret behandling. Dette taler ind i den objektiverende positivistiske tilgang, hvor det tilstræbes at standardisere behandlingsmetoder. Den fænomenologiske subjekt-orienterede tilgang, og den psykodynamisk forankrede tilgang til diagnostik træder altså i baggrunden, til trods for hverken klinikere eller klienter oplever en behandlingsmæssig forbedring. Rogers, Ogden, Stern, informant D og E's pointer er, at de vigtige informationer om hvordan klienten fungerer og relaterer sig til andre, netop opnås ved at relatere sig til klienten. Kritikken fra informanterne er, at der bruges så mange kræfter på at diagnosticere, at relationen der skal gøre klienterne raske, ikke er muligt. Man kan godt fjerne symptomet, men man kan diskutere hvor rask klienten er, hvis ikke klienten har lært de relationelle færdigheder der skal til for at begå sig. Informant D stiller spørgsmålstejn ved, hvorfor man ikke i højere grad tager alle de teoretikere til efterretning, der peger på at relationen er det vigtigste for behandlingen af psykisk syge. Her peger han blandt andet på Ogden og Stern bidrag. Det samme kan også undre os, hvordan skal man lære en klient at relatere, når klinikeren ikke gør det samme?

7.3 Balancen i distancen

Vi ser at der er to former for distance i klinisk arbejde. Den ene er, hvor meget man tør at involvere sig og relatere sig til klienten. Og den anden, når man har involveret og relateret sig til klienten, at man finder balancen i distancen.

Det giver anledning til at overveje, om ikke det forholder sig således, at desto mere plads, der er til at klienten kan reagere eller få afløb i en relation, desto mere skal klinikerens rumme. Og desto mere klienten åbner op for smerten, desto mere er der også der skal rummes. Dermed bliver der også mere klinikerens skal rumme, når klinikerens træder ind i relationen med klienten. Som informant E peger på, så er det i relationen at det gør ondt på klinikerens. Relationen er derfor også hele tiden under evaluering fra klientens side. Stern betegner dette forhold ud fra de nuværende øjeblikke, hvor klinikerens reaktion på et nuværende øjeblik, har betydning for det følgende øjeblik, og hvorledes reaktionerne skaber relationen. Et nuværende øjeblik, der qua korrekt respons fra klinikerens, resulterer i en forandring hos klienten, forandre således også klinikerens og ikke mindst relationen. Det kan betyde, at hvis relationen ikke prioriteres, skabes der ikke en bevægelse hos klienten, der kan lede til forandring. Balancen kan her forstås som måden at reagere på. Der ses i den forbindelse en diskussion blandt klinikere, om hvilken distance klinikerens skal have til klienten. Jes Dige, der er behandler gennem 30 år i Danmarks største sorggruppe for børn, mener ikke det giver mening at snakke om professionel distance, men argumenter for at, at man skal turde involvere sig (Børnene fra sorggruppen, DR dokumentar fra 25. marts 2019). Stern ser også distancen som en refleksion over i hvor stor en grad klinikerens skal benytte sin egen person i reaktionen på, og i relationen med, klienten.

7.4 Psykiatribrugernes oplevelse af rummelighed

Vigtigheden af at få rummeligheden og den menneskelige relation tilbage i psykiatrien, som en nødvendig del af behandlingen, påpeger tidligere psykiatripatient Karin Dyhr Dagaard, der har skrevet bogen *Glaspigen*. Ifølge Dagaard var det få i psykiatrien der brændte igennem, og det var for hende en afdelingssygeplejerske der havde

rummelighed nok til at høre om hendes historie seksuelle overgreb. Hun siger, at var det ikke for ham havde hun været død i dag. I stedet er hun i dag blevet rask, og har fået det liv hun ønsker med mand, børn, hund og hus. Hun oplever det er blevet sværere for personalet i psykiatrien at gøre det nødvendige i mødet med patienterne, og at flere patienter ikke bliver raske via deres forløb i psykiatrien (Dyhr & Holmen, 2018). Eksemplet illustrerer hvorledes rummelighed kan være med til, at modvirke fatale konsekvenser i behandlingsforløb.

7.5 Afgiftende eller forgiftende fællesskaber

Man kan diskutere, når et helt fællesskab er presset, om det i samme grad er afgiftende for klinikerne. Man kan være i tvivl om psykiatrien overhoved tilstrækkeligt formår, at lave et afgiftende fællesskab, eller om psykiatrien egentlig er mere forgiftende for klinikerne. Mikkel Rasmussen, speciallæge i psykiatri og overlæge på Skejby sygehus, samt formand for psykiatrilisten i Region Midtjylland, udtaler i debatten på DR2 den 28. marts at det der er brug for i psykiatrien er nok sengepladser, nok hænder, og nok tid til patienterne, hvis vi det skal være muligt at give en ordentlig behandling. Rummeligheden i psykiatrien, som klinikerne er en del af, er ifølge Mikkel Rasmussen blevet mindre. Han peger på en stigning i psykisk sygdom, og at psykisk sygdom udgør 25 procent af sygdomsbyrden, mens kun 10 procent af økonomien bliver brugt på psykisk behandling. Ydermere siger han, at de spareøvelser man har lavet på kommunalt plan i folkeskolen og andre steder, har presset psykiatrien yderligere. Da psykiatrien er endestationen for psykisk sygdom, ender mange af de patienter der skulle have haft mulighed for at få den rette hjælp tidligere, i stedet med at stå af på sidste stop. Dette kan tyde på, at rummelighedens betydning, ikke kun kan afgrænses til psykiatrien, men også som noget der er brug for at øge i flere af de offentlige instanser. I vores tidligere studie *“Eksistentiel sårbarhed - Oversete sårbarheder i intervention med aktivitetsparate”*, er det også fundet, at sårbare borgerne i beskæftigelsessystemet, ikke føler sig rummet. Vi vil argumentere for, at betydningen af rummelighed og større relationel forståelse, også er noget Jobcentrene kan drage fordel af (Ditman & Grøn, unpub). På makro niveau, kan man måske også diskutere, om rummeligheden i

samfundet er blevet mindre. Man kan få den tanke, at der er en tendens i samfundet til i mindre grad at ville relatere sig til dem, hvor det kræver noget af os at relatere til dem. Dem som er anderledes end os selv, eller som ikke falder inden for normen. Samfundets rummelighed kan antages at være under pres, og tage et nøk, når mere ekstremistiske politiske partier som Stram kurs og Nye Borgerlige, vinder stigende opbakning. Rummelighed kan i den forbindelse ses som en dyd der kan være værd at dyrke, som værn mod dehumanisering og splittelse i samfundet.

7.6 Klientens uheldige forelskelse i klinikerens

I dette afsnit vil vi rejse en diskussion af hvorfor klienten forelsker sig i klinikerens, som forhåbentlig, gennem forståelse af forelskelsen, kan bidrage til en øget rummelighed hos klinikerens. Jytte Vikkelsøe har skrevet bogen, *derfor forelsker du dig aldrig i den forkerte*, som har fået en del opmærksomhed siden den udkom i 2017. Men klientens forelskelse i klinikerens, er netop den forkerte forelskelse, der bliver en hæmmende faktor for behandlingen, som kan stille store krav til klinikerens rummelighed. Ifølge Jytte Vikkelsøe, ligger der i forelskelsen ønsket om at blive hel igennem den anden (Vikkelsøe, 2017, pp. 110-132). Man kan diskutere om ikke det netop er derfor klienten bliver forelsket i klinikerens, da klienten oplever at blive hel gennem den behandling som klinikerens laver. Klienten udlever, Ifølge Ogdens projektive identifikation, den ubevidste fantasi, at blive helet ved at komme af med uønskede dele af sig selv i mødet med klinikerens. Man kan diskutere om ikke klientens forelskelse opstår i det øjeblik klinikerens lykkes med Kernbergs ego identifikation, Ogdens projektive identifikation, eller at skabe Sterns nuværende mødeøjeblikke, som heler klientens smerte. Informant E mener, at 80 procent af alle klinikere har seksuelle følelser rettet mod klienter, som de ikke formår at tale om i supervision. En forståelse af, at klinikerens også kan have uønskede dele af sig selv, hvori der ligger et ønske om at blive hel gennem den anden, kan måske styrke klinikerens i håndteringen af seksualiteten i det kliniske rum. Rogers selvaktualiseringsteori, bygger på, at mennesket gennem hele livet har et iboende behov for bekræftelse. I en klients forelskelse i klinikerens, ligger der en stor grad af

bekræftelse, som kan tale ind i klinikerens mere eller mindre dækkede behov for at føle sig elsket. Dette vil også kunne skabe en helende følelse for klinikerens. Men forstår klinikerens, at klientens forelskelse ikke nødvendigvis har noget med klinikerens person at gøre, men i stedet den funktion og den rolle klinikerens spiller i klientens liv, kan forelskelsen måske i større grad rummes. Ligeledes kan den svære afvisning, som informant E beretter, der er nødvendig overfor klienten, måske lettere udføres. Gennem denne forståelse, kan det måske være givende for behandlingen at fokusere på hvor det er klientens ønske ligger for at blive hel. Således at forelskelsen bliver brugt konstruktivt i det kliniske arbejde, i stedet for noget som kun er hæmmende.

8. Referenceliste

8.1 Artikler

Aarkrog, T. (2003) *Tilknytningsteori og overføringsfokuseret psykoterapi af borderline personlighedsforstyrrelser*. In Psyke & Logos, 2003, 24, pp. 677-685.

Brooks, J., & King, N. (2012). *Qualitative psychology in the real world: The utility of template analysis*. Paper Retrieved from <http://eprints.hud.ac.uk/13656/>

King, N. (2004). *Using templates in the thematic analysis of text. Essential guide to qualitative methods in organizational research*. London: Sage. Retrieved from <http://eprints.hud.ac.uk/1795/>

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C. & Tronick, E. Z. (1998). *Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. the 'something more' than interpretation. the process of change study group*. The International Journal of Psycho-Analysis, 79 (Pt 5), 903. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9871830>

8.2 Bøger

Bachkirova, T. (2011) *Developmental coaching - Working with the self*. Open University Press. (pp. 11-73)

Berg-Sørensen, A. (2010). Hermeneutik og fænomenologi. In Nedergaard P., Hviid Jacobsen M. and Lippert-Rasmussen K. (ed) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. Kbh.: Hans Reitzel.

Blackstone, J. (2007). *The empathic ground*. State University of New York Press, Albany

Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015), *Diagnoser, perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim, (pp. 17-58 & 291-319)

Rogers, C (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.

Dalal, F. (2018) *CBT: The Cognitive Behavioural Tsunami. Managerialism, Politics and the Corruptions of Science*. Routledge, Milton Park, Abingdon, Oxon

Dyhr, K. & Holmen, M, (2018) *Glaspigen*. Forlaget Bog2

Ewen, R. B. (2010). *An introduction to theories of personality* (7th ed.). New York: Psychology Press.

Fhanér, S. (1991). *Politikens Psykoanalytiske leksikon*, Politikens Forlag,

Freud, S. (1927). *The Ego and the Id*. London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis

Jacobsen, C. H. & Mortensen, K. V. (2013). *Psykoteraapeutisk Praksis*. Hans Reitzels Forlag. (Kap. 8. s. 206 – 244.)

Jørgensen, C. R., Kjølbye, M. & Møhl, B. (2010). Psykoterapi. In Simonsen, E. & Møhl, B. (red.) *Grundbog i psykiatri*, Kbh.: Hans Reitzel.

Kernberg, O. F. (1994). *Internal world and external reality : Object relations theory applied*. Northvale, N. J.: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1995). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. Jason Aronson Inc. Publishers

Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson Inc. Publishers

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Interview: Introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag, Kbh.

Langridge, D. (2007). *Phenomenological psychology : Theory, research and method*. Pearson Education

Lewin, K. (2013). *A Dynamic Theory of Personality*. Read Books Ltd. (pp. 11-73)

Madsen, K. B. (1980). *Psykologisk Leksikon*. Gyldendal. Nordisk Forlag A/S, København

Møhl, B. & Jørgensen, C. R., (2010) Udviklingsteori. In Simonsen, E. & Møhl, B. (red.) *Grundbog i psykiatri*, Kbh.: Hans Reitzel.

Nedergaard P., Hviid Jacobsen M. and Lippert-Rasmussen K. (2012) Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning. (Eds.), (2nd ed.). Kbh.: Hans Reitzel.

Ogden, T. H. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: J. Aronson.

Ogden, T. H. (1986). *The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.

Sandler, J. (1989). *Projection, identification, projective identification*. Karnac Books. (pp. 13-49)

Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden: Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv*. Kbh.: Hans Reitzel.

Stern, D. (2004). *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. Kbh.: Hans Reitzel.

Sørensen, L. J. (2013). *Smertegrænsen: Traumer, tilknytning og psykisk sygdom*. Dansk psykologisk forlag Kbh.

Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In Bråten, S. (1998) *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*, UK, Cambridge University Press. (pp.15-20)

Vikkelsøe, J. (2017) *Derfor forelsker du dig aldrig i den forkerte - om hvorfor vejen til det liv, du længes efter, altid går igennem jeres mest fastlåste konflikter*. Gyldendal

8.3 Andre kilder

Ditman, L & Grøn, M. (unpub) *Eksistentiel Sårbarhed - Oversete sårbarheder i intervention med aktivitetsparate*. Aalborg Universitet. Aalborg.

9. Pensumliste

9.1 Artikler

Aarkrog, T. (2003) *Tilknytningsteori og overføringsfokuseret psykoterapi af borderline personlighedsforstyrrelser*. In Psyke & Logos, 2003, 24, pp. 677-685.

Brooks, J., & King, N. (2012). *Qualitative psychology in the real world: The utility of template analysis*. Paper Retrieved from <http://eprints.hud.ac.uk/13656/>

King, N. (2004). *Using templates in the thematic analysis of text. Essential guide to qualitative methods in organizational research*. London: Sage. Retrieved from <http://eprints.hud.ac.uk/1795/>

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C. & Tronick, E. Z. (1998). *Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. the 'something more' than interpretation. the process of change study group*. The International Journal of Psycho-Analysis, 79 (Pt 5), 903. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9871830>

9.2 Bøger

Bachkirova, T. (2011) *Developmental coaching - Working with the self*. Open University Press. (pp. 11-73)

Berg-Sørensen, A. (2010). Hermeneutik og fænomenologi. In Nedergaard P., Hviid Jacobsen M. and Lippert-Rasmussen K. (ed) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. Kbh.: Hans Reitzel.

Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015), *Diagnoser, perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim, (pp. 17-58 & 291-319)

Rogers, C (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.

Dyhr, K. & Holmen, M, (2018) *Glaspigen*. Forlaget Bog2

Ewen, R. B. (2010). *An introduction to theories of personality* (7th ed.). New York: Psychology Press.

Freud, S. (1927). *The Ego and the Id*. London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis

Jacobsen, C. H. & Mortensen, K. V. (2013). *Psykoteraeutisk Praksis*. Hans Reitzels Forlag. (Kap. 8. s. 206 – 244.)

Jørgensen, C. R., Kjølbye, M. & Møhl, B. (2010). Psykoterapi. In Simonsen, E. & Møhl, B. (red.) *Grundbog i psykiatri*, Kbh.: Hans Reitzel.

Kernberg, O. F. (1994). *Internal world and external reality : Object relations theory applied*. Northvale, N. J.: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1995). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. Jason Aronson Inc. Publishers

Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson Inc. Publishers

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Interview: Introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag, Kbh.

Langridge, D. (2007). *Phenomenological psychology : Theory, research and method*. Pearson Education

Lewin, K. (2013). *A Dynamic Theory of Personality*. Read Books Ltd. (pp. 11-73)

Ogden, T. H. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: J. Aronson.

Ogden, T. H. (1986). *The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale, N.J.: Jason Aronson. (pp. 131-167 & 203-232)

Sandler, J. (1989). *Projection, identification, projective identification*. Karnac Books. (pp. 13-49)

Stern, D. (2004). *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. Kbh.: Hans Reitzel.

Sørensen, L. J. (2013). *Smertegrænsen: Traumer, tilknytning og psykisk sygdom*. Dansk psykologisk forlag Kbh.

Vikkelsøe, J. (2017) *Derfor forelsker du dig aldrig i den forkerte - om hvorfor vejen til det liv, du længes efter, altid går igennem jeres mest fastlåste konflikter*. Gyldendal

10. Bilag

Bilag 1 - Interviewguide

Emne/områdefelt	
Præsentation	Hvem er vi Formålet Samtykke Anonymitet Mulighed for afbrydelse Har de spørgsmål
Informants egen præsentation	Jobområde? Hvordan benyttes supervision og i hvilket omfang? Uddannelse/speciale?
Smertegrænse	Hvilke forhold gælder der når man som terapeut skal udholde andres smerter? og hvad gør at man ikke kan, og hvad skal være opfyldt for at man kan rumme den? Rolletildeling? Forskel på at rumme fysisk og psykisk smerte? Hvordan påvirker psykologjobbet dit liv generelt? Hvad er det vigtigste for dig, ift. at kunne mestre jobbet og bevare dig selv? Hvordan er det muligt at holde fri, når du har fri?

Skam	Hvordan hænger skam sammen med smerte? Er der en skam hos en klient som har været svær at rumme? Har du selv oplevet skam i terapi med en klient?
-Retraumatisering -Sekundær traumatisering/Vicarious trauma	Hvad har været det sværeste traume at arbejde med hos en klient? Hvad virkede? Hvad virkede ikke? Hvordan undgås sekundær traumatisering?
Supervision -Klædt på til opgaven?	-Skamfrit supervisorsrum. -Holdt noget tilbage i en supervision? -Egenterapi? -Sikkerhedsnet? Tvungen supervision? køre i en bil, med frivillig syn.
-Diagnosebestemt	-Målgrupper du ikke kan se dig selv arbejde med?

Bilag 2 - Transskription af interviews

Interviewperson C

04.03.19

Interviewer A

Interviewer B

C

Til at starte med vil jeg godt lige høre en præsentation af dig, jobområde og hvad du har lavet.

B

Ja, sådan generelt hvad jeg har lavet som psykolog. Jeg hedder X og jeg arbejder ved arbejds-og miljømedicinsk afdeling og det har jeg gjort siden februar 2018, lidt over et år i denne omgang, men jeg har også været her i praktik tidligere. Og så havde jeg et halvt års arbejdsløshed og der var jeg ude på en virksomhed og lave arbejdspladsvurderinger, ting i den stil der og små sådan foredrag. Og det er sådan set så langt som jeg er nået i erhvervsforløb.

C

Hvad var du på af kandidatretning?

C

Kayo, C4U nu. Den var mere konsultativt fokuseret. Og havde ham Kristian fra Lead indover.

B

Hvordan var det så at komme ud og starte op i psykologfaget?

C

Det var udfordrende, lad os kalde det dét. Fordi man har en meget lille del erfaring fra studiet og især det der med samtaleteknik, det lærer man jo en lille smule om. Men rummelighed er det meget lidt man i grunden arbejder med. Fordi du har en masse teori, der er god og bred. Men når du så sidder foran en person, og skal til at omsætte teori og metode til praksis, så er det man opdager at det er meget sjældent det lige passer præcist og at du meget ofte bliver overrasket over de udbrud der ligesom kommer fra en patient f.eks. hvor de kan blive meget meget påvirket af ét spørgsmål, som kan få dem til at køre ind i sådan en spiral ikke. Så den der med at sidde overfor en person, som ligesom er i en meget sårbar situation og skal have noget fremdrift igennem og nogle oplysninger så du kan forholde dig ordentligt til det. Det lærer man ikke rigtig noget om. Heller ikke fra Karl Tomms spørgeskemaer og alt det der. Så det var nok det mest udfordrende altså, fordi det der med at starte på noget nyt. Det er jo altid udfordrende, men det var hvert fald mere end bare, det her dét er jeg ikke så bevendt i.

B

Så det er anderledes for dig, hører jeg dig sige, end bare et jobskifte. Man snakker også om det her gap der imellem færdiggjort uddannelse og starte op i praksis.

C

Ja det er mere et chok når man kommer ud. Og man lige pludselig er den ansvarlige, fordi der ligger jo helt vildt meget ansvarlighed i det. Det du siger til en person har mega meget betydning, grundet vores fagstand og den respekt der ligesom ligger for det. Så den skal man også vende sig til, og det kan godt være super angstprovokerende i starten, og fortsat faktisk også.

A

Sådan lidt forventningspres også?

C

Ja måske, fordi man vil jo gerne gøre det godt, og at du får den bedste rådgivning og hjælp. Så på den måde er der jo rigtig meget, men også den menneskelige faktor ift. Hvis jeg nu gør noget, det er nemt for mig at sige en masse ting, men den indvirkning det kan have på en person, kan være meget meget voldsomt negativt også. Så det kan jo gå i begge retninger, og hvor balancerer man lige hen imod. Så det er måske mere det pres, end forventningspres.

B

Nu er det jo arbejdsmedicinsk klinik her, så der ligger jeres vurderinger jo til grund for hvad der skal ske med det videre forløb. Er det sådan jeg skal forstå det eller?

C

Ja altså folk der bliver henvist hertil, er jo folk der er blevet henvist af deres egen læge eller deres fagforening faktisk – helt ekstraordinært. Eller deres arbejds- og miljøorganisation. Det er lidt atypisk at dem der bliver henvist herind, ikke kun er igennem lægen at det ligesom foregår. Og det der ligesom ligger til grund for at de bliver henvist herind er, jamen er det arbejdsbetinget eller er det noget andet. Og vi arbejder rigtig meget ud fra at de også skal have en tilbage til arbejdsplan, det der hedder TTA plan som vi har lavet nogle anbefalinger med og noget forskning omkring og sådan noget. Så det er jo at lave en vurdering af, jamen er det arbejdsbetinget, i hvilket ting i jobbet er dét at det er betinget af, hvordan skal det løses og hvordan skal den her person tilbage på arbejdsmarkedet, skal de have samme job eller noget andet. Så vi sidder sådan set faktisk også og laver lidt karriererådgivning omkring, hvis nu du er pædagog og udbrændt, jamen vi vil anbefale dig måske at kigge på andre muligheder og dét at det bliver sagt til dem, fordi det er meget sjældent folk tager det med i deres overvejelser når der er én der er syg. For det er jo et meget stort skift der pludselig sker, nedsat tid, få lidt mindre i

løn, måske skal du lade vær med at købe et hus lige nu når du er i denne situation. Det er store beslutninger i folks liv, som vi rent faktisk forsøger at hjælpe dem med at navigere rundt i.

B

Ja, der er et stort ansvar der ligger der så.

C

Ja, og når så der kommer fejl- eller misinformationer fra egen læge eller de har haft en psykolog som bare sidder som en nikkedukke og bare givet dem ret i at alt ikke er deres skyld ikke. Det bliver også meget svært at gå ind og bryde med de konstruktioner der er bygget op. Hvor man kan se det faktisk overhovedet ikke hjælper.

B

Okay så der er også noget med at bryde med tidligere interventioner hvis ikke den har været god.

C

Ja simpelthen. Og der skal vi jo huske på, at vi har jo ikke behandling. Vi har udredning og stressforedrag, og nogle kontrolsamtaler men vi har ikke behandlingsforløb på den måde. Så vi skal både være tro mod den behandling de er i gang med. Man skal jo ikke gå ind og gå imod behandling og sige at psykologer er skidt hvis de går hos dem nu. Men mere går ind og kigger på, får du en effekt af det du får indenfor et eller andet. Hvis de nu f.eks. har haft 20 samtaler hos en psykolog og de ikke har rykket sig noget som helst, så kunne det godt være man skulle begynde at kigge efter en anden metode eller anden psykolog. For så lang tid skal der jo ikke gå på den måde. Ikke ud fra de metoder der hvert fald bliver brugt i dag med det kognitive osv.

B

Okay, super. Du var lidt inde på det, at der var et spørgsmål der f.eks. kunne udløse en voldsom reaktion nogen gange. Og dermed hører jeg dig også sige at det måske også er noget der er smerteforbundet hos dem du har inde, hvordan oplever du det når det sker?

C

Jamen ehm, man får sådan et ehm... jeg skulle til at sige man får et kick af det. Fordi, det er jo en meget ambivalent følelse, fordi ét, du har ramt rigtig på et eller andet og to så sidder du overfor en person som er super sårbar og jo har mistet en eller anden form for kontrol. Det er jo egentlig det samme komikere gør når de får folk til at grine, de får dem lige ud af et eller andet øjeblik, og det gør du så også her, bare med negativt fortegn. Hvor du virkelig får dem ind i følelsernes vold kan man sige, og det er en speciel oplevelse, for det er dét der gør at man kan sige, at vi kan noget nogen gang fordi vi kommer ind og rammer noget der faktisk der er

frasorteret fra facade osv. Og går ind og rammer der hvor det ligesom gør ondt. Selvom personen måske ikke selv har set det før eller vedkommende bare ikke er blevet spurgt om det før, eller har det sorteret væk. Og det er ehm, det kan være en stor udfordring at vide, jamen hvad er næste skridt. Det er faktisk nok det der, er for mig, er udfordrende at nu er vi nået dertil, hvad er det næste jeg egentlig siger. Skal jeg bare sidde stille og vente på at de får en eller anden fatning, eller skal jeg lige spørge ind til lige præcis, hvorfor føler du det der lige nu, hvad er det jeg har sagt der gør det der ikke, for at få dem til at reflektere. Hvor ligger personen henne, ift om de er i stand til at reflektere. Så der ligger ret mange ting der kører ind når personen ligesom bryder ned på den måde.

B

Er det der at du mangler det der, du snakkede om, altså med forståelse og evne til rummelighed. At kunne rumme når jeg rammer ind i det punkt her, hvordan håndterer jeg så det. Der mangler måske lidt at man har de evner eller lidt erfaring i det.

C

Ja det synes jeg jo personligt, for det undervisning vi får handler jo rigtig meget omkring hvad f.eks. en teoretisk tradition er, hvad kan man sige indenfor det her. Og så kommer man op på kandidaten og så handler det igen om bare at uddybe og undersøge nogen af de her ting, men der er jo ikke det her spil med forståelsen af når personen sidder i det her. Den mangler og det ikke noget du kan læse dig til, det er noget du skal opleve. Men det kunne måske godt være gavnligt at have lidt mere fokus på det, om du så skal se det igennem videosupervision, eller hvad ved jeg. Hvor man ser hvordan folk håndterer det, fordi det er jo et praksisfag vi har, uanset hvor meget vi prøver at læse os ud af det. Du bliver jo dygtigere af at prøve hele tiden at afsøge hvordan reagere personen her, og hvordan reagerer jeg selv. Så det vil jeg sige, det kunne man godt mangle noget af.

11.04

B

Men du nævner også at det er udredning i har her, og ikke terapi. Så det gør jo også at det er kort og intensivt i har dem, tænker du ikke også at det kan gøre det mere følsomt? Ift. Hvis det var terapi der har man dem jo over længere tid og hvis man rammer noget, så kan man stille og roligt nærme sig det ting, og tage i det tempo. Men her har i jo kort tid til at vurdere og se på hvad sker der her, og er det noget vi skal gå mere ind i, eller skal man ligesom lukke ned for det. Hvordan håndterer du den balance?

C

Ja, men det er jo egentlig et godt spørgsmål hvordan. Det er ikke altid du lige tænker over det. Så fungerer det ligesom bare naturligt. For som menneske har du jo en omsorg for en anden person som jo også går ind og drejer lidt af, og man bliver nok knap så skarp i tonen efterfølgende eller sådan noget. Men ja, vi bliver jo nødt til herude at brage ind i dem på en eller anden måde, altså vi kan jo ikke bare lirke rundt om et eller andet, det har vi jo ganske simpelt

ikke tid til. Ehm, og det kan man jo godt nogen gange blive forført i en eller anden retning om det er arbejdet. Der er aldrig nogen der kommer herind og siger, det er ikke det der er problemet.

B

Men dem der kommer her, det er både noget der kan være ramt fysisk og psykisk? Eller er det mest psykisk?

C

Altså vi har 40% der er psykiske lidelser herude, de andre kommer jo så på til lægerne.

B

Der er ikke nogen hvor det er blandet?

C

Jo ofte er det faktisk blandet, jeg har haft en del mennesker der har haft diskosprolaps, ude for trafikuheld, er blevet stukket ned og noget i den stil hvor det så har været på arbejdet. Så er der nogen der er blevet udsat for overfald på et eller andet bosted, og så kommer de herind og de kan jo have fysiske mén i stor grad, hvor at det bare så ikke er det der skal kigges på lige den her gang. Der er det ligesom det psykiske der skal kigges på. Men det er jo også vigtigt når vi så ser vores patienter, at vi så ved noget om, f.eks. så er der jo nogen af kvinderne der har det der PCOS hormonforstyrrelse. Hvor det også er vigtigt for os at vide, hvilken effekt har det egentlig på deres psykiske apparat. Er der en eller anden viden der ligger som vi skal være meget skarpe på hvilken forskning der ligger indenfor, og hvad er der af evidens for af korelationer og comorbiditet, fordi eller kan vi også komme ud for at vi simpelthen rådgiver dem forkert fordi vi fejlbedømmer. F.eks. hvis du lige har været igennem et overfald på din arbejdsplads for en uge siden, og du kommer herind fordi du har mareridt derhjemme, så er det alt for tidligt at sige om det f.eks. er PTSD. Og det er der nok nogen der godt kunne finde på, fordi du har jo mareridt og du opfylder nærmest alle kriterierne af dem man tænker meget over, undtagen tid. Der skal lige gå den der tid inden, så der kan det være meget svært at navigere i, fordi de kommer ind med meget forskelligt baggrund når vi sidder her. Og der kan nemlig også været nogen fysiske ting, hvor vi arbejder sammen med lægerne hvor vi simpelthen har dem sideløbende for at få deres aspekter på det også, fordi de ved jo alt om alt sådan nogen ting der.

B

Hvordan så ift. Til ehm den fysiske smerte og den psykiske smerte, så kan man altid diskutere om man helt kan adskille de to ting. Men er der forskel på at skulle rumme den fysiske og den psykiske smerte?

C

Altså jeg synes den rammer to forskellige steder, fordi den fysiske smerte påvirker mig meget meget lidt som psykolog når jeg ser den. Fordi det er de også ofte meget affundet i, de føler en smerte de ved hvorfor, der er noget med min rygsøjle osv. Og jeg får en masse medicin for det, og er super affundet med det når de kommer herind. Der kan godt være nogen der begræder et funktionstab, men det er jo selvfølgelig det. Men psykisk smerte synes jeg rammer et andet sted, fordi det, når du så samtidig lever dig så meget ind i den anden person, og prøver at forstå det her, samtidig med en lidt sær distance, du skal jo stadig være tæt på og langt fra på én gang, der kan det godt gå ind og ramme dig rigtig meget på noget empati, fordi du sidder ligesom og føler for den her person i den smerte de sidder med psykisk. Det er lidt når de er kede af det, så er det også svært ligesom selv ikke at blive ramt af en eller anden stemning af kedafdedhed i grunden. Når de er frustrerede, så sidder man også selv og ligesom får et eller andet adrenalin boost. Og man forstår godt hvordan de er nået derhen til hvor de ligesom er, samtidig med at opholde dig rimelig nøgtern og ikke være en nikkedukke og sige jamen det er også synd for dig. Så det synes jeg er det sværeste, at du skal ikke give dem ret, men du skal anerkende det på en eller anden måde ikke. Og komme med et nyt perspektiv, som faktisk kan være provokerende for dem, og det skal du gøre med vilje. Og det er en speciel og lidt sjovt ting at skulle gøre. Men det er også sjovt det her med at prikke lidt til det, og udforske det. Hvad sker der egentlig hvis jeg siger, jeg synes din chef har ret? Hvis de føler sig chikaneret, og se hvad der sker inde i øjnene på dem. Det er meget fascinerende.

A

Jeg kom bare til at tænke på når det nu ikke er den her behandling eller setting. Så er der vel også noget der, at der er noget relationelt der er sværere at bygge op, når du samtidig ikke har, nu siger du selv nikkedukke, men altså at få sagt nogen ting som du også føler du skal sige, men derimod lige pludselig gå kontra, Kan det ikke også være svært for dig at gå med, at der er ting du gerne ville have sagt men det her er ikke den setting man gør det i.

17.50

C

Ja, det relationelle er ikke nødvendigvis et problem. Fordi det bliver skabt super hurtigt indenfor 5min, og det er nemt at vurdere, er der en kemi her eller er der ikke. Og det er jo oftest der hvor at kemien er brudt sammen, og ikke at virke provokerende på en eller anden måde. Fordi mange har den der med du vil jo gerne hjælpe mig, og du stiller de spørgsmål du skal, hvorimod der er nogen der direkte ser på dig som om, at nu provokerer du mig fordi du spørger mig om det her, du er uenig i min fortolkning, derfor er du ond. Altså du ved der kommer den der ind

B

Så for tildelt en rolle som...?

C

Ja nemlig, så bliver jeg set som den der kollega, chefen eller alle dem som lige pludselig er imod hende ehm .. det er jo meget opdelt når man er sårbar.

B

Så står du lidt for skud kan man sige? Når det er de her sårbare ting man skal ind og have fat i

C

Ja, det er jo en projektion de ligesom projekterer over på mig, nogen følelser og en person som ikke er mig, når jeg siger noget der bare ligner lidt. Så kommer den der frem.

B

Hvordan er det så når det sker, for dig at være i? jeg hører dig også sige du er ny i det her jo, og vil rigtig gerne gøre det godt, og så får du nogen voldsomme reaktioner, selvom du træder ind i det med stort ønske om at gøre det på en ordentlig måde og på bedst mulig vis.

C

Altså jeg prøver jo at udforske det, for jeg synes jo også det er lidt spændende når de gør det her. Om det er fordi jeg er et ondt menneske, det ved jeg så ikke (smiler). Men jeg kan godt lide at udforske lidt hvad er det lidt de ser, og hvorfor får jeg dem til at føle det her, hvis jeg er uenig. Ehm, jeg spørg dem ind til om de kan se hvad jeg mener. Hvis nu de lige prøver at dreje det lidt, kan de så se hvad jeg mener hvis jeg siger at den her person du føler har gjort dig uret, faktisk også har nogen bevæggrunde for det de gør. Det behøves ikke være ondskab, det kan være rent procedure, det kan være rigtig mange ting. Og det der med ligesom at gå ind og udforske lidt, og sige nu provokerer jeg lidt, kan faktisk være rigtig givende i situationen, for det er også der hvor du kan gå ind og rykke dem lidt. Ehm men det kan være lidt svært bagefter når de går ud, at så ligesom sidde og have fået skudt en masse ting i skoene og blive kaldt provokerende og der er ligesom en utilfredshed der ligesom ligger i rummet med at de ikke bare fik ret. Det er meget det der kan være svært, at de kommer ind med en forventning om at få ret og ihh og åhh.. osv. Og så bliver de ligesom, ikke modbevist, fordi det er jo ligesom svært ud fra deres oplevelse, men de bliver udfordret på noget, og der er dét, oftest først i vores anden, eller tredje samtale hvis vi har sådan én. At der kan de godt have rykket sig en del og se at det var måske også rigtig det du sagde, men det fjerner jo ikke oplevelsen første gang hvor man virkelig fik sådan en sær fornemmelse i kroppen, det er meget den jeg får hvert fald. Det skifter meget fra person til person hvordan man håndterer sådan noget, men jeg får sådan en underlig fornemmelse i kroppen at der er et eller andet uforløst. I den her kontakt.

21.29

A

Hvad gør du så noget vedkommende er gået ud ad døren, og du så sidder tilbage med den der?

C

Hmm ja... altså min måde og cope er, hvis man skal bruge dét ord om det. Vi sad faktisk lige og snakkede om det her den anden dag, det er lidt sjovt, til supervision. Jeg eksternaliserer det på sådan en sær måde, hvor at det er som om min krop reagerer mere end mit hoved gør. Så jeg får sådan lidt underlige følelser rundt omkring, og det snurrer lidt en lille smule, og så er hovedet ligesom koblet fra og jeg kan tænke på noget helt andet. Men samtidigt have det sådan lidt sært, også på vejen hjem, og så kommer jeg hjem, får noget og spise, typisk mand, og så tænker jeg faktisk ikke mere over det, ikke når jeg er derhjemme. Der giver jeg bare slip på det, men der er en periode fra jeg ligesom er herude til jeg kommer hjem på en, eller en time efter jeg har haft en klient, der bliver jeg ligesom rastløs, der er en eller anden ting i min krop, som ligesom skal, i stedet for jeg bruger min energi oppe i hovedet, så har jeg brug for at bruge den udad igennem mine hænder og krop på en eller anden måde ikke, for at få afløb for den der følelse der ligesom er mega svær at håndtere, fordi du kan ikke få forløsningen på den. Du kan ikke gøre personen tilfreds nu, der er ligesom en eller anden afslutning og der må du ligesom lære at leve med den.

A

Har der ligesom været en periode, nu ved jeg godt så længe har du heller ikke været her, men at hvor der har det ikke ligesom været nok det du gør der? Altså hvor det stadig ikke, hvor hovedet også bliver koblet på, og man slet ikke kan træde ud af det.

C

Ja der har været et par enkelte faktisk. Ehm. Men det er oftest ikke ift. Deres negativitet imod mig, men det er mere hvis deres fortælling er så voldsomme, hvor der er nogen der er blevet behandlet så ringe, at man begynder at tvivle en lille smule på, om det menneske de taler om, er et menneske. Altså det er virkelig hvor der bliver sat sådan nogen ehm... altså det bliver virkelig polariseret oppe i hovedet ikke os', fordi du har deres fortælling og der er nogen der virkelig er dygtige fortællere, men der også bare nogen som er blevet behandlet på så syg en måde at det jo også rammer din menneskelighed. Og det er dem, der kan jeg godt sidde derhjemme, eller snakke med nogen, hvor jeg siger, det her, det er godt nok sindsygt det her det kan lade sig gøre. Og når jeg så også får fortalt om det med, men dem hvor det ligesom er nødvendigt, og det vil jeg sige, det hjælper, altså også få en viden på en eller anden måde, vi har jo alle sammen brug for et spejl. Så det der med at få en spejl på det der som, er det virkelig okay og reelt at jeg har sådan en følelse og jeg sidder med et menneske som er fuldstændig ødelagt, hvad siger du til det? Altså du ved, ligesom, er det okay osv. Det hjælper ret meget på det, ligesom at blive på en eller anden måde bekræftet ligesom i at det faktisk er reelt nok at du får den her følelse, det var ikke blot en eller anden der har været utilfreds med sin chef eller lign., eller synes det er kedeligt arbejde. Det er noget der er vildere, det er faktisk også noget man skal passe på med som psykolog. Apropos det her med at kunne rumme ting, det er det her med at vi får rykket grænserne rigtig ofte på det her med at rumme ting... Så lige pludselig så en stresssygemeldt for mig, virker sindsygt nemt, og nårh ja, det er jo bare stress, dem ser jeg jo MANGE af. Øh, og det med PTSD er endnu værre. Så tingene bliver blæst mere op, så man bliver dis sensitiveret på en eller anden måde. Ligesom dem i palliationsteams jo også kan ende med at blive sindsygt kyniske i deres udtryk, fordi de har bare set det tusind gange før, så for dem er det ikke vildt mere, eller noget ekstraordinært, selvom det jo faktisk er det hver gang

alligevel for de personer der ligesom er involveret. Og det skal man også passe på sådan lige apropos det der med rummeligheden, den kan også ende med at blive diffus den der rummelighed, fordi det er måske ikke at rumme det, det er bare at sige, nårh ja, jamen det har jeg set før. Så man mister noget anerkendelse i det der på en eller anden måde ikke.

B

Så der er noget i at, at man bliver mindre berørt af det når man oplever det eller har set det mange gange.

C

Ja fuldstændig, og ja ehm man kan næsten når jeg har en patient herinde, og jeg kan læse på henvisningen at, jamen det er stress, så kan jeg jo ligeså snart når de sætter sig ned, så kan jeg på en halv time forklare dem præcis hvordan de har det, og de kan sidde og kigge på mig som om jeg var magisk, fordi de tror de går rundt alene med det, men vi er jo sådan set bygget sådan at vi føler mange af de samme ting, fordi det er de samme mekanismer der ligesom går i gang. Hvis jeg har fem af dem på en uge, jamen så den sidste får altså bare ikke lige så meget indføling som den første, fordi jeg har hørt så meget af de der ting. Det der jo så gør det spændende, jamen det er de der forskellige historier. Men de begynder også at ligne hinanden, dum chef, for mange arbejdstimer ikke.. og når 50 timer i starten virkede som mange arbejdstimer for en person, og der så kommer en ind og siger, jamen jeg har 100. så begynder de næste der siger 50 jo og være lidt mere ligegyldige uden at være det jo. Fordi du har jo lige pludselig set, hvad kan det egentlig ellers være. Hvor er baren indenfor ekstremerne, den bliver jo rykket, fordi de andre bliver jo normaler. Og så bliver det svært ligesom og sige, jamen det er også for meget, fordi du ved jo ikke hvad der er rigtigt for mange.

A

Ja det kan vel også ligge lidt i det, at man hører så mange dårlige historier og de er ikke så dårlige igen uden at man ligger mærke til det.

C

Jaa....

B

Men du nævner også der har været nogen ekstremer, hvad har været det sværeste sådan at arbejde med med en klient, er der et som stikker særligt ud?

C

Det er oftest de her chikanesager, sådan set. Hvor at de historier det ligesom kan få for hvordan de bliver behandlet og den kultur de befinder sig i, og den diskurs der er på en arbejdsplads,

altså accepterer de ting. Det er ligesom når man snakker om i politik, at det bliver mere ekstremt, at man må sige ting i dag, som du ikke måtte for 20 år siden. Hvor det kan bare gå sindssygt stærkt i mindre fællesskaber at en person kan blive lagt nærmest for had, og blive behandlet på fuldstændigt sindssyge måder. Og man tænker er det her rigtigt, eller er det en fantasiverden du ligesom fortæller om nu. Ehm... det kan være ret svært og se både, der var en der fortalt også, at han gik fra at være betroet medarbejder igennem 30år ikke, aldrig været noget. Havde aldrig været til en tjenestelig samtale, og så kom der ny ledelse, og så var der lige pludselig 13 tjenestelige samtaler på to måneder, og de tjekkede på mobilen hvor han var henne de fratog ham hans nøgler, rykkede ham over i en resservestab, altså alle mulige ting ikke. Hvor det lige pludseligt ikke, altså det er jo et helt vanvittigt skift, og så sidde og se hvad det gør ved en person. Det er jo meget den der med, historierne for sig er jo i for sig ligegyldige, det kunne jo være noget man sad og snakkede om nede i en klub eller havde læst i avisen. Men når du sidder overfor personen, og du kan se at personen sidder grædefærdig og nedstemt, og er jo højest sandsynligt en skygge af sig selv. DER rammer den lige pludselig hårdt, for der er en historie ikke bare en historie, det bliver en fælles historie vi lige pludselig har sammen, for du skal sidde og forholde dig til. For du skal altid være den der som barnet ligesom kommer grædende ind til om natten ikke, fordi det er blevet bange over et eller andet, så du skal forholde dig meget personligt til det individ der sidder overfor dig. Og der bliver det jo meget svært mange gange og være i, fordi hvad siger man lige til det. Og når du så ikke har et godt svar der bare kommer med det samme, så er det du kan føle bagefter, hvad burde jeg egentlig have sagt i den her situation. Hvordan kunne jeg have gjort det her lidt anderledes for at have rummet den her person bedre i den her dybt tragiske person som vedkommende sidder i, og nogen gange så er det jo ikke kun historien på arbejdspladsen, det er jo også pga. det her så er det blevet nogen sure røvhuller, fordi deres liv ikke går i den rigtig retning og de er blevet skilt fra deres kone, de har en masse lån lige pludselig og alting omkring dem braser lige pludselig sammen. Og det er altså et menneske i frit fald. Så hvordan kan du hjælpen som en eller anden nødfalskærm så de ikke rammer jorden med 120km i timen. Det kan være svært

B

Ja det kan være svært at pejle sig ind på hvad er er retfærdigt og få det til at ske

C

Ja, men det svære er jo meget ofte ikke at blive forført af hvad de ligesom fortæller ikke. Fordi det bliver jo drejet sjovt nok, så det altid ligesom er negative ting der sker imod dem, uretfærdigt. Og nogen gange er det nemt ligesom at dreje den og sige måske er det ikke så uretfærdigt, men der er også nogen gange hvor din fantasi for at kunne dreje den simpelthen bare ikke er god nok til at sige at du kan komme med et kontrasvar og en anden drejning på det her perspektiv. Ehm.. nogen gange ville det måske også være en fejl at gøre det. Og der er det når du sidder i en situation med en person foran dig hvor du ligesom skal have noget information ud af dem i en eller anden retning, og du skal prøve at finde ud af hvor ligger problematikken i det, og hvordan arbejder du med det her. Der er der jo rigtig mange tanker på én gang du skal have, gang i oppe i hovedet. Men der er vi jo så heldige i det her fag at det kan du jo ikke bare gøre på rutinen, fordi så ender du med at ramme forkert på selv simple patienter, simple patienter i anførselstegn, ehm. Ja. Så det skal man være meget opmærksom på, fordi man skal både være faglig og være menneske. Og det er jo noget der gøres vores fag sindsygt svært at være i, og også noget som f.eks. lægerne har problemer med også ift. Kommunikation at de får

at vide de er alt for faglige og ikke menneskelige, og vi får at vide at vi til tider er lidt for menneskelige og at det faglige godt kan forsvinde lidt, fordi vi samtidig med lige har travlt med at støtte den her person lidt videre. Det er meget svært at tænke over, hvad sagde den her teoretiker om det og hvordan fungerer min metode indenfor kognitiv adfærdsterapi. Når at den her person ikke er indenfor en adfærdsterapeutisk rækkevidde i grunden.

B

Det er vel også den balance der bliver svær ligesom, mellem at være faglig og være menneskelig. Du siger at du rammer måske nogen gange et spørgsmål hvor du står for skud. Og der er man jo også bare menneske, og kan blive ramt i det.

C

Ja, jamen bestemt. Og jeg tror jeg har været lidt heldig i det tror jeg måske, fordi jeg har ikke haft så mange af dem, men jeg har haft én! Der hvertfald altid vil brænde igennem, fordi det var altid nogen sindsygt voldsomme reaktioner der kom, og det skulle jeg nok få at vide at det var hun uenig i. hvor man kommer med nogen testresultater, hvor jeg bliver set direkte i øjnene, og får at vide, at det du siger lige nu, DET PROVOKERE MIG FUCKING MEGET!. Altså du ved ting i den stil, hvor at man, nå... hvad siger man så, ikke.. hvorfor gør det så det ikke? Så det man i grunden så også gør er, at du tager imod deres skyts, men man kan jo ikke give genmæle, du giver jo ikke genmæle!!! du undersøger det bare videre. Altså du bliver skudt i armen, og så i stedet for ligesom at blive helbredt eller skyde igen, så står du lige og piller lidt i såret, og kigger, hvad er det for noget krudt du har skudt med. Det er jo lidt den du ender ud i. Hvad er det for noget krudt og hvilken kaliber har du skudt med. Hvorfor gjorde du egentlig det, og det er jo egentlig en sådan lidt sjov ehm... tanke at have omkring det. For det er jo sådan set sådan det er, for du sidder jo ikke og siger amen det er jo også bare fordi du er dum at du ikke gider og lytte på mig, du skal jo virkelig rumme beskyldninger, og kedafthed, glæde og alle de der ting ikke, for at de kan leve i det ikke.

A

Ja, jeg synes det er interessant det du også siger med at rummeligheden lige pludselig også kan blive for diffus eller.. så tager man jo imod, men der kommer ikke noget tilbage og effekten ligesom ophører.

35.00

C

Ja fordi du stopper med at reagere på de ting som du burde ligesom se, fordi det lige pludselig er for lille et objekt i dit rum. Der bare er blevet mega stort ikke.

B

Du nævnte også supervision som også noget at det du har brugt, kan du beskrive hvordan i bruger supervision her i dit arbejde?

C

Ja det kan jeg godt, vi har en del af det. Ehm. Vi har både noget gruppesupervision her med nogle andre psykologer og vi er ved at få noget individuelt også. Og vi har også noget supervision med vores faglige leder. Vi bruger det meget til at blive skarpere, altså det her med, hvordan spørg du egentlig om de her ting. Hvordan, måske også nogen gange, hvorfor spurgte du ikke om det her? Det er også relevant, vær lige blive opmærksom på det her. Og så, når man lige som har fået alt der her ud af verden, af det i grunden formelle omkring hvordan en journal ser ud og hvad skal du huske at spørge om, så kommer man jo også til den her med, hvordan er det så du følte i den her situation, hvad er det for en reaktion du kunne mærke overfor den her person som fortalte at alt det bare var noget skidt. Hvad råder du dem til, hvad synes du egentlig selv de burde gøre, den ene ting er jo de guidelines vi har ikke, men det er jo guidelines. Det er ikke en opskrift på hvordan alt bliver godt igen. Og det kan jo også være svært at vide og sige jeg kan ikke sige svaret på hvad der er godt. Og den må man jo leve rigtig meget med i supervision, man kan altid sidde, især i supervision og sidde og teoretisere om alle mulige forhold om patienten man ikke lige ved en skid om og ud fra de her testresultater kan vi se han er sådan her ikke. Og alle de ting. Men i sidste ende, er det jo den person vi sidder overfor og dens oplevelse af situationen som må være bærende. Og også det der skal snakkes om. Det er sidsygt fascinerende nogen gange. Fordi man bliver også lige pludselig meget opmærksom på ting, ganske ubevidst. Jeg blev på et tidspunkt gjort opmærksom på, at jeg synes det var lidt sjovt når han satte sig ned i rummet, okay jamen det er fordi han ligesom lige prøver at gå ind og overtage, og sådan nogen meget interessante dynamikker ikke, og hvordan påvirker det egentlig mig. Og det havde jeg ikke tænkt over. Jeg havde ikke tænkt over det der med at hans sådan ageren udenfor min forventning selvfølgelig har haft en eller anden påvirkning af mig. Fordi jeg har jo lige noteret mig den her note ikke, det er sjovt jeg siger jeg ser du finder den første stol, og så tager du nr. to. Og allerede der ikke, så har jeg gjort mig nogle forestillinger om, jamen så er han måske en rebel eller et eller andet i den stil ikke, det kommer jeg til (smiler). Og det kan have en indflydelse på egentlig hvordan jeg så tænker det videre ikke, og det kommer til at have en indflydelse på, hvordan jeg rummer den her person ikke. Fordi han måske fra starten af, har overtrådt min regel, og hvis du overtræder min regel, så kommer der unægtelig om jeg vil det eller ej, en konsekvens af det. Ehm. Det er jo ligesom hvis man bryder fællesskabets rammer ikke, så bliver man straffet. Det kan vi jo nok ikke undsige os vel, bare fordi vi er uddannede som vi er.

B

Hvordan oplever du så supervisionen, er det sådan at der ikke er noget der er plads til at snakke om? Som du ser det..

C

Det oplever jeg ikke. Det er også, fordi vi har så meget forskellige supervision som gør at du ligesom kommer rundt om. Og så er psykologer generelt, det vil jeg så gerne rose dem for. De er meget rummelige over for hinanden. Altså ehm.. når det ikke nødvendigvis handler om.. vi er

gode til ligesom at tage, det her ingroup/outgroup, meget klassiske. At man er der ligesom for hinanden på den måde. Jeg ved ikke om det er et personlighedstræk, eller det er noget vi har lært som psykologer. Men det her med at sætte sig sindsygt godt ind i en situation, altså du behøver ikke vide alt om den, men du er der meget konkret og personligt på, fortæl mig hvad du oplever, og så skal jeg nok komme med et svar, som ikke bare er, jeg giver dig også ret. Men man fastholder ligesom hinanden, og giver plads til at man kan sige nærmest alt. Og det bliver udforsket på en meget interessant måde, som kan være sindssygt produktiv. Og det er hvert fald det jeg oplever i min supervision, også noget gange at det måske bliver udforsket mere end hvad jeg lige selv gider. Altså hvor jeg kan synes at nu bliver det simpelthen for spacey, og så alligevel bagefter, så kan man godt være sådan, hvorfor synes jeg lige pludselig det var det, og hvorfor synes jeg det var irriterende de blev ved ikke. Der er et eller andet man også må acceptere, at det var ikke kun fordi jeg kedede mig eller at det var for psykodynamisk far-out fordi vi har en eller anden ude fra psykiatrien. Altså ehm, så der er ikke rigtig noget man ikke kan sige på den måde. Alt er til forhandling kan man ligesom sige.

B

Er der så noget du har oplevet der så ikke har virket i psykiatrien, du nævnte der var noget som godt kunne være lidt far-out?

40.00

C

Ja, det er næsten det samme svar som på hvad der godt kunne virke. For nogen gange det der far-out med at teoretisere omkring hvordan? Og det er meget ofte hvordan patienter er. Det har jeg det altid lidt svært med, fordi der kan man godt mærke i rummet at der ligesom ligger nogen forudindtagelser der bliver accepteret, hvis man ikke siger noget imod dem. Og det oplever jeg især, nu kommer det her til at lyde som sådan en rigtig kønskamp. Men jeg er ene mand herude, og alle andre supervisander er kvinder. Så det jeg jo godt kan opleve, og det er jo overhoved ikke noget de gør med vilje, det er jo bare sådan en ting der sker nogen gange, at lige så snart det er en mand der er inde, så ligger der bare ligesom sådan nogen forudindtagelser omkring det, og hvis det er en kvinde, så ligger der nogen andre forudindtagelser. Det kan være ret interessant at se på, men det kan godt nok også være lidt svært at acceptere, at hvis han er en mand, jamen så har han svaret det her, og det betyder så at det er fordi han er doven og at han ikke gider noget. Og så kommer de næste gang og siger, det var det slet ikke. Altså der ligger sådan lidt en ja. Det er hvert fald interessant at se på at selvom vi er skide kritiske overfor alt og bryder med forudindtagelser, så er der jo altid én der tager over. Du kan jo ikke fjerne forudindtagelser, der er bare en der tager over. Og det er altså sjovt, fordi selvom du så bliver gjort opmærksom på det, så kommer den næste bare i køen ikke. Det er en uendelighedsmaskine. Der kan det også blive sådan lidt far-out for mig, når at forudindtagelse bliver brugt som teoretisk grundlag for din analyse, uden at du er opmærksom på, hvad er det egentlig for en forudindtagelse du går ud fra. Det der med mændene var bare et eksempel, som jeg ligesom havde lagt rigtig meget mærke til. Ehm.. gad vide hvorfor. Men det er hvert fald det som jeg synes kan være mest provokerende i supervision. At der mangler lige at vi ser på hvor vi kommer fra, før vi ser på hvad resultatet bliver.

A

Er der nogensinde noget der kan være sådan pinligt at tage op i en supervision? Og hvor jeg tænker, nej det her det kan jeg sku ikke ehm. Sidde og snakke om, fordi det?

C

Ehm... Ja, det er der! Det er meget ikke pinlige emner, det er mere hvis jeg selv er i tvivl omkring, burde jeg vide det her. Det er meget de ting med, er det et begavet nok indlæg jeg kommer med nu. Ligesom min første dag på studiet, hvor jeg synes alle andre super kloge, og man ikke turde sige noget, fordi så virkede man dum. Og det tænkte alle de andre også. Ehm, den kan man godt have lidt, og den ved jeg ikke om man vokser fra bare fordi man har været der i 30 år, for der ligger forventningen jo bare måske endnu stærkere på at det er et begavet indslag du kommer med. Så det mest det jeg synes der er pinligt at spørge om. Det er, øhm.. er det sådan her? Ja, det er det.

B

Og hvad med den supervision herude, er det noget man skal? Er det tvungen supervision som en del af arbejdet? Eller kan man sige, det har jeg faktisk ikke lyst til.

C

Altså vi har helt vildt med frihed herude, ikke fritid. Men vi har sådan en spilleregul om at man prioriterer supervisionen og vores psykologmøder, så ehm... men hvis der er noget der kommer i vejen, så er det ikke et stort problem. Men det er ligesom nok det højeste prioritet udover patient arbejdet, at det er noget man tager til såfremt muligt.

B

Så man bliver ikke væk fra supervision flere måneder i træk?

C

Nej det gør man ikke! Nej du kan ikke frasige dig det på den måde. Men hvis du skal ud og holde foredrag, så holder vi det altså alligevel, selvom du ikke er der. Så får du ikke sådan en ekstra gang.

B

Nej okay. Ehm, hvad med. En ting er supervision, men der er også mange der benytter sig af egenterapi? Har du erfaringer med det?

C

Nej det har jeg ikke. Det.... Nemt at sige. Det tror jeg ikke jeg ville have brug for, men det er hvert fald ikke på nuværende. Men jeg har også en overbevisning om at det ikke er nødvendigt. Med alle livets små problemer, men at du faktisk kan gøre det rigtig meget, hvis du udnytter et socialt netværk rigtigt. Og finder de rigtige personer at snakke med, så kan det være lige så terapeutisk. Så hvis du har en god ven, du føler du kan betro dig til, og have den her tillid. Så kan det fungere bedre end terapeut, når man ved hvor lidt metoden egentlig betyder for et outcome.

B

Det er vel også lidt svært helt at adskille supervision fra et element af egenerapi.

C

Ja og det er også svært at adskille en venskabelig samtale, fra egenerapi altså du ved. Så.... Egenerapi ligger jo rigtig meget i hvordan du selv tager ting ind, om det bliver terapeutisk eller ej, mere end hvem det egentlig er der sidder og snakker med dig.

B

Ja, og vel også måden du deler på? Der kan vel godt være forskel i måden man deler med venner

C

Ja, og der er jo mange der skjuler rigtig meget af historien når de er sammen med vennerne, eller laver den væsentlig om for at stå i det rigtige lys. Hvor man også ved fra terapi, at det der virker, er jo der hvor du er ærlig også omkring hvad der egentlig er tys tys. Og der kan det jo selvfølgelig være nemmere i et terapeutisk rum, fordi der jo også ligger nogen forventninger på forhånd. Men det har jeg personligt ikke behov for, fordi jeg gør det der meget fint

B

Ja med de relationer du har?

C

Ja jeg er opdraget til at sige tingene som de er, og i grunden dele ting af mig selv, også de negative ting. Og det er egentlig ikke noget jeg synes der er pinligt på den måde. Så det er jo ligesom mit terapeutiske rum, det er jo mit netværk. Og det er også dem, hvor de chokbølger der ligesom er nogen gange, dem spreder jeg ligesom ud i de støddæmpere som er mine venner, det lød mega negativt. De er rigtig søde! hehe

B

Hehe ja, men gode personlige venner

C

Ja

B

Men det går vel også begge veje går jeg ud fra?

C

Jaja selvfølgelig! Men det er jo så noget der kan være rigtig svært som psykolog, fordi. En ting er jo når du er på arbejde. Men andre ved jo godt du er psykolog når du har fri også, og der kommer helt sikkert også nogle samtaler op, fordi du er psykolog. Eller nogen ting de siger til dig, det vil de jo ikke snakke med dig om, fordi nu er du jo psykolog. Du ved sådan nogen ting i den stil. Så det er jo også meget en livsstil, at skulle være indenfor det her felt. Fordi folk reagerer på hvad du er, selv når du har fri.

B

Så du får en hat på, du ikke helt kan tage af?

C

Ja, når du siger et eller andet der bare er nogenlunde begavet i en situation, nårh ja, men det er jo også fordi du er psykolog. Det kan ikke bare være fordi du selv er et reflekterende menneske, det er fordi du er psykolog at du kan se de ting. Og det er jo en sjov måde at se det på egentlig, at bare fordi du har læst bøger i fem år, er det jo ikke ens betydende med at du nødvendigvis er verdens mest socialt begavede menneske.

B

Det er selvfølgelig rigtigt.

C

Ja, så det kan faktisk også lidt være med til at påvirke din rummelighed, fordi du får ikke bare slået eller pause, og så i morgen kan jeg starte det her rum op igen og så lige starte for varmen. Der bliver hele tiden sådan lige prikket til det, jeg har også en veninde der også lige har det her stress, hvad med det. Og alle de her begreber vi arbejder med er blevet hverdagseje, så alle går rundt og siger det hele tiden. Og man kan jo ikke lade vær med når folk siger de er stresset, og lige får et stort øre for at høre, er det egentlig stress, eller er det måske vi nogen gange lige skal sige, du er presset. Altså der er forskel, du er heller ikke deprimeret, du er ked af det, det er ret naturligt. Så.. viden er jo også noget der i grunden beyrder os. Det er jo en reel ting.

B

Ja det kommer med en catch

C

Ja det gør det jo.

A

Jamen det er jo interessant, for vi havde jo egentlig snakket lidt omkring hvordan fritid influerer og interagerer med arbejdet, og omvendt. Man skulle jo egentlig ideelt set kunne slukke når man har fri, men så bliver man så bare hevet ind i kampen.

C

Ja så det kan godt være du ikke tager arbejdet med hjem, men hjemme er du også på arbejde. Det er bare en ny arbejdsarena. Så du behøver ikke tænke på den patient du har haft for, for du kan stadig blive bedt om at forholde dig fagligt til et eller andet.

A

Ja så du bliver tappet

C

Ja lige præcis, for folk betror sig jo også til dig. Og det er ligesom læger der bliver spurgt over frokostbordet, min tå ser lidt sjov ud, altså du ved sådan, hvad kan det mon være. Og ja altså, jeg har jo fri ikke? Jeg sidder lige og spiser her med min familie.

B

Ja... jeg tror ikke vi kom helt omkring det. Men du nævnte du også kunne få det i kroppen, men havde også brug for at komme ud med det igennem kroppen. Hvad bruger du der? Er det motion, eller har du nogen bestemte ting du gør?

C

Øh før jeg fik springerknæ, der spillede jeg meget fodbold. Ehm og det gjorde jeg to gange om ugen super lang tid med en masse gutter. Og det hjalp rigtig meget, og så er jeg en af de dumme personer der ryger, som også kan give mig sådan en tænkepause engang imellem. Ehm. Hvor det ligesom bliver en aktivitet der foregår, det er egentlig ikke fordi jeg har lyst til at ryge, det er ikke sådan noget der giver mig noget specielt, det er bare noget der foregår, så jeg ved hvor

mine hænder er. Altså på en eller anden måde du ved. Jeg kunne ligeså godt æde en gulerod. Det er fuldstændig ligegyldigt, det er bare blevet en vane. Ja det er nok det, hvor jeg sådan faktisk lavet et eller andet hvor jeg ikke bare ser netflix på sofaen, men jeg kan godt finde på at gå en tur hvis der er noget jeg har taget med hjem og jeg ikke lige har mulighed for at snakke med nogen.

B

Ja, men du har også et andet arbejde som jo sådan er lidt mere fysisk?

C

Ja og det synes jeg jo har hjulpet mig rigtig meget fordi jeg arbejdet som baransvarlig. Ehm, og det er rart fordi der skal jeg ikke tænke særlig meget, fordi det jeg skal tænke på det er meget konkret, nu har vi en udfordring, den skal løses nu, hvordan gør vi det, sådan her gør vi det. Fint. Og der kan du jo se resultatet ikke, du knapper en øl op og så er den ligesom klar. Du kan ikke bare knappe en patient op og sige så er der servering. Det hjælper mig rigtig meget. Ja, så det var egentlig godt spottet. Ja det selvfølgelig også er noget fysisk fordi der også er noget slæben rundt og det, jeg laver også lagerbeholdning dernede og det er nogen gange rigtig mange ting der skal slæbes, og det er faktisk rigtig rart. Der kan du sætte noget musik på, og så flyver du bare rundt i fire timer slæber flere tons sodavand rundt, for det er terapeutisk nok i sig selv, for du behøver ikke tænke. Andet end over tetris agtigt, hvordan skal tingene stå.

B

Ja, det er også begrænset hvor mange spørgsmål over udskænkning af drikkevarer hvor man ligesom kan ramme et ømt punkt

C

Ja, det vil jeg sige. Pilsner eller classic? Uhhhh.... Griner... jeg er simpelthen så ubeslutsom. Ja det er rigtigt, nattens psykolog kalder man også bartenderen. Så fri har jeg jo aldrig nogensinde, men det er sådan det er.

B

Ehm,. Jeg er også sådan lidt nysgerrig på om der er stillinger som psykolog, eller også nogen bestemte målgrupper som du ikke kan se dig selv arbejde med? Hvor man har bestemte diagnoser eller bestemte problemstillinger som du ikke kan se dig selv arbejde med?

C

Altså professionelt arbejde med?

B

Ja, nogen kan det måske være sorg, hvor de synes det er svært, eller hvor det har noget med børn at gøre. Har du noget hvor du tænker, det..?

C

Det er et godt spørgsmål faktisk.. jeg er ikke særlig interesseret i at arbejde med børn generelt.. og det har jeg tænkt meget over hvorfor jeg ligesom har en modvilje imod det. Og det tror jeg er fordi der har du en større følelse af at du kan forme, på en eller anden måde. Og jeg kan godt lide børn, så jeg kan ikke lide at det skulle være i en negativ kontekst at jeg skal se dem, hvor de har været udsat for mange ting. Ja.. så mest det. Men noget der egentlig kunne være relevant hvis man egentlig skulle snakke om det, jeg arbejder jo også en dag om ugen på et rehabiliteringsafsnit i Hobro, hvor det også er folk med altså ældre folk der lige har mistet ægtefæller osv. Mere som sorg, hvor det faktisk ikke er noget problem. Så jeg tror mest det er det med børn, men jeg kan ikke sige det endnu, for jeg har ikke prøvet det.

B

Men du kan godt have sådan én at børns smerte måske er anderledes end voksnes

C

Ja men jeg tror egentlig jeg ville have svært ved at håndtere den, ikke fordi den nødvendigvis behøver at være anderledes. Men de mangler også selv nogle værktøjer til at kunne håndtere den ordentligt, der ligger jo rigtig meget mentalisering, og hvordan får de opbygget den? Og jeg ved ikke om, det er måske fordi jeg ikke er far endnu, eller om, jeg ved ikke rigtig hvordan jeg skal gøre det ordentligt. Og interagere med de her børn på en måde, fordi jeg kan godt lide at være hyggeonklen. Men hvordan forholder jeg mig egentlig fagligt og professionelt til et barn på syv f.eks. måske er det også manglende uddannelse fra min side der gør det. Måske kurser i hvordan jeg lige kan gøre det på den måde. Men det er nok lige det jeg mindst kan se mig selv arbejde ved. Jeg kan godt arbejde med nogen indenfor det.

B

Okay,. Jamen du nævnte også når du har nogen inde her, så en del af dit arbejde er jo også og udfordre dem. Og få fat i det der gør ondt. Ville du også tænke det er mere udsat hvis det er børn? At man skal være mere påpasselig med hvad man kan få frem eller kan dykke ned i, end man kan ved en voksen?

C

Det tror jeg faktisk ikke, det er bare en anden måde at spørge på. For jeg har det sådan, du kan altid spørge om alt, har jeg det sådan, der er ikke rigtig nogen regler for det du spørg om, bare du gør det på den rigtige måde. Og selvfølgelig også lige har fået den rigtige relation op og køre, så jeg spørg selvfølgelig ikke med det samme om et eller andet fuldstændig sindsygt før du

ligesom har fået sat et eller andet stabilt stativ op omkring at det her spørgsmål kan komme ind uden at den terapeutiske alliance den fuldstændig forsvinder. Det kræver ofte at personen har tillid til DIG, som person, og der ligger faktisk et kæmpe personligt aspekt mere end fagperson i at man sidder og har de samtaler med folk. Så det er mere hvordan spørg du ift. Børn og hvordan sørger du egentlig for at de ligesom har det rigtig aktivitetsniveau skal de sidde og lege lidt imens, hvor mange gange skal man spørge i samtalen før de bare siger jaja du ved.

B

Hvad med herude, du siger også den rigtige ramme for at kunne spørge om det. Hvad nu hvis der er noget hvor du rammer noget lige inden tiden er gået hvis du har sat to timer af. Er det så sådan at i kan gå over tid, eller ligger det helt fast? Hvordan håndterer du det?

C

Jeg kan godt gå over tid, jeg har ofte sådan en buffer imellem mine patienter ehm fordi vi har dem så lang tid og så skal man selvfølgelig lige falde tilbage efter. Der er ikke så mange patienter om dagen herude, fordi der også er mange andre ting. Det tager lang tid og lave journaler osv. Fordi de er fem sider lange og.. det... jeg har lidt det princip at vi må ikke se dem et uanede mængder af gange herude, men jeg tager den tid det tager første gang. Og i grunden vil jeg sige at det er urutineret at ramme noget fem min før tiden er slut, der skal du simpelthen have været inde på det før. Men det kan jo ske, for du kan ikke altid gardere dig imod det, så tager jeg to timer og 20 min. Og indkalder dem til en hurtigere kontrolsamtale, end at der går to uger. Ehm jeg kan også have tlf. kontakt med dem ikke. Men altså hvis der sidder en og lige pludselig kommer ind i den her, så synes jeg det er min pligt både som psykolog og som menneske og afslutte den ordentlig. Lige udforske den, og få lagt en eller anden form for film henover der gør at de ikke går herfra med et blødende hjerte ikke. Og det spinder jo faktisk præcis tilbage til det jeg snakkede om i starten ikke, at det der med hvad det egentlig er vi kan sige og hvilken effekt det kan have på folk.

B

Ja men vel også det med at være menneske?

C

Ja lige præcis, hvordan vil jeg selv have det i den her situation kommer jo også op.

B

Nu tror jeg vi er ved at. Har du noget Lasse...? Vi kan selvfølgelig stille et sidste spørgsmål her, hvis der var noget du synes man skulle ændre på i psykologfaget generelt? Altså det burde vi sku lave om som psykologstand? Eller i det job du har herude?

C

Jeg synes at vi skulle turde at sige mere generelt, sådan åbent. Også overfor og ud i samfundet. Det må jeg sige. Fordi vi sidder oftest med så tæskemeget viden omkring hvordan folk har det, også når de har det dårligt og sådan noget. Men alligevel så kan politikere og socialrådgivere køre på i sådan nogen fuldstændige underlige mønstre der ikke hjælper overhoved. Der mangler et led der i grunden er at vi tør sige noget, imellem den viden vi har og dem beslutter hvad viden skal bruges til. Fordi vi sidder jo ofte og skal bruge den viden vi har igennem vores uddannelse, isæt nogen rammer for folk der ikke ved nogen om det. Så der mangler jo lidt den der transfer op ad i systemet. Bare tag stresspanelet, der har ikke været en eneste stressforsker og det er sådan en underlig måde. For der er jo mange psykologer det ved tæskemeget omkring stress og så kommer der en eller anden antropolog i stedet for ikke. Det kan der selvfølgelig være ting for og imod, det skal jeg selvfølgelig også passe på med at gøre mig klog på. Men der mangler måske lidt den der udover Svend Brinkmann og vores formand i DP som rent faktisk tør at sige, nu må i forholde jer til hvad det egentlig er at i har gang i overfor andre i stedet for bare at se på det som tal. Så den der menneskelige stemme og viden omkring adfærd, den synes jeg godt vi kunne bruge lidt mere af. Fordi vi er meget pusse nussere nede i vores egen lille verden fordi vi jo hjælper dem der er tæt på. Det bliver bare meget symptombehandling. Det var vidst min politiske brandtale.

B

Ja.. Så der er nogen samfundsmæssige ting, hvor man godt kunne ændre noget og undgå at der var så mange der lider.

C

Vi kunne hvertfald godt påvirke lidt mere, det vil jeg sige. I stedet for at vi sidder og prøver at holde fast i noget der ikke fungerer. Der var engang en der beskrev det meget godt i forbindelse med noget emotionsfokuseret terapi, hvor vi sad og så en video om det. Hvor han snakkede med hans parforhold, og han var sådan lidt stille og så kommer den her kvinde der bare bliver ved med at beskyldte ham for alt mulig, nu gør du ikke det, og du gør ikke de her ting, du gør aldrig de her ting jeg beder dig om, og så siger han bare til sidst, det er som om jeg står foran en dam hvor der kommer flere og flere huller i, jeg har brugt begge mine fingre, jeg har taget den en tå i, og nu begynder det at regne, og nu skvulper det altså over. Jeg kan jo ikke lappe flere huller. Og det er lidt ligesom den jeg står med som psykologer, at man står med alle fingrene rundt omkring og nu begynder det altså at komme ovenfra i stedet for, og det kan du jo ikke gøre noget ved jo. Det er for sent. Så det er lidt den jeg sidder med. Rigtig dårlig forklaret.

B

Nej det giver mening. Det er et godt billede på at der bliver flere og flere huller der skal lappes, og det er svært at følge med også, så man er nød til at ændre noget.

C

Ja lige præcis.

B

Har du mere Lasse?

A

Nej jeg tror sådan set vi har spurgt ind til det der var.

B

Så tror jeg vi slukker mikrofonen.

Interviewperson D

5. Marts 2019

Interviewer A

Interviewer B

B

Intro om projektet....

03.04

D

Jeg var så heldig at få en psykolog, vi havde psykologpraktikanter dengang vi havde en uddannelsesstilling også. Og der var jeg så heldig at få en uddannelsespraktikant fra Lund (Universitet nær Malmø). Hvor det at lære psykoterapi er en del af uddannelsen. Det var en noget andet psykologpraktikant end dem vi ellers har fået fra Århus eller København.

B

Det lyder lidt ligesom de har det i Norge, hvor autorisation er en del af uddannelsen. Der har de en seks årig uddannelse i stedet for en fem årig, og der bliver man så autoriseret med det samme. Ligesom lægerne hvor man har en uddannelsespraktik

D

Det er godt tænkt.

B

Interviewet er anonymt, der er ikke noget hvor vi skriver noget ved navns nævnelse. Og hvis der er nogen spørgsmål siger du selvfølgelig bare til. Og du kan afbryde hvis der er et eller andet

D

Hvis det er sådan at du eller i har lyst til at citere mig, så er det bare at spørge altså.

B

Ja, det er rart at vide det. Men det er selvfølgelig også gerne fordi vi vil have at man kan snakke så frit som muligt. Men til at starte med kunne jeg godt lige tænke mig at høre lidt om dig og din baggrund, du har været 43 år i psykiatrien?

D

Ja det var faktisk Per Schultz Jørgensen som der skrev den der bog om robusthed, og det så synd at sådan en fin bog den bliver mishandlet på den måde, og nu er det så lige pludselig blevet det modsatte af det han faktisk mener og skriver. Han var min vejleder på tredje del, og jeg spurgte ham, dengang var der nemlig ikke ret mange psykologstillinger, 2-3 heroppe som havde stået ledig rigtig længe og så opsøgte jeg ham for at høre, de her stillinger, skal jeg søge dem eller? Jeg var ny psykolog, jeg var netop uddannet. Han sagde "Gør det ikke, gør det ikke!". Og det skal man ikke sige til mig. Så jeg startede faktisk i 72 heroppe.

B

Er det den Robuste Børn han har skrevet du mente?

D

Ja

B

Den brugte vi faktisk ifbm. Vores sidste projekt, en fin bog

D

Ja

B

Så der startede du dengang

D

Ja, og fik så uddannelsestilling og hvor vi havde, jeg tror det var 20 psykologer igennem og fået deres grunduddannelse, både deres autorisation, men også deres kliniske med. Som det hed dengang.

B

Hvordan var det så at komme ind i det dengang, kan du huske det?

D

Frygteligt! Jeg tror også jeg sagde noget om det ikke, det chok at komme ud og gerne vil bruge sin uddannelse, og så godt nok vide at det er en teoriuddannelse. Jeg havde jo været i praktik ude på Nebs Møllegaard, behandlingssted for børn. Og mødte om man så må sige virkeligheden. Men lige pludselig at sidde overfor mennesker som er syge, og som er rigtig syge, og så opdage jo mere syge de er, jo sværere er det at hjælpe dem. Det var noget af et chok, og det andet chok var så det jeg opdagede, at det interesserede egentlig ikke psykiatrien. Fordi de var jo kun interesserede i diagnoserne. Det var vildt.

B

På hvilken måde når du siger diagnoserne?

D

Jamen det er det samme dilemma, og det er sikkert det der har sporet mig ind på at skrive som jeg gør. Også Smertegrænsen, som jeg er så uforskammet at tilegne mine patienter og dem som holder af dem. At ehm... psykiatrien siger at de behandler mennesker der lider, og det passer ikke! De behandler sygdom! Og uanset hvor meget mennesker lider, så hvis de ikke lider af den rigtige sygdom, og dvs hvis de ikke har de rigtige symptomer, og dermed kan få en diagnose, jamen så kan psykiatrien ikke behandle. Fordi de går ud fra det er en sygdom, og det er den de skal behandle. Og de gør slet ikke det som man gør i psykoterapeutisk sammenhæng, at hvem som er rask, har lov til at blive endnu mere sund. Så det er også, en af de første bøger jeg læste, hvor der stod at psykoterapi er alt for godt til at være forbeholdt de syge. Men det ér, og var jo ikke holdningen. Altså psykiatrien det er jo blevet endnu mere, fordi det er blevet så naturvidenskabeligt præget. Så det at møde mennesker der lider, og det er jo det jeg har lært på min uddannelse, også på min psykoterapeutiske videreuddannelse.

B

Er det speciale i psykoterapi?

D

Ja, også supervisor. Og som oprindelig jo var en gestaltterapi. Og som så havde jeg en krops psykoterapi og transaktion. Altså jeg har mødt efterhånden så mange af de der psykotilretninger der er kommet til landet.

B

Men du har alligevel været der i 33 år?

D

Ja det er jo så den stædige Rasmus Modsat, som får mig til at sige okay, det job skal jeg ikke søge. Det lyder interessant.

B

Det er standhaftigt

D

Ja.. men det er også fordi på mange måder har jeg jo haft gode vilkår, fordi hvis det var sådan at jeg kunne argumentere for tingene. Og jeg er rimelig god til at argumentere. Så kunne jeg få lov til, stort set at gøre som jeg ville. Sørge for også at være.. Belægge mine ord. Og det gjorde så, at der var jo en chefpsykolog stilling der fra start af, som jo så ikke var besat fordi der ikke var nogen der var kvalificeret eller søgte det overhoved. Ehm.. og det gjorde jo så at vi blev faktisk en selvstændig psykologafdeling ehm, noget som ikke fandtes dengang, men som så blev nedlagt senere, også rundt omkring i landet. Og som chefpsykolog, jamen så får jeg respekt og sidder sammen med lægerne og ledelsen, sådan var det dengang. Nu har man så lavet de der ledelsesstrukturer om, så de først blev meget fagligt orienteret, og nu meget administratororienteret. Så på den led så... vi var jo da vi var flest, 10 psykologer og en uddannelsesstilling og praktikanter. Så der er godt nok mange mennesker der har fået en god psykoterapeutisk hjælp. De 30-40 år.

B

Det er så et.. jeg hører dig også sige det kan også være frustrerende nogen gange, at man så for meget naturvidenskabeligt på det, i stedet for menneskeligt. At du så trods alt kunne hjælpe en masse og gøre en forskel.

D

Ja men det fik vi jo lov til. Altså vi.. Den første, det var i nordisk psykologi, en videnskabelig artikel. Den artikel var sammen med ham Per Friis Jørgensen, som var den første chefpsykolog heroppe. Som jeg havde et fantastisk samarbejde med. Vi skrev to artikler sammen. Og den ene hed Grundterapi med indlagte skizofrene patienter. Så vi fik lov til at lave det vi kunne argumentere for, og som man kunne se at patienterne fik det bedre af. Sådan er det heller ikke i dag. Altså i dag er der mange af de patienter, og sådan har jeg beskrevet det, også i sjælens længsel, som simpelthen var så syge at de var konstant fikseret. Og tvangsmedicineret selvfølgelig. Der har jeg startet terapi, og hjulpet mennesker så de har fået et liv. I dag der vil psykologer ikke få lov til at tage en patient i terapi som er fikseret, det er en læge gebet. Nej patienten skal få det bedre. Det begyndte jeg jo at høre i slutningen af den tid jeg var ansat, hvor der kom nye unge læger ind. Som sagde jaa... den her patient har brug for psykoterapi, men nu skal vi lige se om ikke medicinen kan hjælpe vedkommende, jamen hvor jeg siger, vedkommende har det jo elendigt, det er da nu jeg skal komme hvis jeg skal komme, mens han har det værst. Man venter jo heller ikke med at gå til tandlægen, til tandpinen er gået over. Hvor hun så siger, NEJ! Det.. hvad hedder nu skal.... Og der var jeg lige ved at sige, prøv lige at

hørraske her. Jeg har behandlet patienter der var fikseret mens du gik i børnehaven. Så hvor har du lige de synspunkter fra. At det kan man ikke og det må man ikke.

B

Ja okay, og det er også lidt det du beskriver som vigtig element i din bog, forhold mellem afhængighed og uafhængighed i mødet med patienterne.

D

Ja, prøv at fortæl lidt mere

12.48

B

Ja men der tænker jeg netop det der med at det er vigtigt de er fikseret, at man er afhængig af at der er nogen der tager over. Så den balance imellem at øge den der uafhængighed. Der hører jeg dig også sige, at der er det terapien der er vigtig?

D

Det er den der gør forskellen. Medicinen kan kun dæmpe symptomer. Medicinen den hjælper ikke

B

Medicinen gør dem ikke mere uafhængige.

D

Nej det er så et vældigt spændende spørgsmål. Fordi sådan, specielt som det anskues nu, så er man tilbøjelig til at sige, når medicinen har gjort patienten bedre, så er det medicinen som også skal gøre patienten rask igen. Det er faktisk holdningen i dag. Hvad der er tåbeligt, fordi det der var holdningen dengang, en af mine yndlingshistorier. Jeg var, jeg havde patienter i terapi også på retspsykiatrisk afdeling, og også på sikringsafdelingen fordi jeg havde et godt samarbejde med den overlæge. Og så var der en patient som var på den lukkede retspsykiatriske afdeling. Der kan man jo kun komme ud, eller få mere frihed via domsændring. Så den her patient skulle have domsændring, og skulle så i retten. Og jeg var så med som hans terapeut, og det var selvfølgelig overlægen som stod for det. Og så spurgte dommeren selvfølgelig overlægen, og hvilken behandling får så den patient. Og så sagde overlægen, han får medicin for at dæmpe symptomerne, og psykoterapi for at blive rask. Og det er sådan det er!

B

Det er jo et meget godt billede på det.

D

Ja, fuldstændigt! Men det er jo der hvor medicinen så også kan være en vigtig hjælp, fordi som jeg plejer at sige, det er noget lettere at behandle folk når du kan snakke med dem.

B

Ja, så en stabiliserende faktor?

D

Fuldstændigt! Men det er jo ikke sådan man bruger medicinen nu, man tror at medicinen kan gøre tricket i stedet for at sige medicin, okay, bliver de så bedre til at leve sit liv og kan dermed også blive bedre til at tage imod psykoterapi. Men sådan tænker man desværre ikke mere.

B

Det er sjovt hvad der gør at man er kommet i den retning

D

Det er new public management, og det at ehm... tre tanker: Jan Holmgreen som har institut for DISPUK (Dansk Institut for Supervision, Personaleudvikling, Undervisning og Konsultation). Skrev anmeldelsen på politikken, en af vores kollegaer, jeg har kendt ham fra langt tilbage, han skrev en anmeldelse her for nylig, hvor den anmeldte, og det var Marianne Lundtoft, som har skrevet rigtig mange bøger, som professor, som psykiater og som forsker, og arbejdet tæt sammen med psykiatrifonden, og som har skrevet om fremtidens psykiatri. Og så går Jan Holmgreen, det er den anmeldelse jeg vil gøre opmærksom på, at det værste der sker er at psykiatrien tror den er en naturvidenskab, jeg læste på facebook engang og det hun siger, det er der vil komme mere forskning og det er en hjernelidelse og han siger, hvis det er psykiatriens fremtid, så går det rent galt. Men hvad med al den forskning man har, der siger at det er kontakten med mennesker raske, altså det har man jo masser af undersøgelser på, og alligevel bliver hun ved med at lede efter de hjernestrukturer og transmittere osv. Da jeg var ung psykolog der ledte man efter skizokokken. Hvad var det for en virus som gjorde at mennesker de blev skizofrene. Og det... det er frygteligt! Men det er den uhellige alliance imellem new public management og meget traditionel naturvidenskab. Og fordi, så har man bildt politikerne ind, at nu kan man begynde at styre psykiatrien, og styre økonomien ift. Psykiatrien, og politikerne har desværre købt den.

B

Ja eller også har de selv efterspurgt den

D

Ja det kunne man jo så frygte ikke. Men selv politikere har garanteret mennesker som lider psykisk, og man skal ikke se sig ret meget om i sin omgangskreds, med de der har opsøgt psykiatrien for at finde ud af, det er godt nok sjældent at de får en hjælp

B

Ja, jeg hørte også her sidste år hvor der var et opråb fra psykiatrien, hvor medarbejdere havde gået sammen. Bl.a. ift. Behandling af børn, at de skulle diagnosticere dem uden at møde forældrene. Tror det var sådan noget, hvor de også sagde at det gav ikke ret meget mening.

D

Ja det er igen evidensspøgelset, det var på facebook jeg så der blev udvekslet. Det var ift. De nye retningslinier for borderline hvor der så var en fra sind som var inde i det, som fortalte at selvom.... Det blev fuldstændig vildt... selvom politikerne faktisk har vedtaget at pårørendeinddragelse var en vigtig del af den psykiatriske behandling, så siger psykiatrien at der er lav evidens for pårørende inddragelse, og den vurdering af lav evidens er lavet alene baseret på at man kan ikke lave dobbelt blind undersøgelse ift. Pårørende inddragelse er det eneste der giver høj evidens.

B

Okay, hvad er dobbelt blind undersøgelse?

D

Jamen der er at man laver en undersøgelse hvor kun halvdelen får medicinen, i det her tilfælde vil det være pårørende inddragelse, men patienten må ikke vide det og den der behandler må heller ikke vide det, for ellers er det ikke dobbelt blindt undersøgelse. Det er fordi man ved fra traditionel naturvidenskab at tankens kraft, kan vi så kalde det, gør at der er et placeboeffekt, så derfor må hverken den der får medicinen, eller lægen må ikke vide det, fordi det ved man at hvis lægen ved det, det har man undersøgt med rotter og skoleelever og alt mulig andet, det har en eller anden bestemt betegnelse, så påvirker det dét tilsyneladende objektive resultat. Det er præcis den der uhellige alliance med traditionel naturvidenskab, så fordi man ikke kan lave et traditionelt naturvidenskabeligt design, så vil psykiatrien ikke tro på at det her har betydning, og de tillader sig så at sige at der er lav evidens for det. Ikke fordi man har undersøgt det, men fordi man ikke kan lave det design som traditionel naturvidenskab kræver.

B

Fordi man ikke kan bevise det?

D

Ja det kan man jo så godt, men ikke hvis man tror den eneste form for bevis er det. Du kan godt høre, du skal passe på med at trykke på den knap der.

B

Ja det kan jeg godt se.

D

Det er jo fuldstændig absurd, og det er jo dét der sker hele tiden ikke. At erfaringer... når jeg siger jeg har helbredt folk med skizofreni diagnoser, jeg har de mest syge patienter har jeg beskrevet flere forskellige steder, skulle ind og have taget det hvide snit, og jeg får at vide at hvis jeg ikke giver en psykoterapeutisk hjælp, som gør at hun får det bedre, så skal hun ind og så skal de rode i hjernen. Og så giver jeg en psykoterapeutisk hjælp, og jeg holder klinik om det, der er ingen der interesserer sig for det, det er et interessant særtilfælde.

B

Ja det er jo skræmmende

20.50

D

Fuldstændig skræmmende og absurd ja. Jeg skal virkelig passe på jeg ikke ryger op i det røde felt.

B

Ja, der må vel også være en vis smerte forbundet med at sidde i det, og hvad kan man sige, at råbe for døve ører?

D

Apropos i sagens emne ja!

B

Så der kan man måske sige at der både er en smertegrænse i mødet med klienten, men også en systemisk smertegrænse, en grænse for hvad man kan få lov til at lave om i det.

D

Ja og hvad behandlingssystemer kan acceptere af sund fornuft. Fordi der er der kæden hopper af. Jeg fandt nogen af de bøger frem som jeg kan forestille mig vi kom til at snakke om. Sverker Belin som er psykolog og som sidder i Sverige oppe i nærheden af Stockholm, det er ham her. Han skrev den der galskabens magt. Han mener nemlig det her, Relationen før metoden! Så det er også stik modsat de fremherskende strømninger. Der har han det her eksempel på en patient som er så syg at de reagere så meget, at selv på den afdeling hvor hun er begynder at ændre på deres behandling eller på deres forståelse, hele hospitalet bliver sendt ud i nogen vildfarelser. Galskabens magt! Så i hvor høj grad er vi involveret, jeg er også inde på spejlneuroner sidst ikke. I hvor høj grad er vi hele tiden involveret i noget relationelt, som vi tror vi kan behandle objektivt. Og det er derfor de her politiske strømninger har været helt tilbage til psykoanalysen, den der bog er en fantastisk bog. Og den bedste bog der nogensinde er skrevet om projektiv identifikation (Ogden, projektiv identifikation). Der findes flere forskellige.

B

Ja, jeg har læst matrix of the mind af ham, som han også har skrevet

D

Okay, det vidste jeg så ikke engang. Er det den samme Ogden?

B

Det er jeg ret sikker på det er, der er nemlig også et helt afsnit omkring projektiv identifikation.

D

Når jeg tænker på alt det vrøvl der er skrevet om projektiv identifikation hvor man forsøger ved borderline og sige, at det er patientens måde at snørre terapeuten og forføre og hvad vi ellers bruger af grimme ord ikke. Gabbard og Evang og andre der har skrevet sådan nogen tåbeligheder. Og så den der lige præcis den der hvor han starter med at sige, det her det er ikke et teoretisk begreb, det er et kontaktfænomen. Og det er dybt forstyrrende at opdage at man sidder og tænker tanker og følelser, og så opdager man at det er ikke ens egne. Og så er vi lige præcis inde i den der relationelle del, det i den relation, at behandlingen skal finde sted men det er også i den relation at terapeuten risikerer at blive lammet eller selv blive sendt ud i dissociationer eller relationer uden at opdage, jamen hov det kommer relationelt.

B

Men det er vel også det der kan være svær at indfavne i den der naturvidenskabelige del, at ens tanker ikke er ens egne.

D

Ja fuldstændig spot on ikke, og det er derfor ikke at man ligesom har genopfundet det her spørgsmål mange gange ikke, fordi den traditionelle behandling vil jo ikke tage den til sig. Altså Ogden var den første, og så Susanne Bang, hun bliver jo så ikke regnet for noget i behandlingssystemet, men hun skrev den der fantastiske bog som hedder rørt, ramt og rystet som jo fortæller det samme. Og så fandte jeg lige frem, jeg var på kursus her i januar med en nordmand som hedder Per Isdal, har du stødt på ham?

B

Nej det siger mig ikke lige umiddelbart noget.

D

Det er rigtig sjovt, han har skrevet en bog som på norsk hedder smittet af vold og som på dansk er kommet til at hedde, jeg har et papir til dig, som er kommet til at hedde medfølelsens pris. Ham var jeg på kursus med en hel dag

B

Det lyder spændende.

D

Det svarer til, at han tror han har opfundet den dybe tallerken. Jo han kender sine spejlneuroner, det kom så frem. Men han har slet ikke den der forståelse for mange som har været det der sted som ved også den anden jeg lagde der, "Når gode mennesker, handler ondt" som jeg også nævnte oppe i Aalborg så vidt jeg husker. Som jo handler om det, men for at give eksempel på det som du så fint satte fingeren på, at vi så tilbøjelige til at tænke traditionel naturvidenskab, at når vi opdager et fænomen så er den en ting, i stedet for at genopdage, okay det var så en ny udgave af relationens betydning. Så han holdt sådan en hel dags oplæg uden at referere til dem der var gået forud for ham... griner.. Her er to eksemplarer af oplægget. Jeg kan sende resten af dagens dias. Og så tænker jeg hvis i var interesserede kan i høre ham her den 26. Marts. Der er der nemlig et, hvor det er TUBA som holder seminar. Jeg skal have en workshop og han holder åbningsforelæsningsen men har også en workshop, jeg mener det er i Odense det foregår. Det kan jeg også sende til jer, og måske også vil i vil interviewe ham. Han er et behageligt menneske, jeg kan ikke forestille mig andet.

B

Det tror jeg gerne vi vil hvis vi kan få det til at passe ind, det kunne være rigtig rigtig spændende. Så kan det også være Lasse er ved at være klar igen.

D

Det må vi sørme håbe da, jeg skal love for han godt nok er udfordret.

B

Men det bringer mig måske videre til mit næste spørgsmål x, også når vi kommer ind på det her med projektiv identifikation og spejlneuroner, overføring og modoverføring

D

Ja, lige præcis det er jo det felt ikke hvor litteraturen giver en forståelse som simpelthen er blevet skrinlagt, fordi det er kognitiv terapi, eller metakognitiv terapi er den store åbenbaring i øjeblikket. Kognitiv dur ikke, det skal være metakognitiv terapi. Man bliver med at tro at man kan finde den rigtige behandling i stedet for at se hvad er det for nogen behandlinger der virker, fordi man tænker traditionel naturvidenskabeligt og kognitiv terapi har været med til at gøre det, fordi vi nu har bevist at kognitiv terapi det virker, så har vi dermed også bevist at andre ikke virker. Og det er jo virkelig traditionel naturvidenskab helt ude i det absurde.

B

Det kan jeg godt følge

D

Undskyld hvis jeg snakker indover

B

Nej det må du meget gerne. Men jeg er selvfølgelig også interesseret i at høre din oplevelse, nu har du jo haft de her år i psykiatrien, men også hvordan det har været for dig at være i det her svære møde, man får de her projektioner ind, hvor som du også siger, det er ikke dine egne, nødvendigvis tanker eller hvad det nu kan være. Hvordan er det muligt for dig at håndtere det?

D

Jamen det har jeg dels fordi at jeg kan læse gode bøger hvor andre har været det samme sted, og har forsøgt at hjælpe sig selv og hinanden, og os andre ved at skrive om det. Men også fordi det er jo en del af, jeg er ikke sik.... Jo det har kognitiv terapi, de har noget de kalder, hmm... kognitiv stil eller sådan noget lignende.. Netop.. Der findes jo også mange former for kognitiv terapi hvor de ligesom ser på hvordan terapeuten agerer. Men rigtig meget kognitiv terapi, og især den som psykiatrien godt kan lide, der er den fuldstændig instrumentel. Men alle andre terapier, der er det en del af den terapeutiske oplæring, at terapeuten skal have lært sit eget redskab at kende. Og som behandler der er du dit eget redskab. Sådan hed det i gamle dage. Så det at vide hvad der sker, fordi du har lært din egen verden at kende, dine egne reaktioner, dine egne blå mærker, kæpheste osv. Det er jo det bliver orienteret i, så filtrerer du det. Sådan at du ikke risikerer, altså det sker alligevel fordi projektiv identifikation som fænomen er der hele tiden. Men sandsynligheden bliver mindre, og du bliver mere opmærksom, og du er villig til at tage spørgsmålet op. I det øjeblik der sker et eller andet. Deri så bliver det ikke spørgsmålet om at du har behandlet forkert, men sådan hedder det jo i behandlingssystemet eller i kognitiv terapi. Du skal gøre det på en anden måde, og så kommer det rigtige resultat, der ser man ikke at, hvad skal man sige, at den aktive bestanddel den er i relationen, den er ikke i det terapeuten siger.

B

Okay det giver god mening. Men der tænker jeg, der er skammen vel så også en væsentlig faktor for om man så frit kan stille de spørgsmål man gerne vil og har brug for at komme ud med?

D

Ja... også fordi, som jeg var inde på i Aalborg, så er det før skammen bliver... nå nu røg der lige flere tanker. Sidste gang jeg underviste, gik det op for mig, at en bedre måde at sige det på, det er at skam er ikke bare relationelt, det har også en hvad er det man kalder det, den er baseret på et homeostase bio-feedback-system. Så du opererer i et område hvor skam er medfølelse som, jeg også er inde på, og skam er sansninger af hvad sker der, og hvis der er mindre skam, og så er det spørgsmålet om vi skal kalde det skam, men ligesom en temperaturregulering eller regulering af saltbalancen, hvis der er mindre af det, så virker det ikke, så bliver du ufølsom, og hvis der er mere af det, så bliver du lammet og i sidste ende chokeret. Så der er et operationsområde, hvor du egentlig ikke tænker det som skam, men tænker det som sansninger af, det er ikke i orden hvis jeg stiller det her spørgsmål. Eller netop det her jeg siger nu, får mig til, også nogen gange fysisk men også i overført betydning til at rykke baglæns. Og hvad er det som får mig til at rykke baglæns. Der sker noget her, som næsten er mere end mine spejlneuroner kan være med til. Eller er vant til at håndtere i de samspil jeg ellers har været ude i.

B

Det får mig til at tænke på om, nu kan jeg også læse i din bog, med nogen af dem du har mødt, er nogen ekstreme oplevelser de har med sig

D

Det er der rigtig mange patienter der har, men psykiatrien interesserer sig desværre ikke for det. Også fordi det er smerteligt.

B

Ja men faktisk da vi var på... til interview med ham fra arbejdsmedicinsk klinik, der sagde han noget af det han oplevede som kunne være svært, det var at når han nogen gange sad med f.eks. Nogen der var meget stressramte, og han så sad med nogen der var mindre ramte. At han så ikke fik flyttet den skala for hvornår det er slemt, hvis du kan følge mig?

D

Ja, ens normalitets.. Grundlag bliver forrykket?

B

Ja præcis, hvordan navigerer man i det? Jeg hører dig også sige det med en temperatur, at man skal finde ud af hvor man er henne og have indlevelsen i det

D

Jeg tror det er rigtig svært, og det traditionelle svar er supervision ikke. At lige så snart du bliver opmærksom på, at her reagerer du... du skal virkelig være opmærksom på din egen reaktion, modoverføring kan man så kalde det, så der hvor du mærker, hov, her reagerer jeg anderledes, eller som jeg sagde før, her er der noget i mig som forsøger at rykke baglæns, ud af feltet, lige så snart det sker, så skal du være på forkant med, at nu sker der altså noget vigtigt. Og det er jo det som Sverker Belin og andre har været, og også psykoanalytikere, han er jo psykoanalytiker, har været inde på, at modoverføringer er ikke en fejlkilde, som Freud han sagde oprindeligt. Han var så selv inde på, og mange siden, har været inde på, jamen hov, det er jo fantastisk vigtig information, fordi så ved vi jo nu at det er relationelt. Så sensoren for hvad der sker, er ikke, jo det er selvfølgelig din observation, din sansning af, hvad sker der i din patient, hvad er det for nogen ord der kommer ud af munden, hvad er det for nogen måder kropsligt at kunne være med, og reagere og agere på det der sker, men også dine egne sansninger.

B

Så det det forhold også at undersøge sig selv for hvad klienten appelerer til én om at gøre, derigennem kan man også undersøge klienten ubevidste?

D

Ja og specielt som ogden er inde på, så især de reaktioner, som man ved ligger udenfor ens sædvanlige måde at reagere på, det er også det som arbejdspsykologer registrerer, jamen hov, her var der pludselig en forrykkelse i min normalitetsopfattelse, der fik mig til at reagere anderledes. Fordi der er vi jo fantastiske, at lige så snart du opdager sådan noget, så går der jo nogen bio-feedback-mekanismer igang og så begynder du at forholde dig anderledes. Lige så snart du bliver opmærksom, og det lærte jeg i min gamle gestaltbaggrund, at det er opmærksomheden der gør forskellen. Det er opmærksomheden der heler, så det der med at være med, eller det du kan have medfølelse med, eller det du er i stand til at ehm.. Kontakte. Ændres i og med at du kan kontakte.

B

Det kan jeg sagtens følge

D

Det er der rigtig mange terapiretninger der siger

B

Så jeg hører dig også sige, at supervision er en nødvendighed for at bevare sin normalitetsgrundlag

D

Ja! Da vi havde en psykologafdeling, og vi var mange psykologer, og vi havde meget supervision. Vi havde 2½ times supervision om ugen. Det var så på fælles supervision, og så havde vi det jo så med mig som supervisor.

B

Så du tænker også supervision burde være tvungen for psykologer at have?

D

Ja det!

B

Det kan godt blive lidt, som at blive ved med at køre i en bil, som man selv bestemmer om den skal synes eller ej

D

Hehe... det er lige præcis det. Det er et godt billede! Man supervision er ikke nok, fordi du skal også tage de her ting, som Stern beskriver i sin måde at beskrive relationer på, at vi... nej der var lige en omvej der... men det er det han siger, at den aktive bestanddel i psykoterapi, og også i personlige møder, er ikke forståelsen som sådan, det er heller indsigten, selvom man som terapeut kommer med en god fortolkning, det er dét som han har lært, og som er hans basis ikke, det er overføringer og fortolkninger som driver terapien, men han siger, hvis du som terapeut kommer med en god fortolkning, så har du lavet en relation, så har du lavet en god relation, han ved godt det er en ulige relation, men vi mødes i øjenhøjde, og det er det dét handler om. Og når vi så lykkedes, så opstår de nuværende mødeøjeblikke og den indsigt vil Freud sige, er det som forandrer, på de problematiske områder og sårbare punkter som mennesker har. Men hvis man så som terapeut kommer med en fortolkning, så har man lige pludselig rykket det ud, så man ikke mødes i øjenhøjde, og så skal man, han siger det faktisk, arbejde på igen og kunne mødes i øjenhøjde, for igen at kunne mødes i nuværende møde øjeblikke. Det er fantastisk, at en gammel psykoanalytiker, som tør sige det. Det er den der (bog) Det nuværende øjeblik der ligger der.

B

Det giver god mening, det var faktisk også noget af det som jeg synes var interessant også ved at se dit interview med Miss Mannah, at du ret hurtigt opdager, ehm.. Tror hun siger et eller andet med at hun har det med at ende i de forkerte steder.

D

Ja lige præcis, noget i den retning

B

Ja, hvor du så fanger det hurtigt.

D

Der havde vi jo også siddet en time herinde, og kommet på bølgelængde om man så må sige

B

Ja men alligevel den der med, at fange her kunne man gøre det på en anden måde, men også uden at fælde en dom over det, det er også det, hvor man kunne have sagt "du bør gøre det" men ikke kommer til at sige det, men jeg synes man bør gøre sådan. Det synes jeg også er fascinerende det der med at holde sig neutral i mødet, og have respekten for at de andre er der hvor de er, også selvom man registrerer her er nogen ting man kunne gøre anderledes, og der også er en årsag til det

D

Ja men den neutralitet, er også den jeg skriver mange bøger om, men der er ikke så mange der opdager det, men den neutralitet, den handler også rigtig meget om, at rykke kontakten ud af hele den der fejlfindingsmode som vi bliver involveret i helt pr. Automatik. Men der hvor hun så siger, jamen vil det så være forkert at sige, at jeg er konfliktsky eller sådan noget lignende, så fanger jeg det gudskelov. Og siger hvis du synes du er konfliktsky... altså det traditionelle svar, ville jo være, jamen så gå på et assertionskursus, så du kan lære virkelig at stå ved dig selv, og hvis du er mand, så vil jeg sige gå til Karl Mar, så kan du virkelig lære at stå inde for. Men jeg ved jo at det er ikke der forandringen sker, forandringen sker i mødet. Ikke fordi man gør noget andet, og der at sige, hvis du så. Et eller andet med, at jeg kan egentlig godt lide at være konfliktsky, og indimellem er det en pest. Så man ligesom igen finder balancen ikke, det er Homeostasemekanismer vi hele tiden er involveret i, og hvis vi tror vi hele tiden kan lave fejlfinding og fjerne noget, så er vi på vildspor.

B

Ja, det får mig til at tænke på. Så bliver du vel på en eller anden måde også fri for at tildele hende en rolle

D

Præcis

B

Det er også det jeg læser i din bog omkring rolle tildeling

D

Ja helt eksakt.

B

Ja for det er vel den man tit ryger ind i, i psykoterapi, at man får tildelt en rolle, eller en objektrepræsentationsmæssigt får tillagt nogen ting, og så snart man begynder at gøre det samme, så sidder man med to roller, og begynder at køre et rollespil

D

Ja, og det ligger jo dybt i os. Altså både klienten vil jo gerne have, at når jeg skal illustrere det og fortælle historier, hvor jeg havde samtaler med en patient, og så efterhånden blev jeg sådan lidt, alt det du fortæller mig, hvorfor fortæller du mig det? Så sagde han helt sødt og venligt, jamen det er for at du kan blive klogere. Og så gik det op for mig, hov, der er relationen jo allerede smuttet ikke. Fordi han, det er meget forståeligt ikke. Han vil gerne opsøge eksperten, som ved alt det her, det vil vi jo også i mange sammenhænge ikke, men det er jo dødbringende i det øjeblik at det er relationen der er den aktive bestanddel i det, og det er et andet menneske jeg skal møde som menneske.

B

Der er vi jo allerede lidt over i den der naturvidenskabelig tilgang med at man går til lægen for at få et svar og så blive rask

D

Ja præcis

B

Men hvordan har det så været for dig, at få tillagt sådan en rolle i visse situationer, jeg kan se du har skrevet om en i smertegrænsen med mange mange seksuelle overgreb og forældrene der har...

D

Opført sig som forældre ikke skulle gøre

B

Ja det kan man sige. Hvordan håndterer man det, du har sagt supervision, men også sådan følelsesmæssigt?

D

Jamen det jeg forsøgte at snige mig ind på før, og gør det igen nu, det er at det øjeblik det lykkedes at skabe de her mødeøjeblikke, så går ikke... det var en af mine gamle supervisor der sagde det, hver gang det lykkedes at møde en klient, så falder der noget af i svinget til os selv. Det var hans måde at formulere det på. Samtidig så også at det både er klienten og terapeuten der går forandret derfra. Så det øjeblik du får den justering der er at skabe mødeøjeblikke, så er du allerede på forkant med at det her også ændrer noget herinde (i sig selv), og så er du rigtig godt hjulpet.

B

Ja, det giver mening. Og så skabe flere og flere mødeøjeblikke

D

Ja, præcis!

B

Og udvide erfaringer

D

Ja lige præcis! Og hvor forunderligt det er, men der er rigtigt. Det kan jeg jo se på mange mine udviklinger som psykoterapeut ikke, hvor det går op for mig at jeg skal holde op med at kloge

den ikke altså. Jo mere jeg kloger den, jo værre stillet bliver jeg, men det gør min klient desværre også ikke, fordi at makroen det følger altså med ikke.

B

Det er en interessant rejse også, at du bliver mere og mere bevidst om relationen, med alle de års erfaringer du har.

D

Ja det håber jeg at jeg kan blive ved med. Det må jeg sige. Jeg har advaret mine nærmeste, at den dag jeg begynder at sige, jamen det har jeg prøvet eller det har set før. Så skal de altså råbe vagt i gevær, for der begynder jeg at miste min ret til også at være på en udviklingsrejse, når jeg møder mennesker ikke?

B

Ja

D

Ja for så bliver det instrumentelt ikke, og det er skrækkeligt!

B

Ja okay.. Er det ligesom det Casement også beskriver, at man ligesom kan komme til at kede i terapien med en klient, fordi man tænker, det her, det har jeg oplevet før. Så skal man lige hanke op i sig selv

D

Ja blive opmærksom på det ikke, og begynde at spørge ind til sig selv, eller finde den supervisor som kan hjælpe. Stille de rigtige spørgsmål og møde det

B

Ja så man stadig forholder sig til at uanset hvad man møder, så er det et helt nyt menneske med sin egen historie

D

Ja! Og faktisk hver gang man mødes, vil jeg vove at sige, i dag ikke? Jeg vil gerne udfolde og sige, at jeg har nogen i supervision stadigvæk og en dygtig ung kvinde, på 50. Når man er 50, så er man ung i min alder. En ung psykolog som jeg ikke har set i et år, kommer ind og, jeg siger hov, hvad er det der er sket. Så hvis jeg tror at jeg møder det samme som jeg gjorde sidst, så allerede der har jeg mistet muligheden for at være med der hvor det sner, der hvor det sker.

B

God måde at se det på, du nævner også noget i smertegrænsen omkring. Måske også der hvor man har det naturvidenskabelige islæt, at man har tendens til at tilsidestille psykisk smerte med fysisk smerte, noget som bare skal behandles, for at få det til at gå væk i stedet for det bliver en del af det at lære sit eget landkort og kende. Kan du prøve at...

D

Ja og som har brug for at blive delt.

B

Men der har man vel også lidt på samme vis som terapeutens en smerte man skal lære at kende i mødet med klienten, og få udvidet det landkort

D

Ja, igen, opmærksomhed, opmærksomhed, opmærksomhed. Ikke altså. Der hvor jeg opdager, hov nu er jeg ikke bare til stede, nu starter der indre billeder eller der starter reaktioner i min krop fortæller mig noget, jamen der er vi på vej væk fra relationen og den kontakt som skal bære bølgen for det der sker

B

Ja et vigtigt element hører jeg dig også sige, det med at kunne blive i kontakten, og fraværet af det, er der hvor man skal være opmærksom.

D

Ja det er også der hvor Stern også er genial synes jeg ikke, fordi han er jo sådan en vis gammel mand, der siger tingene så stilfærdigt, så du næsten ikke opdager hvor revolutionerende det er det han siger.

B

Ja også uden at citere en hel masse, så siger han det bare som det er, med citater fra hans egen klienter, det synes jeg jo er befriende, hvert fald det jeg har læst af ham.

D

Ja fuldstændig, at han tør at gøre det også. Der minder han jo om Yalom også. Det skete også igen i den supervision, du behøver ikke gå i supervision hos mig, det er nogen gange en lidt speciel oplevelse.

B

Men en spændende rejse

D

Ja, men hvor jeg siger til hende at jamen hvad er det som er sket, hvad er det der gør at du tilsyneladende er et andet sted, end umiddelbart der jeg så dig sidst. Hvor hun siger, Ja! Jeg var sammen med en veninde, som kendte mig rigtig godt, og hun sagde noget tilsvarende, og hvad skete der så da hun fortalte dig det? Jamen så gik det lige pludselig op for mig. Hun vidste det jo godt, men det at hun sidder sammen med en god veninde, hvor hendes spejlinger betyder rigtig meget, så mærker hun lige pludselig via den anden betydningen af det, som hun på en måde vidste med hendes forstand, men som hun ikke havde erfaret. Før i mødet. Og så sidder hun der og laver et nyt mødeøjeblik med mig, samtidig med at hun fortæller om et vigtigt med mødeøjeblik med en veninde, og tør så også at mærke, for hun er også dygtig og voksen om jeg så må sige, og hov, det er her jeg kommer i kontakt med lige præcis det som jeg også gerne vil have hjælp til.

B

Det siger så også noget om den transfer fra supervision og psykoterapi og til hverdagslivet, at det er vigtigt at der er noget genklang der gør at man bliver mødt der.

D

Ja!

B

Interessant. Jeg får lyst til at spørge dig også x, hvad bruger du ellers sådan til det, du bruger godt nok supervision, men har du ellers noget du bruger hvis du har haft en svær samtale, eller noget du gør for at bevare dig selv i jobbet som psykolog?

D

Ja altså..... Jeg skriver, men..... det kunne jeg også have sagt. Jeg skriver på den måde, at meget af det bliver affødt af de ture, jeg har ikke fået gået min morgentur i dag, det er usædvanligt. Ehm.. så jeg har sådan nogen områder, nogen bestemte områder i skoven osv. Vi har også skov til begge sider, Så de sidste bøger de er simpelthen kommet mens jeg har gået ture, og så har jeg haft min telefon med, og så har jeg indtalt. For selvom jeg ved, hov det er spændende det her, så kan jeg have glemt det når jeg kommer hjem, især når det er rigtig spændende. Griner! Så det er bare med at indtale, og så hjem og skrive det rent, og så starter hele transformationsprocessen op. De sproglige formuleringer, de sproglige nuanceringer og jeg kan mærken ind i. Fordi det er også min udviklingsproces.. Ehm og min måde at bearbejde, og møde det der sker på nogen nye måder, og blive opmærksom på det der sker på nogen nye måder.

Det der skete var så ikke her til morgen, det var igår. Jeg blev spurgt af psykoterapeuten, der er et blad der hedder psykoterapeuten, et tidsskrift for dem der er medlem af psykoterapeutforeningen, det er jeg også. De skal have et temanummer næste gang, som handler om skam og så er de så så venlige at spørge mig, om ikke jeg vil skrive noget. Og det er jeg så startet på min vandring, og så går det pludselig op for mig, jamen hov, sådan som jeg vil formulere det i dag er det ikke alle de der nye vandringer ind i det. Så jeg gør rigtig meget for at understrege, at vi mennesker er så vant til at kvantificere og tingsliggøre, så vi overser, at når jeg bliver ramt af skam eller et eller andet som påvirker mig så meget, at jeg får lyst til at gemme mig og helst ikke har lyst til at tænke på det, og ikke helt ved hvordan jeg skal bringe det i spil. Så tror vi at den tilstand eller følelse er en ting. Og at det er en egenskab i mig, og lige så snart det går op for mig, jamen det er ikke en egenskab i mig, det er en relationel ting, hvis det endelig er en ting, så er det en relationel ting. Så den findes i relationen, der hvor jeg opdager nogen gange at i relationen med mig selv, som jeg også skriver om, rigtig tit i relationen med nogen andre, og det er der vi skal mødes, og det er der den ændring sker. Så jeg får lyst til, at det nye jeg skal skrive her, i stedet for at skrive det som jeg har skrevet det, så og forsøge at møde det endnu mere relationelt på, end da jeg skrev bogen skam. Og det er så også igen en måde at være med de her nye fænomener, som jo ikke er nye, men som bliver nye, fordi jeg møder nogen mennesker som bringer på banen... smertepunkter og undrende reaktioner ikke... hvad er det for noget det her?

B

Men det er vel også der hvor åbenheden er alfa omega.

D

Ja fuldstændig.

B

Nu har du jo selv været i supervision og også haft mange. Hvordan oplever du at, er det svært at overkomme det, og også tage fat om det når det sker og også kunne tale helt åben i supervision?

D

Det er også processer, du skal passe på ikke at tingsliggøre det. Det er også processer. Det sidste er jeg har mødt, er som regel også det mest interessante. Hun plejer sidde der i sofaen, det hvad hedder det, da jeg mødte hende, nu er det efterhånden ved at være en del år siden første gang, og der har nu været et ophold hvor jeg ikke har set hende i et år. Og da jeg mødte hende dygtig psykolog, og havde en tilbøjelighed til at dissociere. Dvs når tingene blev rigtig vigtige, skete der diskrete skred inden i hende, som hun slet ikke opdagede, og at nu begyndte hun at fortælle historier eller blive mekanisk i det hun sagde, så hendes tilstedeværelse den var der ikke, og det kunne jeg ikke sige til hende. Det ville ikke... det ville i hvert fald bare medføre, at så dissocierede hun endnu mere markant. Men vandringen ind i også at møde hende nogen af de steder, det lyder som om det du siger her, der er ikke den samme nerve i det som det du sagde lige før, er det fordi det er mindre vigtigt, eller fordi det er mere vigtigt. Så der sker et eller andet i dig, på den måde så er vi stille og roligt kommet omkring de der tilbøjeligheder og de der steder hun er gået hen og har dissocieret. Og så skete der i da vi mødte hende igår, og hvor vi snakker om det her, og hvor hun reagerer på det, og nu kan det italesættes, hov er det så min tilbøjelighed, gammel tilbøjelighed, til at dissociere. Og så måtte jeg sige, det ved jeg ikke, men min fornemmelse er ikke den, som jeg sådan ellers har siddet med, at nu er det så meget at du er blevet nød til at lukke ned for noget af det. Så det er også igen en vandring, som det er i forhold til alle møder med mennesker, hvor kan det lade sig gøre at finde kontaktfladen, hvor kan det lade sig gøre at finde mødefloden. Og det øjeblik mødefloden etableres, så udvider den sig. Ligesom alt forandres lige i det øjeblik hvor det bliver mødt.

B

Det er også lidt det jeg forstår på dig, når du skriver i smertegrænsen, at det hjælper ikke til at tvinge klienten til at tale om det der er svært

D

Nu er du på vej ind til det, du også skrev om retraumatisering. Nej gør er det ikke. Møder er møder, og lige så snart jeg tror at det her er så vigtigt, at nu skal vi snakke om det, så er jeg i færd med at få et eller andet filter ind imellem os, som gør at vi ikke kan mødes frit. Og det er der, nu er jeg jo opdraget med Peter Levin, den tavse stemme, og her dermed også lært rigtig meget omkring hvordan vi mennesker jo ikke er de her talende væsner, vi er kropslige væsner. Som hele tiden har gang i... dengang kendte man jo ikke spejlneuroner som man gør i dag. Så vi er hele tiden involveret i nogen samspil, og hvis man ikke møder de samspil så bliver man jo låst fast i, kald det udviklingstraumer, kald det fysiske traumer eller akutte traumer. Som gør at ens krop og alt muligt stivner. Og hvis jeg tror at jeg kan få en stivne til at holde op, ved at gå på den, så stivner den bare endnu mere. Jeg kan ikke huske hvem det var der sagde det der med, at døren ind til et andet menneske, det åbner sig udad, så jo mere jeg forsøger at banke på den dør, jo mere fastlåst bliver den.

B

Får mig også til at tænke på en af de flygtningedrenge jeg havde, som havde fået bevilliget 12 samtaler ved en psykolog, og det var nogen voldsomme ting han havde haft mig sig, og havde haft svært ved at tale om det, og så efter 10. Samtale, så synes psykologen at nu skulle der altså til at ske noget, og så pressede hun jo på, også fordi at der var 12 samtaler og han skulle jo have noget ud af det fordi han snart var færdig.

D

Ved du hvad jeg plejer at sige i sådan en situation, radisser vokser ikke hurtigere fordi man trækker i dem.. Griner

B

Griner, nej... og det der så skete, det var så at han faktisk dagen efter rejste, han havde en han havde mødt i asylcenteret som boede oppe i nordjylland. Og han var bare taget afsted uden at sige noget. Det interessante var jo så at han flygtede igen, og der kunne man virkelig tale en om en retraumatisering hvor han fysisk flyttede sig som han gjorde før.

D

Ja

B

Men det er jo også der hvor det kan blive, hvor vi har det her behandlingssystem med fast bevilligede samtaler på en bestemt diagnose som man sådan kvantitativt kan finde ud af at håndtere.

D

Ja, eller tror man skal håndtere på en bestemt måde. Det er også en del af den der traditionelle naturvidenskabelige førergreb som er blevet taget. At man tror man ved hvad der skal ske i alle mennesker der har PTSD og alle mennesker der har depression, i stedet for at møde det der er! Det er vores supervisor også, som vi har inde på Oasis, som behandler torturofre, det er jo virkelig barske sager ikke, og så begyndte de der dokumentationskrav at komme, som betød at nu skulle man have et specielt interview, så man kunne lave et tilsvarende interview når de sluttede for at kunne dokumentere at det havde haft en effekt, og det er jo så fint nok, og vældigt sådan, hvad skal vi sige administratortænkt. Fordi det de oplevede til deres skræk, når vi kom med de her standardspørgsmål som vi skulle stille, så kunne vi ikke sammenligne. Vi risikerede med de spørgsmål vi skulle stille, at vi retraumatiserede de mennesker vi skulle hjælpe. Det er jo alles skræk.

B

Ja, er det så der man kan snakke om at kuren næsten er værre end sygdommen i sig selv.

D

Ja lige præcis.

B

Ja godt... hvor kom vi til her.. Det er også sådan.. Du snakkede lidt om retraumatisering. Men vi har også været inde og læse lidt om sekundær traumatisering, eller kald det også Vicarious Trauma, eller vikarierende traume. Også i en af de sværere traumer med klienten. Ehm.. er der nogen bestemte typer af traumer du har oplevet som har været sværere at håndtere.

D

Det... tror jeg.. Det er klart. Jeg falder over en artikel som ehm.. "When a patient report reciprocates" hvad hedder det, grusomme skrækhistorier. Men altså, så tror jeg også det er meget individuelt. Vi har allesammen vores ømme mærker og præferencer, men det er klart, altså jeg kan da se at da jeg startede i psykiatrien, der fandtes incest ikke, det havde Freud jo sagt. Og så.. Jamen okay... nå... findes overgreb på børn, og er det så udbredt? Og hvad hedder det.. Det findes jo i mange sammenhænge. Og det kan man jo ligesom begynde at have en respekt, men også en forståelse af, at det her kan være et livslangt forløb at hjælpe. Men jeg

støder stadigvæk på, at hvis jeg begynder at fortælle om børn der bliver udsat for systematiske og sadistiske overgreb, der ligger de fleste smertegrænser.

B

Det kan jeg forestille mig. Men vel også de voldsommeste reaktioner fra klienten

D

Ja. men voldsom, men svære også ift. Netop at lukke til ift. Det ved ikke at mærke. Så det, jo jeg tror godt man kan lave, jeg ved ikke om det er ideelt, men en top 10 liste ift. Hvad kan risikere at gå så meget over smertegrænsen, så at en del behandlere vil reagere på det. Men jeg tror det kan gøre det til en generel

B

Nej en generel videnskabelig standard?

D

Nej.

B

Det er vi heller ikke ude på, det kommer vi ikke til

D

Men sadistisk vold er faktisk, i nogen af de der udenlandske bøger ikke, er inde på noget af det samme ikke. Og har nogen historier som er fuldstændig absurde, og nogen gange kan man opdage at man begynder at tænke. Det opdagede jeg også da også på hospitalet at nogen gange når jeg begyndte at beskrive, jamen den her klient har så også været udsat for overgreb på den her og den måde, så kommer den der, ligesom i chok sammenhænge og i krisesammenhænge, er det rigtigt? Bare den reaktion, er et tegn på, at nu er grænsen overskredet. Men du kan jo ikke holde virkeligheden ud. Så enkelt er det.

B

Så det kan også være for terapeuten, at der kan være foregået nogen virkeligheder, der kan være svære at begribe.

D

Ja helt klart. Og når du som terapeut begynder og opdage, apropos Ogden, og tænke den tanke, kan det være rigtigt ikke? Så er det en klar melding om, at nu er din egen grænse godt nok blevet tangeret rigtig grundigt.

B

Ja og vigtigt at være opmærksom på

D

Helt klart, og vi er jo allesammen mennesker ikke og der kan også være de dage ikke altså. Det er jo hvad hedder det, jeg havde jo mennesker i terapi, også på sikringsafdelingen hvor man kun kan komme som domsbeslutning, og oprindeligt kan du jo kun komme når du er mand. Men det der var kriteriet, det var jo at du var psykotisk. Det er stadig et behandlingssted. Var psykotisk, men også havde begået livstruende ting. Så jeg havde mennesker i terapi som havde både begået drab og lignende. Ehm. og det maksimalt sikret sted ikke, og med alarmer, og hele tiden skulle

have mulighed for at kunne kontakte personale osv. Det gjorde jeg i årtier, ikke at der på nogen måde skete noget som helst, fordi min fornemmelse var jo hele tiden at forsøge at være sammen, men den dag hvor der var sket noget rigtig grimt i mit eget liv, der var jeg rigtig tæt på at få en på frakken.

B

Altså på arbejde?

D

Ja!

B

Det kan jeg godt følge, det er vel ligesom hvis man selv sidder i en skilsmisse eller er forelsket, og man sidder med en klient der er forelsket eller blevet skilt, så skal man nok lige

D

Ja og det er fair nok

B

Ja man kan jo ikke tage mennesket ud af konteksten. Så det er også et samspil imellem privatliv og så arbejde. Og man er jo kun menneske

D

Ja lige præcis, og tag det endelig med ikke. Det er også det der er en afgørende bestanddel i din mulighed for at hjælpe, at du stiller dig op som menneske og ikke som ekspert

B

Hvordan oplever du så det arbejdsmæssige fællesskab er ift. Vigtigheden i at tjekke ind med sig selv inden man skal til at forholde sig til andre, hvordan oplever du at den er? Bruger i hinanden til det?

D

Det vil jeg jo anbefale at det er en del af supervisionskulturen, at supervision er jo for mange, især hvis det er de gode supervisioner, som regel en udviklingsproces. Og hvad hedder jeg har jo været ude for nogen, og det er igen afdelinger hvor mennesker simpelthen hele tiden skal tage stilling dybt smertelige menneskelige ting ikke. Men de kan ikke gå i supervision, fordi de kan ikke holde ud at snakke om det, og jeg har været udsat for nogen gange hvor jeg simpelthen må sige, jeg kan ikke få gang i den her supervision, fordi vi taler om arbejdsvilkår, det der kommer op når det gør for ondt at komme ind på hvad sker der i klienten og hvad sker der i mig når jeg er sammen med den her klient, så begynder man at snakke om arbejdsvilkår ikke. Med en dårlig leder, arbejdstider, dårlige aftaler med kollegaerne og samarbejdsproblemer på den ene eller anden måde, det snakker man jo om som overspringshandling ikke, fordi smerten ved at komme tæt på det som supervisionen egentlig skulle hjælpe med, den er simpelthen for stor. Og det kan nogen gange, nogen gange kan det lykkedes, men det kan jo tage halve år at skabe så meget tillid i sig selv og i gruppen, hvis den skal være med til at bære det der sker.

B

Er der ikke også en risiko for hvis man har en arbejdsstruktur eller et arbejdspress der er for stor eller stigende, at man så får for mange ting man har brug for at snakke om i supervisionen, at

man simpelthen ikke kan nå det, på den tid der er. Fordi man møder så mange forskellige ting man ligesom skal forholde sig til ift. Mødet med klienterne.

D

Der tror jeg ikke du kan akkumulere på den måde, fordi hvad hedder det. Hvis du får en hjælp, så får du en hjælp med det der er vigtigt, og det vil have afsmittende effekt om man så må sige, det er lidt ligesom når jeg også bliver spurgt, ligesom hende den første jeg også beskrev i smertegrænsen, hun har været udsat for så mange overgreb, så bare tanken om at nu skal man have gennemarbejdet alle de overgreb er jo uhyrligt og på en måde latterligt ikke. Men det er jo gudskelov sådan, at i det øjeblik det lykkedes at møde det der fylder for hende nu, så er der jo en dominoeffekt, som man ikke kan forudse, men bare skal begynde at tage til indtægt, og tage med i betragtningen.

B

Så det jeg hører dig sige, det er at komme tættere på sig selv, og mærke sig selv. Og så vil man måske også blive bedre til at sige fra, og mærke sig selv, og så vil man måske også blive bedre til at sige fra hvis supervisanden har nogen arbejdsvilkår de ikke kan.

D

Ja, jeg sagde faktisk mere end det. Men ja det har du fuldstændig ret i. Altså det er jo, det har jeg sagt til alle mine klienter, traumatiske begivenheder de kommer ikke efter hinanden, de kommer ovenpå hinanden. Så det at være klar over at der er en akkumulerende effekt, og på et eller andet tidspunkt så har den akkumulation nået et sted, hvor mekanismen og kontakten osv. Ikke kan håndtere det. Men det har også den modsatte betydning, at i det øjeblik det lykkedes at tage fat omkring det som er svært, så er der en hel masse andet som der vil falde på plads, som det ikke har den betydning det har, fordi nu er det ikke længere stacked, nu er det ikke længere pakket

B

Det giver super god mening

1.13.20

D

Ja gudskelov ikke. Hvis vor herre, han eller hun havde lavet det sådan at der skulle arbejdes én til én med alt hvad du havde været udsat for, så ville det godt nok være en streng sag at være behandler. Der har vor herre gjort det lidt smartere.

B

Ja så man ligesom kan overføre behandlingen af et traume til også at hjælpe med et andet traume

D

Ja indenfor mange terapiformer, der kalder man det jo noget forskelligt. Men tit kalder man det at skrælde løget, så det ligesom at møde det som personen er i kontakt med, og som kommer op i kontakten med terapeuten, ehm, og så lad være med at have en mening om, jamen det er da et tyndt løg jeg sidder og skærer i, nu skal vi ind til kernen. Der sker en transformation det øjeblik du møder det der er.

B

Det giver god mening. Ja.. det får mig også til at tænke på hvor jeg havde siddet som socialrådgiver tidligere, og der har du jo en fast lovgivning og nogle fast dikterede ting du skal holde dig til, også selvom der jo er element at støttende samtaler med borgerne, så var det sjovt at se den forskel der så var da jeg kom ud i praktik på universitetsklinikken, hvor jeg havde klienter i terapi, hvor det var frit, og så se der kunne man egentlig komme meget længere, bare det at vi ikke havde defineret hvad vi ligesom skulle ind og snakke om.

D

Præcis. Meget fin iagttagelse.

B

Mange tak, jeg tror jeg er kommet igennem.

D

Ja wow.

B

Jeg ved ikke om du har spørgsmål til noget?

D

Til det du har spurgt om?

B

Ja?

D

Nej..... Jo det var lige en tanke jeg havde da du spurgte om det med retraumatisering. Ehm. fordi jeg synes at jeg efterhånden har mødt en del som enten bliver bange eller paralyseret når frykten for at retrautisering kommer ind, og som så reagerer med så at holde afstand. Og det er rigtig uheldigt, så det at man lærer at vurdere, hvornår er, og det er også Peter Levin, der har været med til at nævne det, at traumatiseringen kommer ikke ind når noget går ind og bliver følelsesmæssigt svært, eller betydningsfuldt, det er der nogen der tror, at så skal de ikke snakke alt for dybt ind i det her, fordi så risikerer du at retraumatisere, men det er lige stik modsat, fordi det er der hvor du, så længe du kan møde det der er, også selvom det er voldsomme ting, som er kraftige, og stærke også kropslige stærke følelser, så længe det kan lade sig gøre at møde dem, så er der ingen retraumatisering. Men der hvor du kan mærke at nu begynder personen at stivne, på den ene eller anden måde, i sproget, kropsholdning, blikket, så er det kommet der hen til hvor processen har nået kanten, og det er der man så ikke skal kloge den eller presse yderligere på. Men give respekt til at det er der, og give respekt til det give man har delt. Sådan at man ikke tror det vigtige sker, fordi jeg tror det er vigtigt, men hele tiden skrælle løget og have opmærksomheden på, hvad sker der nu.

B

Det giver god mening

D

Jeg har stødt på det flere gange, jeg har blandt andet et en dansk eks soldat med PTSD som jeg tilsyneladende helbreder på én samtale, selvfølgelig en samtale ud af et længere forløb, hvor der jo sker rigtig meget og hvor vi alle næsten alle jeg har, det er kun i uddannelsessammenhænge

jeg har fået lov til at bruge den, men næsten alle selv i uddannelsessammenhænge bliver påvirket af det, fordi det simpelthen er så følelsesmæssigt og så intenst det der sker, men hvor jeg så også nogen gange er blevet mødt med det spørgsmål, at jamen når han reagerer så stærkt, er du så ikke i færd med at retraumatisere? Og nej, så længe han kan reagere og vi kan være sammen om det, så heler det.

B

Ja så vil han jo også føle sig rummet.

D

Præcis, fordi her er netop rum til, at det han ellers er i kontakt med hele tiden. Men det bliver tydeligt, og rummet er der til det, jamen så sker transformationen i det.

B

Ja og så længe det ikke er under tvang at de åbner op, så er de jo selv med i processen også

D

Ja lige præcis. Og det er jo der opmærksomheden skal være ikke. Og det er jo der jeg også nogengange når i grupper, pludselig opdager at hov, den kontakt jeg havde i starten, eller for få minutter siden, den har vi ikke mere. Og så fortsætter jeg ikke ind i det vi snakker om, jeg fortsætter ind i kontakten. Hvad er det som der sker nu, eller hvad er det som der er sket, eller hvad er det som jeg har sagt, eller hvad er det som er kommet op, som gør at vi ikke er sammen på samme måde som før. Fordi, det igen, det er kontakten. Freud siger overføringen, det er tilknytningen, det er den fælles betydning der gør at det her kan rummes, og hvis den fælles betydning ikke er der, så risikerer jeg at stå med noget som ikke bliver rummet, og så kommer risikoen for retraumatiseringen.

B

Det er spændende

D

Ja, meget spændende

B

Også en god måde at se kontakt på. Og det jeg hører dig sige med øjenkontakten, der kan man jo komme rigtig langt med eller se meget ud fra.

D

Ja jeg har så meget, også kropsterapi. Så jeg ligger jo stort set mærke til alt. Hehe. måden man trækker vejret på, gestusser og måden at være i kroppen på.

B

Ja spændende... men jeg tænker jeg vil slukke mikrofonen nu hvis ikke der er mere.

D

Det er fint.

Interviewperson E

13. marts 2019

Interviewer A

Interviewer B

B: hjælpe os med at og fortælle lidt omkring dine erfaringer, hvor du sådan igennem dit arbejdsliv, hvordan du har bevæget dig rundt i psykologien så vi for lidt et indblik i hvad for nogle forskellige ting du har haft berøring med. Hvis du har lyst til at starte med det.

E: Selvfølgelig. Jeg har jo en anden uddannelse først, øh, jeg har litteratur og pædagogik, og, eller det vil sige at jeg læste det sideløbende, men jeg blev meget optaget af litteraturen og prøve at forstå mennesker. Det sådanne... der var meget omkring det, men så savnede jeg virkelig måske også det thrill, den der spænding det er at snakke med andre mennesker. Fordi på det der tidspunkt, var jeg, eller er, vel ret ekstrovert, jeg har også de andre sider, men det gjorde så at jeg begyndte at læse psykologi. Og blev meget optaget af hvordan mennesker også irrationalt handler. Bruger deres liv. Så var jeg så heldig at jeg kom i praktik og så fik jeg en, dengang etårig uddannelsesstilling, kandidatstilling, på rigshospitalet på afdeling O, og det var sådan DET fineste sted, hvor Lise Østergård var og Alice Theilgaard var chefpsykolog på det tidspunkt, professor, det var sådan meget godt. Så det var et rigtig godt sted. Der gik jeg i en god skole hvor der var højt til loftet. Dengang. Og øh mødte så Preben Hertoft, min senere, ja næsten kærlighed, øh og startede med noget sexologisk arbejde der, bl.a. samlivsterapi, og var meget engageret i det. Og så startede vi. Så var jeg ude i, så var jeg på Gentofte amtssygehus, og Hillerød, og så arbejdede jeg i øvrigt, med skizofrene i Hillerød. Eller nej det var placeret i, jeg skal nok gøre det kort, i Helsingør, i en ambulant behandling. Og det er klart der blev jeg også udfordret på mange måder ikke. Så startede vi sexologisk klinik i 86 på rigshospitalet, øh hvor jeg var indtil 99 tror jeg det var hvor jeg så havde et par år på panuminstituttet, så lektor, så blev jeg chefpsykolog på rigshospitalet, øh i den almene psykiatri, og så fik jeg den mest vidunderlige stilling jeg nogensinde har haft, nemlig at blive professor heroppe. Det er en stor stor gave, virkelig en stor gave. Så det har været at meget privilegeret liv jeg har haft, virkeligt, og jeg har altid gået efter min interesse kan I godt høre. Er det sådan noget du tænker eller...

B: ja det er præcis det...

E: jeg har altid været meget optaget af også at læse og skriver.

B: Det er lidt interessant også at vi... I sidste uge var vi ovre og interviewe Lars Sørensen, som også har været chefpsykolog i Nykøbing Sjælland. Det er lidt spændende at I har haft samme funktion, bar forskellige steder. Spændende.

E: han er en skæg fyr.

B: Ja.

B: øhm, det var sådan din uddannelse, som psykolog og din jobmæssige baggrund. Men jeg kan også forstå at du har nævnt tidligere også at du har nogle specialiseringer indenfor psykologien. Hvad har du dér?

E: Ja. Øhm.

5 min

Jeg er speciel psykolog i psykiatri, og så er jeg specialist og supervisor i psykoterapi. Så har jeg, også speciale i klinisk sexologi, som er den nordiske europæiske anerkendelse. Så har jeg taget et hav af kurser. Hvis det er sådan noget du tænker?

B: Ja det var bare lige for at... Om du måske har et teoretisk ståsted eller noget du læner dig mere opad end andet. ift. psykologiske retninger.

E: Ja, absolut absolut, altså jeg er opdraget, født ind i, en kan man sige psykodynamisk forståelse, objektrelationsteoretisk forståelse, og i de seneste år har jeg været meget optaget af tilknytningsteori som jeg tænker er den mest sådan validerede dokumentere tilgang vi har, og forståelse af. Men jeg er også meget eklektisk, øh på den måde at jeg også arbejder kognitivt når jeg har grupper med angst osv. Men det er den psykodynamiske tænkning... Og jeg plejer tit, når jeg underviser i det at sige at ét er at vi kan arbejde med dialektisk adfærdsterapi, hvad jeg også har lært, men når det virkelig bliver mærkeligt eller uforståeligt eller sådan, så prøver jeg, så bruger jeg altid min psykodynamiske forståelse. Så det er min grundforankring.

B: Øhm, nu har du haft lidt, eller, de ting du også har været indlejret i qua din stilling i psykiatrien, osv., det var også noget Lars var inde på at han oplever psykiatrien udvikle sig i en bestemt retning som han også oplever faktisk, kan være svært, som for ham som har en psykodynamisk baggrund og en tilgang til det, til et menneskelige mere end systemer og osv. Hvordan oplever du det...

E: Altså sikkert på samme måde som Lars. Jeg er sikker på vi også er ret forskellige på mange punkter, men jeg er jo samme generation, men jeg synes det er et forfærdeligt sted, psykiatrien. Den er blevet ødelagt, det faglige forsvinder ud med badevandet, og det er NPM, for bare at sige det kort. Så jeg stod da også på nippet til at forlade psykiatrien, da jeg så fik muligheden for at søge stillingen heroppe. Fantastisk. Så jeg synes virkelig, og hele den biologiske forankring, vi kan ikke undgå den farmakologiske behandling i psykiatrien, men jeg synes det går meget ud på kontrol, mere på kontrol end skal vi sige care eller omsorg, hvis jeg skal være lidt firkantet.

B: Så man kan sige, at der er både en smerte der skal håndteres i mødet med klienten men også en smerte i forhold til det system man er indlejret i.

E; absolut, absolut. Jeg har jo lavet en bog sammen med nogle andre, mennesket i centrum, for jeg synes noget af det der sker, er at mennesket forsvinder ud af psykiatrien. Hvilket jo igen selvfølgelig er et stort stort tab. Stort tab.

A: Det der er med mennesket i centrum, det bliver tit også noget der bare bliver sagt.

E: ja det gør det, Men der sker en værens glemsel, for nu sådan at bruge sådan et ord, i psykiatrien ikke, og hvis man skal lave prototypen på det, så er det jeg kommer ind, og jeg har det rigtig svært fordi der er sket sådan og sådan, jeg er blevet fyret fra mit job og min kone har forladt mig, nu tager jeg bare, og så jeg er deprimeret, jeg er en gammel mand der er klart, så er jeg i øget risiko for selvmord. Og så bliver jeg så tilbudt, og der er hele historien om den forlængede sorgproces og alt det der, patologisering af normale reaktioner, bliver tilbudt en farmakologisk behandling, men hvor, og jeg har masser af eksempler på det i min egne tid i psykiatrien, hvor man ikke ser mennesket, bag ved og det er ligesom det forståelige i deres reaktioner. Og det at man, og det ved I jo, bare det at man bliver spejlet og anerkendt for, jeg kan spilme godt forstå du har det svært Bo, du er blevet fyret fra jobbet, din kone bom bomb.

Det giver rigtig god mening. Synes du Ikke? - Det ville straks give mig en hel anden forståelse og så parathed til netop at kigge på det. Jeg siger ikke at man altid kan undvære medicin, for det kan man ikke, men altså i sådan en situation, synes jeg man altså ser værensglemsel, eller tab heraf. Og det er rigtig at mennesket i centrum er en floskel.

A: Jaja, det kunne vi se da vi havde det andet projekt hvor jobformidlingen, arbejdsformidling, sætter også mennesket i centrum, og det hele menneske, men vi kan næsten konkludere at der GØR man faktisk ikke, næsten det modsatte, så det er lidt det samme der sker i psykiatrien. NPM og excel ark.

E: lige præcis

10 min

og i psykiatrien ville I kunne lave studier af det her, ikke. Man siger "verdens bedste psykiatri", og så køre det på jævle vis.

B: Det er barsk.

E: meget lav faglig standard.

B: det var også det man kunne mærke der havde gjort indtryk på Lars, at han jo også så at det var i det relationel at man blev rask, men det kunne man jo ikke medicinere sig ud af, eller systematisere sig ud af. Der er man nødt til bare at være sammen med mennesker. Og derigennem skabe øjeblikke der forandrer.

E: Netop. Lige præcis. Og ting tager tid. Det er også en faktor.

A: Så der kan man tale om nogle ydre forhold der ikke på den måde hjælper at håndtere traume eller kunne imødekomme og rumme andres smerte.

B: Har du så også oplevet at det gør pladsen mindre som terapeut og rumme dem når at egentlig hele psykiatrien bevæger sig i en anden retning.

E: Ja og nej. Altså jeg har selvfølgelig oplevet kravet om, nu siger jeg i gåseøjne produktion, vi skal have så og så mange patiner, og de for med de nye behandlingspakker, så og så mange samtaler. Men jeg er jo så gammel, så jeg er jo fra en anden tid, og så havde jeg chefpsykolog stilling, (*kan ikke tyde) så det er noget af det jeg har gjort, at jeg har fulgt nogle til dørs. Altså haft langvarig terapi, ligesom Lars har, men jeg kan se de unge mennesker, som kommer ind, som er hamre dygtige, og alt muligt, men de har, 10 timer til det osv sov. Så det jeg siger det er at vinden den blæser den forkerte vej, men pga. fordi jeg er så gammel, har jeg været med til i måske i højre grad at [leve?] mit privilegerede liv.

A: Jeg kom lige til at tænke på, det er fordi du skriver i mailen at det lidt er et hot emne, det her, er det fordi, ser du der er øget opmærksomhed på det eller, er det at man ser flere måske behandlere der oplever at de har svært ved at håndtere andres traume altså de næsten har nogle sekundære traumer eller deres rummelighed lidt forsvinder.

E: Jeg tror, at en af grunden til at det er et hot emne er, som du antyder, at vi ser en enorm, altså produktionskrav, men også letvakt stress reaktion ikke. Og jeg tror at det at vi ikke har ressourcer, men gerne vil, det er sådan opskriften på udbrændthed ikke, fra begrebet fra 76 og senere Christina Maslach, det kender I, øh men det at man kommer til kort. Man vil gerne men

kan ikke. Det er sindssygt udbrændende og, og så stressfølelsen ikke? Altså du skal hele tiden have' gennemført så og så mange ting. Så det tror jeg er den del af forklaring på det.

B: man der hører jeg dig også sige at du oplever måske nogle af de unge, at de også bliver tvunget til at skal være sammen med patienter på en anden måde end man skulle førhen... eller hvordan skal jeg forstå det?

E: Eh, ja, altså der vil jeg så sige at, jeg tror der er lettere, det kan godt være jeg modsiger mig selv men så må vi se om I kan fange det, det er lettere at undgå den tætte kontakt, og også, lad os bare bruge ordet, at patientens traumer, går ind og påvirker dig i dag, fordi du har så mange manualiserede terapiformer, hvor det handler mere om at bruge nogle modeller. Nu er jeg lidt firkantet ikke, fx prolonged exposure, så køre vi den ikke? Eller kognitiv terapi så kører vi den osv osv. Hvor man ikke på samme måde prioriterer relationen, og det er i relationen at tingene gør ondt. Jeg ved godt jeg sagde, og det mener jeg stadigvæk, at det også gør ondt at når vi pga. stress og produktionskrav osv, jeg bruger det ord hele tiden i kådhed i gåseøjne ikk', jo ikke kan gøre det vi gerne vil. Det er forfærdeligt at gå hjem en dag hvor man tænker. Puh, jeg har lavet at dårligt arbejde i dag. Ikke, Det er dét jeg har kunnet have tid til.

B: Så det er en anden måde man møder patienterne på der hvor de er...?

E: Ja det er. Og der tror jeg, at nu har vi jo i DK haft en meget langvarig og massiv tradition inden for den biologiske psykiatri, onkologisk behandling, og jeg tror noget af det som man ser nu det er også at den biomedicinske model i højere grad også invadere de psykologiske metoder som vi bruger ikke. Det handler om er relativt hurtigt quickfix, Altså vi har en meget meget fokalt tilgang til et eller andet fænomen.

B: så det med at man tænker at psykofarmika

15 min det gør patienten rask, altså, hvor man måske førhen så at det fjernede bare symptomerne og så var det egentlig, psykoterapien der gjorde dem raske.

E: Ja, ja men det har vi nu fået det sådan, at vi skal bare fjerne symptomet. Altså Bare og bare ikke. Men altså, med de har pakker som er, hvis man kigger på evidensen, for små ikke. Det skal vi ikke snakke om nu men det er jo en del af stressfaktoren. Jeg ved, at min patient, som kommer en i en gruppe med borderline personlighedsstrukturer, osv. sov, jeg ved bare at hun, at det er for kort tid for hende ikke

A: Lidt det der at handle mod bedre vidende.

E: jaja, præcis, præcis, OG igen NPM - styringsredskaber.

B: hvordan, nu skiftede du så til AAU, hvordan tror du det havde været for dig hvis du var blevet i psykiatrien?

E: Øh, jeg tror jeg var blevet en sur gammel mand. En endnu mere sur end jeg er. Øhm det tror jeg. Eller det er jeg ret overbevist om. Ja. Det er jeg ret overbevist om. Øhm altså det desillusioneret og, altså, nu skal vi ikke bruge tiden på det, men jeg kan fortælle jer nogle forfærdelige historier om hvad man laver i psykiatrien og hvordan organisationen... Og vi tale jo om produktioner og organisation, vi taler ikke om hospitalet eller afdelingen, eller psykotarepi-teamet osv. sov. Det er NPM. Og vi har, Altså region Hovedstaden hvor jeg har

være, jeg gør det kort, der har vi jo, der er ikke en lægelig chef vi har. Nej nej, han er historiker men det har han også glemt, han er administrator. Og det er administration der fylder så meget. Og det synes jeg virkeligt er et tab af faglighed og saglighed menneskelig indsigt. Så jeg var blevet endnu mere sur og endnu mere besværlig. Det tror jeg. Ja

B: det var godt du skiftede. Det var noget af et tab at blive indebrændt i sådan et system der. Det var godt du kom ind et sted hvor det var frugtbart.

E: ja absolut, absolut.

A: Ja for det kan man vel også drage med ind i en session med en klient, at man, at systemet det er... så man sidder der og er indebrændt og overfører lige pludseligt noget til...

E: Det kan man. Og der har jeg taget en beslutning, altså ikke sådan at jeg har siddet og skrevet under på mit eget papir, men alligevel taget den beslutning, også ud for nogle etiske ting, at jeg er patientens mand. Og det ved jeg godt, jeg har gået på ledelseskursus, det skulle vi det jeg var chefpsykolog, hvor vi hele tiden siger I skal solidariseres jeg opad til. I skal svare de krav og honorerer de krav som bliver stillet oppefra og i skal hele tiden være loyale op imod toppen, og ikke mod jeres kolleger eller dem der var ansat under jer. Og på samme måde er der selvfølgelig alle slagordene, patienten i centrum, og verden bedste psykiatri, det taler man jo om. Det er jo latterligt. Men øh, der har jeg haft denne der, jeg er sat på denne jord, i denne stilling, for at hjælpe mine medmennesker. Og det lyder patetisk, I må gerne grine af det, men det er der jeg har mit... og det er der jeg får mit, en af mine gamle chefer brugte begrebet ironisk, det er der jeg for mine produktoplevelse, det er når en patient får det bedre. Altså det er dét. Og så kan man begynde at sige okay, hvad er det for en baggrund du har som du skal gå og reparerer på - det er med vilje jeg bruger det ord - eller bedre folks liv ikke, hvordan, hvem er det i virkeligheden du arbejder for eller hvem er det du forbedrer eller - giver det mening når jeg bare lige antydningssvist siger det ikke. Fordi vi har vores, alle, irrationelle motiver til at arbejde med det vi gør. Gøre mennesker glade, kompensere for min kritiske mor.

B: Ja. Det virker også, nu siger du også ift at have været det så mange år, på Lars, han blev der jo i 43 år, men havde måske også lidt friere rammer - stillingerne var svære at besætte. Det kunne godt være at det har gjort at det han måske kunne påvirke lidt mere. Men jeg kunne også mærke på ham da han fortalte at det var også rigtig svært for ham til sidst at være der.

E: Noget af det som er interessant i relation til det du spørger om, altså yngre mennesker som kommer ind og som måske er uddannet fra universitetet, i øh lad os bare sige den kognitive tilgang, som kan være glimrende, men hvor man ikke kigger så meget på relationen, det er at de også måske bliver mere bange for at gå ind og være i kontakt med medmennesker der kommer ind med de har traumer som de har ikke. Så de bruger meget energi på at holde en distance. Er min oplevelse. Jeg havde som sagt ansvaret for uddannelse af special psykologer i psykiatrien i regionhovedstaden. Eller en del af dem i hvert fald.

A: Det tror jeg du kan....

20 min. Det så vi i den anden vi interviewede En fhv. nyuddannet, som sagde at når han så stod med traumet, det forløste traume, så vidste han ikke rigtigt hvordan han skulle håndtere det.

E: Nej fordi den os' fremmer en, lad os bruge ordet agerende kultur hvor vi skal handle ikke. Når man skal være sine penge værd, og det skal vi jo alle sammen, så skal vi handle, så skal vi

gøre noget. Hvor noget af det som Lars givetvis ville kunne sige til jer, tilbagelænet - med al ære og respekt, det er vi skal bare være der og rumme containe. Det er en del af det. Det er en del af det, der er jo ikke, vi tror jo ikke på at Rogers kan klare det hele, med hans tilgang, men altså det at kunne være sammen med en anden, at dele osv. sov, det er en væsentlig ting, og det tror jeg er noget af det som forsvinder ud. Også med den dynamiske tilgang som forsvinder.

A: Det er jo lige netop det, som er hoved på sømmet, det er den der evne til at kunne rumme, den skal jo opbygges det er jo ikke en man har fra starten. det kræver vel også nogle fejl, hvor man siger, det her kunne jeg ikke rumme, det tror jeg også, eller der kan jeg mærke, der mangler vi jo redskaber, for hvad gør jeg nu kan jeg pludseligt ikke rumme den anden.

E: ja, men det tror jeg du har ganske ret i, Jeg tror i øvrigt at nogle er bedre til at rumme, altså nu siger jeg fra fødslen, det er et personlighedsspørgsmål ikke. Man kan jo se nogle som har en formidabel evne til at rumme nogle dysfunktionelle unge med selvskadende adfærd. Jeg tænker konkret på en mandlig sygeplejerske, vi havde, fantastisk, han havde ikke læst så mange bøger man han var simpelthen så god.

A: Er det dét man kalder kognitive stile...?

E: Øhm, man kunne godt tale om kognitiv stil, men også det at du tør være der i situationen, uden at skulle have kontrol. Altså ønsket om hele tiden at have kontrol kontrol kontrol. Som jeg tror, som sagt, eller som antydning, at mange yngre psykologer kommer ud af uni med. Altså i skal have kontrol over det hele for at få en god karakter osv osv. Præstation, nulfejl-kultur.

B: Der kan man snakke om sin egen usikkerhed som man forsøger at skabe en sikker situation ud fra.

E: ja det tror jeg er noget af det der gør at temaet også er oppe nu

B: Kan du prøver at beskrive lidt BO, For du har mødt rigtig mange patienter i dit liv. Hvornår har du selv oplevet at der noget der var svært at rumme i mødet med en klient.

JA men det har jeg oplevet, havde jeg nær sagt tit, eller indimellem. OG det afspejler så min, i sagens natur, modoverføring eller mine sider af mig selv. Øhm jeg har en patient som jeg har det rigtig skidt med og min behandling af hende. Det var en patient som dårlig var hun, e3ller er hun, hun lever forhåbentligt endnu, var meget meget selvskadende (*?) Jeg var meget optaget af det. Fordi jeg følte mig i den grad blackmailet af hende. F.eks. så der var en bestemt, jeg fløj hjem en eller anden aften herovre fra, jeg bor jo i KBH, og der havde hun så indtalt på min tlf. svarer, at hun ville melde afbud til samtalen i morgen og det var ikke sikkert jeg ville se hende mere. Altså ligesom... og det havde jeg ligesom prøvet flere gange, og jeg blev ligesom pissedoff, og jeg talte selvfølgelig med hende om det. Ikke bebrejdende, nu må du holde op med det, men vi prøvede at kigge lidt på det, altså reflektere over det. Men hun var hun var ikke så reflekterende. Det synes jeg var svært. Og der tænkte jeg at hun skal nok have en anden terapeut end mig. Men så kom vi igennem mødet osv osv..., men men, altså ting tager tid ikke. Og jeg ser det også. og jeg prøvede også, og på den måde er det en vældig styrke at have delt noget med andre eller have læst osv. Det her er jo også en testning af, hvad gør han ikke. Hvad gør han? Andre gange har hun oplevet at, ja hun har været indlagt 100 gang. Eller masser af gange. Ja vel sikkert 100 gange. Så bliver hun, så får hun at vide at hvis hun siger det en gang til så bliver hun

afsluttet. Og det gjorde jeg jo ikke, men jeg havde jo følelsen af det ikke. OG der tænkte jeg, det der, der har jeg et svagt punkt. Giver det mening...

Jeg har også haft andre eksempler på patienter som har været rigtig rigtig svære at rumme.

B: Hvad skete der, altså jeg prøver bare at forstå, når du siger du blev frustreret, men hvad skete der også inde i dag hvis du siger du havde et svagt punkt. Er det sådan en følelse af at du ville være ansvarlig hvis hun gik ud og gjorde det... hvad er det der...

25 min

E: Ja, ja jeg havde meget følelsen af at hun ikke ville gøre det. Og hun havde, nu kan jeg huske historien meget tydeligt, hun havde været indlagt på et hospital i region Sjælland. Og der kunne de ikke klarer hende mere, fordi hun var netop udfordrede sådan, og hun prøvede igen og igen, jeg mener hun gør det bedste hun kan for at overleve eller have sit gode liv. Men hun havde prøvet at strangulere sig med bruserslagen og det... hun kunne slet ikke, og de kunne slet ikke have hende. Og der tænker jeg, det stakkels barn, hun har jo brug for nogen som kan rumme det her, men min sårbarhed det er at jeg bliver utålmodig. Jeg tænker- åh hold nu op med det pojat ikke. Så det var ikke så meget angsten for at hun gjorde det.

B: så det er også det med tid med at udholde den samme smerte.

E: Ja. For også at se, for det er også en faktor at se at hun ikke bliver bedre - det blev hun så, men at vi måtte vade rund i det der. I kan godt her så bliver jeg sådan lidt mere rå i det når jeg formulere det på den her måde ikke. Men øh, og engang i mellem havde jeg da lyst til at tage hende og ruske hende, hvad jeg aldrig aldrig kunne finde på. Altså mentalt.

B: Det er jo også hårdt. Noget af det jeg tænker der kan være smertefuldt som terapeut man ser dem blive ved med at være i den samme smerte uden at få det forløst.

E: Ja uden at der sker noget. Og det der så er meget let sker. Altså jeg mærkede så irritationen ikke, det der meget let sker, I husker Winnicotts artikel; hate in the countertransference - at hvis patienten ikke bedres, så aktiverer det afmagts følelse og irritation, og simpelthen vrede. Og det er i øvrigt noget man godt kan studere når man fungerer som supervisor forskellige steder i psykiatrien. At nogle simpelthen bruger forskellige tiltag som straf fordi patienten ikke bliver bedre. Selvskade er noget af det der er meget spektakulært. Det er noget af det jeg har beskæftiget mig med de senere år. Så der ligger en faktor der også tænker jeg. Men så har jeg jo også nogle personlige bløde punkter. Jeg kan huske jeg havde en sag: Jeg får tårer i øjnene når jeg begynder at nævne det nu. En meget forfærdelig sag. I kan huske den fra medierne også sikkert. En far, som skulle aflever sine to børn, hos dagpleje og bh. Så havde han glemt sit yngste barn, som så sad en varm varm sommerdag og var død, på p-pladsen udenfor hans arbejdsplads. Det par kom ind til mig på rigshospitalet, jeg havde krisevagten. Og det var forfærdeligt. Forfærdeligt. Det at skulle rumme deres, jamen at rumme, jeg kan mærke jeg har jo selv børn, så på den måde bliver det aktiveret strenge hos en selv, Men også den afmagt naturligvis barnet var dødt. Hvordan skulle de komme videre? Indbyderes og hvordan skulle han, som jo var ansvarlig for det her. Og beskrev meget de her tilfælde som man jo altid går igennem, vejret var dom det var, hvorfor var barnet faldet i søvn, fordi hvis hun ikke var så havde hun givetvis, jeg kan ikke huske hvor gammel hun var, 2 år eller sådan noget, råbt far eller noget i den stil, kan i følge det. Og hvorfor har dagplejemoren eller børneinstitutionen ikke ringet eller. Det ene med det andet. Hvor bliver barnet af ikke. Altså det der som jo siger lidt om det almindelig livs risici. Det gjorde et kolossalt indtryk på mig. Jeg havde en ung/ynge kollega

med mig som også blev meget berørt, naturligvis. Hvor vi så havde hinanden og kunne snakke om det bagefter.

Han kom ind, det var forfærdeligt, jeg skal nok gøre det kort, han var, politiet havde taget ham i forvaring og vart så blevet indlagt p en psykiatrisk afdeling i regionen Sjælland hvor de boede, han skulle så tilbringe i hvert fald natten og muligvis også nogle dage indtil man fik undersøgt sagen. Men altså også den der oplevelse af han var jo ulykkelig, han ville jo have gjort hvad som helst for at kunne spole tiden... Han var jo en god far som ville gøre det bedst osv. osv. Men det at rumme den situation her det synes jeg virkelig var tungt.

A: Jeg kan næsten ikke rumme bare at høre det.

E. Nej bare det at høre det ikke. Har I børn selv - så ved I godt hvad jeg taler om.
30:32

B: Det for mig måske også lidt ind på næste spørgsmål. Det er også noget vi har stillet de andre. Er der noget du helst ikke vil arbejde med.? Du nævner også det med at når man har børn selv så sætter det nogle ting i gang. Det gør måske at man måske både kan forstå det lidt bedre men også kan blive svære at rumme det. Du har jo arbejdet med rigtig mange forskellige ting, nogle af de sværest ting. ER der noget hvor du har tænkt, det der det skal jeg ikke.

E: Jae, der er noget jeg er dårligere til end andet. Jeg har arbejdet rigtig meget med pædofile. OG der tror jeg egentlig jeg havde sådan en rimelig, nogle af dem er jo svært personlighedsforstyrrede, svært ikke, men jeg tror at jeg er dårligere til at arbejde med seksualkriminelle, altså, voldtægtsmænd som benægter, eller som har mishandlet børn. Altså sadisme ifm. pædofili. OG øh sådan i den stil. Jeg tror også jeg ville have svært ved at arbejde med narkomaner. Også fordi jeg tænker, altså jeg har ikke noget forhistorie der, men der er også et eller andet, vi er oppe imod nogle enorme stærke kræfter, forfærdeligt stærke kræfter ikke, som jo også ændre personligheden og eliminere ansvarsfølelsen. De gør det bedste de kan, det er jeg helt med på, men det er bare ikke godt nok. Det at være viden til en som går helt i hundene. Jeg har haft nogle enkelte forløb på Rigshospitalet. Det er mange år siden. Men det er ikke guld.

B: så det er der hvor, er det det samme som ved hende den anden du beskriver hvor det er en smerte der stagnerer eller går nedad.

E: ja den parallel er fuldstændig rigtig.
Og samtid ved jeg godt - de kan ikke. Hvis de kunne ville de have gjort det.

A: Det er vel også en vis værdi i at erkende overfor sig selv, sådan nogle ting

E. Jamen det tror jeg også er rigtigt. At man må sige at de ville få en bedre behandler hos en anden end hos mig.

A: Men det kunne jeg også godt forestille mig at det kunne være svært nogle gange at indrømme overfor sig selv, Jeg ved ikke om det kan være en medvirkende faktor til at man så egentlig går ned på det fordi man bliver ved med at tænke jeg er jo stålhård, jeg lader mig ikke påvirke.

E: jo det kan man godt forestille sig. Jeg tror også at hvis jeg spoler tilbage, det er jo også næsten knap 40 år siden nu, jeg startede, der var jeg meget ambitiøs. Og der ville jeg gøre alt

korrekt. Og de hvidkittede læger de skulle gerne anerkende ham den kloge unge psykolog. Men i dag vil jeg sige, selvfølgelig, det der nej det er ikke mig, eller det er jeg ikke god til. SÅ det tror jeg også der sker meget med alderen. Mange negative ting men altså også en accept af de grænser som vi jo allesammen har. Og det tror jeg også er en vigtig faktor.

B: Man kunne jo så godt frygte at nogle af dem du nævner her, kunne være nogle af dem der kommer til tiltrække nogle behandlere der måske arbejder mere på en måde hvor man ikke går så dybt, altså...

E: Absolut, absolut, absolut. jaja, så på den måde kan man sige at modellen også er måde at holde smerten væk, som vi snakkede kort om før.

B: vi har snakket lidt omkring, og nu nævner du også selv at du har et udspring i sådan det objektrelationsteoretiske. Der kan man jo godt få tildelt en rolle sammen med patienten, at man så kommer til at blive en repræsentation af dem der har forvoldt en ondt. Hvordan har du oplevet det? Hvor du siger dér opleve jeg virkelig at det var noget der lå meget langt fra sådan som du oplever dig selv, eller det var meget svært at være i?

35:12

E: Ja, det der lige popper op i hovedet på mig, også fordi jeg lige er blevet færdig med et kapitel med bl.a. om det her tæmme med seksuelle krænkelse af patienter. Men vi havde, det stod også i medierne, vi havde på rigshospitalets anoreksiaafdelingen en læge, ham der hed i pressen, doktor dildo. Som havde misbrugt. Forfærdeligt, skamfuld historie, forfærdeligt altså. Det så jeg en del af de patienter bagefter, kvindelige patienter. Og for at høre hvordan de havde det, hvad der var sket osv. Det var slået op forskellige steder at de der havde haft kontakt med ham de kunne komme ind og snakke med bl.a. mig. Og det følte jeg først og fremmest skamfølelsen, jeg brugte også ordet før, Og jamen, de må jo, der sidder endnu en mand der, som altså, med mistillid osv. Så noget af det jeg altid gjorde det var at jeg sagde til min sekretær, det var dengang jeg havde et forkontor, at Annie jeg skal lige snakke med Merete nu. Altså således at Merete viste og Annie viste osv. sov. OG så gjorde jeg selvfølgelig meget ud af at være meget...at fastholde grænserne på alle alle måder, men skam følelsen her var, og følelsen af at... jeg kunne aldrig finde på det, det ville være, det er sådan noget jeg har forsket og undervist i, i psykoterapeutisk sammenhæng, men det er klart at selvfølgelig må de forvente hvad har han i ærmet her, selvfølgelig.

B: En del af samme system.

E: netop. Og det er et kontor som ligger i den anden ende af...

B: alle associationerne peger i retningen af... det må være svært at rumme

E: ja netop.

B: hvordan, hvad bruger du så. For har var det jo flere inde som kunne have det samme, så det gør jo også at det bliver mere massivt det pres.

E: skamfølelsen

B: ja skamfølelsen. Hvordan håndterer du så det. ER det supervision?

E: ja det er en del af det. OG så bliver jeg nysgerrig. Jeg har altid læst rigtig rigtig meget. Og lavet sådan litteratursøgning - måske ikke lige så systematisk som I har gjort eller I gør - men hvad er der skrevet om det og så har jeg prøvet at forstå og se at jeg ikke er helt alene i den her. Men supervision og sådan nogle ting i denne her situation. Og havde en chef, Anne Lindhart, som var fantastisk altså, tænker dynamisk på samme måde som jeg gør. Gjorde det også med den lethed det kan komme når man se det ude fra. Grine lidt af det. Vi griner ikke af patienter vi ad os selv ikke. og den der kollektive skamfølelse. Jeg bruger det igen og igen, var så massiv. Er det sådan noget du tænker? Jeg gør jo også andre ting. Fordi jeg tror det er vigtigt at have et udfolde liv det tror jeg. Og jeg kan da mærke i periode hvor jeg har været men også er, stresset, der er jeg mere sårbar. Meget mere sårbar. Så det at gøre noget andet, spille musik fx, eller nu kan jeg desværre ikke løbe så meget mere men det gjorde jeg altid. Nu bader jeg hele året, sådan lissom for at, altså bruge sin krop, prøve at give sig selv noget godt ikke. Bruge noget skønlitteratur. Jeg læser meget. Som også er noget reperativt.

A: Hvad tænker du om sådan noget som selvterapi? For i hvert fald nyuddannede psykologer?

E: Ja, det tror jeg er meget vigtigt. Jeg har selv gået i både gruppe og individuel. Det så at sige gjorde man dengang. OG det har jeg haft rigtig rigtig meget glæde ud af eller nytte af. Jeg kan stadigvæk hører, specielt min individuelle terapeut, jeg kan som også høre gruppeterapeuten indimellem, næsten, kvinder tilfældigvis begge to, deres stemmer, kan du ikke og bum bum. Så man næsten har en indre dialog med dem. Men jo, mit svar er jo jeg tror det er vigtigt at gøre det. At prøve det selv.

B: Det er lidt interessant, ja det hørte jeg også Lars sige, at det havde han også prøvet selv, men egentlig også den unge psykolog, at det havde han ikke prøvet selv, og have egentlig ikke tænkt at det ville han få brug for. OG det er måske også et billede på at man indgår relationelt lidt anderledes for unge i dag, eller nye end førhen

40:09

E: det tror jeg. Der for vi så kan man sige, hvis man går i det kognitive vokalobarium, feedback på egen stil. OG det er noget andet end at gå i terapi selv.

B: det er jo ikke alle psykologer der for supervision nødvendigvis, vil du tænke det skulle være tvunget.

E: Ja.

B: jeg kan næsten også hører dig sige det med det du har sagt før.

E: Jeg nævnte før Anne Lindhart, så jeg kan godt fortsætte lidt, hun bliver ansat som klinikchef stort set samtidig som da jeg bliver ansat som chefpsykolog på afdeling, rigshospitalets afdeling. Og der var vi helt enige. Altså hun er rundet af en gruppe af annalistiske... hun er fantastisk dygtig. Men der var vi enige om at noget at det vi skulle arbejde på det skulle være supervision. Og det er og skal være en, og nu kommer pointen, ret og pligt.

B: vi har også snakket lidt som om det er at man bliver ved med at køre i en bil og så bestemmer man selv om man vil have den synet.

E. Ja lige præcis, Så absolut. Så jeg tænker også at det man har, lad os bare bruge ordet supervision, på skemaet, det er jo ikke nok, for det handler om at udvikle en kultur, med Tom Mains ord, en culture of inquiry. Hvor man sådan kan forholde sig sådan lidt nysgerrig, udforskende. Men nu er vi ude i de kan man sige ideelle forestillinger. Men hvor man som noget selvfølgelig kan reflektere lidt over den irritation jeg har over for den patient derover. hvad handler det om. Kunne I ikke hjælpe mig med at kigge lidt på det. Eller endnu mere, det er jo sådan, jeg tager den bare lige kort, vi snakkede om seksuelle grænseoverskridende førhen. Er der ét emne som der er systematisk ekskluderet fra supervision, så er det seksuelle følelser. Og vi ved hvor mange der har det, vi er oppe imod en 80 procent eller sådan noget, af behandlere har seksuelle, kærlige følelser, det er jo meget godt *? * Men det taler vi ikke om. Og derfor kan sådan nogle ting ske som jeg referer til før, acting out osv. Nå det er ikke det der er dagens tema det er jeg med på. Men det kunne være, for alle kommer sådan, hvis jeg må være lidt fræk, det må jeg godt ikke? To smukke unge mænd som jer, I kommer også ud for at der er nogle der bliver forelskede i jer. Og det har i øvrigt været en af de ting jeg synes der har været rigtig svært - at der har været sådan seksualitet i rummet. Altså jeg er jo ikke bange for seksualitet i rummet, men som som meget konkret altså bliver ved og ved med at vil have en seksuel relation og skulle tematisere det, og tale om det. Men det er ligesom lettere at håndtere vrede og end, fordi at afvise hende, altså hvad jeg jo gør, naturligvis så siger jeg det kan under ingen, vi kan snakke om hvad som helst, men det er helt udelukket, det går bare ikke, men lad os snakke om det. Ikke. Altså. Voldsom krænkelse.

A: Kan du godt få det til at undgå at gå ud over relationen og behandlingen.

E: Nej, altså relationen vil jo uundgåeligt blive påvirket af det. Klart. Og her var det... Jeg oplevede det nogle gange. Jeg tænker på en konkret. Der udeblev hun nogle gange og jeg måtte så skrive til hende, også nogle gange. At jeg synes du må komme tilbage så vi kommer videre i din behandling, og hun var meget skamfuld, udeblev igen. Altså der var sådan lidt. Og det er så det klassiske, når der er sket sådan et rammebrud, og det bliver repareret så styrkes relationen også. Det her har vi kunnet komme igennem du og jeg. Tankegangen. Men, så det påvirker negativt men aldeles også positivt. Jeg siger ikke kan skal have det, men det er i hvert fald nogle der argumentere for at man skal have sådanne nogle bump på vejen. For at bruge sådan et billede.

B: Men det er vel også der hvor man kan sige at der både er skam og smerte kan hænge sammen på en eller anden måde hører jeg dig sige. Det er svært at snakke om og kan også være det i supervisionssammenhæng.

E: Ja, ja. Absolut.

45:06

A: jeg kom lige til at tænke på, fordi nu snakkede vi om det relationelle, man skal, Yalom bruger udtrykket at man er rejsende sammen, men der ligger vel også det, fordi man kommer tæt på, og for at undgå at blive alt for involveret, og udsætte sig selv for burnout andenhånds traume så skal man vel også holde lidt afstand. Det er vel også en svær balance

E: Ja, absolut. Jeg har sådan en model, jeg kan ikke huske om I har haft ppi sammen med mig... Med zone of helpfulness. Man kan komme for tæt på og man kan komme for langt fra. Og der handler det om at manøvrere i felter, og bruge sin reflekterende bevidsthed omkring det. Men jeg mener ikke vi kan, vi kan godt hjælpe en af med en fobi uden at have arbejdet med det

relationelle. De skal have noget tillid og positiv overføring. Men ellers så mener jeg faktisk ikke at vi kan hjælpe mennesker med svære problemstillinger, med mindre vi går ind i en relation. Det mener jeg virkeligt. Og jeg mener også at relationen spiller en større rolle, og her taler jeg igen om de her meget sårbare dårlige udadreagerende borderline kvinder som jeg har haft rigtig rigtig mange forløb med også hvor nogle af dem er blevet raske ud af deres diagnose. Men jeg mener det relationelle vi kan ikke uden at gå ind i det. **Og der hvor man så kan beskytte sig, det er supervision, det er at have et udfoldet liv på en eller anden måde, men det er også teori. Vi skal jeg forstå, hvad er det der sker med projektiv identifikation, hvad er det der sker med overføring, modoverføring, bare lige for at droppe nogle begreber. OG det tænker jeg. Som måske også kan skærpe en nysgerrighed.,**

B: Så det er egentlig at øge det der refleksive rum hvad det er man bliver påvirket af.

E: lige præcis.

B: Du nævner selv, for lige at vende tilbage om vi kunne uddybe lidt det her om at det er et hot emne det her med sekundær traumatisering også, hvordan oplever du... for vi mere fokus på det nu eller hvordan oplever du udviklingen er. For jeg hører dig også sige at på den anden side er der også en måde hvor vi faktisk indgår mindre relationelt og så er vi trods alt ved at få et fokus på hvordan vi kan blive påvirket af det relationelle.

E: Og jeg tror det passer mig godt ikke, fordi vi i stigende grad passer mere på os selv. Og én måde at få at undgå udbrændthed, jeg ville bruge det ord, det er ved at tynde relationen ud ikke. Eller behandle den anden som i gåseøjne et objekt. Altså som er genstand for mine metodiske modeller, eller farmakologisk behandling. Det er sådan en måde at udtynde det på. Det er både en beskyttelse mod udbrændthed men det er også et symptom på udbrændtheden. At vi ikke kan bære kontakten. Så jeg synes på mange måder at det ligger i tiden og igen vi brugte NPM og alle de der ting fra før ikk, Men jeg tænker måske også, at vi er blevet i stigende grad opmærksomme på at det simpelthen har nogle omkostninger. AT der er nogle som bliver sekundær traumatiseret. Og på den måde for vi blik for tingende ikke.

B: SÅ du tænker også at hvis vi kunne i større grad forstå den her sekundær traumatisering, så kunne vi måske i højere grad indgå mere menneskeligt og relationelt med klienterne.

E: Ja, det tror jeg. Jeg blev ringet op i sommer af min gamle studerende Rikke Høgsted, som spurgte, hvad mente jeg om det her, og jeg kunne kun sige ja, og hun vidste meget mere om det end jeg gør. Men det er meget vigtigt at tage fat på. Og så kan man så sige, og det er jo min alder ikke, jeg skal ikke snakke om hvad vi gjorde i gamle dage for der var det jo tit noget med at selvom man var i en uddannelsesstilling så blev man ringet op, kan du ikke lige, vi har en patient der skal indlægges, snakker med dem, så går man ned bum bum bum og går i gang, og learning by doing, mere eller mindre mere eller mindre. Hvor vi har mere opmærksomhed hvordan unge læger og unge psykologer, og det skal vi også have, trives med det de laver. Det kan godt være jeg modsiger mig selv her det ved jeg ikke.

A: Er det måske andre faggrupper der har større risiko for enten burnout eller sekundær traumatisering end psykologer har fordi vi har noget mere teoretisk viden, der kommer os til fordel selvom vi også godt kunne bruge noget mere praktisk erfaring. Jeg tænker sygeplejersker og socialrådgiver har måske ikke helt samme teoretiske ballast. Det kunne godt være de var mere udsatte.

E: Det kan godt være. Eller nu siger jeg bare noget, falckreddere eller andre som er meget som agerende handlende. Måske måske måske, mindre, mange af dem er jo veluddannede, men det kunne godt være en pointe. Men det har jeg ikke belæg for.

B: det kan man også tale om at definere ens opgaver. Men selvfølgelig bliver man ramt

E: ja man bliver konfronteret.

B: tiden er ved at løbe fra os
har snakker vi løst om det har været et meget åbent interview, hvor de andre ikke har været så åbne:

E: jo jo, men vi lever jo i et præstationssamfund, det gør vi, og mange, og specielt yngre tror jeg, er meget sårbare, og forståeligt nok for de skal.... Jeg dør ikke mere af sult og jeg har, eller er på springet på vej ud

B: det var faktisk en ting vi kom til at snakke om, også sådan i forhold til normalitetsbegreb, noget som de to andre også snakkede om. Når man nu møder sådan nogle svære problemstillinger, så kan ens normalitets følelse for hvad der er svært at håndtere, godt bliver skubbet. også måske ift. hvordan man indgår i andre relationer også når man har fri. Hvis man oplever en ven der er stresset eller er ramt i noget så har man lige siddet med et hav af mennesker som har siddet i noget som hvis man skulle se det på en skala måske var endnu voldsommere. Hvordan navigerer man i det, og også patienter imellem, nogle der kommer med nogle meget alvorlige ting og nogle der kommer med nogle mindre væsentlige ting.

E: Men jeg tror at det er rigtigt, nu siger jeg man generelt, jeg har oplevet at man vænner sig til det. Man bliver på den måde, der skal mere til for at blæse mig af banen. Men det er ikke det samme som at jeg nødvendigvis bliver mere rummelig overfor, lad os sige mine stressede venner eller mine børn hvis der sker noget der. Jeg er meget sårbar. Så jeg tror også det at kunne håndtere at være i en professionel situation, gør at man kan klare mere og mere, eller at normalitetsbegrebet flytter sig eller skrider. Men det er mere det der når børnene så kommer med noget eller en god ven kommer med noget, min kone kommer med noget, så der er jeg et andet sted, det er en anden konto hvis jeg skal bruge sådan et ord. Der bliver jeg berørt.

B: der kan man godt slippe arbejdet, og den der hat. OG så bare være. DET var faktisk svært for den nyuddannede, for når man først havde fået den der psykologhat på, så det fællesskab man så indgår i der er man stadigvæk ham psykologen som de også gik til med alle mulige ting, der er ligesom en hat man ikke helt kan tage af.

E. ja det er rigtigt. Lad endeligt være med at sige hvad I laver når I er til middag.

Interviewperson F

21.03.19

Interviewer A

Interviewer B

B

Jamen emh, det vi er interesserede i at undersøge, det der har fanget vores interesse det er egentlig mødet med klientens smerte. Hvordan det er at være i det, og hvordan man rummer det. Og hvad der til for at man kan det. Vi gør dette telefonisk, og der er mulighed for at være anonym

F

Er det et speciale, der skal fortrolighedsstemples, eller hvordan er det med dét?

B

Så fortrolige oplysninger har vi ikke fået ind indtil videre.

F

Nej, så indtil videre er det noget som, eh, som vil blive officielt tilgængeligt. I såfald så vil jeg gerne anonymiseres.

B

Det er noteret. Du har selvfølgelig mulighed for at afbryde undervejs, hvis der er noget du tænker at det skal vi ikke ind på, så er du i din gode ret til. Hvis der er nogen spørgsmål du ikke har lyst til at svare på.

F

Ja okay,

A

Er der noget i emne, du tænker vi lige skal have uddybet for dig, eller er det sådan lige klart til.

F

Jeg synes egentlig sådan emnemæssigt er det klart. Der er bare lige et enkelt sådan praktisk spørgsmål. Jeg synes det er et rigtig spændende emne at i vil skrive om. Og kunne godt blive lidt nysgerrig på, om det er noget jeg også gerne må læse. Altså jeres speciale, men det kan jeg jo hvis det er offentlig tilgængeligt. Men vil det være det under alle omstændigheder noget som jeg må læse?

B

Ja

F

Okay, jamen ikke umiddelbart ellers nogen spørgsmål. Men synes det er relevant og spændende emne.

B

Super. Ja men til at starte med kunne vi godt tænke os at høre lidt om, hvad det er for nogen jobområder det er du har haft som psykolog.

F

Jamen jeg har haft lidt forskelligt, jeg har været i psykiatrien. Det var faktisk der jeg havde mit første job. Da jeg blev færdig som psykolog i 2001, og der arbejdede jeg i psykiatrien i 8 år. Det var meget anderledes dengang, det var i noget der hed distriktpsykiatrien, det var med mange forskellige diagnosegrupper, hvor det jo er mere inddelt i dag, så var det ikke dét dengang. Så det vil sige at jeg havde med mange forskellige at gøre. Det var jo egentlig geografisk område, så det var alle psykiatriske patienter indenfor det område. Individuel og gruppeterapi og sådan nogen ting. Og så har jeg været på universitetsklinikken, hvor vi jo også har haft med klienter at gøre og klinisk psykologi, og nu er jeg så på en behandlingsinstitution for unge mellem 14 og 23 år. Og det er en blanding mellem klinisk arbejde, samtaler og supervision og så udviklingsarbejde og projektarbejde omkring behandlingen af de unge. Det de unge de har det er sådan meget komplekse psykiatriske lidelser og ja, det kan ligge indenfor alle mulige forskellige ender og områder. Det er sådan kort, er det fint?

B

Ja det er rigtig fint. Du siger det også var med supervision, hvordan fungerer det?

F

Altså der hvor jeg er nu?

B

Ja

F

Altså jeg superviserer noget miljøpersonale, altså det er en miljøterapeutisk ramme vi arbejder ud fra på et psykodynamisk grundlag. Og den supervision jeg står for, det er ift. Miljøpersonale, det er primært pædagoger, men det er også, der er også enkelte der har andre uddannelser, men det er primært pædagoger jeg superviserer, og så har vi også noget supervision, os psykologer imellem. Hvor vi sparer med hinanden, men det er sådan mere kollegialt kan man sige. Den egentlige supervision, den er til det pædagogiske personale.

B

Okay, hvordan fungerer det miljøterapeutiske arbejde?

F

Jamen det synes jeg er rigtig meningsfyldt, fordi det er noget med at bruge miljøet og aktiviteterne, strukturen, det der sker i relationerne mellem de unge, og mellem de unge og de voksne terapeutisk. Altså prøve netop med forstående og undersøgende tilgang, hvordan man kan blive klogere på den unge, og støtte den unges udvikling ud fra det. Så jeg synes det er meningsfuldt på sådan et sted hvor de unge de bor. Og har de vanskeligheder de har.

B

Okay, lidt interessant du nævner det, fordi vi havde et interview med Lars Sørensen, som har arbejdet i psykiatrien i rigtig mange år, og hans oplevelse var at det miljøterapeutiske var ehm. Han var meget inspireret af Kernberg.

F

Det kan det jo være, det kan have forskellige kilder. Men man kan sige, at vores miljøterapi er også baseret på et psykodynamisk grundlag. Og der er flere vi trækker på, det er også gruppeanalytisk teori vi trækker, men det er jo også en Kernberg med de objektrelationsteoretiske rødder. Og det er jo især relevant, fordi de jo netop handler omkring relationer mellem de unge. Og mange vi har af dem, har forstyrrede relationer. Så det giver mening. Men jeg vil sige at det er bredere end Kernberg. Det er sådan forskellige teorier vi trækker på, sådan ud fra hvad der er relevant. Men den overordnede ramme er psykodynamisk.

B

Okay spændende. Men det er nemlig fordi hans erfaringer var nemlig, at det var svært at få Kernbergs tilgang til at virke i praksis. Han kom ikke nærmere ind på det, men lidt interessant at høre at i har forskellige tilgang til det, og at i bruger miljøterapeutisk tilgang. Men det er måske også anderledes hvis man arbejder i psykiatrien?

..... Afbrudt forbindelse

F

Nå, den gik vidst lige ud. Der stod systemfejl her, men nu går den igennem igen.

B

Jamen blev bare lige lidt nysgerrig på det miljøterapeutiske

F

Så han har oplevet at det er svært at få til at fungere i praksis?

B

Ja

F

Ja. det vil jeg sige. Min erfaring er her, at hvis man kun trækker på en enkelt teori, så kan det blive vanskeligt, fordi det jo altid skal tilpasses den specifikke unge man har med at gøre. Men jeg vil så også sige, at der hvor jeg arbejder, det er jo et sted som har haft den her tradition i mange år, og der er, ligesåvel som der er masser af udviklende kræfter, så er der jo også i et miljø destruktive kræfter, og det skal man også arbejde med, så jeg kan godt forstå at det er også udfordrende at arbejde med miljøterapi, og det kræver på én eller anden måde at alle arbejder i samme retning, fordi man bliver udfordret i det. Så det kræver på den måde også et kendskab til det, altså også fra alle personaler hele vejen rundt.

B

Okay, når du siger der er udfordringer er det så splitting, eller hvad kan det være?

F

Det kan det blandt andet være, det kan blandt andet være splitting. Det kan også være et ønske om at få noget andet, at relationerne ikke skal bruges til at blive udfordret. Men at de skal

bruges til at opnå det, at få tilfredsstillet de behov som man kan have nu og her. Fx ikke blive udfordret i at man skader sig selv, men bare får lov til at skade sig selv. Så der er hele tiden kræfter i retningen af, hvad skal man sige, ikke at ville det udviklende. Lige såvel som der er kræfter i retningen af godt at ville det. Så der er, splitting ja og en ambivalens. Og det kan være vældigt givtigt og spændende at arbejde med, man skal bare være meget opmærksom på at den ambivalens nemt kan komme i spil. Og også splitting, bestemt også splitting. Altså det ser vi også.

B

Ehm, hvor meget supervision bruger i?

F

Afdelingerne får ugentlig supervision, og det fungerer godt, og de har glæde af det. Det er også et forum hvor de kan, altså det er jo først med udgangspunkt i deres arbejde med de unge, men i det arbejde ligger jo også arbejdet med sig selv og hinanden som personalegruppe. Det er en del af supervisionen at inddrage de dynamikker der opstår i relation til personalegruppen også. Så ehm, nogen gange kan det være lidt mere sagsrettet hvis der er noget specifikt ift. En ung, men det kan ligeså meget, og nok mest være i relation til dynamikken mellem personalegruppen og de unge. Fordi der er meget at rumme, og der er meget at bære. Og det er noget der er vigtigt at få talt om, at der er.

A

Okay, men hvordan arbejder i specielt med, ift. At rumme.

F

Ift at rumme er det jo, en stor del af det, er at skabe et tilstrækkeligt trykt rum til at man kan tage det op, som er svært at bære, fordi det er også et sårbart at dele hvad der er svært at bære, og få taget det op og identificeret hvad det er der er svært, og hvad der er der vækker de svære følelser, og hvordan man kan forstå det. Og ikke nødvendigvis sådan en klar teori, men ligeså meget ud fra at undersøge, altså hvad kan det handle om, hvordan kan vi forstå den unge ud fra det, hvordan kan vi forstå hvad der er for en krog det får fat i hos personalet, hvordan kan vi forstå de paralleller der ligger i den kommunikation fra en ung til noget af personalet. Og ift. Det der foregår imellem de unge. Det kan være sådan fra forskellige vinkler, men det er dét der med at få identificeret de svære følelser der er hos den enkelte, men så også få det løsnet lidt fra den enkelte fordi den enkelte jo på en måde kommer til at repræsentere noget der foregår i samspillet, og det samspil er vigtigt også at få frem. Og så kommer man heller ikke til at stå helt så alene med det, som hvis det kun kommer til at tilhøre den enkelte miljøterapeut. Men man får trukket det ind i en sammenhæng, hvor det giver mening, og altså netop i forståelsen at ahh.. Det er det der bliver sat i gang og det er det her de unge måske vil sige med det, og det er det her der foregår blandt de unge, eller noget som så på en anden måde ikke bare er noget der foregår hos den enkelte miljøterapeut.

B

Så det er også der hvor den miljøterapeutiske tilgang har en styrke?

F

Ja det kan man sige, det er det nemlig. Det er i høj grad en af fordelene ved miljøterapi. Man kan hele tiden sætte det i forhold til, og arbejde med det og se hvad det er det kommer til at afspejle. Det er også der hvor et fokus på gruppedynamikker i det hele taget bliver relevant fordi

der er den der balance mellem det enkelte individ og gruppe, fællesskabet og det at skille sig ud fra fællesskabet. Der er hele tiden de der forskellige sider af arbejdet, som man skal have med, så det ikke bliver enten er det hele tiden gruppen det handler om, eller hele tiden den enkelte. Men at man har begge dele for øje. Det er en af fordelene ved miljøterapi synes jeg.

B

Hvordan oplever du det med supervision, du siger det kan være sårbart at snakke om, er det skamfuldt eller hvad er det?

F

Ja, måske kan det også for nogen være skamfuldt for nogen. Det er svært at sige om det er dét. Men det er det nok for nogen engang imellem, at det er så skamfuldt at "så blev jeg lige ramt af det her, og det burde jeg jo kunne holde til" og sådan nogen ting. Men det har også noget med erfaring at gøre, fordi jeg synes dem som har været i det i noget tid, de ved godt at det er noget der sker, og det er noget der sker igen og igen. Men der er jo en stor forskel på at man ved det, og så til at man alligevel har en, altså føler, at det er okay at gøre. Og så er det også noget med at blive tilstrækkeligt tryk ved hinanden til at vide, jamen når jeg siger det her højt, så er der nogen der tager godt imod det. Og passer på det. Og ikke kritiserer eller nedgører eller nogen andre ting. Men som ligesom respekterer det, og det skal gruppen jo selvfølgelig også lige finde ud af med hinanden, og det er jo noget som supervisorsrummet er med til at støtte op omkring.

B

Men det er dig der er supervisor i det rum ikke?

F

Ja det er det. Psykologerne er faktisk allesammen, så vi har hver vores grupper som vi er supervisor for. Så jeg er én af dem.

B

Og har i jeres eget supervisorsrum psykologerne så?

F

Ja det har vi også ja. Og der har vi en ekstern supervisor selv, som kommer udefra.

A

Hvis man i den her kommunikation der sker mellem jer som psykologer når i har supervision, er der sådan, jeres villighed til at gå ind i de her svære emner, ser du den anderledes ift. En anden faggruppe?

F

Ja på nogen måder. Ja det gør jeg egentlig nok. Jeg tror psykologer er mere, ehm.. Det er jo en grim generalisering, men jeg oplever at som psykolog så er man måske lidt mere skolet ind i at tænke at det er en del af supervisionen. Og ikke at pædagoger ikke også er det, fordi de er også skolet til netop i det her arbejde, at skulle forholde sig autentisk og være autentisk i deres arbejde. Men som en del af supervisorsforståelsen, der ligger det tit hos psykologer, at de ved godt at de skal tage noget op som er vanskeligt på en eller anden måde. Og som sagt, det er nok måske en grov generalisering, men det er alligevel lidt en tilbøjelighed jeg synes jeg har oplevet.

B

Er der noget du har oplevet som er særligt svært at snakke om i supervision?

F

I supervisorsrummet, ja, det er forskellige. Det kan der være, det er vel nogen af de følelser som man bliver bærer af, som er af meget negativ karakter og meget kritisk, selvkritisk og devaluerende karakter. Det kan jo så være vanskeligt så at, der skal man tale nænsomt om det tænker jeg. Der skal man tage rigtig godt vare på det.

B

Det tror jeg egentlig det var rimelig godt rundt omkring supervisorsdelen. Hvis vi skulle prøve at snakke omkring mødet med klientens smerte, hvad oplever du der kan været særlig svært der?

F

Altså hvis jeg sådan skal se tilbage i det hele taget, fra forskellige klientforløb, må jeg godt tage det sådan mere generelt, og ikke bare nu?

B

Ja

F

Fordi når jeg sidder og tænker tilbage fra da jeg startede til nu, så ved jeg godt at for mig har det været nogen bestemte temaer som har været særligt følelsesmæssigt krævende for mig, hvor det har været smerte jeg synes der virkelig har været krævende at rumme og holde til. Og jeg tror at noget af det har det faktisk været børn der har været misbrugt og mishandlet, det synes jeg det har været enormt stærkt at forholde sig til den smerte som det har medført og den skade som det har medført. Så det er sådan en del, som jeg vil sige er ret klar. Og det er det stadigvæk, jeg synes stadigvæk at det kan være nogen barske historier indimellem, som kan stille høje følelsesmæssige krav. Og så vil jeg sige, hvis jeg skal sige et andet tema der har også været nogen som har været udsat for længerevarende tortur, som jeg havde noget at gøre med da jeg var i psykiatrien. Det synes jeg også var enormt krævende at høre på, og nødvendigt at høre på og være der, og alt det der. Men jeg synes det var..... DET var også en..... Stor smerte at bære. Og selvfølgelig er der alle mulige former for smerte, og det er svært at sige det er sværere end noget andet, men jeg synes det stiller nogen andre slags krav til at rumme smerte. Ja, så det var nogen eksempler jeg havde tænkt på, at det er nok der jeg synes jeg især har haft brug for, indimellem selv at blive afgiftet.

B

Du siger det er en anden slags krav, kan du prøve at sige lidt mere om det?

F

Ja, en jeg tror det er ehm.. Man kan sige nogen af de fortællinger som er i det, er jo også fortællinger om en smerte og om krænkelse der er så overvældende i sig selv, at det på en måde også er det der kommer til at præge relationen, at det overvælder én, at det går på en måde udover ens almindelige forstand med nogen af de ting som nogen kan være udsat for. Og det tror jeg spiller ind i det, at det bliver så overvældende og at der en gentagelse i det, hvor umuligt det må have været for pågældende at være i det, at det på en måde også bliver det man fornemmer når man snakker med dem.

A

Udover at blive afgiftet, eller få læsset af i supervision, altså har du så andre ting du kan gøre for at rumme?

23.00

F

Ja, altså jeg synes tit at det er et spørgsmål om en bevægelse i det også. Altså fra at lytte til de fortællinger og den smerte der er i det, og hvad skal man sige, være både med klienten i det, og på en eller anden måde leve sig ind i det som de fortæller om, på den ene side. Og så på den anden side, også at skabe en form for distance, og jeg kan huske Casement skrev på et tidspunkt, og det har tit hjulpet mig, det her med at man hører på de her ting, så skal man gå over til klienten være præcis der hvor klienten er, og så skal man tilbage til sig selv igen, og så kunne have den der optimale afstand for at kunne se det lidt mere udefra og for at kunne have nogen andre øjne på. For at ikke at blive opslugt af det, så man ikke kan hjælpe. Fordi det er dét der kan være risikoen synes jeg, hvis man bliver for opslugt af det, så mister man på en måde det der skal til for at kunne hjælpe, og for at kunne hjælpe, så er der også brug for at man kan træde et skridt tilbage, og skabe en forståelse af dét der sker.

B

Jeg hører dig lidt sige, at det smertefulde, det er også en del af den oplevelse med de rigtig svære ting, som ligger lidt udenfor normal forståelse, at leve sig ind i de oplevelser.

F

Ja det synes jeg, både det at leve sig ind i det, men også det at noget også udspiller sig i relationen, om man vil det eller ej. Det kan foreksempel være en som har været udsat for, eller har været mishandlet som barn, og som kan på en måde, agere på samme måde i relationen

B

Altså mellem terapeut og klient?

F

Ja, så man kan komme til at de der krænkede temaer kommer i spil. Om man vil det eller ej, der er sådan på den måde et pres ind i noget som bare kommer og som man også er nødt til at få en afstand til. I høj grad også det, at leve sig ind i det, det er jeg meget enig i, det er også en stor del af det, som kan blive overvældende.

B

Er det dét at du kan få tildelt en rolle?

F

Ja, det kan være begge sider, det kan både være at blive tildelt en rolle som en der vil den anden ondt, mens man sidder og vitterligt ikke vil den anden ondt. Men alligevel kan den anden reagere overfor én som om man vil det. Jeg kan huske et eksempel, én som havde været igennem nogen forfærdelige ting, og som kunne få psykosegennembrud indimellem når hun blev særligt presset, og hvis hun fik på fornemmelsen, eller var bange, så kunne hun lynhurtigt tolke et smil fra mig fx, eller en "værså at komme indenfor" som et udtryk for at jeg havde en skjult dagsorden. Det kunne hun godt når hun var på kanten til et psykosegennembrud, og så kunne hun reagere som at jeg var en bøddel, der ville hende ondt. Og det kunne være svært, for det var jo det sidste i verden jeg ville være. Så det der med at arbejde med at komme ind i en

rolle som, ikke er i overensstemmelse med det man vil, men som er det den anden ser. Og så kunne, hvad skal man sige, have ro med eller kunne rumme det, vil jeg sige. Kunne rumme at det er sådan, uden at prøve at forsvare sig, eller korrigere det. Men mere prøve, at blive undersøgende overfor, hvad er det der sker lige nu, der gør at hun opfatter det sådan, og hvordan kom mit smil mon til, at minde hende om, lad os prøve at undersøge det. Sådan nogen ting, i stedet for at bare og prøve at få hende til at holde op med at få hende til at synes sådan, for det kan jo kun forværre det, kan man sige. Så det er bare et eksempel på det. Men det kan også være det modsatte, altså hvor man selv bliver behandlet som om at man skal mishandles kan man sige, hvor man selv kan blive af klienten, det har jeg så ikke oplevet så meget med de unge, men før i psykiatrien, hvor nogen har kunnet agere verbalt på en måde hvor de ligesom gentog det der var sket for dem selv, det de selv havde været udsat for.

B

Kan du prøve at give et eksempel når du siger gentaget verbalt?

F (OBS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

Jamen det kunne fx være, der var en der var vokset op med at blive slået hele hans liv, og han kunne godt hvis jeg så gav udtryk for noget som ikke var det han gerne ville høre, at jeg sagde. Så kunne han godt reagere med at blive truende og komme med truende udmeldinger om. Altså også om hvad han, når jeg sagde sådan, så kunne han få lyst til at gøre sådan og sådan. Og det tror jeg, jeg tænker egentlig ikke at det var noget han reelt kunne finde på at gøre, men det er sådan det kommer til at udspille sig, og som vi senere kunne komme til at tale om. Det var at han talte til mig, som hans far talte til ham. Når der var noget han gjorde som faren ikke brød sig om. Men det tog noget tid, også at kunne komme derhen. Og kræver selvfølgelig at relationen kan bære det og så videre før man kan begynde at tage den slags ting op.

B

Men var det så hans frygt for faren, der så kom ind i jeres rum eller hvordan.

F

Ja det kan man sige, man kan sige det var dét som jeg kunne komme til at repræsentere, som han var vant til blev banket ud af ham. Og så det var også en måde at forholde sig til den hos ham selv, og det som for ham var sårbart hos ham selv. At det skulle på en eller anden måde bankes ud af ham. Det var sådan hans tanke var med det. At det var ikke okay at det var der, og det var så heller ikke okay når det kom fra mig til at starte med.

A

Kan man sige så at rummelighed er, ikke er lig med, men at den kan udvides at nysgerrighed og sådan en undersøgende.

F

Ja, jeg synes rummelighed omfatter undersøgelse. Det gør det fordi det på den måde bliver en slags, det her kan jeg godt have med at gøre at du siger, selvom jeg står et andet sted, eller føler noget andet, eller jeg synes eller jeg tænker noget andet, så kan jeg godt have med det at gøre, at du ser sådan her på det. Så den del af det, er netop det synes jeg. Og så er der selvfølgelig også den del af det at rumme, at man jo også forsøger at bære de svære følelser der er der. At man også mærker dem og registrerer dem, og så prøver at bruge dem konstruktivt til at forstå

A

Altså bygger en relation op den vej

F

Ja, ja lige præcis.

B

Kan vi snakke lidt om generelt i forhold til det at have psykologjobbet, du siger også der er noget i den der bevægelse hvor man skal gå meget tæt på og så også kunne trække sig tilbage igen fra klienten, og blive sig selv igen. Hvordan oplever du det er når du har fri?

F (OBS XXXXXXXXXXXXXXXX)

Jamen ja, det er et godt spørgsmål. Jeg synes at når, selv når det har været følelsesmæssigt krævende. Hvis man har kunnet være i den der bevægelse, så synes jeg også det er nemmere at kunne gå derfra og sige, okay godt, nu nåede vi så langt, og så mødes vi igen i næste uge. Og så have fred med det. Og der hvor, hvis jeg har taget noget med hjem, så har det været når det netop har været nogen fortællinger hvor det netop har haft den der karakter af at være så overvældende, så det næsten ligesom kropsligt sætter sig i en bagefter. Og ikke at det ikke har været til at holde ud, men mere at det har fyldt også. Og det har taget lidt længere tid at få plads i sig selv, og hvad er det lige dét handler om. Hvor er det jeg kan placere det, og forstå det, og så lade det være. Fordi på den måde er man også nødt til at kunne lade det være for at kunne hjælpe klienten, så man ikke gør det samme som klienten, som jo tit kan opleve at det fylder hele tiden

B

Så det er en nødvendighed at kunne forstå det, for at kunne lade det være?

F

Ja det synes jeg.

B

Så det med at kunne forstå hvad der sker, det kan jeg høre dig sige, er også en stor del af rummeligheden?

F

Ja, jeg synes rummelighed omfatter et forståelsesarbejde. Selve arbejdet med at forstå, er en del af rummeligheden synes jeg.

B

Nu har du haft de her lidt forskellige jobområder. Jeg kunne lidt forstå på dig, var det psykiatrien hvor du har oplevet de sværeste ting som psykolog. Eller hvordan?

F

Ja, det har det ehm.... Men ikke kun i psykiatrien, jeg har også haft privatklienter og også med de unge nu, er der også historier og der er svære lidelser i det, og jeg tror måske det der kan være lidt forskellen på nu og fra da jeg startede, er at selvom jeg synes processerne i det at rumme, bære, mærke den andens smerte er det samme, så er det er genkendeligt for mig, det er ikke nyt for mig at sidde med mennesker der har de her fortællinger, og den her smerte, og jeg tror at det der er forskellen, ikke at smerten er mindre, men at jeg kender godt den, og jeg har alligevel en erfaring med at sidde med den, og det gør alligevel en forskel.

B

Så erfaring kan øge rummeligheden også

F

Ja det synes jeg faktisk at det kan. Men det er tricky fordi jeg synes heller ikke at man kan sige, at man som nyuddannet så kan man ikke rumme ligeså meget fordi, jeg tænker at som nyuddannet kan rigtig mange psykologer rumme rigtig meget. Jeg tror måske mere det er måden man så håndterer, i hvert fald for mig, håndterer det på jeg kan sidde med, og det har jeg det anderledes med i dag end jeg havde i starten.

B

Og det er der du nævner supervision som et af de måder man håndterer det på?

F

Ja supervision og erfaring med at, nå ja det kender jeg jo godt det her at sidde sådan og have det sådan. Og hvordan er det jeg plejer at gøre det når jeg har det sådan, og så snakker man med en god kollega og nogen gange vender jeg det bare lige med mig selv, hvad var det lige der skete. Hvordan kan jeg forstå, og hvor kan ligge det.

B

Ja, hvad med sådan noget som egenterapi. Er det også noget du har benyttet dig af?

F

Ja, det har jeg også. Jeg synes det har været rigtig godt. Altså jeg synes.. Det var hovedsageligt noget af min efteruddannelse, men jeg tog det lidt længere tid, fordi jeg synes det var rigtig meningsfyldt, netop ift. Også at få set på og få skilt tingene ad. Og hvor er mine sårbare områder, hvad er det for en krog jeg kan komme ind i, uden at være vidende om det. Det synes jeg har været rigtig givende ift. De der lidt mere ubevidste sider af mit arbejde. Og af min andel i det.

A

Jeg tænker lige på, ift. Rummelighed er der nogensinde du henvender dig i noget teori eller litteratur? Og finder svar den vej?

F

Det har jeg gjort mange gange, jeg har mange gange søgt og fundet svar i litteratur, og det glemte jeg også at nævne før, så det er godt du siger det. Det har jeg mange gange gjort igennem tidens løb i det hele taget. Og nu har jeg jo været igennem det mange gange, så nu er det føles det mere som min måde at tænke på med nogen af de her teorier. Og der er nogen jeg vender mere tilbage til end andre, men jeg kan stadigvæk også godt støde på noget nyt, eller noget jeg undrer mig over. Hvor jeg tænker hvad var nu lige det? Så er det at søge ind i litteraturen stadigvæk en rigtig god strategi.

A

Er det sådan anden adspredelse som også virker, fx noget fysisk aktivitet man gør eller beskæftiger sig med?

F

Ja, det er det. I det hele taget er det at have andre ting i sit liv for mig også en stor del af det, at kunne ligge det helt fra sig og beskæftige sig med noget helt andet hvad man nu beskæftiger sig med i sit privatliv. Og for mit vedkommende er det jo også familierelationer, og nogen gange bare det at løbe en tur og få tænkt nogen ting igennem der og så bare kunne slippe det helt. Det er bestemt også en del af det, det er det. Det at have forskellige ting til sammen, er det jeg synes der virker godt på det.

B

Hvis vi skal spørge dig om en anden ting ift. Det, og også noget af det vi har kunnet se i nogen af de interview vi har haft. Ens følelse af et normalitetsbegreb, når man nu sidder med klienter der oplever nogen rigtig rigtig svære ting, og så sidder man med andre som oplever lidt mindre. Hvordan håndterer man det med ens grænser for hvad der er normalt?

F

Jamen de rykker sig, det er klart. Det er rigtigt. Man kan sige der er meget som er ehm... normalitetsbegrebet er et bredt begreb kan man sige.. Der er meget som er, som jeg tror jeg ikke forholder mig til som et spørgsmål om normalitet, eller ikke normalitet, altså om det er unormalt eller normalt. Det tror jeg egentlig ikke jeg forholder mig helt så meget til, det er klart at svært psykiatriske lidelser er selvfølgelig ikke inden for normalområdet, men jeg forholder mig måske mere til det, at prøve og finde mening i det og også finde aspekter i det som er genkendelige. Fordi nok sidder jeg ikke som, psykolog og har en svær spiseforstyrrelse og selvskade, men jeg kan godt som psykolog genkende, hvad skal man sige, den smerte og den dynamik som kan ligge til grund for noget, og på den måde bliver det ikke kun et spørgsmål om det er unormal adfærd, men at der er noget der ligger til grund for det som er forståeligt og også almenmenneskeligt i en eller anden forstand, men at håndteringen af det jo selvfølgelig kan blive vældig vældig syg og destruktivt. Var det svar, var det dét du tænkte på?

B

Ja, det var det blandt andet. Vi interviewede også en ny psykolog, der var det noget han synes der kunne være svært at hvis han sad med en som var ekstremt stresset og så at han sad med én som ikke var så stresset.

F (OBS XXXXXXXXXXXXXXXX)

Ja, jeg tror at det også er det, at nogen kan være vældig vældig forpinte af det, og det kan man mærke. Og andre kan godt være velfungerende og klare sig godt, selvom de også er forpinte. Så det er ligesom det der med også at finde hen til det sted hvor det bliver meningsfyldt for klienten, hvor det giver noget ægthed og det bliver autentisk følelsesmæssigt, uanset hvor slemt symptomet er.

B

Så det er det med at finde klientens oplevelse af tilstanden

F

Ja, det er det!

B

Vi snakkede om det med overgangen til at have fri også. Nu har du selvfølgelig været psykolog i en del år, men det der med at man får den psykologhat, som har på kva sit arbejde, der har vi diskuteret om man helt kan tage den af når man har fri, fordi man indgår jo også i sociale

sammenhænge, fordi man bliver også den der psykolog der er nem at snakke med om de svære ting.

F

Ja, det er rigtig nok. Jeg synes faktisk det er blevet nemmere. Jeg synes i starten der kunne det være svært, fordi jeg af mange, hvor folk jo kan forholde sig til en som at man er psykolog, hvor når jeg jo så har fri, så er jeg jo ikke det, men alligevel er det jo ikke bare sådan enten eller. Men jeg vil sige, at jo der er da nogen der er mere sådan bekendte, hvor jeg jo godt kan mærke at der spiller det ind måske mere for dem end for mig selv. Men dem som jeg kender godt, de kender heldigvis også alle mulige andre sider af mig. Men jeg synes med erfaringen bliver det lidt nemmere at håndtere det der, og det er heller ikke helt så adskilt.

B

Så du kan ikke opleve at fordi nu er du også psykolog, at så holder de sig lidt mere tilbage, og andre de vil måske mere snakke, fordi de gerne vil have vendt nogen problemstillinger.

F

Jo, det kan jeg godt opleve. Men jeg tror jeg har mere fred med det nu.

B

Nu snakkede vi lidt om smertegrænse i mødet med klienten, der kan vel også en smertegrænse ift. De arbejdsmæssige strukturer man er indlejret i.

F

Ja, altså sådan ift. Hvad man sådan kan holde til eller hvad?

B

Ja, hvad der er sundt for en også, og hvad der fungerer og hvad man synes der er okay for én.

F

Ja det synes jeg. Jeg tænker at uanset hvilken funktion man har, at når man har af funktion, rolle, eller hvilket fag man kommer med, så synes jeg at det i arbejdskulturen er nødvendigt at tage sig af netop og give mulighed for supervision og for fordybelse og for andre ting i organisationen som, at støtte de forskellige personalegrupper i at rumme det de skal kunne rumme. Fordi hvis personalet er stresset eller ikke får mulighed for at vende det der er svært osv. Så for det også konsekvenser for klienterne og patienterne. Så det er for mig at se også helt afgørende at man også skaber strukturer for personalet, så de kan arbejde med det de skal rode med og det de skal rumme, inklusiv psykologer.

B

Men du valgte at skifte fra psykiatrien dengang, var det noget der spillede ind der, eller var det mere følelsen af at du skulle videre?

F

Ja det var det faktisk ikke. Det var det der gjorde beslutningen svær vil jeg sige, for jeg var faktisk rigtig glad for det arbejde. Og det var ligeså meget at der bød sig nogen muligheder på det tidspunkt, ift. At lave et forskningsprojekt omkring skizofreni som jeg også rigtig gerne ville. Så det var derfor, og ikke sådan et fravalg fra hvad jeg kom fra. Der kom jeg aldrig til.

B

Så du oplevede egentlig at der var gode rammer i psykiatrien?

F (OBS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

Ja det var der dengang, der var gode supervisionsmuligheder på kryds og på tværs, der var efteruddannelsesdage, og der var kollegiale fællesskaber, og der var nogen af de ting som er med til at modvirke at det bliver for svært at bære. Man sidder selvfølgelig som psykolog i de individuelle forløb selv, men kva at man alligevel er en del af et fællesskab der fungerer, det synes jeg i sig selv har en afgiftende funktion.

B

Hvordan har du så oplevet det på universitetet da du kom ind der?

46.00

F

Jamen på universitetet der har jeg, jo så ikke selv siddet med individuelle forløb, men det har jo været supervision. Men det arbejde på klinikken var meningsfyldt for mig, jeg var meget glad for at arbejde sammen med de studerende, fordi det synes jeg var spændende og meningsfyldt. Fordi det kan man jo også sige, arbejdsglæde skal jo også være en del af det at tingene kan bæres når det er at de bliver svære. Det er de steder og de nicher man kan finde arbejdsglæde. Og universitetet er jo ikke et sted der er præget af kliniske psykologer, så det er jo ikke et sted der tilbyder supervisionsmuligheder osv. Så for mit vedkommende, har det jo sådan været mine egne nicher, hvor jeg har kunnet få vendt de ting jeg har haft brug for at vende. Og så selve det at finde arbejdsglæde i det arbejde jeg havde var altså også en stor del af det.

B

Men alligevel en stor omvæltning universitet har været igennem bare i den periode, og da jeg startede og til nu er der jo ikke nogen tilbage af dem der var der på de to år.

F

Jamen det er en stor omvæltning det med at man skifter, fra en omstilling til en anden, er det det du tænker på også?

B

Nej mere med om der også er noget strukturmæssigt, arbejdsvilkår, som jeg tænker det er svært at tænke det ikke har spillet ind, hvis tre medarbejdere i det samme der indenfor kort tid vælger at gå.

F

Ja det er rigtigt. Man kan sige, der er også noget i arbejdsstrukturen og universitetet det er jo ikke organiseret ud fra at man har med klinisk arbejde at gøre, det er universitetet ikke. Så på den måde, står man i det kliniske felt, når man lille gruppe, meget alene med det. Det gør man, og det er en udfordring det synes jeg det er. Og det må man jo så, for mit vedkommende løste jeg det ved at have mine egne nicher hvor jeg så kunne diskutere faglige ting ift. Det kliniske arbejde jeg havde der. Men jeg vil sige, strukturen var ikke, altså, havde ikke ret meget med det kliniske arbejde at gøre.

B

Nej okay, så det var forskningsfokuseret?

F

Ja præcis, det var forskningsfokuseret. Det var det det var.

A

For at springe lidt tilbage til rummelighed, og så det relationelle. Nu har vi lavet tre interview før det her, og siddet og kigget lidt på dem, og det der sådan umiddelbart springer frem. Er netop der her forhold der er mellem rummelighed og det relationelle, og jeg synes vi kan have lidt svært ved at sige det ene forudsætter det andet, eller de begge forudsætter hinanden. Jeg ved ikke om du kan prøve at sætte nogen ord på det hvordan det er at du fatter at relationen påvirker rummeligheden og omvendt i mødet med en klient?

F

Jamen det synes jeg, ja hvad omfatter hvad. Jeg vil hvert fald sige at jeg synes rummeligheden omfatter det relationelle, det vil jeg i hvert fald sige at jeg synes det gør i den måde jeg tænker om det på. Ehm og det, ja.. Fordi det man forsøger at rumme og det man forsøger at skabe forståelse for ud fra det man rummer, det ligger også i relationen, man kan ikke, for mig hvert fald, så er en del af det at rumme den anden og forstå den anden, også en del af at relatere sig til den anden. Den anden relaterer sig jo også til psykologen, og det er også på bestemte måder, og en del af det samspil og dermed det som skal rummes, og det som også nogen gange udfordrer rummeligheden, hvor jeg tænker det kan jeg ikke sætte mig ind i, det kan jeg ikke helt forstå, hvordan mon det kan være, for mig at se er relationen andetstedsnærværende i det at rumme, men det er et godt spørgsmål hvad der ligesom omfatter det ene. Jeg synes hvert fald at man kan sige at rummeligheden omfatter relationen.

B

Både omfatter, men måske også forudsætter?

F

Ja og også forudsætter, bestemt også forudsætter.

B

Ja, det var også noget vi havde snakket om, hvis vi tog en anden behandlingsform, som fx kognitiv adfærdsterapi, der har man jo egentlig en anden relation og måske ikke samme rummelighed, hvis du forstår. Så det er jo også en måde at være til stede med en klient på og så ikke rumme så meget.

F (OBS XXXXXXXXXXXXXXXX)

Ja, det er det. Det er rigtig nok. Og selve det at rumme, er jo i psykodynamisk terapi en del af selve det terapeutiske arbejde, så på den måde er det i fokus på en anden måde. Og det betyder jo ikke at kognitive terapeuter ikke også rummer, for det gør de også. Men man arbejder arbejder bare på en anden mere fokuseret måde med det der skal rummes.

B

Det kommer lidt hen til det næste som noget af det vi også har diskuteret, som også, hvert fald dem vi har interviewet som også har beskæftiget sig især med psykiatrien. Hvor de hævder at relationen kommer før metoden og det begynder lidt at være en ting, at man skal bare have den rigtige metode, og det er jo lidt væk fra den psykodynamiske tradition kan man lidt sige.

F

Ja det er rigtigt. Det synes jeg tit er et spørgsmål, netop det der med, hvad så med metoder? Fordi for mig at se er det at den psykodynamiske tilgang, meget et spørgsmål om holdning, men selvfølgelig afspejler det sig også i metoden, men først og fremmest er det en holdning, og en måde at tænke på, og være orienteret på. Og hvis man så tager metoden, eller teknikplan, så kan man jo i princippet kan have en kognitiv teknik, selvom man arbejder psykodynamisk, fordi for mig at se er det psykodynamiske ikke noget der kan afgrænses til et spørgsmål om metode.

B

Så det er også bare et udgangspunkt for at møde et andet menneske eller hvordan?

F (OBS XXXXXXXXXXXXXXXXX)

Ja lige præcis, og have en særlig opmærksomhed på det relationelle og de følelser der bliver kommunikeret og de mere ubevidste sider som bliver en del af samspillet og relationen og vanskelighederne som klienten ikke nødvendigvis er vidende om til at starte med, som er med til at gøre at der er noget der, af klienten selv ikke kan rummes. Noget der mangler at få givet, at blive gjort meningsfyldt. Så på den måde er der nogen opmærksomhedspunkter, som man har når man arbejder psykodynamisk. Som er anderledes, men at det mere er på det plan, end det er på teknik og metodeplanet.

B

Er det noget du vil sige der også er vigtigt det med mening, du nævnte også tidligere det med at forstå når det er svært at rumme?

F

Ja, det synes jeg det at give mening til. Jeg synes at det og give mening til kan jo være forskelligt, men jeg synes nogen af de meget svære psykiatriske lidelser, det kan fx være en svær anoreksi eller spisevægring, som ikke kan siges, og det som ikke kan få ord. Og det at give mening til selve symptomet, kan lette noget og forløse noget også. Og det handler om at give mening til.

B

Vi har måske et sidste spørgsmål, hvis vi skulle kigge på psykologfaget sådan generelt. Hvis du skulle se på, hvis du kunne få lov til at ændre noget, hvad skulle det så være?

F

Hvis jeg kunne få lov til at ændre noget på psykologfaget generelt?

B

Ja fx de job du har haft. Du sagde at universitetet måske kunne være klinisk fokuseret.

F

Ja jeg er jo meget tilhænger af at der jo selvfølgelig er en almenuddannelse i det og der er forskellige retninger i det og alt sådan noget. Men jeg tror at jeg synes at det kliniske område er noget nedprioriteret, og jeg synes faktisk også at det børnekliniske område er noget nedprioriteret. Så hvis der er noget jeg synes skulle være anderledes, så skulle det opprioriteres i højere grad. Jeg synes hele den børnepsykologiske tilgang og forståelse jo kan bruges i mange

forskellige slags arbejde som psykolog, og det behøver ikke kun være som klinisk psykolog, det kan også være som pædagogisk psykolog. Jeg synes der er for lidt fokus på det.

B

Det er jeg glad for at høre

F

Ja fordi klinisk psykologi er jo ikke bare i forhold til en del. Jamen det er vi enige om kan vi høre.