

Å lytte til hjertespråket: Den relasjonelle arven etter Ferenzci

- *Terapi nedenfra og opp*

av Leif Jonny Mandelid



Artikkelen er tidligere publisert i
Relasjonsboka - Relationsbogen,
Hertervig Forlag, 2022

Motto:

Vi styres av fordommene våre, og det
fins ingen snarveier til øyeblikkets møte
med den andre som gjør dem til skamme.

Noe manglet: Et varsel om empatisk svikt

Gjennom årene har jeg møtt mange mennesker med store og langvarige utfordringer knyttet til alvorlige personlighetsforstyrrelser og psykosser. I slike møter har følelser av å ikke nå frem til hva den andre egentlig ber meg om, blitt vekket i meg. Pasientene kan ha gått til samtaler hos terapeuter i årevis og likevel vedvarte opplevelser av at noe manglet. Ved nærmere utforskning av det som foregikk i relasjonen, viste det seg at pasienten kunne ha en følelse av å ikke forstå terapeutens ord, eller at ordene dreide seg

om noe annet enn det som føltes viktig. Ordene virket tomme og meningsløse. Det kunne også dreie seg om følelsen av å verken bli sett eller hørt, men i stedet bli definert, kategorisert og snakket til av terapeuten: i det hele tatt følelsen av å ikke være på bølgelengde. Andre ganger dreide det seg om utrygghet grunnet manglende samsvar mellom ordene og de kroppslige signalene eller handlingene hos terapeuten eller pasienten selv. Ofte ble kontakten avbrutt fordi en følbar, men vanskelig definerbar «kjemi» mellom pasienten og terapeuten ikke stemte.

Jeg vil i dette kapittelet redegjøre for at bruken av ordet «kjemi» her ikke bare er en metafor for manglende verbal kontakt og kommunikasjon, men viser til førverbale, psykobiologiske reguleringsprosesser mellom terapeuten og pasienten. Jeg tror det er denne «kjemien» mange omtaler som «hjertespråket». Nevrovitenskapen har gjort oss bedre i stand til å måle flere biokjemiske og nevronale korrelater til «hjertespråket». Det er en

grunnleggende kommunikasjonsform som går forut for og senere kan overskrive tegnene i det verbale språket, og er forutsetningen for at mennesker skal kunne føle seg forstått og ikke bare snakket til. Det dreier seg om kommunikasjon mellom pasientens ubevisste og terapeutens ubevisste av noe som emosjonelt ble opplevd før ord og ennå ikke har funnet ord. Og uten ord finnes det heller ingen plass i pasientens bevisste eller dynamisk ubevisste fortelling om seg selv. Det dreier seg om opplevelser som i noen tilfeller verken er blitt språkfestet, avspaltet eller fortrent, altså implisitte, uformulerte kroppslige selvopplevelser som i første omgang også fortøner seg fremmede for personen selv. De Masi (2000) kaller disse for det emosjonelt ubevisste.

Dyp kommunikasjonsvikt og korrigering av den

Vi kommuniserer med langt mer enn ord. Mye av budskapene mennesker imellom bæres av kroppslige signaler eller gester utenom eller i tillegg til ordene. Dette representerer et dypere nivå av det ubevisste enn det som allerede er tankemessig formulert, men fortrent eller forkastet. Disse omtales også som *enactments* eller *handlingsspråk*. Signaler som kommuniseres, er for eksempel respekt, tilstedeværelse, varme, kulde, interesse, likegyldighet, anspenhet, ro,

uro, kroppsholdning, tonefall, blikk og gester som kommer i samsvar eller utakt med ordene.

Den relative, semantiske betydningen av ord og kognitive begreper tiltar etter hvert som vi utvikler oss i samhandling med andre. I begynnelsen av livet har vi verken ord eller begrep om oss selv eller andre, men lever en språkløs atmosfære farget av våre omsorgsfigurer. Vi verken opplever eller regulerer følelsene våre på egen hånd. Den grunnleggende tryggheten eller utryggheten i opplevelsen av egen eksistens og relasjonen til andre eller verden etableres før ordene vi etter hvert bruker til å forstå og kommunisere den med. Den utvikles eller hemmes i en opplevelsesmessig sammensmeltet samhandling med omsorgspersoner. *Den er selve samhandlingen*. Avhengig av kvaliteten på denne samhandlingen nedfelles dette som lynraskt aktiverbare tilknytningsmønstre (Cozolino, 2006; Brown & Elliott, 2016; Ginot, 2015).

Ved trygg tilknytning opplever barnet trygghet både hos og borte fra omsorgspersonen. Det fører til en overveiende positiv mellommenneskelig læringsspiral med utvikling av trygghet og felles forståelse av verden: en dyp og trygg forankring i språk og *common sense*. I tillegg har en definert tre typer utrygge tilknytningsmønstre.

Ved unnvikende mønster gir barnet opp å søke trygghet hos omsorgspersonen og prøver å overleve på egenhånd, gjerne gjennom emosjonell deaktivering. Barnet bygger opp en særegen forståelse av verden utenfor dialog eller felles forståelse med andre. Konsekvensen blir dårlig forståelse av kultur og språk, erstattet av hjemmelaget forståelse som ikke i tilstrekkelig grad utvikles og deles i samforståelse med andre. Det kan for eksempel dreie seg om mangel på *common sense*, noe vi ofte finner ved alvorlige selvforstyrrelser i form av sviktende symboliseringsevne og brist i evnen til å skille indre fra ytre virkelighet.

Ved ustabilt tilknytningsmønster føler barnet seg utrygg både hos omsorgspersonen og på egenhånd. Det veksler mellom å søke og bryte kontakt uten å føle trygghet, gjerne preget av emosjonell overaktivisering. Dette mønsteret ser vi ofte hos voksne som sliter med hyppige brudd i relasjoner preget av brå veksling mellom positiv og negativ affekt.

Ved såkalt desorganisert tilknytningsmønster ses trekk fra både unnvikende og ustabil variant. Det viser seg som kaotiske og uforutsigbare væremåter senere i livet, hos personer som virker fragmenterte og bisarre i relasjon til andre.

Repetisjon av utrygghet og forvirring og forsvar mot dette vil hemme ny læring og utvikling av adekvat affektregulering, kontaktevne, ordnet selvoppfatning og realitetsforankring. Slike mønstre kan ses i fortellingene til mennesker med alvorlige psykiske forstyrrelser, for eksempel i tilknytningsintervjuet for voksne - Adult Attachment Interview (Brown & Elliott, 2016). Schore (2012, 2019) tenker at alvorlige psykiske lidelser kan ha deler av sitt utspring i utrygge samhandlings- eller kommunikasjonsmønstre. Disse gjentas nedfelt som nonverbale og ubevisste handlingsspråk i senere relasjoner, en type kroppslig, implisitt eller prosedural hukommelse. Den viser seg som lynraske reaksjonsmønstre som går forut for og hemmer ny læring via kognisjon.

Denne måten å regulere inntrykk utenfra og affekter innenfra på utvikles tidlig i fremre del av høyre hjernehalvdel. Langt senere utvikles venstre hjernehalvdels bevisste og språkbaserte bruk av erfaring til refleksjon, hukommelse, analyse, og planlegging. Mange mener derfor at ved alvorlige psykiske lidelser må mennesker primært møtes på det høyrehemisfæriske og grunnleggende førverbale planet. Hvis ikke vil de ikke ha utbytte av samhandlingen med andre på en måte som gir ny og helende læring. De vil fortsette å repetere gamle og veksthemmende mønstre. Glipper den førspråklige emosjonelle

kommunikasjonen, vil vi som relasjonsarbeidere ikke ha noen varig terapeutisk eller vekstfremmende funksjon. Det er fordi ordenes semantiske betydning her ikke har verdi som ny læring på dette grunnleggende nivået av selvorganisering.

Det trygghetsskapende og helende oppstår gjennom levd erfaring i møter med terapeuter og andre mennesker som ikke reaktiverer tidlig forankret utrygghet og det førspråklige handlingsbaserte forsvaret i form av angrep, flukt eller handlingslammelse. Pasient og terapeut kan ikke snakke seg til dette. De må leve seg til det over tid i møter som ikke bekrefter pasientens førspråklig forankrede utrygge forventninger til andre. Skjer det, opplever pasienten såkalt korrigerende emosjonell erfaring (Alexander, 1948). Da kan pasienten utvikle nye førspråklige mønstre preget av større trygghet og mindre repetisjon av de gamle utrygge.

Vedvarer dette, dannes nye nevro-nale baner. Dette måles som endret aktivering i den høyrehemisfæriske prefrontale, raske følelseshjernen og bedre forbindelser til og innenfor den venstrehemisfæriske språkhjernen. Levd trygghet i relasjoner danner slik grunnlaget for både metakognisjon og mentalisering (Dimaggio & Lysaker, 2010; Fonagy et al., 2002). En nedenfra-og-opp-terapi legger på denne måten grunnlaget for en

ovenfra-og-ned-terapi.

Vi kan bygge på minst fem kunnskapskilder i relasjonsarbeidet vårt. Samtlige kan brukes til å både forstå og korrigere dyp førspråklig kommunikasjonssvikt mellom pasienten og andre mennesker. Den viktigste er tilbakemeldinger fra pasientenes erfaringer fra levd liv. Vi kan i tillegg bygge på tilknytningsteori, psykodynamisk teori om overføring og motoverføring, spedbarnsforskning og nevrovitenskap (Schore, 2012, 2019). Jeg vil prøve å vise hvordan denne kunnskapen kan brukes for å unngå empatisk svikt i form av dyp relasjonell kommunikasjonssvikt. Det vil i praksis si en førspråklig, affektregulerende nedenfra-og-opp-terapi. Ved alvorlige psykiske lidelser må den gå forut for en mer kognitiv, mentaliseringsbasert terapi ovenfra-og-ned.

Ovenfra-og-ned-terapi forutsetter at rask og førspråklig affektregulering verken blokkerer eller overstyrer kognisjon. En annen forutsetning er at terapeuter kjenner seg selv best mulig for å kunne håndtere pasientens overføring på en terapeutisk måte. Det kan skje gjennom egenerapi, slik at de forstår sin egen funksjon som affektregulerende i egen motoverføring til pasienten. Dette er grunnlaget og kjernen i psykososial behandling som relasjonsarbeid. Freuds elev Sandor Ferenczi var en av de første som utforsket dette for snart hundre år

siden (Dupont, 1995; Ferenczi, 1933).

Ferenczis ideer om forveksling av barnespråket og voksenspråket

Freuds terapi var en slags enpersons-psykologi hvor terapeuten fortolket pasientens overføringer som uttrykk for intrapsyriske fantasier. Terapeuten ble forstått som eksperten som visste hva problemet var, og hvordan det skulle løses. Terapeuten avslørte heller ikke egne opplevelse til pasienten. Terapeutens motoverføring var ifølge Freud et uttrykk for en blind flekk eller psykisk forstyrrelse hos terapeuten som burde lukes bort gjennom mer egenterapi.

Ferenczi videreutviklet dette til en analyse av både pasientens overføring på terapeuten og terapeutens motoverføring på pasienten. Han så terapeutens motoverføring som en type mellommenneskelig samhandling som kunne brukes både diagnostisk og terapeutisk. Terapeuten var, ifølge Ferenczi, ingen ekspert som på forhånd visste hvordan pasientens utfordringer kunne løses. I stedet så han terapien som en gjensidig læringsprosess hvor både pasient og terapeut ble bedre kjent med seg selv og sin innvirkning på hverandre gjennom passende gjensidige selvavsløringer. Terapi blir et mer hermeneutisk og meningssøkende prosjekt der

terapeuten er en medaktør og ikke et nøytralt spill for pasienten. Theodor Reik (1948) og Paula Heimann (1950) var noen av de første etter Ferenczi som hevdet at en løpende analyse av terapeutens motoverføring er en uunnværlig kilde til kunnskap om begges tidligere historie, og nåtidige behov og konflikter som en repetisjon av disse. I dag hevder vi enda mer radikalt at terapeuten lytter med hele seg som en psykobiologisk «sonar» på tvers av alle sanser (Schore, 2012, 2019; Stern, 1985). Terapeuten «ser» med ørene, «lytter» med øynene og «forstår» med kroppslige fornemmelser i et sansemessig transmodalt modus. Terapeuten har ingen annen måte å bli kjent med pasienten på enn gjennom seg selv.

Dette tankegodset ble videreutviklet i relasjonelle, intersubjektive og hermeneutiske retninger innen den psykoanalytiske tradisjonen (Aron & Harris, 1993; Stolorow & Atwood, 1992). Det er særlig i forståelsen av terapi som en levende relasjonell erfaring med vedvarende læring begge veier Ferenczi var banebrytende. Han snakket om en utenomspråklig og førspråklig erfaring som springer ut av emosjonelle utvekslinger i samhandlingen mellom pasientens og terapeutens ubevisste.

Når mennesker kommuniserer med hverandre, kan vi si at de snakker to språk; voksenspråket og barnespråket.

I 1933 presenterte Ferenczi en teori som fikk store konsekvenser for synet på den terapeutiske relasjonen. Han hevdet at dersom terapeuten forveksler pasientens barnespråk med et voksenspråk, vil det føre til retraumatisering, stillstand eller sammenbrudd i den terapeutiske prosessen som følge av empatisk svikt fra terapeutens side. Det førte til større interesse for betydningen av ubevisste førspråklige prosesser.

Han tenkte seg at traumer oppstår i tidlige relasjoner når barnet pregenitalt søker trygghet, ømhet og trøst i sin kontakt med voksne, og den voksne besvarer dette med den voksnes rasjonelle tenkning, eller enda verre: den tilsynelatende voksnes genitale behov. Terapeuten kan ubevisst spille på pasientens behov, for å få dekket egne behov. Pasienten kan dessuten selv prøve å forsvare seg mot følelsen av å være et offer gjennom identifisering med den voksne aggressoren, i form av forførende promiskuøs atferd. Pasienten kan også prøve å være en «flink» pasient for å takkes terapeuten gjennom et prematurt skinn av voksenalder - ikke for å bli mer uavhengig av terapeuten, men for å beholde kontakten uendelig på et umodent avhengighetsnivå.

Møtet med terapeuten kan slik ende i en repetisjon av det opprinnelige traumatet dersom terapeuten ikke møter pasientens behov for en annerledes

og korrigerende erfaring. For eksempel kan terapeuten være blind for pasientens emosjonelle behov for trygghet eller ømhet og drive en for tidlig verbalisert kognitiv reformulering eller fortolkning. Av frykt for å havne i unåde hos Freud nedtegnet Ferenczi ideene sine i en hemmelig klinisk dagbok (Dupont, 1995). I det hele tatt ble ideer om førspråklige ubevisste prosesser som styrende for menneskelig atferd lenge satt under hard kritikk. Men fra 1990-årene har både nevrovitenskap og spedbarnsforskning gjort funn som styrker antakelsene fra tilknytningsteori og relasjonell psykoanalyse (Beebe & Lachmann, 2014). Disse funnene kommer vi ikke lenger utenom i forståelse og behandling av alvorlige psykiske forstyrrelser, om vi vil unngå empatisk svikt og stillstand i den terapeutiske prosessen.

Utviklingen etter Ferenczi: Terapi som gjensidig utviklingsprosess

Tradisjonen etter Ferenczi har hatt stor betydning for forståelsen av tidlig relasjonell utviklings betydning for terapi både med barn og voksne. Imre Hermann (1936) koblet etologi og Ferenczis teori da han studerte hvordan unger av høyere primater vekslet mellom å klamre seg til mor og å utforske omgivelsene på egen hånd før de ble relativt selvstendige. Uten mulighet til å søke trygghet hos

mor forble ungen hemmet i sin utforsking av verden og i voksen omgang med andre. Hermanns ideer kom til å prege senere tanker om tilknytning og spedbarnsforskning (Bebee & Lachmann, 2014; Bowlby, 1969; Mahler et al. 1975).

Mahler og medarbeidere studerte hvordan spedbarnets psykologiske fødsel forutsettes både av biologisk modning og en senere og mer langtrukken separasjons-individuasjonsprosess med kvalitativt ulike stadier i samhandlingen med mor, der hun brukes som en trygg base å utvide aksjonsradiusen fra. Slik utvikles normalt barnets totale avhengighet av omsorgspersonen gradvis over tid til mer moden avhengighet, egenomsorgsevne og evne til omsorg for andre. Terapeuter bør være seg bevisst hvilken fase av denne prosessen samhandlingen med pasienten befinner seg i, og søke å tilpasse seg den til enhver tid. Forsering av denne prosessen kan føre til at terapien blir en repetisjon av tidlige separasjonstraumer. Terapeuten mister sin funksjon som psykobiologisk affektregulator, hjelpeego eller proksimal læringssone for pasienten gjennom ubevisst eller bevisst å forutsette større egenomsorgsevne enn pasienten har.

Et hjelpeego kan defineres som terapeutens pol i et utvidet «vi-selv» med delvis utvasket opplevelse av grenser

mellom terapeuten og pasienten. Det kan sees som en type selvobjekt hvor terapeuten midlertidig ivaretar ego-funksjoner som mangler eller svikter hos pasienten, for eksempel affektregulering (Schoré, 2012, 2018), en å beundre eller bli beundret av (Kohut, 1977), metakognisjon (Dimaggio & Lysaker, 2010) eller mentalisering (Fonagy et al., 2002). Utilstrekkelig tilgang til en modnere person hemmer barnets eller pasientens utviklingsmessige behov. Balint (1968) beskrev konsekvensen av dette som en grunnleggende feil i personens psykiske utvikling. Terapi bør derfor ta sikte på å gi personen en slags ny start gjennom reparasjon av denne feilen. Vi vet imidlertid at ingen kan leve livet sitt om igjen fra starten av. Vi har med oss en fortid som vi også må prøve å finne en plass til. Franz Alexander (1948) kalte en slik «ny» start for en korrigerende emosjonell erfaring i møte med for eksempel terapeuter som ikke bidrar til repetisjon av gamle utrygge mønstre, men forstår pasienten på en måte som ikke bekrefter pasientens bange anelser. Dette må være emosjonell erfaring over tid som ikke kan forseres gjennom kort tids kontakt. Den kan heller ikke presenteres verbalt, logisk eller pedagogisk, men er resultatet av en helhetlig trygg holdning fra terapeutens side over så lang tid at nye nevronale baner kan etableres og konsolideres i nervesystemet gjennom mer optimale aktiveringsmønstre for ny læring (Cozolino, 2006).

Dette ble frem mot slutten av forrige århundre ofte avvist som romantisk spekulasjon. I de senere årene er vi blitt i stand til å dokumentere paralleller til tilknytningsatferd på et ubevisst, førverbalt, nevrontalt og fysiologisk plan. Beebe og Lachmann (2014) viser hvordan spedbarn og mødres hjerne inntoner seg på hverandre i en pardans av stimulering av kontakt og reparasjon av brudd i kontakten, lenge før barnet utvikler et verbalt språk. Schore (2012, 2019) viser hvordan dette først og hovedsakelig skjer i lynraske utvekslinger mellom mors og barns høyre hjernehemisfærer.

Høyre hemisfære er den tidligst utviklede delen av nyehjernen. I nær forbindelse med gamlehjernens amygdala og det limbiske system danner høyrehemisfærens prefrontale kjerner det tidligste grunnlaget for selvopplevelse og regulering av affekter. Vårt følelsesmessige og sosiale liv styres i stor grad av dette i form av lynrask, prosedural (implisitt, kroppslig) hukommelse. Først senere og på grunnlag av dette trer venstre hjernehalvdel i funksjon med refleksjon, hukommelse og planlegging som er språklig og begrepsmessig formulert. Ginot (2015) tenker seg at disse tidlige relasjonene nedfeller seg som ubevisste og førbevisste automatiserte reaksjonsmønstre i den prosedurale hukommelsen. Disse mønstrene aktiveres lynraskt i nye relasjoner og viser seg som såkalte

enactments, eller handlingsspråk.

Ved alvorlige psykiske lidelser kan veien til ord blokkeres av for hurtig emosjonell aktivering. Dermed blir affektregulering nødvendig for at eksplisitt kognisjon og refleksjon skal kunne finne sted. En av mine sterkt traumatiserte pasienter beskrev dette som at hun «mistet hodet». Jeg selv ble en stund målløs av angst for at hun ikke skulle komme ut igjen av denne tilstanden. Jeg opplevde også å miste både hodet og munn og mæle, inntil jeg igjen kunne støtte oss begge på ord og begreper.

Melanie Klein (1946) beskrev deler av denne prosessen som projektiv identifikasjon. Det vil si fravær av eller utvisking av opplevelser av grenser mellom selvet den andre, som blir bærer av egenskaper personen selv ikke evner å oppleve som sine egne. Klein formulerte dette som en intrapsykisk fantasi i barnet eller pasienten. Ogden (1979) har senere formulert det som en interpersonlig reguleringsprosess der avsenders projeksjoner får en styrende innvirkning på mottagerens atferd. Den andre innlemmes i en type «vi-selv» til bruk for egen emosjonell og kognitiv regulering, en slags psykologisk «dialyseprosess» der følelser og andre opplevelser som truer selvets integritet, ubevisst transporteres over i en annen person for mulig «avgiftning» før de kan tas tilbake som opplevelser knyttet til eget

selv. Winnicott (1987) og Stern (1985) beskriver mors evne til å møte barnet empatisk på dette planet som henholdsvis primær moderlig innstilthet og inntoning til barnets behov. Winnicott (1974) beskriver også hvordan tidlige relasjonelle traumer og sammenbrudd har foregått uten ord, og derfor etterlater seg opplevelser av et tomt rom som ikke har noen representasjon i form av ord.

Green (2000) viser hvordan Bions modell kan brukes til å forstå hvordan dette tomme ordløse mentale hullet kan gi opphav til autistiske fenomener der barnet gir opp å relatere seg til andre overhodet, noe som vekker uutholdelig følelser av livløshet i andre. Bion (1987) beskriver hvordan dette tidlige ordløse universet også kan være fylt av bisarre og usammenhengende opplevelser, som løsrevne tanker uten en tenker. Bion var en pionér i forståelsen av grenselandet mellom førverbale opplevelser og tenkning. Hans begrep containment eller romming omhandler omsorgsfigurer og terapeuters evne til å bære og regulere uutholdelig og kaotiske inntrykk på vegne av barnet eller pasienten inntil vedkommende har utviklet denne evnen selv. Slik bygges evnen til egen tenkning og kognitive formuleringer opp. Reverie er evnen til å konstruere mening via terapeutens undrende holdning, poetiske intuisjoner og bilder som vekkes. Tenkningen blir dermed i økende grad holdt oppe av bilder og

språklige symboler forankret i en felles forståelse, logikk og semantikk, en intersubjektivt konstruert ytre virkelighet i motsetning til den indre og subjektive virkeligheten. Før dette opplever personen seg strengt tatt ikke som et fortolkende subjekt, men som et objekt eller offer for omstendighetene.

Å lytte til hjertespråket i terapien

Dersom vi kaller den affektbaserte førspråklige kommunikasjonen for hjertespråket og den senere utviklede verbalspråklige kommunikasjonen for voksenspråket, kan vi kanskje bruke dette til å forstå kvaliteten på kontakt i den terapeutiske prosessen og eventuell retraumatisering som følge av empatisk svikt. For å unngå eller reparere empatisk svikt trenger pasienten vedvarende kontakt med andre som stiller seg til disposisjon som et trygt og holdende miljø. Andre som gjør seg tilgjengelig for en type proaktiv identifikasjon som ikke er repeterende, men rommende og korrigerende (Grotstein, 1986).

Ved alvorlige forstyrrelser i affektregulering, selvorganisering og relasjoner til andre kan vi som nevnt ikke appellere direkte til det som skulle vært utviklet av verbalt språk og rasjonalitet. Federn (1952) var en av de første som hevdet at ved psykosier

går det galt dersom vi fortolker på pasientens overføring. Fortolkning forutsetter dessuten at egofunksjoner som selvobservasjon, impuls kontroll og evne til å koble sammen nåtid og fortid uten å blande dem sammen er til stede, noe de ofte ikke er ved psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. I stedet må vi prøve å regulere overføringen her og nå, slik at den er mildt positiv. Et slikt mildere nivå av aktivering kalles gjerne et mulighetsvindu, der ny læring kan finne sted (Schore, 2012, 2019). Det muliggjør metakognisjon og mentalisering.

Metakognisjon defineres som evnen til å tenke om egen tenkning. Mentalisering som evnen til å reflektere over samspillet mellom egen og andres atferd, følelser og tenkning. Dette forutsetter mental og sosial forståelse som ofte er utilstrekkelig utviklet, svekket eller midlertidig falt bort ved de alvorligste formene for psykose og personlighetsforstyrrelse (Lysaker, Dimaggio & Brüne, 2014). Da kan vi ikke appellere direkte til pasientens metakognisjon eller mentaliseringsevne, altså en ovenfra-og-ned-strategi, men først gå veien nedenfra-og-opp, gjennom affektregulering.

Intervensjoner som psykodynamisk basert fortolkning, kognitiv reformulering eller psykoedukasjon vil skyte over mål uten å ha terapeutisk effekt. Voksenspråket fungerer ikke og medfører empatisk svikt med bortkastet tid

for både pasienten og andre, med nye opplevelser av forvirring, hjelpeløshet og håpløshet. Voksenspråket virker ubegripelig for pasienten og gir en følelse av å verken bli sett eller forstått. Først senere, når pasienten føler seg trygg og forstått, kan slike intervensjoner ha en terapeutisk effekt, slik de har med personer med tilstrekkelig nivå av tillit, språkforståelse og common sense.

I stedet bør vi i første omgang bygge på hjertespråket. Hjertespråket preges mer av *hvordan* ting gjøres og sies, enn *hva* som sies, og om det er samsvar mellom det som sies og gjøres. Det uttrykkes gjennom stemningen eller klimaet i miljøet og terapeutens bidrag som omgivelse for pasienten: om det er varmt eller kjølig, rolig eller fylt av spenninger, om miljøet er vennlig og respektfullt. Likeledes hvorvidt pasienten føler seg velkommen og hjemme der, om miljøet tilbyr trygghet i form av regelmessighet, forutsigbarhet, kontinuitet og varighet av kontakten, om miljø og terapeut fungerer som en container for pasientens angst, håpløshet, aggresjon og kaos. Det dreier seg om kvalitative aspekter ved pasientens omgivelse over tid virker beroligende og dermed helende, hvordan daglige møter med pasienten er preget av respekt, anerkjennelse og bekreftelse av hele personen, ikke bare fokus på symptomer og funksjonssvikt som låser pasientens opplevelse av seg

selv inne i rollen som pasient. Den helende effekten springer heller ikke mirakuløst ut av enkeltmøter med terapeuter, men oppnås gjennom den kumulative effekten av gode mikrohendelser i daglige aktiviteter og møter over tid.

Jeg tenker at hjertespråket bidrar til bedret tillit til andre og tryggere opplevelse av identitet og egenverd. Aktivisering av angrep-, flukt- og lamelsesresponsene vil avta. Dette åpner for senere verbaliserte ovenfra-og-ned intervensjoner preget av evne til tenking og konstruksjon av en personlig historie som er litt lettere å leve med for pasienten. Uten bevissthet om den helende effekten av disse førspråklige, førbevisste og handlingsbaserte intervensjonenes regulerende og strukturerende innvirkning på pasienten risikerer vi, som Ferenczi tidlig var inne på, å ikke forstå pasientens hjertespråk eller barnespråk ved å svare med vårt voksenspråk for tidlig.

Vi risikerer å møte pasientens førspråklige behov for trygghet og støtte med for tidlige forventninger om logisk tenkning og selvstendighet. Pasienten kan da i verste fall repetere et relasjonelt traume eller gi opp å støtte seg på andre i et dødfødt forsøk på selvtilstrekkelighet i et lukket univers, under forventning om at det ikke kan komme noe godt ut av møtet med andre. Terapiens mål bør derfor ikke

være opprettholdelse av prematur selvtilstrekkelighet, men å akseptere behovet for å støtte seg på andre når det er nødvendig og opparbeide tillit til å gjøre det gjennom tilstrekkelig trygghetsskapende møter med andre. Relasjoner kan bryte mennesker ned, men heldigvis også hele.

Terapi nedenfra og opp – et holdende miljø

Winnicott skiller mellom en holdende og en fortolkende funksjon hos terapeuten, mellom mor som omgivelse og mor som objekt. Før mor oppleves som et annet objekt eller subjekt adskilt fra barnet som det kan kommunisere verbalt med, gestalter hun barnets omgivelse som et vekstfremmende eller veksthemmende miljø. Hun må innstille seg selv etter barnets modningsnivå og kommunisere med barnet på en matchende måte og trekke barnets utvikling videre på en passelig krevende måte. Hun må representere det Vygotsky (1962) kaller den proksimale læringssonen, der hun tilbyr barnets umodne hjerne sin litt modnere hjerne for å unngå ren repetisjon og fremme ny læring. Med mor menes her den primære omsorgspersonen, individualterapeuten eller miljøterapeuten. I begynnelsen er det handlinger og ikke ord som er meningsbærende (Bruner, 1990). Ved psykiske lidelser preget av grunnleggende utrygghet i forhold til andre,

svekket eller forkastet opplevelse av eget selv, tankemessig kaos og emosjonell avflatethet eller ustabilitet bør ikke personen møtes med et miljø preget av brudd i forutsigbarhet eller kortvarige og stadig skiftende kontakter. I stedet bør vedkommende tilbys et miljø preget av egenskaper som kan korrigere for dette. Dette gjelder møtet med individuelle terapeuter, daglige aktiviteter i miljøterapi og bosituasjon.

Førreflekterende, handlingsbasert organisering av selvbevisstheten

Ogden (1989) presenterer måter å organisere tidlig selvopplevelse på som går forut for en tankemessig bevisst selvavgrensning fra omgivelsene. På dette utviklingsnivået oppleves ikke jeget på grunnlag av speiling via andre, men som en ubrutt rytme i en type aktivitet eller stimulus som innebærer at omgivelsene, verden, føles på plass. Det gir en førspråklig følelse av å henge sammen, som ved normal utvikling sikres gjennom gode og forutsigbare rutiner for omsorg og adekvat sansestimulering. Slikt er viktig å forstå i behandling av mennesker med grunnleggende angst for å gå i stykker eller forsvinne. Brytes den trygghetsskapende rytmen, går verden og den rudimentære selvorganiseringen i stykker. Det vil være en alvorlig form for empatisk svikt. Vi bør derfor ikke blokkere pasientens

ritualer før grunnlaget for trygghet og selvopplevelse er tilstrekkelig forankret i trygg nok tilknytning til andre personer. For å vurdere dette trengs også forståelse av pasientens relasjonsnivå og relasjonsevne.

Relasjonsnivå og relasjonsevne

McGlashan og Keats (1989) definerer relasjonsevne ut fra hvilket relasjonsnivå personen har utviklet eller fungerer på til enhver tid. Dette funksjonsnivået betinges av i hvilken grad relasjonelle partnere, for eksempel terapeuter eller nære andre, kan innstille seg selv på pasientens aktuelle relasjonsnivå. Skjer ikke det, er det en type empatisk svikt som kan hindre utvikling av en relasjon eller føre til brudd i relasjonen. Da må relasjonsbruddet repareres igjen før øvrige terapeutiske intervensjoner blir mulige. Slike brudd og reparasjoner er både uunngåelige, smertefulle og tidkrevende for begge parter, primært på et emosjonelt plan.

Første nivå kalles fravær av relasjon. Ingen andre har noen unik betydning for personen og kan byttes ut uten at det har noen emosjonell betydning. Det som betyr noe, er stemningen av vennligsinnethet eller trygghet som andre kollektivt evner å skape rundt pasienten, om de utgjør et varmt eller kaldt klima. Andre har preg av

objekter personen kan benytte seg av rent instrumentelt. For eksempel til å skaffe seg fyr eller en kopp kaffe. Her vil tilgjengelighet og velvilje til å la seg bruke helt konkret av pasienten være å forstå hjertespråket.

Neste nivå kalles bonding. Enkelte andre begynner å få en særstatus for pasienten. Ikke helt tilfeldig skumper pasienten borti eller henvender seg mer til noen enn til andre med spørsmål og behov. Da er det viktig å vise seg tilgjengelig og villig, uten å la seg friste til å introdusere eller forfølge tema terapeuten måtte ha interesse av. En bør heller signalisere at pasienten er velkommen tilbake. Det er for å unngå empatisk svikt i forhold til pasientens såkalte behov-frykt-dilemma i relasjon til andre.

Behov-frykt-dilemmaet har to aspekter. Det ene er at behovet for kontakt lett overskygges av sviktende evne til å stå i kontakt: Pasienten føler seg lett invadert eller utslettet av terapeuten. Det andre er trusselen om smertefull mening som kan oppstå i møtet med den andre. Eneste brukbare strategi mot dette vil være større distanse, eller angrep på forbindelser. Løsningen ligger her i at pasienten får beholde sin frihet til å regulere intensiteten i kontakten inntil det oppnås et optimalt aktiveringsnivå, som igjen gir trygghet nok til å stå lenger i kontakten og utvikle den til medium for samtale og refleksjon. Håpet er at bonding-prosessen

utvikler relasjonsevnen til et nivå av tilknytning. Tilknytning kjennetegnes ved at ingen av partene i relasjonen lenger kan byttes ut med en annen uten at kontakten svekkes eller opphører. Terapeuten har fått en unik plass i pasientens bevissthet og omvendt, også når de ikke er fysisk til stede for hverandre. De kan drømme om hverandre, savne hverandre og være redde for å miste hverandre.

Oppløsningsangsten som preget tidligere relasjonsnivåer, viker gradvis for separasjonsangst. Den primære angsten er ikke lenger for å gå i oppløsning eller opphøre å eksistere, men å miste eller ikke ha tilstrekkelig kontroll over den andre. Vi ser mer bruk av splitting som forsvar for å beskytte det gode bildet av den tilgjengelige andre fra det vonde bildet av den utilgjengelige andre. Pasienten kan ubevisst gjøre posisjonen som den passivt forlatte om til den aktivt avisende for at terapeuten skal få kjenne på den uutholdelige smerten ved å søke kontakt med en som er utilgjengelig. Dette er forsvar i form av identifikasjon med aggressor.

Det oppstår en ny og krevende intensitet og omskiftelighet i relasjonen. Reaktiveres og opprettholdes separasjonsangsten her ved at terapeuten enten innbilt eller reelt ikke er tilgjengelig i tilstrekkelig grad, kan pasienten kastes tilbake i opplevelsen av at ingenting holder ham. Resultatet

blir fornyet angst for oppløsning og forsvinning. Faren for psykotisk kaos og forvirring øker. Som et forsvar mot opplevelsen av andres utilgjengelighet kan pasienten i verste fall prøve å overleve som selvtilstrekkelig utenfor et menneskelig fellesskap (Green, 2000). Personen gir opp å forholde seg til mennesker som avviser eller kan mistes, og søker tilflukt i en tilstand av ikke-følelser og tomhet, eller forholder seg til gjenstander, som det er lettere å ha kontroll over.

Det er derfor viktig å ikke tolke intens og vekslende kontaktsøking som forverring, men som tegn på økt vitalitet og ledd i en tilfriskningsprosess. Kernberg (1995) ville si at pasienten nå er i en overgang fra et psykotisk funksjonsnivå til et borderline funksjonsnivå. I terapi med alvorlige psykiske lidelser anses det som en ønsket utvikling. Å innrette intervensjonene deretter er å lytte til hjertespråket og forebygge empatisk svikt. Når relasjonsevnen er utviklet til et stabilisert nivå av tilknytning, kan en begynne å bruke relasjonen til en arbeidsallianse for nærmere bestemte mål og midler i terapien. Det bør først skje ved at terapeuten aktivt og støttende fungerer som et slags hjelpeego, deretter som moralsk støtte på et mer analytisk nivå. Det fører for langt å gå videre inn på dette her, men det er solid grunnlag for å påstå at utviklingen av relasjonen har en helende funksjon i seg selv. I tillegg er den et medium for senere å

komme i posisjon med spesifikke terapeutiske teknikker rettet mot funksjonssvikt og symptomer.

Terapeuten som psykbio- logisk affektregulator - forutsetningen for terapeutisk bruk av kognisjon

Vi har i dag en langt dypere forståelse enn før av hva som skjer på et nevrofysiologisk plan parallelt med det observerbare sosiale samspillet i både nedbrytende og helende, vekstfremmende relasjoner (Schore, 2012, 2019). Ved nedbrytende samspill repeteres en syklus av overaktiverende sympatikusaktivering og underaktiverende parasympatikusaktivering. I tillegg settes organismen i en konstant hormonell stresstilstand via kortisolutsondring.

For høy eller for lav aktivering i sentralnervesystemet blokkerer for nye relasjonelle erfaringer og endret kognisjon i samsvar med disse. Det blir ikke noe rom for refleksjon i et såkalt terapeutisk vindu. Dette blokkerer eller forsinker utviklingen av en selvbevissthet med evne til metakognisjon og mentalisering. Gjøres personens kroppslig innarbeidede ubevisste forventninger om overgrep, utestengning eller invadering fra andre til skamme tilstrekkelig ofte og lenge, ses ikke lenger så raskt og sterk over- og

underaktivering. Angrep, flukt og frys-responsene svekkes til fordel for mer rolig tilstedeværelse, oppmerksomhet og kontakt.

Mildere aktivering gjør ny læring mulig, for eksempel registrering av unntak fra trusler om invadering eller avvising gjennom erfaring av at den andre respekterer pasientens personlige integritet og urørbarhetssone. Personen klarer å holde seg til stede her og nå og styres ikke i samme grad av lynraske, automatiserte førspråklige responser. Det gir ro nok til at personen i økende grad kan ta i bruk venstre-hemisfæriske og språklige funksjoner som begrepsdannelse, eksplisitt hukommelse, erfaringer, fremtidsrettet planlegging og konsekvensanalyse - såkalte eksekutive funksjoner. En ser fremveksten av et kategorialt og historisk selv som opplever seg selv som et velgende og handlende subjekt. Som ser grensen mellom selv, andre og andres uavhengige bevissthet. Dette kan i første omgang ikke oppnås med voksenspråkets verbaliserte, kognitive intervensjoner, men gjennom gjentatte og vedvarende møter med andre som har en respektfull, rommende og speilende funksjon - altså via hjertespråket.

Metakognisjon og mentalisering: Å bli et dialogisk selv og sin språklig uttrykte narrativ

Personens endrede opplevelse av seg selv og andre dukker ikke frem i noen endelig form ved etablering av optimal aktivering. Dette muliggjør i første omgang kun en speiling av det Lysaker & Lysaker (2008) kaller ulike selvposisjoner, for eksempel selv som respektert, stemmehører, eier av en følelse, bror, passasjer eller opphav til en tanke. Terapeutens oppgave er heller ikke å presentere historien om personen fiks ferdig for vedkommende ut fra eget for godtbeholdende eller teoretiske ståsted. I stedet inntar terapeuten en dialogisk, undrende og lekende holdning til pasientens selvfragmenter i håp om at pasienten selv etter hvert kan overta den betraktende, dialogiske og undrende holdningen til sine egne opplevelser. Pasienten bør slik bli i stand til å sette selvposisjonene sammen til en akseptabel og presenterbar fortelling om seg selv.

Det bør gjøres tydelig at det er to undrende personer i rommet med hver sin fortelling, hver for seg og sammen, men at de er innstilte på å lytte til og å forstå hverandre. Her er det ikke ulike selvposisjoner som klare roller det dreier seg om, men ulike selvposisjoner som mer eller mindre organiserte tanker og følelsestilstander. De har i

første omgang preg av det Bion kaller tanker uten en tenker (Green, 2000). Det er et hovedanliggende i psykose-psykoterapi å etablere og synliggjøre en tenker for tankene, en bevissthet om egen subjektivitet, som subjekt underkastet sosiale lover (Lacan, 1993).

Lysaker & Lysaker (2006) viser tre ulike før-dialogiske selvorganiseringer som eksempler: Et karrig selv fattig på følelser eller tanker, et kakofonisk selv fullt av kaotiske tanker og følelser og et monologisk selv som konstant bombarderes av de samme og urokkelige stemmene eller ideene. Utfordringen ligger i å hjelpe personen til å etablere en betraktende metaposisjon overfor slike selvorganiseringer, som fremmer distanse og kommunikasjon om dem. Dette blir i første omgang terapeutens oppgave, men hele tiden med invitasjon til at pasienten selv overtar den ytre dialogen med terapeuten som en indre dialog med seg selv, altså etablering av et dialogisk selv.

Et dialogisk selv bidrar også til etablering av en interpersonlig konsensus rundt hvem personen er både i egne og andres øyne. Det fins eksempler på at personer presenterer en forståelse av seg selv som er helt privat og idiosynkratisk. Den kan være sammenhengende og logisk oppbygd, men konstruert monologisk og uten i dialog eller felles forståelse med andre. Den ender utenfor *common sense* eller

sosial innforståthet.

Vi kaller gjerne slike konstruksjoner for vrangforestillinger. Problemet er at forståelsen av selv og verden ikke deles av andre. Den er ifølge Lacan (1993) imaginær eller innbilt, ikke symbolsk i forstanden forankret i et felles språk. Den er som en vanskelig begripbar dialekt, i ekstreme tilfeller med ukjente ny-ord (neologismer). Personen sliter med å både gjøre seg forstått og å bli forstått.

For at disse semantiske prosessene skal fungere som metakognisjon og mentalisering må altså tidlig og rask affektregulering først fungere optimalt. I denne sammenhengen er det Schore kaller førspråklige nedenfra-og-opp-intervensjoner, å betrakte som en forutsetning for at en skal kunne komme i posisjon til Fonagys mer språklig baserte mentaliseringsstrategier ovenfra-og-ned. Dette gjelder i enda større grad kognitiv terapi (CBT), som primært er rettet mot tenkningens innhold og ikke selve forutsetningene for at tenkning skal kunne finne sted. Dette gjelder særlig tidlige varianter av CBT som ikke i tilstrekkelig grad inkorporerte en forståelse av terapeutens funksjon i relasjonen som en regulerende og strukturerende faktor i terapien.

Relasjonsdiagnostikk og relasjonsarbeid i psykisk helsearbeid

Individualterapeuter, miljøterapeuter og nære andre har størst betydning som miljø for personer med alvorlige psykiske lidelser. Først i neste omgang og parallelt med dette har de betydning som individuelle støttespillere for den som er redd, ulykkelig og forvirret. Men de har også her ulike funksjoner som relasjonspartnere for pasienten, alt etter pasientens individuelle utforming av behov, angst og konflikter.

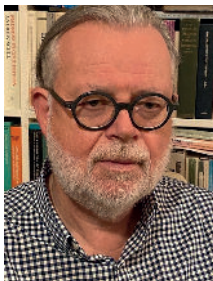
Denne forståelsen er etter mitt syn den viktigste grunntanken i Thorgaard og Hagas (2007) begrep *relasjonsdiagnostikk*. Noen pasienter har behov for tilførsel av vitalitet, omsorg og trygghet, andre for tegn på anerkjennelse og respekt, eller erfaring med å ikke bli utsatt for vold eller overgrep. I likhet med mange terapeuter benytter også pasienter teori som et intellektualiseringsforsvar. Teori kan være bolverk mot kaos, forvirring, avmakt og angst. Det er viktig at vi ikke tar slike verbalspråklige uttrykk som en grunnforankret innsikt eller forståelse, men som et forsvar pasient og terapeut trenger inntil det er nok trygghet og tillit til å snakke om det utfordringene egentlig dreier seg om.

Terapeuten må på den ene siden ta høyde for at personen trenger både

det nonverbale og verbale psykiske forsvaret sitt for å overleve psykologisk. På den andre siden må terapeuten arbeide for at uhensiktsmessig forsvar gradvis erstattes av et som er mer basert på trygghet og en klarere forståelse av forholdet mellom en indre og en ytre virkelighet. Det tar tid. Derfor trenger vi også å komme bort fra helsevesenets fobiske forhold til avhengighet og varige relasjoner.

Det er nemlig trygge og varige relasjoner mennesker med alvorlige psykiske lidelser trenger, for å klare å erstatte umoden med modne former for avhengighet. Det vil si å klare seg selv der det er mulig, men å søke hjelp og støtte hos andre når det trengs. Da er det viktig å vite hvor og hvordan en har nødvendige og stabile støttespillere. Veien videre fins verken i form av demoner eller engler, men av gode nok og forståelsesfulle medmennesker, andre som setter hjertespråket fremfor voksenspråkets begreper, visdomsløse kunnskap og logikk. Det er ikke primært hva som sies, men hvordan det sies, som er avgjørende. Det er ikke sporadiske møter som er avgjørende, men gode og varige relasjoner til andre som viser sin egen menneskelighet, som bidrar til healing.

Leif Jonny Mandelid
Spesialist i klinisk psykologi
Undervisningsleder SEPREP UPP
lejoma@online.no



Referanser

Alexander, F. (1948). *Fundamentals of psychoanalysis*. W. W. Norton.

Aron, L. & Harris, A. (red.) (1993). *The legacy of Sandor Ferenczi*. The Analytic Press.

Balint, M. (1968). *The Basic Fault*. Tavistock.

Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2014). *The origins of attachment: Infant research and adult treatment*. Routledge.

Bion, W. R. (1987). *Second Thoughts*. Karnac Books.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Volume 1: Attachment*. The Hogarth Press.

Brown, D. P. & Elliott, D. S. (2016). *Attachment disturbances in adults. Treatment for comprehensive repair*. W. W. Norton.

Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Basic Books, Inc.

Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships*. W. W. Norton.

Dimaggio, G. & Lysaker, P. (red.). (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders*. Routledge.

De Masi, F. (2000). The unconscious and psychosis. Some considerations on the psychoanalytic theory of psychosis. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 1 – 20.

Dupont, J. (1995). *The clinical diary of Sandor Ferenczi*. Harvard University Press.

Federn, P. (1952). *Ego psychology and psychosis*. Basic Books, Inc.

Ferenczi, S. (1933/1949). Confusion of the tongues between the adult and the child. The language of tenderness and passion. *International Journal of Psycho-Analysis*. 30, 225 - 230.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.

- Ginot, E. (2015). *The neuropsychology of the unconscious. Integrating brain and mind in psychotherapy*. W. W. Norton.
- Green, A. (2000). The primordial mind and the work of the negative. I Talamo, B. G., Borgogno, F. & Mercani, S. A. (red.), *W. R. Bion – Between past and future* (kap. 8). Karnac Books.
- Grotstein, J. S. (1986). *Splitting and projective identification*. Jason Aronson.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*. 31, 81 – 84.
- Hermann, I. (1936). Sich-Anklammern, Auf-Suche-Gehen. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 22, 349 – 370.
- Kernberg, O. (1995). Den strukturella intervjun. I *Såra personlighetsstörningar* (kap. 2). Natur och Kultur.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. I *Envy and gratitude* (1980, kap. 1). The Hogarth Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. International Universities Press.
- Lacan, J. (1993). *The Psychoses*. Routledge.
- Lysaker, P. H. & Lysaker, J. T. (2006). Psychotherapy of schizophrenia: An analysis of requirements of individual psychotherapy for persons with profoundly disorganized selves. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 171 – 189.
- Lysaker, P. H. & Lysaker, J. T. (2008). *Schizophrenia and the fate of the self*. Oxford University Press.
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G.D. & Brüne, M. (red.) (2014). *Social cognition and metacognition in schizophrenia*. Academic Press.
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergmann, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Basic Books.
- McGlashan, T. H. & Keats, C. J. (1989). Psychotherapy process descriptors. I *Schizophrenia. Treatment process and outcome* (kap. 9). American Psychiatric Press.
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*. 60, 357 – 373.
- Ogden, T. H. (1989). On the concept of an autistic-contiguous position. *International Journal of Psycho-Analysis*. 70, 127 – 140.
- Reik, T. (1948/1975). *Listening with the third ear*. Farrar, Straus, Girox.
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. W. W. Norton.

Schore, A. N. (2019). *Right brain psychotherapy*. W. W. Norton.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.

Stolorow, R. D. & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being. The intersubjective foundations of psychological life*. The Analytic Press.

Thorgaard, L. & Haga, E. (2007). *Relationsbehandling i psykiatrien. Bind I – V*. Hertervig Forlag.

Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and Language*. MIT Press.

Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*. 1, 103 – 107.

Winnicott, D. W. (1987). *The maturational processes and the facilitating environment*. The Hogarth Press.