

Innebörden av tid i psykoanalytisk psykoterapi

Bakgrund, syfte och metodologiska överväganden

Gudrun Olsson

För en utomstående kan den tid patient och psykoterapeut tillbringar tillsammans verka orimligt lång. Det krympta tidsperspektivet med betoning på effektivitet och snabba åtgärder idealiseras i vår samtid. Att berätta sin historia, omforma den och pröva den måste dock ta sin tid (Olsson, 2008). Syftet med en studie som gjorts vid Göteborgs Psykoterapiinstitut var att försöka fånga innebörden av tid i psykoanalytisk psykoterapi. Vad används tiden till såsom patienter upplever det och såsom vi förstår det utifrån vår psykoanalytiska tolkningsram?

I sann fenomenologisk anda började vi vårt undersökande i den vardagliga psykoterapeutiska livsvärlden. Livsvärlden är ett fenomenologiskt begrepp och omfattar den konkreta verklighet som vi möter genom vår levda erfarenhet. Vi lever dagligen i den och tar den för given. En annan utgångspunkt var den hermeneutiska tanken att all erfarenhet förutsätter en tolkningsram inom vilken den kan existera.

Fem patienter intervjuades (som gått i terapi 1, 1.5, 3, 5 respektive 7 år). Intervjuerna spelades in och transkriberades. Intervjuerna byggdes upp kring själva terapiberättelsen. Vilka föreställningar om terapi fanns? Hur upplevdes början av terapin, första sessionen, första mötet med terapeuten? Vad innebar terapins längd i sin helhet, sessionens längd? Hur upplevdes relationen till terapeuten och hur talade man om den? Hur uppfattades planerade och oplanerade uppehåll? Hur var det att avsluta sessioner, avsluta terapin? Hur talade man om avslutningen? Det var en uttalad strävan att genom hela intervjun framlocka exempel, konkreta situationer av positivt och negativt slag, inte allmänna beskrivningar. Grunden i den humanvetenskapliga, narrativa forskningstraditionen är att fullt ut erkänna exemplets makt i kunskapsbildningen.

Tre faser i analysen kan urskiljas, som har stora likheter med den fenomenologisk-hermeneutiska metod för textanalys som Lindseth och Norberg (2004) har utvecklat, som i sin tur är inspirerad av Ricoeurs tolkningsteori (1976). Vi kan kalla de tre faserna kontextualisering, dekontextualisering och rekontextualisering.

Kontextualisering gick till på följande sätt. Den s.k. närläsningen var ett associativt, tidskrävande läsande, som mynnade ut i en helhetsförståelse av terapiberättelsen och formulerades i en sammanfattande text. Vi behöll kontext och frågade oss: Vad innebar tiden för just denna patient? Vi kom att associera till eget terapiarbete och eget liv i syfte att lära känna vår för-förståelse i Gadammers anda. I fenomenologisk mening försökte vi göra oss naiva, dvs. att växla från den naturliga attityden av det för givet tagna (livsvärlden) till den fenomenologiska attityden, som innebär ett parentessättande av vår teori, vår erfarenhet, vår för-förståelse - så långt det nu är möjligt.

Dekontextualiseringen är en fas, då inte längre kontext, sammanhanget för varje intervjuperson behålls. Terapiberättelserna plockas sönder. Ricoeur (1976) talar om en strukturell analys, som spelar en förmedlande roll på väg mot tolkning. Detta är enligt min erfarenhet en kritisk fas, där man lätt kan börja räkna hur många gånger något nämns av hur många personer. För visso kan man få en viss vägledning i sin analys då man ser hur något upprepar sig, men det är lika viktigt med det som visar sig bara en enda gång.

Rekontextualisering innebar att vi skapade ett nytt sammanhang åt våra teman. Parenteserna upphävdes, och med utgångspunkt i den strukturella analysen lät vi teorier, kritisk reflektion och patientröster leda oss fram mot en ny tolkad helhet, i vilken fem innebörder av tid kunde urskiljas: tiden det tar att komma in, att älta, att nå botten, att bli en i mängden och att komma loss.

Att komma in

Ann-Mari Seldén

Vad är det som gör att en patient kommer in i terapin medan en annan inte gör det? Vad menas med att komma in? Innebörden av den tid det tar att komma in illustreras av en terapiberättelse, där patienten Alice uppvisar svårigheter i detta avseende.

Så här beskriver Alice sin upplevelse av det terapeutiska mötet och dess inramning: *”Att sitta där i rummet, som kändes så speciellt - atmosfären, stillheten, inredningen, jag älskade det rummet, en neutral plats som var till för mig - där kunde jag tala ostört och någon lyssnade uppmärksamt; det var det som var en speciell upplevelse.”* Alice frammanar här bilden av ett lyckligt barn tryggt vilande i modersfamnen. Terapeuten ammar henne med sin uppmärksamhet. Alice har en hungrig mun, *”ett stort hål som absorberar uppmärksamhet,”* säger hon. Hon får tala obehindrat, terapeuten stör inte genom att tillföra något eget utan anpassar sig till Alice's behov. I det tillstånd Alice befinner sig finns inget annat än mig-själ. Terapeuten är inte någon medtänkare; ingen gemensam lek förekommer. Alice säger: *”Terapeuten satt där bara för att höra min berättelse; hon var inte känslomässigt engagerad i den. Genom att berätta min historia kändes det som jag redan då fick insikt om samband.”* Alice har ännu inte placerat terapeuten i yttervärlden. Hon kan därför inte uppleva något annat än en slags självanalys, där hon använder terapeuten som en projektion av en del av självet. Hon kan ha glädje av denna terapeutiska upplevelse, men för att komma in i terapin och förändras krävs det att terapeuten tillåts tillföra något nytt utifrån sina egna kvaliteter (Winnicott, 1981).

”Att komma in” väcker föreställningar om ett rum som väntar på att någon träder in i det. Här avses ett skeende över tid - hur patient och terapeut, genom sitt relaterande, skapar ett rum för tankelek och reflektion. ”Det potentiella rummet” är en plats där inre och yttre verklighet möts och där patienten, i dialog med terapeuten, kan experimentera med sin inre värld och med sitt

förhållande till den yttre verkligheten. Här äger psykoterapin rum i form av en gemensam lek och ”*när det inte går att leka måste,*” som Winnicott (1981) framhåller, ”*terapeutens arbete inrikta sig på att föra patienten från ett tillstånd där han inte kan leka till ett tillstånd där han kan leka*” (s. 59). Detta arbete kräver tid.

För Alice framstår den terapeutiska ramen som en lugn och trygg modersfamn, vilket kan främja en önskan att få stanna kvar där. Om ramen förblir självklar, osynlig och stum blir den mottagare av den mest odifferentierade delen av patientens och terapeutens personligheter. Illusionen om sammansmältning kan på så sätt frodas. Ramen fungerar som ett skydd mot separationsångest (Bleger, 1967; Künstlicher, 1998). Det är inte förrän en förändring inträffar i ramen som den blir synlig. Förändringen kan av patienten upplevas som ett brott i det kontinuerliga varandet. Den aspekt av ramen som företräder den oundvikliga verkligheten kan få träda fram och därmed också avstånd och separation mellan terapeut och patient (Künstlicher, 1998). I Alice's fall representeras den oundvikliga verkligheten av terapeutens önskan om semester - hon har ett liv utanför terapirummet, ett liv som patienten är utestängd ifrån. Alice's ångestfyllda ord inför sommaruppehållet vittnar om katastrofkänslor: ”*Jag vet att jag tänkte: Shit, hur skall det här gå, hur skall jag klara det här?*” För Alice löser sig problemet genom att hon under uppehållet blir gravid. Med hjälp av sin graviditet kan hon nu ersätta det tidigare sammansmälta tillståndet med en annan form av sammansmältning, nu med ett ofött barn. I avslutningsfasen markerar hon sitt totala oberoende av terapeuten – hon vilar i sin egen famn och vill inte störas. I Alice's gravida tillstånd finns det ingen plats för den tredje: ”*Jag kunde bara fokusera på mig själv. Terapeuten satt i bakgrunden. Det kändes bra att ligga ned; då var jag i mig själv. Allt annat var bakgrund.*” Det är en scen som andas stillhet, orörlighet, ödslighet och självspjuling. För Alice öppnas inte dörren till det potentiella rummet. Hon ger sig inte den tid som skulle behövas för henne att komma in i terapin.

Att älta

Elise Lyngsö

”Jag tiger medan jag talar” (Herta Müller, 2009, s. 37).

Några av de intervjuade hade en upplevelse av att de under den första tiden i terapi höll på med något, som de kallade för ”bara prat” eller ”ältande.” Ett sätt att tala medan man talar. Något är stumt och nertystat. De beskrev att det var något de gjorde innan det ”riktiga” terapeutiska arbetet kunde börja. En patient beskrev att *”det tog ett år /.../ tills det blev något.”* En annan sade: *”Det var mest prat, men det kändes som jag behövde det också /.../ det var inte så mycket känslor. Jag satt upptagen med frågan: Vad ska vi prata om idag? Jag ville ha en färdig agenda /.../. Att terapi inte handlar om det tog det några månader att förstå.”*

Vad är då innebörden av den tid det tar att älta och hur kan ältandet komma till uttryck? Att älta är synonymt med att knåda. När vi älta eller knådar en deg ändrar den struktur både på insidan och på utsidan, men fortsätter man att älta på samma sätt förstörs degen. Spänsten försvinner och möjligheten att skapa något ätbart går förlorad. Att älta är att noggrant tänka på något, vända och vrida men aldrig hitta det som behövs för att förändring ska ske. Som en metafor kan man säga att man aldrig hittar en ugn med en högre temperatur som kan förvandla degen till ett färdigt bröd. Och det är en högre temperatur vi är ute efter i psykoterapi, men det kan bli för heta känslor för att man ska stå ut. En kvinna säger: *”Det tog nog ett år tills det blev något; då sa jag, nu slutar jag!”* Det blev för hett. Impulsen att fly för att undvika ångest tog över.

Ältandet kan ses som en berättelse som formats i ett försök att skapa mening och sammanhang utan att alltför starka känslor berörs. *”Ord är jag bra på men orden måste hitta känslan,”* säger en intervjuad. Berättelsen är ett försvar mot sammanbrott. Enligt Betty Joseph (1981) skapar varje människa sina egna

komplexa försvarssystem, egna omedvetna metoder för att behålla psykisk balans och stabilitet. En anledning till att söka psykoterapi kan vara att metoden inte längre räcker till för att undvika ett sammanbrott.

Ältandet kan dölja en enorm rädsla för att möta sin egen utsatthet och sitt behov av närhet. Man kämpar med näbbar och klor för att hålla terapeuten på avstånd: ”*Det var mycket kamp i början, väldigt mycket rädsla /.../ jag kunde dra iväg och citera texter och visa mig på styva linan. Men han (terapeuten) förhöll sig likadant med mig och det blev på något sätt en trygghet och en vila i det.*” Att briljera antar ältandets och struntpratets former. Anne Alvarez (2001) säger att försvar har en skyddande funktion och är inte något, som ska modifieras. Det är viktigt att gå långsamt fram, att vara försiktig och respektfull gentemot patientens sätt att hantera sin situation. Det är viktigt att möta patienten där han är och inte “*pushing him to be where he is not yet*” (s. 44).

Vidare kan ältandet, det tomma pratet, komma till uttryck i en önskan om att uppfylla andras förväntningar. En intervjuad berättar att hon till en början var mycket mer fokuserad på att vara terapeuten till lags än att lyssna på sina egna behov av förändring: “*I början var jag ju väldigt orienterad till att vara duktig. Vad förväntas av mig nu? Säger jag rätt saker och sådär?*” Även om avsikten med att börja i psykoterapi är en önskan om förändring, är det ändå viktigt att undersöka människors verkliga inställning till förändring (Joseph, 1981). Vi behöver förstå den underliggande oron. I vissa stunder är vi närmare ett depressivt förhållningssätt. Då kan vi stå ut med en känsla av eget ansvar, att känna smärta och skuld. Vid andra tillfällen styrs vi av mer schizoparanoida förhållningssätt med mera projektioner och idealiseringar.

Sammanfattningsvis kräver ältandet eller struntpratet sin plats, inte minst därför ”*att prata strunt med egna ord är ju nästan bättre än att tala sanning med andras. I första fallet är man*

människa, i andra fallet är man en papegoja” (Dostojevskij, 1866/1998, s. 238).

Att nå botten

Annika Coster

Intervjupersonerna beskriver ögonblick av att falla och nå botten. En inre topografi framträder i terapiberättelserna, eller som en patient uttrycker det: *”Till slut bottnar man ju.”* Vad innebär det att falla i psykoterapi och att nå en botten? Ett sammanbrott inträffar någonstans i mitten av terapin, ett fall till botten, som kan ta sig kroppsliga uttryck. En person hade upplevelsen av att rent fysiskt tryckas ned i divanen: *”En destillerad närvaro. Minns att jag hade kroppsliga reaktioner. Trycktes ner i divanen. Det blev kompakt, precis som den satt ihop med mig själv.”* Personen beskriver att han tidigare hade levt i två skikt med ett vacuum emellan. Trycket ner i divanen upplevdes som att sitta ihop med sig själv. Sammanbrottet innebar ett sammanfogande. Vi kan tänka oss att just i det ögonblicket äger en integration rum mellan två tidigare delvis oförenliga delar av personens inre. Vi kan förstå det som ett ögonblick av att vara levande i sitt eget liv i skydd av någon, ett objekt som omsluter, en divan eller en psykoterapeuts närvaro.

I ett annat exempel på sammanbrott beskriver en patient hur rösten försvann: *”Det tog tid innan jag krackelerade /.../ då sa jag, nu slutar jag, för då hände det att jag tappade rösten.”* När rösten spricker, vill personen sluta sin psykoterapi. Försvaret blir att försöka ta sig ur situationen. Kanske handlar sammanbrottet om att släppa en inre organisation som avvärjt varje beroende till en annan människa. Varit sig själv nog. I Ibsens Peer Gynt (1867) sägs att det som skiljer människan från trollen är det lilla ordet ”nog”. Trollen är sig själva nog. Herbert Rosenfeldt (1971) beskriver hur patienten kan vara i händerna på ett inre maffiagång. Att behöva någon annan uppfattas då som en källa till svaghet och sårbarhet. En tyst agenda i terapin kan vara att triumfera över beroendet till terapeuten. Att vara utelämnad till

den andre är ett riskfyllt ögonblick. Kommer jag att tas emot eller krossas mot klipporna? Vi kan tänka oss ögonblick i psykoterapi som ”moments of catastrophic change”, stunder av rädsla för det okända, sekunder innan patienten släpper taget om tidigare förhållningssätt till förmån för ett nytt.

Rösten försvinner för patienten som kunnat förföra med ord, överleva med hjälp av ord. Nu blev det tyst. Vad skall hända nu? Ett fall, en förlust av röst och försvar. Kroppen som faller ner som genom vatten. Ytans ljud och röster tonar bort. Först då blev livet verkligt. Patienten fortsätter: *”Hur det blev då? Tiden blev längre i tystnaden. Ett andrum och ett kliv i min process. En botten och där började det egentliga arbetet. En punkt där livet blev verkligt.”* Där nere på botten förändras tidsupplevelsen, och en ny början bereds väg.

Patienten reflekterar vidare: *”Mitt liv började där. Jag började ta form, bli den som jag egentligen var. Röstattningen var som en yttre avskalning, ett experiment, där jag skulle se om jag hade något värde.”* Fanns en känsla av att inte ha något värde för någon annan eller sig själv? Winnicott (1960) beskriver hur ett barn till följd av omgivningens bristande hållande tidigt kan skapa ett ”portvaksjälvt”, ett falskt själv som administrerar kontakterna med omgivningen och skyddar personens ”sanna själv” från exploatering. Det lever gömt som en möjlighet innanför porten för att tinas upp i en relation. Portvakten kan då sakta lämna sin tjänst och låta de boende i huset själva ta nyckeln i besittning. Genom ett fruktbart arbete kommer en punkt där patienten ställs inför ett val. När botten i terapin nås, överlämnar patienten sitt falska själv till sin psykoterapeut. Kanske är denna förändring inte möjlig utan ett inre fall till en botten.

Att bli en i mängden

Lena Lundqvist

Flera patientberättelser vittnar om erfarenheten att bli ”en i mängden” och den psykologiska utveckling detta innebär. En patient beskriver hur han efter flera års terapi kunde bli ”en i

mängden”: ”*Det plågsamma var att se att jag bara var en i mängden /.../ samtidigt var det det som var så välgörande /.../ det är ju så dubbelt, så därför blir det plågsamt också det som gav mig liv på något sätt, det som gav mig frisk luft.*” Det var smärtsamt att lämna ett omnipotent förhållningssätt, att bara vara ”en i mängden” men också nödvändigt för att få frisk luft och kunna andas.

Vad krävs då för att kunna lämna ett omnipotent förhållningssätt och hur bidrar terapeuten? Kanske vi kan söka något av svaret i en patients tankar om vad terapin innebar: ”*Det kändes så skönt att fritt få berätta, att ha någon som lyssnade och att jag hade så lång tid på mig att berätta /.../ Jag behövde inte förklara eller försvara något /.../ prata utan att vara rolig eller smart eller säga något klokt. Jag kunde bara vara jag.*” Här framkommer inte någon erfarenhet av att ”vara en i mängden”; snarare tycks upplevelsen handla om att få ”vara mängden”, få mängder av tid i en absolut kravlös tillvaro. Patienten berättar fritt sin historia i den ordning och på det vis han själv vill och skapar därmed i varje session sin egen utveckling.

Följande exempel, där en patient tänker på sin terapeut, pekar på några typiska drag i det terapeutiska förhållningssättet: ”*Han var den samme liksom, han var den samme i det att han följde mig, det var det här förhållningssättet. Det är svårt, men det blev att möta någon vecka ut och vecka in som var inriktad på att nu ska vi försöka förstå nånting här. En otrolig erfarenhet!*” Vi ser här hur den terapeutiska relationen påminner om den tidiga mor-barn-relationen. Terapeuten anpassar sig till sin patient, ”*han följde mig*”, som en mor anpassar sig till sitt barn och bordlägger sina egna behov och begär till förmån för patienten. Terapeuten kommer till varje session utan minne och begär (Bion, 1967). Två människor är upptagna med *en* människa i strävan att försöka förstå. Denna upplevelse torde bidra till känslan av att ”vara mängden”.

Vi kan tänka oss att patienten som kommer till terapi söker i terapeuten ett hårbärgerande objekt, som för en tid kan låta honom/henne få ”vara mängden”. Den som blivit hårbärgerad kan så småningom hårbärgera sig själv och bli ”en i mängden”. Winnicott (1954) använde begreppet ”holding” och Bion (1962) använde begreppet ”containment” för att beskriva terapeutens förhållningssätt. Spädbarnet är primärt narcissistiskt, det

behöver hela tiden fyllas på med mängder av kärlek och det behöver "vara mängden" för att utvecklas. Det krävs ett sorgearbete för att lämna det lilla barnets sätt att tänka. När stora behov av narcissistisk bekräftelse kvarstår in i vuxenlivet, utarmas människan på nära relationer. När man "är mängden" är man så fylld av sig själv att förmågan att se den andre saknas." *Stark egoism skyddar mot insjuknande, men till slut måste man börja älska för att inte bli sjuk*" (Freud, 1914, s. 87).

En annan förutsättning för en gynnsam utveckling tycks rymmas i upplevelsen av brist. En patient talar om den utmätta tiden i termer av sessionens fastställda längd: *"Det här att tiden är begränsad /.../det är hemskt, det blir så avbrutet, samtidigt är det så det är. Jag kunde ju inte prata i oändlighet."* Den terapeutiska ramen, här representerad av den begränsade tiden, påminner om livets begränsningar och alltings ofullkomlighet. Detta kan väcka ångest och ilska, men vi ser hur en begynnande acceptans inför tidsgränsen framträder i exemplet. Mängder av tid finns inte. Utvecklingen från att ha "varit mängden" till att bli "en i mängden" kan vara så smärtsam att patienten vill avbryta terapin. En patients inre röst säger: *"Nu skiter vi i det här" /... / vi klarar oss själva."* När patienten är rädd för beroende är hon också rädd för att bli "en i mängden" och tappa kontrollen.

Terapiberättelserna pekar på den utveckling som var möjlig. En patient beskriver sin utveckling: *"Jag tänker ju på ett annat sätt nu. Har mig själv i fokus på ett annat sätt utan att det utesluter andra."* När människan känner sig som "en i mängden" känner hon både självrespekt och samhörighet med andra. En annan patient säger: *"Jag satte ihop mig själv /... / hela terapin, ja, det var ett ihopsättningsarbete."* Med Melanie Kleins (1946) positionsbegrepp kan vi tala om patientens rörelse från en schizoparanoid, fragmenterad verklighetsuppfattning, präglad av fruktan att utplånas i en mängd tillsammans med andra, till en mer depressiv hållning och framväxt av en sammanhållen identitet.

Att komma loss

Noomi Kallerdahl

Gemensamt för intervjuerna är metaforer kring födelse och

kläckning. En intervjuperson talar om sitt liv före terapin: *"Jag hade inte hunnit med någon frigörelse. Vad var det för något? Det var alldeles obearbetat; det var ingenting". Jag hade inga ord på nånting. Det var inte färdigkläckt liksom. Det behövdes göras nånting /.../ kom att tänka på tonårstiden, när man skall vara så där liksom självcentrerad. Det var aldrig så för mig. Det var ett väldigt jobb sedan att hitta jaget och trivas i ensamheten"*. Att kläckas, födas innebär ju i bokstavlig mening att komma loss. När föräldrarna för första gången möter sitt nyfödda barn som "kommit loss" från moderns kropp, är det en första upplevelse av att två universum möts. Föräldrarna ser med förundran på sitt okända underverk, men mycket snart flätas de samman igen av ett intensivt beroende. Barnet måste använda föräldrarna för sin överlevnad, och inte minst måste barnet ta föräldrarnas psyke i anspråk. Den viktiga kommunikationsvägen är den projektiva identifikationen. Genom att föräldrarna med sin empati och sitt reverie (Bion, 1962) kan härbärgera och smälta barnets starka känslor, inte minst barnets dödsskräck, växer barnet upp och kan klara av att hantera sig själv, *"trivas i ensamheten."* I exemplet ovan verkar det finnas en slags medvetenhet om att processen att sätta ord på känslor, alltså förmågan att symbolisera, är viktig att uppnå. Det handlar om att symbolen liksom kan "kasta loss" från det den symboliserar så att "äkta symbolisering" kan uppstå istället för "symbolisk likställighet" (Segal, 1957). Intervjupersonen tycks också medveten om att tonårstiden inte innebar någon frigörelse. När vi som småbarn kan säga "nej- jag vill inte" och när vi som tonåringar ifrågasätter föräldrarnas auktoritet, tar vi viktiga steg på vägen att komma loss. Vi drar tillbaka våra projektioner och låter föräldrarna bli sina egna med sina brister och förtjänster.

Om man tänker att frigörelsen är terapins mål, vilket antyds i exemplet, hur kan en sådan utveckling äga rum? Terapins avslutning tycks avgörande. En upplevelse av saknad förmedlas inför avslutningen: *"På ett plan var det också en genuin saknad efter det som man har gjort tillsammans,"* säger en intervjuperson. Men när depressiva känslor känns för

överväldigande, riskerar terapin att abrupt avbrytas och primitiva försvar, som exempelvis nedvärdering tar överhand. Samma person beskriver hur han tidigare under terapiförloppet tänkte på terapeuten som *"en mes."* Han upprepade för sig själv att *"nu skiter vi i det här,"* när terapeuten skilde ut sig från honom genom att ha egna uppfattningar.

Etchegoyen (1991) diskuterar terapiavslutning utifrån olika teoretikers synvinklar och konstaterar att när relationen till objektet är narcissistisk, det som Fairbairn (1952) kallade det infantila beroendet, handlar separationen om att differentiera den ene från den andre. När detta är uppnått, så att man uppnått moget beroende, kan man verkligen känna saknaden och sorgen i separationen. Med andra ord, man kan se objektet gå sin väg utan att behöva falla tillbaka på primitiva försvar som klyvning och projektiv identifikation. Om vi använder oss av ett övermått av aggressivitet för att lyckas skiljas åt, avstår vi från alla de goda minnen som skulle kunna berika oss.

Den uppnådda frigörelsen beskrivs på lite olika sätt: *"Jag ser det väl som att det var där mitt liv började. Det kändes som att det var en punkt där livet blev verkligt på något sätt. Jag började ta form, den som jag egentligen var. Det är ju ett arbete som fortsätter efter att jag slutat."* Personen upplever en renaissance, en slags pånyttfödelse, med en stark närvaroupplevelse och frihet (Balint, 1936). Processen fortgår eller som Lindahl (2010) uttrycker det: *"Varje samtal når sin satta punkt, utan att vara slut. Det finns säkert mer att säga och ingen kan till fullo veta ens vad som blev sagt, än mindre vad som kunde ha sagts. Det blev mer sagt än man vet, men det hörs i efterhand"* (s. 124).

En annan intervjuperson säger: *"För mig var det ju livet, för mig var det ju frisk luft och utrymme omkring sig, att kunna bli en person var det, sin egen form liksom. Att inte behöva skydda sig så mycket i möten med människor."* Det finns inte bara en tillfredställelse i upplevelsen av att vara en egen person utan att

möten med andra blir mer möjliga när andra inte är livbojar som man måste hänga sig fast vid. Att komma loss är att röra sig från ett inre tillstånd av infantilt beroende till ett moget beroende. Sorg och saknad vid en separation kan uthärdas.

Referenser

Alvarez, A. (2001). Intervju med Anne Alvarez. *Mellanrummet, Tidskrift för barn och ungdomspsykoterapi*, 4, 42-52.

Balint, M. (1936). The final goal of psycho-analytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 17, 206-216.

Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.

Bion, W. R. (1967). Notes on memory and desire. *The Psychoanalytic Forum*, 2, 3.

Bleger, J. (1967). Psycho-analysis and the psycho-analytic frame. *International Journal of Psychoanalysis*, 48, 511- 519.

Dostojevskij, F. (1866/1998). *Brott och straff*. Stockholm: W& W.

Etchegoyen, R.H. (1991). *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. London: Karnac Books.

Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Tavistock.

Freud, S. (1914/2003). Metapsykologi, introduktion till narcissismen. *Samlade Skrifter av Sigmund Freud IX*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ibsen, H. (1867/1976). *Peer Gynt*. Uddevalla: Bohuslänningen AB.

- Joseph, B. (1981). *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. London: Routledge.
- Klein, M. (1946/1993). Anteckningar om några schizoida mekanismer. *Kärlek, skuld och gottgörelse*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Künstlicher, R. (1998). Ramens funktion: närvaron av det tredje. *Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie*, 2, 28-48.
- Lindahl, L. (2010). Att sätta punkt. *Mellanrummet*, 23, 120-137.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 145-153.
- Müller, H. (1994/2009). *Hjärtdjur*. Stockholm: Bonniers.
- Olsson, G. (2008). *Berättelsen som utgångspunkt – psykoterapi i praktik och forskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of meaning*. Texas University Press, Forth Worth, TX.
- Rosenfeldt, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 169-178.
- Segal, H. (1957). Notes on Symbol Formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 391-397.
- Winnicott, D.W. (1954/1993). Metapsykologiska och kliniska aspekter på regression inom ramen för den psykoanalytiska situationen. *Den skapande impulsen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Winnicott, D.W. (1960/1993). Förvrängningar av jaget i förhållande till det sanna och falska självet. *Den skapande*

impulsen. Stockholm: Natur och Kultur.

Winnicott, D. W. (1971/1981). *Lek och verklighet*. Stockholm: Natur och Kultur.

Faktaruta:

Gudrun Olsson är professor i psykologi, leg. psykoterapeut och arbetar i privat verksamhet som föreläsare och handledare på forskningsprojekt. *Ann-Mari Seldén, Elise Lyngsö, Annika Coster, Lena Lundqvist* och *Noomi Kallerdahl* är leg. psykoterapeuter, verksamma som handledare, lärare och psykoterapeuter vid Göteborgs Psykoterapiinstitut. Artikeln är en förkortad version av föredrag på Psykoterapimässan, Stockholm, maj 2010 och Göteborgsseminarierna, Göteborgs Psykoterapiinstitut, november 2010.