



Britta Blomberg
Stockholm

Kretslopp för ömsesidig interaktion – en modell som beskriver utbytet av känslor och tankar

Barn- och ungdomspsykiaterer arbetar ofta med unga med genomgripande kontakt- och beteendestörningar. De tekniker som idag premieras inom psykiatrin utgår från medicinering eller målrelaterade, verbalt fokuserade interventioner. Sådana åtgärder kan komma många till godo, men inte alla. I artikeln beskrivs uppbyggandet av förstadium till mellanmänsklig interaktion. Den loop som krävs för ömsesidigt samspel och reglering presenteras utifrån länken mellan förutsättningar för neural tillväxt och mänskligt samspel. Modellen visar hur psykoterapeuten kan lokalisera var patientens svårigheter interfererar i interaktionen med terapeuten och där samspelets loop riskerar att fastna. Den ger förslag på hur terapeuten kan sträva att undvika att detta sker.

Psykoterapeuten Anne Alvarez har på genomgripande sätt bidragit till en förändrad syn på psykoterapi med barn, ungdomar och deras föräldrar (1992, 1998, 2001, 2008, 2012). Hon har under många år inspirerat mig, bland annat genom sitt sätt att beskriva hur föräldrar, andra primära om-

vårdnadspersoner och även psykoterapeuter upprättar och använder sig av ömsesidiga kretslopp i interaktion med barn och ungdomar.

I sin bok *Live Company* (1992), beskriver hon fenomenen *receive, catch, hold on to, throw back* (s. 25). Hon har inspirerats av Jerome Brunner, och hans

beskrivning av barns kognitiva utveckling, när hon använder sig av dessa fyra verb. Dessa fyra steg för mänsklig interaktion har varit till stor hjälp för mig i min profession som barn- och ungdomspsykiaterapeut, och de har kommit att utgöra en stadig grund för mitt psykoterapeutiska arbete, speciellt med barn med genomgripande kontakt- och beteendestörningar och i arbetet med deras familjer. De fyra verben har kommit till stor användning också i handledningar av andra psykoterapeuter och inte minst i undervisningssammanhang, där psykoterapeuter står inför att lära sig olika tekniker och att kunna modifiera sina interventioner beroende på den enskilda patientens problematik.

De fyra begreppen illustrerar, tillsammans med Wilfred Bions begrepp *container-contained*, hur ömsesidiga kretslopp i interaktionen mellan två personer grundläggs och expanderar – eller hindrar – utbytet av ömsesidig kommunikation. Väl fungerande kretslopp leder till affektivt konstruktiva möten, som befrämjar barns och ungdomars psykiska tillväxt, inte bara i den direkta relationen mellan två personer, men också i det som D.W. Winnicott beskrev i termer av *potential space* och kreativitet.

Många psykoterapeuter har funnit stöd i det Anne Alvarez skrivit om hur man kan nå fram till patienter på deras egen funktionsnivå. Det är lätt att frestas till att leverera "rätta" interventioner, som mycket väl kan vara adekvata för att förstå patientens problem, men nästan alltid omöjliga att ta emot – *unreceivable*. De blir därför inte användbara för patienten. Betty Joseph (1994) har beskrivit hur en intervention och tolkning måste vara möjlig att ta in (*receptable*). Också Peter Blake (2001) skriver om vikten av *making the interpretation hearable*. Med det menar han att psykoterapeuten lägger sig vinn om att uttrycka sig i ord och handling, så att budskapet blir hörbart och möjligt att uppfatta. Motsatsen, *unhearable* interventioner, kan i bästa fall leda till en kognitiv kunskap hos patienten om hans eller hennes psykiska lidande, men inte till affektivt laddad psykisk förändring.

Kunskap om hur anknytningspersonernas samspeletsmodeller påverkar ett litet barns neuroaffektiva utveckling har under senaste årtiondet ökat lavinartat och spritts även inom populärvetenskapen. För oss som arbetar med barn- och ungdomspsykiaterapi har forskningsresultat blivit läsbara genom intresseväckande sammanställningar av

bland annat Allan Schore (1999, 2001, 2003), Sue Gerhardt (2004), Robin Balbernie (2001), Graham Music (2011), Caroline Hart (2008, 2011, 2012) och den danska psykologen Susan Hart (2009, 2010). I deras arbeten länkas kunskaper om hur hjärnans kretslopp (*circuits*) påverkas av samspelet med de primära anknytningspersonerna. Den psykiska utvecklingen sätts in i sammanhang som illustrerar hur terapeutiska interventioner blir kliniskt relevanta i det affektiva och kognitiva utbytet med den enskilde patienten. Redan D.W. Winnicott betonade att han som psykoanalytiker – och barnläkare – fokuserade på barnets egen upplevelse av sina problem, *the lived experience rather than any diagnostic category* (Caldwell & Joyce, 2012). Inom barn- och ungdomspsykiatri idag råder det motsatta förhållandet och många offentligt anställda behandlare som bedriver psykoterapi vändas över att behöva ställa en DSM-diagnos efter kort utredningstid.

I Susan Harts bok *Anknytning och samhörighet* (2009) kan man läsa om hur den dynamiska interaktionen – eller bristen på den – påverkar såväl hjärnans anatomiska utveckling som dess funktioner. En fråga vi psykoterapeuter måste ställa oss blir då hur vi aktivt kan välja våra egna interventioner, så att dessa kan bli användbara för patienten. Om ett barn kan använda sig av en psykoterapeut, kan interaktionsmönster utvecklas som underlättar en potentiell psykisk tillväxt, till exempel genom att upptäcka och våga tro på att man kan få hjälp av andra för att reglera sådana situationer som är för svåra att tackla själv.

Susan Hart lyfter i sin bok fram Paul MacLeans beskrivning av den tredelade människohjärnan som utvecklats genom miljontals år. Hans modell kan, mycket förenklat, beskrivas från ett evolutionärt perspektiv, där den grundläggande bottennivån motsvarar ett fungerande av *proto-mentaliserings*, med ett basalt upplevande av att existera och där vitalitetsaffekter dominerar – utom räckhåll för senare utvecklade högre kognitiva processer. På så sätt kan man se hur patienter med brister i sitt autonoma nervsystem (ofta med påtagliga kroppsliga uttryck för psykiskt lidande) kan dra nytta av terapeutiska interventioner som adresserar denna funktionsnivå (till exempel olika former av behandling som kombinerar avslappning och fysioterapi med embryon till verbalt sammanbindande interventioner).

Nästa nivå benämner MacLean *den känslomässiga mentaliseringen*. Susan Hart (2009, s. 321) länkar denna till terapeutiska interventioner som huvudsakligen riktar sig till aktiviteter i det limbiska systemet, där social interaktion kan förfinas genom känslor som till exempel lekfullhet, begeistring, sorgsenhet. Där sker utvecklandet av kategori-effekter, som möjliggör en större finintoning i gensvaren på budskap från andra. Funktioner på denna nivå påminner om andra däggdjurs, som är beroende av emotionellt grundade relationer i flocken för sin överlevnad (till exempel hundar, hästar, apor).

Det är först på den tredje och översta nivån som människor kan utveckla potentialer på en tänkande nivå med *rationell mentalisering* (strukturerande, organisering, kontroll och långsiktigt planerande). Det är också här som förmågor utvecklas, där man kan expandera en känsla med tankar om hur och varför denna känsla uppstod. På denna nivå börjar *innehållet* i ett budskap som ges kunna länkas till tankar och uttryckas med ord. Nu kan psykoterapeuten börja rikta interventioner till områden i patientens neocortex, framför allt i prefrontala cortex.

Genom sådana här kretslopp i normal dynamisk interaktion, kan det lilla barnets hjärna få tillgång till en näringsbefrämjande omgivning av omsorgspersoner, syskon och senare i andra gruppsammanhang. Det är också i sådana kretslopp av interaktion med andra människor, till exempel med en psykoterapeut, som en psykisk förändring kan börja. Förvisso är de allra flesta barn och föräldrar som söker en psykoterapeut utrustade med både tankar och verbal förmåga. Men inom de områden där den psykiska smärtan styr upplevelsorna och tankarna, kommer terapeuten att gå bet i sina interaktionsförsök, om hon saknar kunskap och tillräcklig fantasi för att hitta sätt att nå patienten på dennes funktionsnivå. Att försöka hitta lämpliga nivåer för interaktion är därför en utgångspunkt för all kommande kommunikation. Det är också därför som en seriöst psykodynamiskt förankrad bedömningsfas är så viktig.

Man kan se MacLeans modell som en beskrivning av en evolutionär process över miljontals år av liv på jorden. Modellen kan också ses som en utgångspunkt för utveckling och förändringspotential i dynamisk interaktion, såväl mellan barn och deras anknytningspersoner som i intersubjektivt

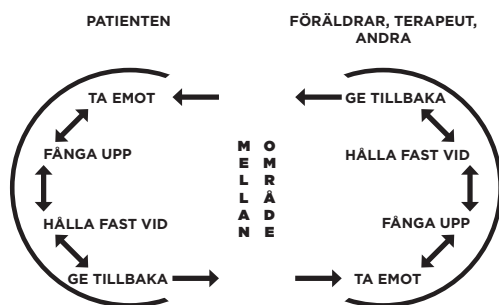
terapeutiskt arbete mellan patient och psykoterapeut. Välfungerande kretslopp är dynamiska (och inte fastlåsta) och leder till ömsesidigt affektivt och kognitivt utbyte mellan två eller flera personer. Det leder också till utvecklandet av förmågor att uppfatta intersubjektivitet, en *Theory of Mind* och till empati. Det är också här som förmågan att mentalisera styr och att kunna begripa att en annan människa inte upplever och tänker om världen på samma sätt som man själv. Det är i denna ömsesidiga loop som *potential space* växer fram, där associationer, kommunikation och utforskande av omvärlden kan blomstra.

Mitt syfte med denna artikel är att illustrera vad som sker när denna loop – kretslopp av interaktion – fastnar. Jag vill visa hur man som psykoterapeut kan sträva efter att få igång ”flytet”, så att processen kan fortsätta att utvecklas. En patient som lider av grava interaktionssvårigheter behöver – och förtjänar – en psykoterapeut som aktivt hjälper honom bygga upp förmågan att stanna kvar i ett sådant relationellt kretslopp. I stället för att till exempel acceptera tonåringens ”jag bryr mig inte”, så ligger det på psykoterapeuten att försöka finna vägar, så att den unges nyfikenhet och förtrostan kan väckas och att denne börjar bry sig och förstå att man kan påverka sin situation.

Modellen kan användas som en karta som visar var interaktionen kan fastna och bli låst mellan föräldrar och barn med genomgripande kontakt- och beteendestörningar. Den kan också användas, när vi psykoterapeuter försöker att lokalisera var och när *hang ups* i interaktionen sker, då psykisk smärta kan invadera och styra inom vissa specifika områden (till exempel när teman kring övergivenhet berörs). Svårigheterna kan i sådana fall ses som tillfälliga brister, likt en ”psykisk allergi”, inom vissa områden, och inte något som påverkar personen på ett genomgripande sätt.

Den figur som jag sammanställt här (se Figur 1.) kan fungera som en modell för olika nivåer av psykopatologi, där loopen mellan de två aktörerna riskerar att fastna. Jag hoppas kunna förmedla hur Anne Alvarez beskrivning av *receive, catch, hold on to, throw back* kan vara användbart, när man som psykoterapeut försöker att mer precist lokalisera var barnets svårigheter interfererar i samspelet med terapeuten. Det är i sådana skärningspunkter som psykoterapeuten aktivt kan modifiera sina interventioner som hon vill förmedla till patienten.

En modell för kretslopp av ömsesidig interaktion



Figur 1. En modell för kretslopp av ömsesidig interaktion. Copyright 2013 Britta Blomberg.

Ta emot (receive) – interventioner som riktar sig till autonoma nervsystemet

Anne Alvarez betonar i sina böcker och artiklar vikten av att kunna ta emot (receive) kommunikativa inbiter från andra människor. Denna förmåga är den första länken i kedjan i modellen.

Innehållsfokuserade verbala kommentarer var länge en standardmodell för terapeutiska interventioner med barn, inspirerat av psykoanalys med vuxna. Än idag dominerar tron på det uttalade ordets makt som något avgörande för att en psykisk förändring ska komma till stånd, speciellt inom kognitiva terapinriktningar. I en sådan terapi ses det som självklart att barnet redan har en utrustning som möjliggör en tankeprocess, där innehåll i den verbala kommunikationen kan delas och utforskas. Det förutsätts också att barnet har så väl utvecklade regleringsförmågor att han kan ändra sitt beteende med viljans och tankens makt. Få av de barn som erbjuds psykoterapi i offentligt finansierad vård har fått chansen i livet att utveckla sådana kapaciteter.

Wilfred Bion (1988) klargjorde skillnaden mellan tankar (thoughts) och tänkande, med en förmåga att tänka om sina tankar (thinking about ones thoughts). Denna reflekterande förmåga har i dag en central plats i mentaliseringsbaserade psykoterapier. Men, om det ska vara möjligt att ta emot talade ord, och kunna dra nytta av dem, så krävs adekvat fungerande områden i prefrontala cortex, som till exempel den orbitofrontala delen (Gerhardt, 2004; Hart, S. 2004; 2008). Det är inte förrän i

senare stadier (när förmågan att hålla fast vid sina tankar har utvecklats) som interventioner som riktar sig till innehållet i budskapet kan bli användbara för barnet. För patienter som ännu inte kan ta emot ett meddelande från andra – eller som blir överväldigade av sensationer, kontaktförsöken och informationsmängden – är det andra delar av den mänskliga hjärnan som aktiveras för att hantera ”försändelsen”. Att betona innehållet i en terapeutisk intervention (det Alvarez kallar the whatness) kommer inte att befärma psykisk förändring hos barn med sådana svårigheter. Alvarez (2001, 2012) har lyft fram att frågan om lokalisering (the whereness) kommer först och att det är nödvändigt att bygga upp strukturer och former till vilka, så småningom, tänkande kan länkas. Detta märks ju mycket tydligt hos små barn som upprepade gånger måste uppleva – ofta på ett kroppsligt plan – fenomen som sedan kan abstraheras och bli till tankar och begrepp. Psykoterapeuten måste därför, när vi möter patienter med sådana svårigheter, bistå barnet att finna kanaler (vägar att ta emot och sända budskap på) som passar den enskilde individen och dit han kan rikta sina handlingar. Det är här som fenomen som uttrycks i relationen mellan patient och terapeut, i lekmaterialiet eller på annat sätt, blir så centrala.

Kliniskt exempel. En femårig adopterad pojke hade haft en mycket traumatiserande start i livet. När han kom till sin familj i Sverige hade han mycket svårt att komma till ro. Han var okoncentrerad och hyperaktiv. I terapirummet for han runt från aktivitet till aktivitet och mina ord kunde inte hjälpa honom i ett hållande. Några bollar kom att bli inkörsporren till att fånga upp vår relation. I början var det svårt för honom att ens fånga en boll; den studsade bara på hans kropp och händerna for åt alla håll. Jag jobbade intensivt med ord som: ”Vänta, nu kommer den, kolla, häääär”, när bollen sakta lämnade mina händer och skulle över till hans kropp. Han var mycket fokuserad när ordet ”häääär” kom. Från att ha hållit upp händerna på måfå, blev mottagandet efterhand till en koncentrerad viljeakt. På sikt blev han en baddare på att fånga bollar och började sedan också sula iväg dem med kraft mot väggen för att sedan fånga dem i lyror. Han blev dessutom

en uppskattad fotbollsspelare i sitt knattelag! Och, inte minst, han började uppfatta och hålla fast vid ord som sades till honom och fick det lättare i hemmet och i förskolan.

Tyvärr är tiden som behöver avsättas för att bygga upp sådana kanaler något som sällan premieras i dagens barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter.

Carolyn Hart (2008, 2011, 2012) illustrerar hur central kroppslig intoning (*bodily attunement*) är i psykoterapier med gravt traumatiserade barn. Hon visar hur de första ömsesidiga mötena kan ske via sådana kanaler. I psykodynamiskt inriktade psykoterapier med barn med genomgripande svårigheter ligger fokus på terapeutens ansträngningar att först tona in patientens upplevelsevärld. Det terapeutiska arbetet måste sedan fokusera på att bygga upp en *utrustning*. Den kan senare möjliggöra utvecklandet av förmåga att ta emot (och aktivt ta in) input från omvärlden, utan att många sinnen (där receptorerna finns) översvämmas.

Kliniskt exempel. En femårig pojke med autism var instängd i sin egen värld. Varje intervention från mig, även ordlösa, möttes av en tillsynes stängd dörr till ”receptionen”. Det första ömsesidiga, men minst sagt udda, mötet mellan oss skedde när han, som vanligt stelt och livlöst, tog sig ned för trapporna från terapirummet till väntrummet. Av någon anledning (kanske var det en omedveten kroppslig intoning) började jag ändra min egen takt, kanske kände jag att jag själv behövde en känsla av liv och rytm. Ett par sekunder senare märkte jag hur pojken hade börjat röra sig i en liknande rytm som min!

Den lille pojken hade fullt upp med att *ta emot* input från mig som kroppsligt levande objekt och att börja *imitera* – sannolikt på ett kognitivt omedvetet plan (Blomberg, 2001). Hade jag ackompanjerat hans rörelser med ett budskap på en annan kanal, (affektivt eller verbalt uttryckt) så hade sannolikt den ömsesidiga intoningen avbrutits. För barn med grav autism blir sådan parallell input inte möjlig att ta till sig. Detta är så annorlunda för andra barn som utvecklas genom att föräldrar förstärker, fördjupar, hittar flera kanaler.

Han hade ingen förmåga att uttrycka differentierade känslor (på limbisk nivå); kategori-effekter

lyste med sin frånvaro. Även vitaliteten var begränsad och han hade mycket svårt att själv tona in sin omgivning. Han kunde bli exalterad i en allomfattande *arousal* – en vakenhet inom vissa områden som ofta var länkade till att han måste avvärja omvärlden. Maria Rhode (2001) skriver om den annorlunda kvaliteten som en psykoterapeut ställs inför i mötet med barn med autism. I vanliga livet åtföljs ju, som jag ovan nämnt, interaktion mellan oss människor av delade affekter – en primär intersubjektivitet – men i terapier med barn med autism sker de första sekundkorta mötena genom konkreta handlingar, som *tidsmässigt* upplevs samtidigt, men inte affektivt kan delas. Det verkar som att det blir alldeles för stark input på barnets nervsystem redan av mycket begränsade stimuli.

Susan Hart (2009, s. 84) beskriver hur primära sensomotoriska cortex är aktivt redan vid födelsen och att detta område senare spelar en avgörande roll i processandet av taktila och kinestetiska upplevelser. Sensorisk input mellan föräldrar och barn är avgörande för utformningen och aktiverandet av neuronal tillväxt. Barn med grav anknypningsproblematik har sällan fått möjligheten att ta emot primär intersubjektiv aktivering på detta sätt, och kan därför inte dra nytta av vanlig kroppskontakt för intoning och hjälp till reglering och tröst. I möten med barn med dessa svårigheter präglas den första – och mest grundläggande – terapeutiska mödan av att försöka nå barnet i dess kroppsliga reaktioner.

Kliniskt exempel. En autistisk pojke, tre år gammal, slog ständigt sina handflator hårt mot ett underlag (till exempel ett bord, golvet eller något annat hårt som fanns i närheten) när han hamnade i tillstånd av exaltation. Detta skedde ofta när hela hans inre system blev överväldigat. Det första ömsesidiga mötet mellan oss skedde när jag sträckte ut mina händer *under* hans, när han smällde dem orytmiskt mot bordet. Det fanns heller ingen ömsesidighet mellan hans två kroppshalvor när han slog; det var som att båda händerna var en enda. En sådan intervention från min sida hade varit helt otänkbar i början av behandlingen och hade sannolikt lett till att han hade ”stängt av” min input. Min avsikt med denna, tämligen enkla handling, var att försöka bistå honom att finna sätt att

uttrycka sina reaktioner *i en relation* – här på en mycket konkret och elementär nivå jämfört med andra barn i hans ålder. Mitt syfte var att hjälpa honom att, i hans exalterade tillstånd, *ta emot* en annan levande mänsklig varelse, någon som delade hans kroppsliga uttrycksätt (en vitalitetsaffekt), istället för det icke-levande bordet. Jag var noga med att *inte* beledsaga mina handlingar med ord. Det skulle ha varit att sända på flera kanaler samtidigt och omöjligt för honom att ta emot. Några terapitimmor senare började pojken röra sig mot mig. Han sträckte ut sina händer mot mig, tittade mig i ögonen och visade med all önskvärd tydlighet att han sökte sig till ett levande objekt som kunde hjälpa honom att reglera hans exaltation! Det var först då som det blev möjligt för mig att sakta och varligt möta hans utsträckta händer med någon sorts tvåsidighet. Jag började sakta, men tämligen tydligt, att variera rytmen *mellan* våra händer. Först tittade han på mig, mimiklöst med vidöppna ögon, men rytmen i hans händer följde mina, och hamrandet transformerades till ett embryon av affektiv intoning, där interaktionen *mellan* hans två egna händer (en begynnande upplevelse av tvåsidighet) och mina började ta form.

För att kunna ta emot och acceptera hjälp och samspela med andra krävs att barn tidigt i livet fått uppleva och formas av adekvata relationer. Vi människor behöver relationer till andra för att kunna reglera ohanterliga impulser och känslor som vi riskerar att översvämmas av. För mig har sådana interventionstekniker blivit alltmer avgörande, speciellt i inledningen av terapikontakter med patienter som har svårt med "receptionen". Det som inspirerat mig att uppmärksamma vikten av små, små detaljer är nyutgiven litteratur skriven av kliniker som inspirerats av Frances Tustin. Hon skrev några banbrytande artiklar och böcker om psykoterapeutiskt arbete med barn, ungdomar och vuxna med autism. En annan inspirationskälla är erfarenheter av spädbarnsobservationer i Esther Bicks anda, (Sternberg, 2005) och nyare kunskaper om utvecklingspsykologi kopplade till neuroaffektiv utveckling. För en psykoterapeuts vardagliga kliniska arbete är sannolikt sådana kunskapskällor

mer användbara än grovt tillyxat diagnosättande.

Susan Hart lyfter i sina böcker fram vikten av att terapeutens interventioner riktar sig till funktioner på hjärnstams- och autonoma nervsystemets nivå, när vi möter patienter med grava och genomgripande intonings- och anknäringssvårigheter. Intoning kommer att röra sig på det hon benämner en *containing level*, en hållande och stundtals ordlös men meningsbärande kommunikationsnivå. Det centrala blir rytm, prosodi, vitalitetsaffekter, primär reglering av affekter, *cross-modal* interventioner (dvs. att nå olika sinnesorgan parallellt). Detta måste också ske i *lagom doser* och i *rätt timing* (dvs. vid de ögonblick barnet är öppet för att ta emot små portioner av input från omgivningen).

Hur en förälder eller en psykoterapeut *adresserar* ett barn är avgörande för att en intervention – ett meddelande – ska bli hörbart (Blake, 2001). Jag har här medvetet använt det anglifierade uttrycket *address*. För mig blir adressen som en tydlig bild för hur ett kuvert kan se ut som dimper ned i våra brevlådor. En del är förtryckta, andra är högst personligt skrivna och man kan redan på kuvertet se att det kommer från en nära vän. Nu kan det låta gammaldags att prata om papperskuvert, men även på en mejlavsändare kan man ju se, om man ids öppna det eller raderar det direkt! Som jag hoppas framgår av metaforen, så är det ännu bara frågan om att uppfatta själva adressen – inte alls innehållet i brevet som avsändaren vill förmedla.

Att komma med (att adressera en patient) "rätta" kommentarer som riktar sig till en kognitivt medveten nivå är inte en framkomlig väg för människor som drabbats av genomgripande kontakt- och beteendestörningar. Istället är intoning på en proto-mentaliseringsnivå det centrala, men något som oftast inte värderas i terapeutiskt arbete med dessa patienter. De kan ännu inte använda sig av kognitivt baserad verktyg för att åstadkomma en förändring.

Kliniskt exempel. En liten pojke hade varit utsatt för övergrepp i förskolan av en anställd som visade sig vara pedofil. Polisutredning var gjord och förövaren omhändertagen. Barnet erbjöds en samtalsbehandling för att "bearbeta" det inträffade. Redan vid första terapitimmen avbröt pojken terapeuten när hon förde händelsen på tal. "Jag har pratat om det – nu vill jag leka". Och vad handlade

leken om? Jo, han ordnade staket efter staket som inte höll, utan ”övergrepp” från yttre krafter demolerade staketen och trängde in i den sandlådebild han byggt. Men nu kunde han be terapeuten om hjälp att hålla i staketen genom att som han uttryckte det: ”förstärkt dom”.

Även detta exempel, menar jag, visar på barns inneboende kraft att gestalta, iscensätta och på ett *cross-modalt* sätt bearbeta ett trauma.

Under de senaste årtiondena har ny kunskap spritts som visar på faktorer som kan initiera och stimulera neuronal tillväxt genom psykoterapeutens (eller andra personers) aktiva arbete med att tona in patientens funktionsnivå och uttryckssätt (Simas & Golse, 2009; Mitriani, 2010). Den engelska barnpsykoterapeuten Carolyn Hart (2008) betonar ”the vital importance of affect attunement in recruiting mirror neurons” (s. 272, min kursivering). Det är således *terapeuten* som (i adekvata doser så att det kan tas emot) aktivt stöder uppbyggandet av ett inre psykiskt liv genom sin *active imagination*, som Carolyn Hart beskriver det. Spegelneuroner aktiveras genom affektiv intoning som *initieras* av terapeuten och många behandlare kan uppleva det tröstlöst, när man ser den påfallande mimikfattigdomen i ett autistiskt barns ansikte. Det är då lätt att överväldigas av misstro över möjligheten att nå fram till barnet. Men, igen är det de små, små detaljerna som vi måste uppmärksamma. Detta för att överhuvudtaget kunna uppfatta att patienten har *tagit emot* något av det vi vill kommunicera.

Några av de barn med grav anknytningsproblematik som jag mött i psykoterapier har drabbats av extremt stora svårigheter att koordinera intryck och aktivitet från olika sinnesorgan. Simultan input kan inte integreras till en helhet. Kanske kan detta förknippas med brister i koordinationsförmågan i de vitala områdena i vår mänskliga hjärna som benämns *konvergenszoner* och till andra relästationer? Att kunna konvergera – samköra – input från olika sinnesorgan är något som underlättar vår uppfattning (ofta på en basal nivå) av omvärlden och hur vi ska förhålla oss till den. Tänk bara på hur många olika sinnesorgan som samkörs när vi tappar något och böjer oss ner för att plocka upp det. Eller när vi kör bil. Men för de personer som verkar ha skador, eller inte helt åldersadekvat utvecklade konvergenszoner, leder istället mångfalden av in-

put till komplikationer, eftersom just förmågan till konvergens brister. När man arbetar med barn med grav autism verkar det som att många intryck tas emot alltför starkt, som på parallella högaktiverade spår, som trycker på organismen. Och någon samkörning kommer inte till stånd. Det måste bli kaos inombords! Susan Hart (2011) skriver:

”Konvergenszonerna har betydelse för terapeuten eftersom denna handlar om att *aktivera* områden som redan är aktiverade för att på så sätt försöka ge dem ”en puff” till områden som är fastlåsta eller inaktiva.” (s. 314, min kursivering)

Psykoterapeuten strävar således att hitta det som Lev Vygotsky (i Hart, S., 2009, s. 47) benämnde barnets bemästringsområde (*the zone of actual development*), och att vistas tillsammans med patienten på denna funktionsnivå tillräckligt länge för att synapser kan stabiliseras och bli mer permanent uppkopplade. Men – och detta är viktigt – terapeuten måste också våga närma sig gränslandet och puffa barnet mot nästa utvecklingsstadium, barnets närmaste utvecklingszon (*the proximale zone*). Genom denna rörelse framåt (igen, i lagom dos och takt) får barnet tillgång till en ökande, men ännu skör, förmåga att vända sig till ett objekt (terapeuten) som stöd i affektreglering. Barnet kan då börja upptäcka sin omgivning med ett *Live Company* vid sin sida, ett ord som Anne Alvarez myntade i sin första bok, (1992) där hon betonade både orden *levande* och *sällskap*. Ett barn med grav anknytningsproblematik har sällan förmågan att använda sig av sällskapet och tar istället sin tillflykt till det icke-levande, något man själv kan styra över och som inte ger ifrån sig oförutsägbar input som man måste ta emot. För att återgå till Vygotskys teori så är det av största vikt att man som psykoterapeut (eller annan personal som möter barnet) inte lägger sig på en nivå som är utanför barnets bemästringszon (*beyond the child's coping area*), även om denna nivå kan förväntas utifrån barnets levnadsålder. Det är inte heller fruktbart att bara stanna kvar på den nivå som barnet redan kan bemästra. Det är i *gränslandet* mellan det man kan (barnets bemästringszon) och det som är den närmaste utvecklingszonen som psykoterapeuten kan finnas med på patientens upptäcktsfärder.

Många patienter har grundläggande brister i förmågan att knyta an och i att använda sig av an-

dra människor som regulatorer och anknytningspersoner (*the use of an object*, Winnicott, 1963). För dessa blir den inledande fasen i en terapeutisk kontakt fundamental, det vill säga det är här som psykoterapeuten aktivt måste försöka *become an object* för patienten. Och igen i lagom dos och väl timat! Det objekt som man blir för patienten kan efterhand bli något som patienten kan *ta emot* och använda sig av för att underlätta reglering och hantering av upplevelser. Detta är något som på sikt kan leda till att mentaliseringsförmågan byggs upp. Det är ett jättekiv framåt, när ett barn med brister i sina förmågor att ta emot äntligen börjar imitera (Music, 2005; Rhode, 2005). De börjar då bli intresserade av någon som kanske kan släppas in i deras ”reception” och påverka dem.

Receptionen – där kontaktinviden tas emot – är ingången till fördjupad interaktion mellan patienten och terapeuten i det kretslopp jag här vill beskriva. Om kommunikationen fastnar redan här, så kan den efterföljande dynamiken i loopen inte fortsätta. Sådana svårigheter märks, som jag nämnt, inte bara i psykoterapier med barn med grav anknytningsproblematik utan också för andra med andra grava brister i sin mottagningsförmåga.

Fånga upp (*catch*) – interventioner som riktar sig till det limbiska systemet

Jag vill illustrera ovanstående beskrivning med hjälp av en metafor: Tänk dig ett hotell. Du har just kommit in genom entrédörrarna och står i receptionen. Det är nu du ska förmedla vem du är, hur länge du ska stanna, om du ska äta på hotellet och så vidare. Hotellportieren kanske också vill se dina resedokument. På de flesta platser runt om i världen är detta inga problem i Internettider och när många pratar engelska. Men tänk dig att du är i en avkrok i ett land vars språk du inte förstår. Hur gör vi då? Det är just här vi tar fram vår förmåga till *cross-modalitet*, det vill säga vi gestikulerar, pekar, ritar, visar med vår mimik vad vi vill. Och oftast kan vi sända över det budskap vi vill förmedla, så att den andra parten kan fånga, *catch*, meningen.

Första steget för att ta sig in i hotellet, eller att inleda en interaktion med en annan människa, är alltså att komma in i receptionsområdet. I mänsklig kommunikation under normala omständigheter sker oftast detta mottagande blixtnabbt. Kanske

är det för att vi som däggdjur är förprogrammerade sedan urminnes tider att kommunicera med andra inom flocken. Men för en del människor är detta inte en självklarhet utan ett livslångt kämpande.

Det andra steget i kretsloppet, där vi nu befinner oss, fortsätter med det Alvarez kallade *catch* – att *fånga upp* det som förmedlas. Det rör sig alltså om förmågan och upplevelsen av *agens* som gör att en person aktivt kan ”greppa” ett ivägsänt budskap. I dag lider många barn och ungdomar av uppmärksamhetsstörningar och själva ”infångandet” av något är svårt för dem. I terapier kan man se hur de irrar rastlöst från en aktivitet till en annan, om inte psykoterapeuten aktivt hjälper dem att greppa ett tema bland allt som strömmar in till och ur dem. De behöver hjälp att hitta mer adekvata sätt att uttrycka sitt kaos inombords. I inledningen av en terapi ägnar sig dessa barn åt *captured play* (Garbarino et al., 1996), det vill säga många fragment till lekteman som inleds, men alltid avbryts och blir repetitiva. Leken fastnar och kan inte expandera och utvecklas till *free play*, där utforskande och utveckling av leksekvenser kan bli läkande. Den psykiska smärtan blockerar utvecklandet av det genetiskt förprogrammerade explorativa systemet, som vi människor utrustats med (Hart, S., 2008). Patologin upprepas konstant i samma mönster, både i relation till psykoterapeuten och i sättet att handskas med materialet. Som terapeut kan man bli minst sagt uttråkad, när barnet gång efter gång uppvisar samma leksekvenser och ingen rörelse i riktning mot utveckling eller förändring sker. Enda möjligheten att åstadkomma en sådan rörelse är terapeutens interventioner, som inte sällan ser ut som om de negligeras. Men psykoterapeutens affektiva intoning och interventioner kan bidra till att en viss *riktning* i röran kan komma igång, så att barnet kan hitta en *början* och ett *syfte* med aktiviteten. Man kan säga att det är terapeuten som tar över och vägleder patienten i hans upptäckarförmåga, så att den kan börja gro.

Anne Alvarez (1998, 2008) betonar betydelsen av de korta orden *the*, *and* och *or*, liksom förmågan att *tänka inom parenteser*, igen inspirerad av Brunner. I svenska språket har vi ju en bestämd artikel som hakar på substantivet, vilket gör att vi till exempel säger ”Pippin”, ”Bilen” när vi pratar om en viss fågel eller bil. Ordet *and* – och – visar på förmågan att sätta flera begrepp bredvid varandra (t.ex. både du *och* jag). Begreppet *or* – eller – är

mer komplicerat; det innefattar ett potentialt val, det vill säga en sak *eller* en annan. Dessa tre små ord är avgörande för att vi ska kunna utveckla förmågan att fånga och senare i kretsloppet också hålla fast vid ett begrepp. Om patienten inte kan *fånga upp* innebörden av dessa ord, så måste psykoterapeuten aktivt hålla fast vid dem. På så sätt hjälper man barnet eller ungdomen att fokusera på vissa teman som kan bli meningsfulla och på sikt få expandera till att hanteras av en högre begreppsapparat i hjärnans strukturer.

Ett exempel på detta till synes självklara är ett litet barn som säger ordet "vovve". De flesta föräldrar som hör ett sådant uttalande börjar självmant att expandera ordet med fler begrepp: "Ja, titta på lilla vovven". Denna korta mening innehåller massor av information som kan leda till potentiell utvidgande av barnets känslor och tankar. "Ja" (en bekräftelse av barnets initiativ att ha sett och förmedlat sina intryck till ett annat objekt). "Titta" (ett verb som bekräftar att barnet själv aktivt kan göra något). "På" (en preposition som bidrar till att barnets spatiala begreppsbyggnad – en preposition som uttrycker en riktning om vart man ska kika). "Lilla" (en bestämning av just denna lilla vovve, något som gör det möjligt för barnet att utesluta andra hundar i just detta sammanhang).

En sådan liten kommunikationssekvens, som oftast sker helt naturligt mellan barn och föräldrar, är fylld av information som hjälper barnet att bygga upp tankeapparaten. Det är också högst troligt att föräldern ackompanjerar orden med rytm och kadens som förmedlar adekvata affekter i upplevelsen av "vovven". Sannolikt har en förälder också på *cross-modalt*, genom att till exempel peka på hunden. Ett sådan affektiv intoning är ett primärt förmedlande av begreppet "vovve". Långt senare i utvecklingen lär sig det lilla barnet att fånga upp hur ett fenomen (en "vovve") interagerar *med* och relaterar *till* andra objekt (prepositionsbegrepp), det vill säga en handling som beskriver *interaktion*.

Exemplet ovan visar på en självklar kedja av informationsutbyte mellan ett litet barn som just håller på att bygga upp sin tankeapparat med hjälp av språket och den aktiva expansion som en förälder ger. En sådan sekvens är inte lika självklar i samspelet mellan en patient och psykoterapeuten. Det är snudd på outhärdligt för en behandlare att utvärda en så primitiv kommunikationssekvens,

om man inte ser det grundläggande värdet av att vara behjälplig med att *bygga upp* begreppsbyggnad och tankekedjor hos några av våra patienter. Istället förväntas terapeuter resonera med patienten om dennes relation till andra och hur de ser på sin psykiska smärta. Det blir då lätt att "pladdra på" om egenskaper och symbolisk betydelse i barnets lekmaterial som är högt över hans utvecklingsnivå.

Mitt syfte med det långa utbroderandet av ordet "vovve" är att betona vikten av att ge ett barn – speciellt i en terapi – tillräckligt med tid och möjligheter att få en egen upplevelse av *form* angående ett begrepp, och efter det en viss *volym*. Genom att erbjuda detta, speciellt för barn med uppmärksamhetsproblematik, kan upplevelser fångas och inte riskera att försvinna bland andra inströmmande intryck. Barnets stöds därför av en adekvat aktiv psykoterapeut som *eskorterar* honom (Lanyado, 2008) i utforskandet av materialet. Om en patient får denna eskort kan upplevelser på limbisk nivå kännas (Susan Hart, 2009), och där kan mer differentierade affekter börja integreras med komplexare emotioner. Men först måste hjärnan utrustas med – och få tillgång till – förmågan att *fånga upp*, sortera och kategorisera intryck. Först måste någon form av elementär affektiv intoning ske, *primär mentalisering*, innan vi kan tillskriva upplevelserna emotionellt innehåll. Susan Hart (2011) skriver:

"... Innan den sekundära mentaliseringen utvecklas är de inre representationerna partiella, bundna till *specifika* situationer och *fysisk kausalitet*, vilket gör dem förvrängda och projektioner oundvikliga." (s. 93, min kursivering)

Det ligger därför på psykoterapeuten att skapa en atmosfär i terapisisituationen som stödjer barnet i förmågan att *fånga upp* upplevelser. Detta är början till att utveckla förmågan att länka upplevelsefragment till kroppsliga eller psykiska sammanhang.

Alvarez betonar den terapeutiska vikten av *amplifiering* (2001), det vill säga psykoterapeutens aktiva och affektivt intonade förstärkande markering av vad som pågår. Detta är – likt exemplet med "vovven" – det sätt vi använder oss av för att visa att vi är intresserade av barnets intentioner. En sådan förstärkning leder till att det som uttrycks får en större och högre volym. När terapeuten betonar och broderar ut något speciellt av allt det som

barnet iscensätter, så får detta en större betydelse – annat kan förbli i bakgrunden och inte störa. Terapeutens affektiva gensvar blir på så sätt en bekräftelse av det barnet gör, en emotionell mentalisering och aktivering på limbisk nivå. Aktivitet i konvergenzonerna koordinerar, som jag tidigare nämnt, upplevelser och en sådan amplifiering – speciellt om det sker inom flera olika modaliteter – stödjer uppfångandet av terapeutens interventioner. De kan sedan användas av barnet och utgöra incitament till fortsatt utforskande.

Emotionell mentalisering och limbisk intoning är några av de mest effektiva sätten att hjälpa barn att uppfånga vad som försiggår – illusionen om de ”rätta” orden angående innehållet i det som sker är irrelevant. Susan Hart skriver (2009):

”Två limbiska system deltar i ett resonansfält med varandra genom ansiktsuttryck, ögonkontakt, prosodi och kroppsrörelser. Hos barn förstärks bildandet av synapser i bland annat de limbiska strukturerna, gyrus cinguli och orbitofrontala cortex när barnet genom lek och kontakt deltar i affektintoning. Det är genom limbisk intoning som det uppstår en vitaliserande uppbyggnad av energi som sätter igång neural tillväxt.” (s. 323)

Limbisk resonans mellan psykoterapeut och patient formar förutsättningarna för utvecklandet av *emotionella upplevelser*, vilka utgör en bas för kognitivt och verbalt uttryckta begrepp.

Alvarez var en förelöpare när hon redan för många år sedan påpekade vikten av affektiv intoning och hur ”psykoterapeutens affektivt uttryckta amplifieringar kan hjälpa barnet att *fånga upp* fenomen som annars skulle tyna bort”. Susan Hart (2011) bekräftar detta med följande ord:

”Nervceller förbinds genom synapser, och synaptiska förändringar i ett område kommer att förändra synapser i ett annat område ... Både hippocampus och orbitofrontala cortex är superkonvergenzoner, och input från anatomiskt skilda områden möts där. Dessa områden koordinerar social kognition, episodiskt, självbiografiskt och autoetiskt (självförstående) minne, sinnesförnimmelser, perception och så vidare. När personen blir känslomässigt överväldigad stängs dessa funktioner av. I terapi handlar det om att

arbeta både med att höja nervsystemets optimala aktiveringsnivå och att utveckla bemästringsstrategier för det överväldigande tillståndet.” (s. 314)

Som vi kan se är det av avgörande betydelse att man som terapeut försöker sträva efter att få rätt balans mellan optimal arousalnivå och de copingstrategier som patienten använder sig av. För barn som behöver strategier, som till exempel splitting, för att kunna hantera världen, så måste det ligga på terapeuten att ta på sig och hålla vissa aspekter av barnets psykiska smärta som är alltför stora att hantera för barnet. Begreppet att *agera som parentes* kan då bli en framkomlig väg, det vill säga att terapeuten håller fast vid vissa aspekter som ännu inte kan hanteras av patienten. Barnet får på så sätt chansen att koncentrera sig, fokusera och arbeta i lagom takt och i rätt ordning. Genom ett sådant agerande får patienten hjälp med att låta andra uppslag och idéer vila som en bakgrund. Senare under behandlingen kan barnet bli mer moget att ta ombord (Barrows, 2002) dessa avspiltade delar och tänka om dem i sina egna parenteser.

Terapeuten strävar alltså aktivt med att intervensera och fånga upp och inom sig hålla fast vid (*hold on to*) vissa tankekedjor, där barnets sätt att uttrycka sig kan få en mening. Det är inte ovanligt att man som terapeut kan se motsatsförhållanden i barnets sätt att uttrycka sig, som man i sin klåfingrighet vill verbalisera i tron att barnet kan mentalisera och reflektera kring denna motsättning. Har ett barn haft behov av splitting, så handlar det nästan alltid om en oförmåga (oavsett orsak till den) att sätta olikartade känslor och tankar i förhållande till varandra. Om terapeuten därför tar över vissa delar i en tankekedja, så kan detta bli en startpunkt till att patienten kan fortsätta att utveckla sin egen tankeförmåga i lagom takt. Det psykologiska *innehållet* i dessa tankar och känslor är alltså ännu inte i fokus. Det är fortfarande själva tänkandet – tankeprocessens uppbyggnad – som är det centrala. Det är stort nog att två *olikartade* tankekedjor kan finnas parallellt och samtidigt med varandra (dvs. motsatsen till splitting eller dissociation).

Kliniskt exempel. Ronald, en sexårig pojke, hade inom annan barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet fått diagnosen autism (en diagnos som i detta fall kunde ifrågasättas). Han använde sig av maniska försvar

som copingstrategier för att reglera affekter förknippade med övergivenhet. Han hade tvingats träda tillbaka ur rampljuset när hans småsyskon föddes. Den första terapitimmen fylldes med mycket korta och avbrutna sekvenser av lek i ett hetsigt tempo. Inget verkade ha en mening som kunde utvecklas i leken och jag hade fullt upp med att finna några som helst orsakssamband mellan alla bilar, tåg och flygplan som for tvärsöver rummet. Allt åtföljdes av Ronalds skrikande ljud. Alla mina ansträngningar att försöka tänka om vad som försiggick var förgäves. Det enda jag kunde göra var att försöka förmedla att bilarna måste bli "alldes yra i huvudet", när det var så mycket som hände med dem.

Efter några månader uttryckte Ronalds att bilarna var "avundsjuka" (hans ordval). Genom detta uttalande fick leken lite mer av en sorts substantiell form och jag, som terapeut, fick en infallsvinkel, även om inget ännu gick att knyta till hans verklighet. Han hittade en häftig sportbil som han kallade "Turbo" och gav mig en enkel liten VW-bubbla (detta var första gången överhuvudtaget som han bjöd in mig i leken). Jag försökte amplifiera skillnaden mellan bilarna och döpte min till "Lurbo" (ett nonsensord, men som genom sitt rim både är likt och olik hans Turbobil). Genom denna enkla intervention försökte jag föra in tanken om olikhet och rivalitet, men också genom att *avgifta* känslor av avund. Det var också ett försök att få en mer humoristisk vinkling genom att ge min bil detta knäppa namn, detta för att skapa en viss distans till det emotionellt överhettade materialet som annars riskerade att gå över styr. Jag hade ju tidigare varit helt utanför hans lek, så när han nu gav mig en bil, ville jag försöka att *tona in* hans upplevelsevärld genom att använda ett ord – Lurbo – som låg nära hans (att vi var nästan samma, men ändå två olika vad gäller våra hästkrafter). Genom detta försökte jag visa att min Lurbo kunde överleva bilrallyna trots att hans självklart vann över min. Jag försökte också förmedla till honom att det är helt möjligt att uttrycka starka känslor i ett mellanområde – *intermediate area* – i leken mellan våra bilar. Hela tiden ville Ronald vara den som

vann, men den djupa avunden kunde nu uttryckas genom att min bil var så avundsjuk. På så sätt kunde fenomenet avundsjuka uttryckas och utforskas och inte bara fastna i en *captured play* (Garbarino et al., 1996). Ronald använde många, många terapitimmer till att utforska min VW-bubblas avund. Ibland var det motorernas styrka, ibland att dörrarna på hans bil gick att öppna och inte min, och så vidare. Men det var ännu inte möjligt att länka dessa leksekvenser till hans verklighet och affekter kring syskonen och hans djupa överlevnadsångest. De få gånger jag gjorde några sådana små trevanden i den riktningen, tittrade han upp, leken avbröts och det såg ut som om han fattade absolut noll! Det var så uppenbart att hans upplevelsevärld kring fenomenet avund behövde hitta en *form* (istället för fnattande, hektisk aktivitet). Och när formen (två bilars "känslor" av avund) väl fanns där, så kunde en *volym* börja utforskas.

Våra bilrallyn pågick några veckor, men snart började Ronald leka med andra teman och självmant prata om ett av sina syskon och vad han gjorde hemma. Han visade med all önskvärd tydlighet att han tyckte att brorsan Peter var för hemsk i sin framfart. Han ville "göra en Peter", det vill säga han kom själv på att han ville göra en liten sketch över hur hans bror betedde sig. Detta var första gången han själv gick in i en annan persons roll och han kunde också gå ut ur den, och kommentera hur tokig han tyckte brodern var. På detta sätt fick affekter en form under många terapitimmer. När den väl var uppfångad av Ronald kunde han börja *hålla fast vid* den och utforska den. Och han gjorde det i relation till en annan människa, terapeuten, som han kunde använda som en följeslagare – en eskort på sin upptäcktsfärd.

I slutet av varje terapitimme ville han kortfattat "göra en Peter". Timmarna innehöll nu annat material, där han började ge sig ut på upptäcktsfärder med sitt material, bland annat på långväga resor runt hela världen, i mitt lilla terapirum. Dessa små sketcher var inte längre repetitiva, det rörde sig om kortfattade episoder som hade hänt under veckan. Genom att illustrera sin upplevelse av det som skett, så kunde Ronald nu ock-

så beledsaga sitt uttrycksätt med ord. Han berättade och kunde reflektera kring sådant som brodern gjort och vad han själv tyckte om dennes beteende. Det var som att han nu kunde *fånga upp* och *hålla fast* vid en ursprunglig känsla, något som tidigare bara hade förflyktigats i en hetsig biljakt.

Genom att aktivt skapa en *distans* gentemot brodern i lekmaterial (en copingstrategi som ofta benämns förskjutning, *displacement*), blev det möjligt för Ronald att tänka om honom, istället för att bara vara hänvisad till kroppslig aktivitet på mer primitiv utvecklingsnivå, styrt av reaktioner i autonoma nervsystemet (*hyper-arousal*). Ronald hade nu erövrat förmågor att uttrycka affekter genom förskjutning, först genom Turbobilen och sedan genom hans små teatertablåer. På så sätt kunde en aktivitet i autonoma nervsystemet kopplas vidare för hanterande av ett mer utvecklat limbiskt system, där känslorna blev mer differentierade och där de med affektintoning kunde delas. Affekterna kunde också vid behov regleras – med hjälp av en annan medlem av ”däggdjursflocken”, i detta fall terapeuten. Många av de egenskaper som han tillskrev sin bror var förstås högst relevanta för hans egna känslor och upplevelser. Detta var dock fortfarande mest likt ett drömmaterial som inte ännu gick att fånga upp och bringas ut i dagsljuset. Det blev dock möjligt mot slutet av terapin, då Ronald ville sitta i soffan och småprata om olika situationer hemma och i skolan – han var då åtta år gammal. Att förbli i ett barns lekmaterial och att *aktivt* arbeta inom detta område är en framkomlig väg för psykoterapeuter, om vi vill underlätta en affektiv och kognitiv förändring (Blake, 2011).

Hålla fast vid (*hold on to*) – interventioner på prefrontala cortexnivån

Det är först här som vi närmar oss de nivåer av medvetande och reflektionsförmåga som de flesta människor tror är terapeutens arena! Det faktum att det är så många tidigare steg som måste passeras innan förmågan att *hålla fast vid* och reflektera kring känslor och tankar (*the capacity to hold on to*) finns, är svårt att förstå. Många terapeuter (speciellt om man utbildats i kognitivt inriktade tekniker) tar det ofta för givet att denna del av hjärnan

är aktiverad. Detta är den nivå där vi bland annat kan tänka och reflektera om våra egna tankar. Om de tidigare stegen, som jag här beskrivit (att *ta emot* och *fånga upp*), inte fungerar tillräckligt bra, eller är outvecklade, så kan patienten inte *hålla fast vid* något fenomen som går att *tänka om*. För dem blir det extremt svårt att ens förstå vitsen med att sätta en figur i förgrunden (att låta den bli ett subjekt – en utgångspunkt – att relatera till omvärlden ifrån, som då blir objektet). De har svårt att använda sig av de små orden *och* och *eller* samt att använda sig av *parenteser* som Alvarez poängterade. Självfallet kan många säga ”och” och ”eller”, men inte dra nytta av dessa tankebegrepp, när det gäller känslor och tankar som berör den psykiska smärtan. Förmågan att *samtidigt* hålla två (eller flera) motstridiga tankar levande *in the mind – two-trackedness*, (Alvarez, 1998) kan verka så självklart, men många av våra patienter har fullt upp med att *fånga upp* och fokusera på bara en enda tankekedja, så att den kan få ta form och på sikt kunna expandera och bli meningsbärande.

Förmågan att tänka *tvåspårigt* och att greppa *ambivalenta* känslor förutsätter aktivitet i de delar av hjärnan där detta är möjligt, nämligen på en mentaliserande nivå (den översta och senast utvecklade delen av den mänskliga hjärnan). Det är här vi kan strukturera, planera och organisera vårt förhållningsätt till omvärlden. Med neural aktivitet i dessa delar av hjärnan blir det möjligt att tänka i parenteser, organisera en inre ”köbildning” för tankar och handlingar och att reglera och hämma impulser när detta behövs. Brister i denna *tredimensionalitet* (som bl.a. visar sig i förmågan att rangordna) märks tydligt när vi vuxna blir stressade eller ”utbrända”. Då upphör förmågan att organisera och planera och allt tycks trängas sida vid sida. Vad man ska åtgärda först och vad som kan stå på väntelistan blir komplicerat. Kanske är det inte så märkligt att det är dessa högst stående delar av vår hjärna som slås ut när den blir överbelastad.

Det är i de här områden i hjärnan som vi kan expandera en emotion med tankar om emotionen. Sue Gerhardt skriver (2004):

”...the dorsolateral prefrontal cortex ... is where we *play around* with our thoughts and feelings, where we *think about* them ... By extending the activation of neuronal patterns in time, it can hold on to memories and

thoughts and compare them. This capacity to hold things in mind is a key aspect of our ability to plan, to evaluate experiences and to make choices. It gives us more flexibility and the opportunity to correct thinking in line with current experience". (s. 50, min kursivering)

Också Susan Hart (2011) skriver:

"...Aktivering av strukturer i orbitofrontala cortex medför en ökad grad av flexibilitet i nervsystemet, eftersom detta område är en superkonvergenszon som tar emot information från alla sensoriska och motoriska kretsar och skickar informationen tillbaka till de sensoriska och affektiva områdena. Det är i associationsområdena i orbitofrontala cortex som den sensomotoriska integrationen av självet i tid och rum sker liksom planering av framtida händelser". (s. 325)

Det är i dessa områden i cortex som information från många av våra sinnesorgan konvergerar och sinnesupplevelser kan koordineras och bli *tänkta om*. I dessa områden försiggår vitala processer hos oss mänskliga varelser, vilket inte sker hos många andra däggdjursarter, som inte utrustats med denna förmåga. Att dessa områden fungerar är av grundläggande betydelse när vi ska existera tillsammans med andra människor i vardaglig interaktion. Det är här ett barn börjar forma inre representationer för reglering, något som på sikt kan fungera oberoende och utan närvaro av andra yttre objekt som påminner eller hjälper barnet med reglering. Det är här en *Theory of Mind* kan formas och förmåga att sätta sig in i en annan människas upplevelsevärld och att den kan skilja sig från den man själv har.

När en patient kan *hålla fast vid* sina känslor och tankar kan terapeutens interventioner inriktas mot processer som pågår *inom* patienten. Man kan ta ett steg åt sidan och *tänka tillsammans* med patienten, som nu är bättre utrustad att hålla fast vid *innehållet* i impulser och psykiskt lidande som uttrycks genom lekmaterial eller i relation till terapeuten. Mer utarbetade sekvenser av lekfullhet börjar göra sin entré i terapirummet. Det är nu som patienten börjar kunna använda sig av sin egen agens för att närmare utforska vissa centrala problemområden

och handlingar kan länkas till verbal förståelse av innehållet i leken. På sikt kan detta länkas till den psykiska smärtan och det sätt som den hanteras på, något som förstås är individuellt för varje enskild individ. Man kan också se hur *the capacity to be alone in the presence of someone else* (Winnicott, 1963) ökar, det vill säga barnet kan stanna i sitt eget utforskande i lekmaterial och terapeuten blir inte utestängd, utan snarare får stå "på vänt" tills det är dags för interaktion. Det kleinianerna benämnde *phantasies*, spöken (fantomer) från gamla missuppfattningar och projektioner, börjar maka åt sig och ger utrymme för mer åldersadekvata fantasier och kreativitet som kan länkas till den ursprungliga psykiska smärtan. Förmågan att *hålla fast vid* tankar möjliggör att längre och mer hälsobefrämjande tankekedjor kan utvecklas. De har nu en form och volym som patienten kan expandera till innehåll som i sin tur kan sättas *i relation* till andra livsupplevelser. Gamla tanke- och handlingsmönster kan revideras och patienten börjar utforska nya alternativa sätt att skapa anknytning och att uppfatta och förhålla sig till sin omgivning.

Throw back - att ge tillbaka

Här når den inre loopens sin höjdpunkt om allt fortgår *normalt*. Adekvata reaktioner och information om det budskap som förmedlats returneras till avsändaren. I vanliga vardagssituationer kommer ett sådant svar omedelbart och på många nivåer på samma gång, till exempel genom ögonkontakt, intoning i röstläge, tonfall och ofta verbalt uttryckta meddelanden. Vad som ges tillbaka – *throw back* som Anne Alvarez benämner detta fenomen – har oftast ett adekvat innehåll som anknyter till det budskap som sänts. Och detta gensvar är oftast också begripligt för den som sänt det första budskapet (och nu blir mottagare av svaret). Ibland blir det dock stopp i kommunikationen som en person försökt förmedla, trots att mottagaren kanske både tagit emot det, kunnat fånga upp det och hållit fast vid det i en inre reflektion. Monica Lanyado skriver (2011):

"When the person who is meant to be listening to a communication is 'switched off', meaningful communication cannot take place ... The accumulated consequences of

this kind of communication breakdown, particularly when it starts within the mother-baby relationship, lead to emotional distress ... Some of the consequences of difficulties in communication within what are nevertheless the most intimate and dependent of our relationships are of feeling deeply rejected, unacceptable, unloved and unloveable." (s. 27-28)

Nästan alla tonårsföräldrar känner igen scenariot när man vet att den egna avkomman mycket väl förstår det budskap man försökt "leverera", men där man som förälder möts av uttryck som "jag bryr mig inte". Och som psykoterapeut har vi många gånger hamnat i situationer när våra trevare till kommunikation sågats – det verkar finnas en mottagare, men denne vill inte *ge tillbaka* ett adekvat svar. Som jag försökt visa i beskrivningen av hela loopen, så finns det också patienter som vi möter som inte kan ge tillbaka någon lämplig reaktion i situationen eftersom flödet i loopen stoppats redan i de tidigare faserna.

Om ett gensvar blir adekvat däremot, så kan loopen fortsätta och börjar nu utspelas i områden *mellan* två personer *parallellt* med att den försiggår *inom* varje individ. Samspelet kan nu ske i den direkta interaktionen mellan de två, ibland i det mellanområde (det Winnicott benämnde *the intermediate area*), där ett *potential space* inte tillhör vare sig den ena eller andre utan skapas i samspeletsituationen. Det är här som kreativitet i tankar och samhandlingar kan blomstra. Den delade upptäckarlusten ger nya dimensioner av det man vill uppnå.

Om kretsloppet däremot fastnar (i något av de ovan nämnda stegen) blir budskapet i det som *ges tillbaka* från patienten till terapeuten ofta svårbegripligt eller signalerar ett tydligt avvisande av fortsatta kontaktförsök. Ett barn med autism kan ge intrycket av att budskapet totalt ignoreras. En pojke – då tre år – som jag mötte i psykoterapi skrek i början av behandlingen "tyst" varje gång jag försökte säga något, även enkla ord som syftade till att bara förstärka det han sysslade med. Inom mig fick jag upplevelsen av att vara som en motorsåg som for fram och förstörde allt, trots att mina ord syftade till att tona in det han var upptagen av.

För andra patienter kan ett budskap *evakueras*, ageras ut (dvs. inte ges tillbaka, utan kastas bort). Det kan också förbli låst i kroppsliga spänningar

– alla terapeuter har varit med om situationer när kroppsspänningar hos patienten och en tystnad och ordlöshet lett till spänningsreaktioner i terapeuten egen kropp. Som resultat av sådana avvärjar för budskapet, blir det budskap som ges tillbaka omöjliga för den förste sändaren (som nu är mottagare) att ta emot. Det leder till avbrott i kommunikationslänkarna eller till missförstånd.

Som psykoterapeut är det kanske här som vi har mest användning av våra kunskaper om motöverföringsreaktioner, projektioner, projektiva identifikationer och vad sådana fenomen gör med oss i samspeletsituationer. Som psykoterapeut är man därför skolad i att vara alert och uppmärksam på *hur* patienten ger tillbaka sitt budskap (och inte primärt innehållet i det som sägs eller görs). Om vi ökar vår förmåga att återta (*re-receive*) sådana budskap som tillsynes är obegripliga eller avvisande, så kan det ändå leda till en intoning av det som barnet försöker förmedla. Framför allt ger det oss många ledtrådar om hur vi kan fortsätta – den tillsynes meningslösa eller avvisande – kommunikationskedjan så att kretsloppet, som jag ovan beskrivit, kan komma till stånd.

Normala kretslopp av interaktion mellan människor leder också till förändringar *inom* varje individ utifrån det som tagits emot. Föräldrar hjälper i allmänhet sina barn att korrigera dem när de lämnar ifrån sig gensvar till andra i sin omgivning, som kan vara bortstötande eller på annat sätt uppfattas som sårande. Det är så vi lär oss att ingå i det flockbeteende, som krävs och förväntas av oss. Om vi människor inte lär oss detta blir vi utstötta och får stora svårigheter att delta i normalt samspel. Speciellt märks detta med barn och ungdomar som ju dagligen försätts i situationer utanför familjen, där de måste kunna läsa av vilka samspeleknoder som gäller, till exempel i förskola och skola. Som vuxen har man större möjligheter att styra sin tillvaro.

Det som återsänds av ett skickat budskap är inte enbart en spegelbild. Det sker modifieringar, tilllägg och utvecklande av *innehållet* i det först sända budskapet, något som i sin tur påverkar den förste sändaren. När samspeleknoderna fortlöper (och det går ju snabbt, tänk bara på sketcher där orden och kreativiteten mellan komikerna kan avlösa varandra blixtnabbt), så sker en förändring (en transformering,) av det först sända materialet. Ganska snart vet man inte vem som hittat på vad, det blir ett *gemensamt* skapande! Det är så normal

interaktion fortlöper och växer till sig.

När vi möter patienter med genomgripande kontakt- och beteendestörningar så kommer inte ett sådant kreativt möte till stånd. Där har, som jag nämnt, inputen redan fastnat i det första stadiet – i ”receptionen”. Terapeuten är lämnad med sitt budskap som faller platt till marken och känner sig oftast helt ignorerad, som om man inte var en levande varelse. Det är ansträngande, men kanske lättare, att möta en patient som ”käftar emot”, än den som helt negligerar den mänskliga, levande invitationen till samspel och kommunikation.

Psykoterapeuten är den enda som kan ändra sitt eget förhållningssätt i den interaktiva loop. Vi måste kunna uthärda situationen av att uppfattas som icke-levande och på sikt finna vägar som visar hur vi kan intervensera, det vill säga hitta sätt att göra våra kontaktförsök *mottagbara* (*receivable*). Det är detta som är konsten (*hur* vi gör något) och vetenskapen (*varför* vi gör det) i vårt yrke. Patienten kan inte ändra sitt beteende av sig självt – då skulle detta redan ha skett! Barnet måste få aktiv hjälp i denna ändringsprocess.

Sammanfattning och slutsatser

I den här artikeln har jag fokuserat på de *inledande* stegen i kretsloppet, där interaktionen mellan två personer och kommunikationen om känslor och tankar kan komma till stånd. De kliniska exemplen har mest rört barn med diagnoser som genomgripande kontakt- och beteendestörningar. De har alla grava svårigheter i att kunna ta emot och fånga upp input från andra människor.

Jag har bara kort berört vad som sker *inom* varje individ som försätts i ett samspelssammanhang. I figuren, som inledningsvis presenterades, kan man se att pilarna inom varje individ som deltar i looppen också rör sig fram och tillbaka. Om en input – ett budskap – är svårt att uppfatta brukar vi i allmänhet be om någon form av upprepning av det som uttrycks, till exempel ”Vad sa du”? Och om något är svårt att fånga frågor vi avsändaren ”Hur menar du?” Genom detta enkla förfaringsätt ber vi om en *alternativ input*, ett annat sätt att uttrycka budskapet, så att det ska kunna bli mer ”uppfångbart”. Vi kan ju inte reflektera över något vi ännu inte fångat in! En sådan önskan om korrigerande av budskapet går oftast blixtnabbt i vardagliga sam-

manhang. I många terapier med patienter som har en förmåga till rationell mentalisering är detta centralt fokus för arbetet. Psykoterapeuten uppmuntrar patienten att utveckla sina tankar, så att de ska bli mer meningsbärande för patienten (och terapeuten).

Men när vi psykoterapeuter möter patienter med genomgripande funktionsbrister i sin sociala förmåga, så frågar vi sällan ”Hur menar du?” Det som de har förmedlat med handling, avvisande eller total tystnad kan de sannolikt inte förmedla på annat mer begripligt sätt – vi måste utgå från det meddelande vi faktiskt fått, hur märkligt det än kan te sig för oss. Men *inom* terapeutens eget kretslopp sker ett aktivt arbete mellan att *fånga upp* (*catch*) det vi faktiskt har *mottagit*, (*received*) och att *hålla fast* (*hold on to*) vid ett aktivt arbete med att försöka förstå vad patienten vill förmedla (genom att våra känslor, som växer i samspelet med patienten, länkas till teorier om psykopatologi, anamnestiska data och kunskaper om normala utvecklingspsykologiska processer och hur de kan växa fram). Vi är extra vaksamma på hur vi *ger tillbaka* (*throw back*) budskapet som patienten förmedlat. När är timingen rätt? I vilka doser? Är barnet framför oss mest hjälpt av ett ganska vagt gen svar, så vi inte skrämmer bort ett litet hopp om interaktion? Hur kan vi ”förpacka” meddelandet, som vi vill förmedla till barnet så att det kan bli mottagbart? Vilken sorts språkliga formuleringar kan vi använda? Eller är det bättre att ge ett icke-verbalt gen svar? Allt handlar om att försöka leva sig in i barnets inre upplevelsevärld och försöka göra våra egna budskap så mottagbara som möjligt.

Inom patienten, precis som inom psykoterapeuten, sker ett ansträngande inre arbete mellan alla de fyra stadierna som jag här beskrivit. Vi kan aldrig veta vad som försiggår inom en annan människa. Men vad som sker inom oss själva, är förhoppningsvis något som verkligen kan intressera oss, när vi vill försöka leva oss in i patientens upplevelsevärld. Inom oss har vi alltid något nytt att upptäcka. Och ju tidigare anknytnings- och regleringsproblematik en patient har, desto mer är det våra egna kroppsliga organ som aktiveras.

Med en del patienter med autistiska drag eller avvisande av mänsklig kontakt kan vi drabbas av känslan av att inget vi säger eller gör är mottagbart. Som ett resultat av denna tillsynes låsta återvändsgränd i kommunikationslänken, händer

det något med våra tankar. Vi kan till exempel bli förvirrade, uppleva oss som icke-levande och toltalt oanvändbara. Men det sker också något i våra kroppar. Ett barn med autism kan snabbt förmedla att något levande i samspelet inte existerar. Detta upplevs lätt också av psykoterapeuten som att en levande process inom oss själva inte existerar. All rörelse och allt flöde in/ut är icke-existerande. En *interaktionsloop* har ännu inte startat. Psykoterapeuten är hänvisad till att försöka känna egen kroppslig intoning, antagligen genom neural aktivitet bland annat i våra egna spegelneuroner. Sinnesförnimmelser av att vara uttråkad, ”död”, kan kanske förstås utifrån att de områden i våra egna hjärnor, som fångar upp och uttrycker liv och rörelse, inte får ”näring” av det som patienten förmedlar. I sådana områden i våra hjärnor kan input från olika sinnesförnimmelser (dvs. hur vi uppfattar patienten också på ett helt omedvetet plan) länkas till andra (mer medvetna) områden och associationskedjor som får psykoterapeuten att på olika sätt kunna associera till hur patienten kan tänkas uppleva den psykiska smärtan. Likaså kan en större förståelse komma genom associationer – ofta ordlösa – av bilder eller andra metaforer. Sådan aktivitet inom psykoterapeuten är sannolikt mer livsavgörande, något som Anne Alvarez har beskrivit så klagörande i begreppet att kunna använda sig av ett *levande sällskap* (*Live Company*). Om vi psykoterapeuter inte kan uppmärksamma våra egna icke-medvetna reaktionsmönster är det svårt att överleva som terapeut – man frestas till att luta sig mot diagnoskriterier, som visar på att barnet har sådana genomgripande skador, att en psykoterapeutisk behandling inte kan tillföra något. Det levande sällskapet (aktiveringen av terapeutens egna vitalitetsaffekter) är en förutsättning för att rörelse, utveckling och förändring ska kunna komma till stånd. När en psykoterapeut har kunnat *fånga upp* och *hållit fast vid* (reflekterat) kring något som barnet förmedlat, så börjar ett aktivt arbete inombords. Terapeuten bollar egna känslor, tankar och kunskaper om olika emotionella, kognitiva och inte minst omedvetna neuro-affektiva funktionsnivåer. Psykoterapeuter med utbildning i psykoanalytisk teori är sannolikt väl utrustade med (bland många andra biokemiska och elektriska reaktioner) spegelneuroner och länkar mellan de vänstra och högra hjärnhalvorna. Och förhoppningsvis har vi neural aktivitet i många associationsområden i

våra hjärnor, där det skapas och expanderar olika typer av input från det som patienten transmitterar till oss. Om vi inte hade det, så skulle vi nog inte stanna kvar i yrket som psykoterapeuter.

När psykoterapeuten håller fast vid affekter och tankar som en patient har förmedlat, är många områden i terapeutens egen hjärna neuro-affektivt aktiverade. Det är i skärningspunkten mellan det som terapeuten *tar emot* och det som hon *ger tillbaka* som *förändringar* i interaktionsloopen sker. Det är nu patienten kan finna nya vägar att relatera till andra människor och att känna igen och reglera egen psykisk smärta.

Referenser

- Alvarez, A. (1992). *Live Company. Psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. London and New York: Tavistock/Routledge.
- Alvarez, A. (1998). Failures to link: Attacks or defects? Some questions concerning the thinkability of Oedipal and pre-oedipal thoughts. *Journal of Child Psychotherapy*, 24(2), 213-31.
- Alvarez, A. (2001). Form in unconscious phantasy, thinking and walking. *Mellanrummet – Tidskrift om barn- och ungdomspsykiatri*, 4, 53-61.
- Alvarez, A. (2008). Discussion of psychotherapy session with Thomas. *Mellanrummet – Tidskrift om barn- och ungdomspsykiatri*, 18, 26-30.
- Alvarez, A. (2012). *The thinking heart: Three levels of psychoanalytic therapy with disturbed children*. London: Routledge.
- Balbernie, R. (2001). Circuits and circumstances: the neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour. *Journal of Child Psychotherapy*, 27(3), 237-55.
- Barrows, P. (2002). The aims of child psychotherapy: A kleinian perspective. *Mellanrummet*, 6, Psykiatri med barn (2), 9-32.
- Bion, W. (1961; 1988). A theory of thinking. Reprinted in E. Bott Spillius, (Ed.), *Melanie Klein today: Developments in theory and practice*, Vol 1. London: Routledge, The New Library of Psychoanalysis.
- Blake, P. (2001). Think outside, not inside: Making an interpretation hearable. In J. Edwards (Ed.), *Being alive. Building on the works of Anne Alvarez*.

- Hove: Brunner-Routledge.
- Blake, P. (2011). *Child and adolescent psychotherapy*. London: Karnac.
- Blomberg, B. (2005). Time, space, and the mind: Psychotherapy with children with autism. In D. Houzel, & M. Rhode (Eds.), *Invisible boundaries: Psychosis and autism in children and adolescents*. EFPP Book Series. London: Karnac.
- Blomberg, B. (2001). Tid, rum och "the mind" – psykoterapi med barn med autism. *Mellanrummet*, 4, 62-78.
- Blomberg, B. (2001). Intervju med Anne Alvarez. *Mellanrummet – Tidskrift om barn- och ungdomspsykoterapi*, 4, 42-56.
- Cadwell, L., & Joyces, A. (2011). *Reading Winnicott*. London: Routledge. The New Library of Psychoanalysis.
- Cadwell, L., & Joyces, A. (2012). Winnicott in his time. In A. Horne, & M. Lanyado (Eds.), *Winnicott's children: Independent psychoanalytic approaches with children and adolescents*. London: Routledge.
- Garbarino, J., & Todd Manly, J. (1996). Free and captured play: Releasing the healing power. *International Play Journal*, 123-132.
- Gerhardt, S. (2004). *Why love matters. How affection shapes a baby's brain*. London: Routledge.
- Hart, C. (2008). Affective association: An effective intervention in countering fragmentation and dissociation. *Journal of Child Psychotherapy*, 34(2), 259-77.
- Hart, C. (2011). Can we, can't we, can we, can't we, can we help him to join the dance? The need for multimodal processing in the move towards meaningful communication. *Journal of Child Psychotherapy*, 31(1), 16-30.
- Hart, C. (2012). The 'Dead mother syndrome' and the child in care: A framework for reflecting on why some children experience multiple placement breakdowns. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 11(4), 342-355.
- Hart, S. (2008). *Neuroaffektiv utvecklingspsykologi*. Malmö: Gleerups.
- Eng. översättning (2008). *Brain, attachment, personality: An introduction to neuroaffective development*. London: Karnac.
- Hart, S. (2009). *Anknytning och samhörighet*. Malmö: Gleerups.
- Eng. översättning (2011). *The impact of attachment*. New York: W.W. Norton & Company.
- Joseph, B. (1985; 1994). Transference: The total situation. In E. Bott Spillius (Ed.), *Melanie Klein today: Developments in theory and practice*, Vol 2. London: Routledge, The New Library of Psychoanalysis.
- Lanyado, M. (2008). Discussion of psychotherapy session with Peter. *Mellanrummet – Tidskrift om barn- och ungdomspsykoterapi*, 18, 45-9.
- Lanyado, M. (2011). What is therapeutic about communication? In A. Horne, & M. Lanyado (Eds.) *Winnicott's children, Independent psychoanalytic approaches with children and adolescents*. London: Routledge.
- Mitriani, J. (2010). Minding the gap between neuroscientific and psychoanalytic understanding of autism. *Journal of Child Psychotherapy*, 36(3), 240-58.
- Music, G. (2005). Surfacing the depths: Thoughts on imitation, resonance and growth. *Journal of Child Psychotherapy*, 31(1), 72-90.
- Rhode, M. (2001). The sense of abundance in relation to technique. In J. Edwards (Ed.), *Being alive. Building on the works of Anne Alvarez*. Hove: Brunner-Routledge.
- Rhode, M. (2005). Mirroring, imitation, identification: The sense of self in relation to the mother's internal world. *Journal of Child Psychotherapy*, 31(1), 52-71.
- Schore, A. (1999). *Affect regulation and the origin of the self*. New York: W.W. Norton & Co.
- Schore, A. (2001). Neurobiology, developmental psychology, and psychoanalysis. Convergent findings on the subject of projective identification. In J. Edwards (Ed.), *Being alive. Building on the works of Anne Alvarez*. Hove: Brunner-Routledge.
- Schore, A. (2003 a). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W.W. Norton & Co.
- Schore, A. (2003 b). *Affect dysregulation and the disorder of the self*. New York: W.W. Norton & Co.
- Simas, R., & Golse, B. (2009). Primary empathy, secondary empathy and intersubjectivity – some thoughts about infantile depression and autistic mechanisms. *Mellanrummet – Tidskrift om barn- och ungdomspsykoterapi*, 20, 39-52.
- Sternberg, J. (2005). *Infant observation at the heart of training*. London: Karnac.
- Winnicott, D.W. (1963). The development of the capacity for concern. In: *The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the*

theory of emotional development. London: Hogarth Press.

Sökord: Ömsesidig interaktion, kretslopp, ta emot, fånga upp, hålla fast vid, ge tillbaka, proto-mentaliserings, autonoma nervsystemet, kroppslig intoning, känslomässiga mentalisering, limbiska systemet, "whereness", mentalisering, prefrontal cortex, "whatness".

Keywords: Mutual interaction, circuits, receive, catch, hold on to, throw back, proto-mentalization, autonomic nervous system, bodily attunement, emotional level of mentalization, limbic system, "whereness", thinking level of mentalization, prefrontal cortex, "whatness".

Abstrakt: Hur skapas ömsesidig kommunikation mellan människor? Vad kan psykoterapeuter göra för att försöka lokalisera var brott i kommunikationskedjor uppstår och vad kan man göra för att skapa eller återupprätta dem? Dessa frågor berör alla psykoterapeuter och beskrivs i artikeln utifrån länken mellan olika nivåer av interventioner som utgår från att hjälpa patienten att "ta emot – fånga upp – hålla fast vid – och ge tillbaka" budskap. Dessa fyra begrepp kopplas till hur aktivitet i olika delar av den mänskliga hjärnan etableras. Psykoterapier utgår från varje enskild patients svårigheter och förmågor och det är terapeuten som medvetet kan välja olika interventionstekniker och avstå från andra, så att det ömsesidiga kretsloppet kan skapas och fortgå. Interventioner som riktar sig till aktivitet på proto-mentaliseringsnivå, mot aktivitet i det limbiska systemet respektive i prefrontala cortex illustreras med kliniska exempel från psykoterapier med barn.

Abstract: How is mutual communication created between people? How can psychotherapists try to locate where breaks in the loops of communication start and how to create or recreate them? Questions like these are crucial to all psychotherapists. In the article these are highlighted from different levels of interventions with the aim of helping patients to "receive – catch – hold on to – and throw back" messages. These four concepts are linked to establishment of activities in the different parts of the human brain. Psychotherapies start from each unique patient's difficulties and capacities and the

therapist can adapt his/her techniques of interventions in order to create the mutual loop and keep it going. Interventions addressing activities on the level of proto-mentalization, the level of the limbic system and the prefrontal cortex are illustrated with clinical examples from psychotherapies with children.

Britta Blomberg, leg psykolog, leg psykoterapeut och med flertalet av Sveriges Psykologförbunds specialistutbildningar, har under många år arbetat vid Ericastiftelsen i Stockholm med patienter, handledning och undervisning. Hon har också gett utbildningar i bland annat psykoterapeutisk teknik, diagnostik och psykopatologi vid ett flertal universitetsutbildningar och i privat regi.

blomberg.psykologhuset@telia.com