

Göteborgs Psykoterapi Institut

Kan psykoanalytiskt inriktad psykoterapi bidra till förståelse och förändring av heroinmissbrukarens valsituation?

*En kvalitativ studie med post-kleiniansk förståelseram av
fyra narkomaner som erbjudits psykoanalytisk terapi.*

"Testa inte för det är för skönt" (DN på Stan. Fredagen den 28 maj 2004).

"Ingen verkar kunna tala om en heroinist utan att kunna le, det är som att tala om förälskelse eller frälsning, fast man pratar om något som mest associeras till döden" (DN på Stan. Fredagen den 28 maj 2004).

"Självklart är jag rädd för att sluta eftersom jag är rädd för att misslyckas igen, men som alla förstår längtar jag efter något annat än detta", (DN på Stan. Fredagen den 28 maj 2004).

Kronisk Heroinism, förlöper snabbt, har svåra symtom och är det närmaste otillgänglig för behandling, (Focus bd 2 1964).

Detta en är förkortad version av uppsatsen. Vid önskan om att få tillgång till hela dokumentet finns den att köpas hos författaren.

Uppsatsen kan beställas för en kostnad på 100 kr, genom att ringa 090/16 53 46.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| 1. INLEDNING | 1 |
| 1.1 Bakgrund och tema..... | 1 |
| 1.2 Psykoanalytiskt perspektiv..... | 3 |
| 1.3 Psykoanalysens syn på missbruk..... | 4 |
| 1.4 Missbruk som funktion..... | 5 |
| 1.5 Överföring-motöverföring..... | 8 |
| 1.6 Syfte och frågeställningar..... | 9 |
| | |
| 2. METOD | 9 |
| 2.1 Kvalitativ metodik - Grounded Theory (G. T.)..... | 9 |
| 2.2 Tillvägagångssätt..... | 10 |
| 2.3 Läsning av de erfarenheter den argentinske psykoanalytikern Rosenfeld, D gjort under sitt mångåriga arbete med missbrukspatienter ”Drug abuse and inanimate object”..... | 13 |
| | |
| 3. RESULTAT | 14 |
| 3.1 Sammanfattning utifrån sammanställningsom är gjord för det som fanns i steg tio..... | 14 |
| 3.1.1 Fas 1. Urskillningslöst missbruk hos patienten..... | 14 |
| 3.1.2 Fas 2. Särskiljning mellan det som är ”gott” (idealiserat) och ”ont” (förföljande)..... | 18 |
| 3.1.3 Fas 3. Testa jagfunktioner..... | 21 |
| 3.1.4 Fas 4. Början av förbindelse till sällskapsobjekt..... | 23 |
| 3.1.5 Fas 5. ”Inte vilja missa någonting”..... | 23 |
| 3.2 Den generaliserade bilden av en heroinmissbrukare jämförd med Rosenfeld’s fem faser..... | 23 |
| 3.3 Förekomsten av teoretiska beskrivningar som inte återspeglas i mina data..... | 24 |
| 3.4 Data som inte reflekteras i någon av Rosenfeld’s fem faser..... | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 4. DISKUSSION | |
| 4.1 Överföring-motöverföringsprocesser i en psykoanalytisk inriktad terapi med heroinmissbrukare..... | 25 |
| 4.2 Inre tvingande karaktärer hos en heroinmissbrukare..... | 28 |
| 4.3 Återgång till missbruk efter en tids drogfrihet..... | 29 |
| 5. KONKLUSION..... | 31 |
| | |
| REFERENSER..... | 33 |

Bilagor

- Bilaga 1, Heroinpatient 1
- Bilaga 2, Heroinpatient 2
- Bilaga 3, Heroinpatient 3
- Bilaga 4, Rosenfeld's teori

Abstrakt

Uppsatsen har haft som syfte att undersöka om det hos kompulsiva narkomaner och särskilt hos heroinmissbrukare kan finnas en omedveten styrfunktion som resulterar i att när "målet" är nått så måste allt förstöras igen. Jag har använt mig av kvalitativ metod, Grounded Theory och en psykoanalytiskt inriktad terapiförståelse. Materialet har bestått av fyra patienter. Det som blev tydligt var att heroinmissbrukaren avbryter sin behandling och väljer drogen framför terapin när frustrationen över att behöva vara närvarande i livet blir för stark.

1. INLEDNING

1.1 Bakgrund och tema.

Denna uppsats tar utgångspunkt i att undersöka om det är möjligt att synliggöra de inre tvingande karaktärer som försvårar ett hjälpsökande hos de individer som tvångsmässigt missbrukar drogen heroin. Wurmser (1978) påtalar att fenomenet att tvångsmässigt begära en drog utgör skillnad mot att enbart bruka en drog och att det senare utgör ett kriterium för ett psykopatologiskt beteende. Anamnestiskt har jag i mitt terapiarbete med klienter från denna patientgrupp sett att det alltid funnits ett trauma av någon form under uppväxten, svårigheter under skoltiden och åtskilliga behandlingsförsök, vilket också flera kliniker och forskare har uppmärksammat (Wurmser, 1978, Bogren, 1998, Haugsgjerd, 1999, Volkerts, 2003, Fridell, 1996, King, 2004).

I mitt arbete som terapeut med denna patientgrupp har jag erfarenhet av att det är svårt att få till stånd något annat än en skenbar utveckling och förändring. Det händer att det inte är möjligt att åstadkomma någon förändring och det terapeutiska misslyckandet har vid dessa tillfällen grinat mig i ansiktet. Individen borde, när den har lyckats behålla en drogfrihet över en längre tid, uppskatta ett liv utan den misär som ett liv i drogmissbruk för med sig. Mot bakgrund av den ångest och frustration som visat sig hos patienterna när de blivit drogfria och är redo att fatta nya val i livet kan jag förstå att en känsla av panik kan uppstå när han/hon inte längre har drogen som skydd för att möta nya situationer i livet. Najavits har i sin studie av denna patientgrupp iakttagit en hög frekvens drop-out från olika behandlingsprogram (2001). Många av de patienter jag mött har beskrivit heroin missbruk som en passion, där syftet med att ta drogen inte handlar om dödsrädsla. Tvärtom beskriver missbrukaren att syftet med att

inta drogen är att "inte vilja dö" och att "komma bort". När patienten erbjuds stöd/hjälp för sina problem visar han/hon ofta en motvilja att ta emot den. Istället visar patienten en attityd som säger: "jag vill ingenting veta", "jag tar inte in det". Min upplevelse av sådana terapeutiska möten är att narkomanen avvisar ett "gott" objekt och ersätter det med drogen. Som terapeut kan jag uppleva att jag riskerar att dras med in i ett inre drama där det "goda" attackeras och patienten väljer att fokusera på det som är "ont" genom att i samtalen ständigt fokusera på att temata som till ex. droger, hallickar och hot om överdoser. Patientens ångestpräglade beteende leder även till att han/hon lyckas involvera olika vårdinrättningar, vilka således kommer att konkurrera sinsemellan om vad som var "rätt behandling". I sådana situationer ökar risken för terapeutiskt utagerande. Detta är en splittningprocess som försvårar det terapeutiska arbetet. Svårigheter uppstår med att hålla den terapeutiska ramen som konsekvent ifrågasätts, attackeras av förseningar och återbud till sessionerna samt av krav och hot om patienten skall få metadon alternativt subutex. Patienterna visar upp ett ångestladdat förhållningssätt och iscensätter sina inre obearbetade trauman i terapin. Detta beteende har Wurmser (1978) beskrivit som ett sätt för missbrukare att lägga ut sina inre problem i den yttre världen, ett sätt som han kallar "acting out"-ett vanligt begrepp inom den psykoanalytiska förståelse ramen.

Situationer som dessa har fått mig att fundera på om det hos kompulsiva narkomaner och särskilt hos heroinmissbrukare kan finnas en omedveten styrfunktion som resulterar i att när "målet" är nått så måste allt förstöras igen? Detta skulle kunna överensstämja med Fridells (1996) forskning som beskriver den kompulsive narkomanens beteende att sedan han/hon lyckats uppnå det mål som behandlingen syftade till att välja att gå på gång vända till missbruket. Omgivningen har svårt att förstå dessa ständiga återfall, vilka dessutom ofta leder vidare till ett avancerat missbruk och ett utanförskap i den sociala gemenskapen. I diagnostiska termer beskrivs dessa patienter med hjälp av kriterier som antisocial personlighet, borderline personlighet och dubbeldiagnos och alla visar på en hög frekvens av drop-out (Fridell 1996). Inom den evidensbaserade behandlingen har man sett att individer som missbrukar opiater har visat ett bättre behandlingsutfall när substitutionsbehandling och psykosocial-behandling har getts parallellt (SBU2001). Diagnoser och evidensbaserade behandlingssystem ringar in fältet men begränsar det samtidigt. Jag är intresserad att studera komplexiteten i missbruksprocessen. Den psykoanalytiska teorin innehåller kunskap om hur individer i avsaknad av stabila inre objekt skapar sig konstlade objekt (droger) som ersättare för mänskliga relationer. Det är denna kunskap som jag önskar studera vidare.

1.2 Psykoanalytiskt perspektiv

Den psykoanalytiska teorin har utvecklats från att omfatta beskrivningar av människor med neurotisk problematik till att förstå och behandla människor med psykotiska tillstånd. Freuds antagande om dödsdriften, av honom betraktad som en funktion i människans psyke, har lagt grunden till en förståelse av människans destruktiva drivkrafter. Melanie Klein's tankegångar om den tidiga överjagsbildningen och hennes teori om de tidiga ångesttillstånd som hon kunde observera i arbetet med mycket små barn, ledde henne till att poängtera vikten av samt att lyfta fram och även tolka den negativa delen av överföringen i lika hög utsträckning som den positiva. I arbetet med den negativa överföringen ges möjlighet att varsebli de områden i personlighetens struktur där avunden framträder (Klein 1988). Kleins teori om utvecklandet av mentala funktioner beskriver hur jaget hos det lilla barnet ständigt influeras av upplevelser gjorda i relationer med andra personer, relationer som representeras av det lilla barnet i form av inre objekt. Dessa upplevelser projiceras sedan ut i den yttre världen och formar nya objektsrelationer. Klein menar att personligheten utvecklas genom introjektioner och projektioner. Under de första månaderna av barnets liv projicerar barnet både sin dödsdrift och sin kärleksdrift på modern och hamnar i konflikt mellan det "goda" och det "onda" bröstet, beroende på vilka erfarenheter de gör av bröstet (den inre modern) under amningen. Denna konflikt leder till att barnet kommer att inta en paranoid-schizoid-position (P/S- S). Primitiva försvarsmekanismer som splitting, där goda och onda objekt hålls åtskilda dominerar under denna tidsperiod. Senare i utvecklingen, kommer barnet in i det Klein kallar den depressiva positionen (D-P). Barnet börjar nu inse att det självt hyser aggressiva känslor gentemot modern och grips av ångest över att skadat henne. Denna ångest färgas av skuld känslor. Hoggett (2003) diskuterar Kleins tankegångar om dödsdriften som en förstörande kraft som finns medfödd och som hotar att förstöra oss från insidan. Dessa destruktiva inre krafter kommer att projiceras ut i den yttre världen, in i objekt som senare kommer att upplevas som "onda" och förföljande. De delar av dödsdriften som blir kvar inom psyket riktas mot dessa förföljande objekt. Enligt Klein finns inom oss alla krafter av liv och död, kreativitet och destruktivitet i en arbetande process som syftar till att förmå oss att avbörd oss ifrån en inre upplevelse av terror, genom att projicera de svåra känslomässiga erfarenheterna tillbaka ut i den yttre världen. Klein (1978) ansåg att kriminaliteten betraktad

som symtom fyllde funktionen av att skydda individen mot ångest för jagets upplösning, där kriminella handlingar blev till en möjlighet för individen att härbärgera ångest av psykotisk karaktär.

Hoggett (2003) refererar till Bion (1961) när han diskuterar att individen ibland undviker att relatera till andra människor pga. av sin destruktiva avund och pga. den smärta som ett objektrelaterande kan ge upphov till, eftersom han/hon är rädd för hämnd från objektet. Dödsdriften aktiverar människans psykotiska del som attackerar fullföljandet av mentala livsbejakande mänskliga behov. Tankar om närhet till objektet kan på så sätt komma att betraktas som en invasion på det egna självet, vilket i sin tur orsakar hallucinationer eller paranoida förvrängningar av objektrelationen.

1.3 Psykoanalysens syn på missbruk

Inom det psykoanalytiska perspektivet ser man drogmissbruk som ett symtom på bakomliggande psykopatologi. Enligt Rosenfeld (1960) har drogen ett symbolvärde, så till vida att man genom inkorporation av drogen ger den en mening. På så sätt kan missbruket ses som symtomyttring. Freud (1929) betraktade symtom som ett lösningsförsök, en kompromisslösning av den konflikt som ligger i motsättningen mellan ett begär som pockar på tillfredsställelse och de försvarsmekanismer som motsätter sig att så sker. När en drift blir bortträngd, kommer dess libidinösa element att kapslas in i ett symtom. Enligt Sjöberg (2005) kan man förstå och förklara ”bruk” och ”missbruk” av droger utifrån den psykoanalytiska principen om *lust och olust* (Freud 1900). Människan tenderar att först undvika olust och därefter att söka uppnå lust. Ett medel att uppnå denna eftersträvade jämvikt är t ex alkohol. ”Missbruk” av droger kan däremot varken förstås eller förklaras med hjälp av lust- & olustprincipen. Det är detsamma som att säga, att missbruk av droger inte lyder under någon homeostatisk princip. Missbruk av droger är en överträdelse och faller inom psykopatologins gränser. Missbruket består i sammanlänkningen mellan missbrukaren och drogen. Det psykopatogena består i att drogen i sig innehåller möjligheter både till libidinös behovstillfredsställelse och till destruktiv behovstillfredsställelse. Sammanlänkningen missbrukare/drog är oftast intill förblandning snarlik barnets relation till bröstet i form av avund och hat. I en psykoterapi upprepas sammanlänkningen missbrukare/drog i sammanlänkningen till terapeuten när arbetsalliansen är etablerad. Missbrukaren visar

uppskattning av den libidinösa delen i länken till terapeuten. Det är när terapeuten i sina interventioner antingen konfronterar eller tolkar missbrukarens förhållande till den destruktiva delen i drogen som självdestruktiva behov av att attackera självet uppstår. Det finns inget annat objekt som är "värd" destruktiviteten och när missbrukaren kan börja skilja sin självdestruktivitet från sin konstruktiva sammanlänkning med terapeuten som förståelse möjliggörs. I ett tidigt skede av terapin är hatet och avund så starka inslag i missbrukarens personlighet att de är av tvingande karaktär – att de därför motstår varje försök till tolkning. Om missbrukaren i den avslutande fasen av behandlingen återfaller i missbruk, så är en möjlig tolkning att missbrukarens avund och hat dels i förhållandet till drogen och dels till bröstet (som metafor för terapeuten) inte är tillräckligt genomarbetad. Detta skulle innebära att missbrukarens infantila libidinösa såväl som infantila självdestruktiva behov fortfarande gör sig gällande och att själva illusionen om möjligheter att fly vardagens krav fortfarande är potent och äger prioritet i det terapeutiska arbetet. Lusten, det libidinösa behovet, är fortfarande överväldigande för individen och genom tvångsmässighet kan man skapa en viss kontroll över objektet (Sjöberg, 2005). Detta kan liknas med Haugsgjerd (1999) uppfattning om att missbruk av droger kan betraktas som tecken på perversion, eftersom det enligt honom inte handlar om begär utan om driften (olust-lust principen) som sådan. Därmed handlar det ännu inte om en neuros utan om en perversion, där drift och njutning inte relateras till ett samspel med en helhetsuppfattad, levande person utan utspelas på delobjektsnivå och kopplas till en konkret relationsform som representerar ett omänskligt, förtingligt objekt (en fetisch). Meltzer har vidarefört Freuds teorier om masochism, perversion, fetischism och på basis av dessa två aspekter utvecklat sin egen teori om perversion (missbruk) i enlighet med det kleinianska konceptet paranoid- schizoida - positionen (P/S- P)(Cassese 2000).

1.4. Missbruk som funktion

Inom den psykoanalytiska teorin anser man att missbruk fyller funktionen att hårbärgera ångest av psykotisk karaktär, en ångest för jagets upplösning. Haugsgjerd (1999) anser att användande av berusningsmedel kan vara ett sätt för individen att skydda sig mot outhärdlig psykisk smärta. Han menar att det hos dessa individer finns en oarbetad sorg. Inte en sorgprocess, utan en flykt från en djup omedveten sorg och där sorg finns, finns även någon form av förlust. Det handlar inte bara om att livsdriften tillfredställs vid intag av drogen, utan även om att dödsdriften uttrycker sig som aggressivitet över att ha förlorat objektet.

Missbrukaren reagerar mot ångest genom att agera - att missbruka. Hausgjerd särskiljer också drogen som funktion hos narkomanen respektive alkoholisten. Alkoholisten missbrukar sin drog inom lagens gränser, vilket däremot narkomanen inte gör. Skillnaden ligger i narkomanens kriminalitet.

Meltzer (1973) definierade missbruk som en narcissistisk organisation i individens personlighetsstruktur som dels försvagar och dels förflyttar den vuxna delen av psyket så att den kommer att stå under kontroll av den infantila delen hos personligheten. Med andra ord kan man säga att individens "goda" delar vänder sitt beroende bort från de internaliserade föräldraobjekten till självets internaliserade självdestruktiva objekt. Det vill säga en regression sker från den depressiva positionen (vuxna försvar) till den paranoida-schizoida positionen (primitiva försvar). Återanvändningen av primitivt försvar kan ses som skapandet av påbyggnads försvar mot tidigare upplevelser av terror i relation till de objekt som de infantila delarna av psyket har en omedveten fantasi om att ha dödat pga. av oedipal rivalitet och avund. Den inre strukturen hos missbrukaren kan då tänkas ytterligare splittrad och nu te sig som ett gäng/maffia, där gängledaren utlovar ett skydd i situationer där individen upplever en skräck för att förlora det "goda" objektet. Tillståndet kan betraktas en extrem form av paralyserande paranoia, grundad i en omedveten rädsla om att man har skadat eller till och med dödat det "goda" inre objektet. Detta tillstånd inbegriper en psykisk smärta som av Bion (1961) kallas "The nameless dread"¹. Meltzer anser att detta sker när det "goda" objektet inte är representerat i en verklig relation eller finns tillgängligt som inre objekt pga. traumatiska händelser i individens liv. Den terror som upplevs i ett sådant tillstånd kan orsaka en allvarlig patologi där personligheten blir perverterad. Pervertera innebär att vända upp och ner, fördärva, vilket är vad som sker när det internaliserade "förenade föräldraparet"² förnekas. Strukturen i en sådan organisation karaktäriseras av en hängivenhet till bl.a. pervers kriminalitet, till hånfullhet mot alla former av kärlek, godhet, kreativitet, till och med mot sådana sidor i den egna personen. Detta har sin grund i att avunden i sin natur är destruktiv. Enligt Cassese (2000) är splittingprocessen i dessa fall inadekvat hos den missbrukande personen. De "goda" delarna blir indragna under de "onda" delarna och får en funktion i det destruktivas tjänst, dvs. blir perverterad. Skyddet från gängledaren ges till de "goda" delarna

¹ Katastrofbemängd förändring-förföreställning. Förkastande av projektiv identifikation. Projektionerna är ej accepterade av modern vilket leder till att barnets känslor blir då tömd på innehåll. Hinshelwood, R. D. "Clinical Klein" (1988). Free, Associations Books. London.

² En förening av det inre faders och det inre moders objekt. Barnet blir exkluderat. Denna union karakteriserar det tidigaste stadiet av Oidipuskomplexet, där delobjekten var för sig bildar en union tillskillnad vil den Depressiva -Positionen där det bildas ett helobjekt. Hinshelwood, R. D. "Clinical Klein" (1988). Free, Associations Books. London.

³ Ett försvar som består av att man klipper de mentala förbindelser som finns till objektet (terapeuten, modern, andra objekt etc.) Att klippa alla förbindelser till objektet är ett primitivt sätt att överleva, Det förekommer på den proto mentala nivån, har status av ett fysisk, genetiskt minne och kan spåras till de tidigaste omedvetna fantasierna. Hinshelwood, R. D. "Clinical Klein" (1988). Free, Associations Books. London.

vid de ögonblick när dessa är sårbara som t.ex. vid trauman och beroende skapas av de "onda" objekten (drogen, knarkledaren) vilket leder till att en illusion om säkerhet skapas.

Meltzer (1973) menar att det inte räcker med intolerans av den depressiva ångesten för att man skall ingå i en missbrukande relationen med den inre tyrannen, utan det handlar om en skräck för den terror som uppstår om man tappar skyddet från den missbrukande relation som etablerar beroendet. Denna känsla kan individen inte fly bort från, men han/hon kan mildra skräcken genom att använda sin reparativa kapacitet för att göra motstånd och uppror mot "The nameless dread". Enligt Meltzer kan individens reparation bara ske genom projektiv kommunikation med en verklig person som lever i den yttre verkligheten. Först därefter, när individen kan uppleva ett motstånd mot den inre tyrannen, kan en process som leder vidare in i den depressiva-positionen äga rum. Vid semesteruppehåll kan patienten känna att han/hon inte klarar av att göra uppror mot den inre tyrannen och en återgång sker till att åter söka skydd hos tyrannen (återfall i drogmissbruk etc.).

Meltzer har utvecklat sina tankar om perversion genom att tillföra teorin om klaustrum (1992). Missbrukaren regredierar till ett inre klaustrum som skyddar honom/henne genom att han/hon blir avstängd från de känslor och tankar om de brott som han/hon har utfört.

Skräcken i klaustrum är överskuggad av spänning.

Kaatari (1999) anser att patienter som lider av hypokondrisk dödsrädsla och perversion saknar det som Winnicott kallar övergångsområde, dvs. ett symboliskt lekområde.

Winnicott (1981) antog att det fanns ett samband mellan avsaknad av symboliserat lekområde och den psykopatologi som kommer till uttryck vid narkomani. Om utvecklandet av övergångsobjekt förlöper väl så ges individen möjlighet till en symboliseringsförmåga och kan på så sätt stå ut i känslan av övergivenhet när modern är borta under en längre tid. Om inte, så kan det utvecklande av övergångsobjektet som ägt rum med hjälp av projektiv kommunikation avbrytas och övergå till en utveckling av förnekande. Skilsmässan från modern (övergångsobjektet) blir till ett fristående ting med konkret fetischistisk karaktär, ett "bisarrt objekt" (Bion 1961) som har farliga egenskaper och måste bekämpas. Lifschitz (1997) anser att det finns ett sammanhang mellan Winnicott's begrepp "frånvaro" och Bions koncept "No Thing" (inget bröst). I sitt teoribygge vidareutvecklade Winnicott Freud's (1920) "Fort-da" episoden. Freud lade märke till att barnet upprepade en lek där han kastade iväg en träspole, samtidigt som han uttalade ett "ooo", han sen drog tillbaka spolen med hjälp av garnet och glatt hälsade "da". Barnet kompenserade försvinnandet genom att göra sig herre över situationen och därmed göra sig oberoende av minnets lust/olustkaraktär. Barnläkaren Winnicott observerade att när modern var borta över en bestämd tid så kunde barnet bemästra

detta. Om modern var borta för länge så tappade barnet förmågan att moderns närvaro och ett trauma uppstod. Det lilla barnet hade inte mental kapacitet att uthärda en sådan frånvaro. Ett sätt för barnet att klara av moderns frånvaro var enligt Lifschitz att som kompensation skapa en missbrukande relation. I denna relation kunde alla besvikelser och smärtor vid frånvaron av "brösten", vändas till en upplevelse där man inte kunde hitta någon mening alls. Genom att missbruka droger behöver man inte uppleva det som enligt Bion inbegriper känslan av "The nameless dread". Att hata andra, hata sig själv och perversa relationer kan ur detta perspektiv vara bättre än att falla in i "nothingness" ("inget bröst").

1.5 Överföring – motöverföring

Haugsgjerd (1999) menar att som psykoterapeut för narkotikamissbrukare så kan man, om man kan uthärda de överföringspositioner som man som terapeut placeras i, bli den som kan erbjuda patienten en behandlingsprocess med bearbetning av känslomässiga erfarenheter som representerar den livgivande/dödsbringande och omedelbart verkande drogen. Som terapeut kommer man då stundtals att representera ett dött objekt (likvärdigt med drogen). Risken är att relationen blir affärsmässig på samma sätt som den blir när patienten handskas med relationen till knarklangaren (den inre gängledaren).

Missbrukaren föredrar att suga på tummen istället för på bröstet. De föredrar på liknande sätt drogen istället för terapeuten. Detta är roten till det hat som kan visa sig i överföringen och eftersom patienten är beroende av ett levande objekt för att kunna få kontakt med sina känslor, så utvecklas ett hat mot terapeuten som har det som patienten behöver. (Rosenfeld, 1992, Rosenfeld, 1987).

Joseph (1975) har försökt att formulera varför vissa patienter gör sig mer onåbara i terapier än andra. Enligt henne kan man förstå patienten om man utforskar hans/hennes personlighet och dess inverkan på den terapeutiska arbetsrelationen. Som terapeut kan man då i överföringen anpassa sitt arbetssätt utifrån kärnan i problematiken istället för att problematisera varför vissa patienter gör sig mer onåbara än andra.

1.6 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att undersöka varför vissa heroinmissbrukare avbryter sin terapi strax innan de börjar bli drogfria.

Den första frågeställningen var: Är det möjligt att kategorisera bärande aspekter i överföring – motöverförings processer i en psykoanalytisk inriktad psykoterapi med heroinmissbrukare?

Den andra frågeställningen var: Är det möjligt att synliggöra de inre tvingade karaktärer som får en person i psykoterapi att överge det som vi vanligen förknippar med en levande relation, som har mening och värde och istället välja ett livlöst objekt, drogen?

2. METOD

Jag har använt mig av kvalitativ metodik (Grounded theory) i uppsatsarbetet. Dels har jag samlat in empiriska data och dels har jag, för att vidga förståelsen av mina data, gjort en läsning av de erfarenheter den argentinske psykoanalytikern Rosenfeld gjort under sitt mångåriga arbete med missbrukspatienter (Rosenfeld, 1992). Jag har sedan låtit dem berika varandra.

2.1 Kvalitativ metodik - Grounded theory (G. T.)

Kvalitativ metod (Starrin & Svensson 1969), är en form av forskningsmetodik som ofta används för att beskriva och analysera kliniskt behandlingsarbete. Forskningsprocessen förlöper stegvis när man arbetar med utgångspunkt i kvalitativ metodik.

Det *första steget* innebär att man sätter subjektet i centrum genom att ge plats för subjektets upplevelse av sin situation. Det *andra steget* handlar om att man observerar hur något beter sig i sitt naturliga sammanhang dvs. man studerar den tysta kunskap som finns beskriven i den naturalistiska forskningsprocessen. Som forskare försöker man tillföra nya aspekter och på så sätt kommer förståelsen av helheten att förändras. Begreppet kvalitativ (Ekerholt 2002) innehåller begrepp som "process" och "mening" och till skillnad från kvantitativt orienterad forskning använder man sig här inte av statistiska för att redogöra för variationen i data.

Vid det *tredje steget* kan man använda *Grounded Theory* (en kvalitativ metod bland många andra) som innebär att forskaren, genom sina ursprungliga temata och genom sin praktiska

och teoretiska förståelse söker och tolkar information i relativt tydliga steg. GT innebär att den producerade teorin skall grundas i data t.ex. i terapianteckningar och i att ett meningsfullt teoretiskt sammanhängande mönster framträder ur kodningsprocessen. Datainsamlingen skall styras av de idéer som forskaren får när denne kodar sina data. Datainsamlingen och kodningen sker parallellt. Kodningen ger sedan i sin tur upphov till idéer om hur olika fenomen kan tänkas förhålla sig till varandra som t.ex. att man jämför koder som uppkommer från anteckningar som tillhör en person med koder som kommer från en annan person. På så sätt uppkommer nya idéer som formar mönster. Ur dessa mönster försöker man hitta koder/teman som bildar mönster bestående av liknande händelser och således kan namn ges, dvs. bilda en kategori. Att koda data innebär att man jämför begrepp som tillsammans beskriver ett urskiljbart mönster. Sedan jämförs de olika begreppen och fler kategorier skapas. När man vid upprepade tillfällen får data som är utbytbara mot tidigare insamlade och tillskapade data anses materialet ha uppnått "mättnad" Slutligen kan man låta den framväxande empirin möta en teori.

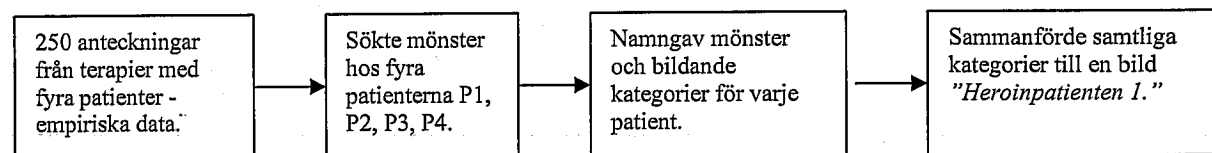
2.2 Tillvägagångssätt

Uppsatsarbetet har inneburit en komplex process som kan vara svår för läsaren att följa. Jag börjar därför med att ge en kort redogörelse omfattande tio steg.

A. Insamlandet av empiriska data.

Steg 1. Jag valde ut fyra patienter med ett långvarigt heroinmissbruk.

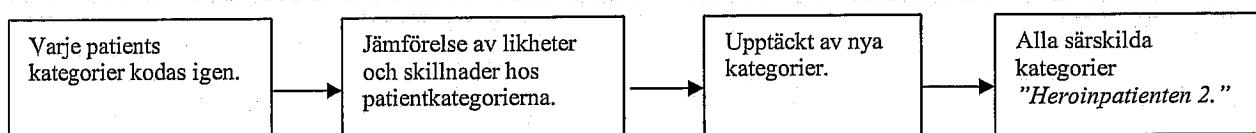
Steg 2. Genom att koda terapianteckningar (250st.) från arbetet med dessa fyra heroinmissbrukare i kategorier kunde jag urskönja mönster i materialet. Dessa mönster fick sedan utgöra bakgrunden till en generell beskrivning kallad "*Heroinpatienten 1*" (*Bilaga 1*).



Figur 1. Första kodningen av data.

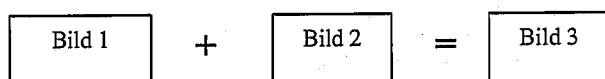
Steg 3. Jag jämförde respektive klients kategorier med de kategorier jag funnit för de andra patienterna.

Steg 4. Jag kodade sedan om materialet och såg denna gång om det kunde vara så att jag kunde finna några kategorier hos patienten ifråga som *inte* fanns hos de andra patienterna. Processen kan beskrivas med följande metafor: Jag hittade ett visst antal frukter hos patient 1. Sen tittade jag efter om det fanns någon frukt hos patient 2 som var snarlik patient 1, men ändå inte av samma typ. Jag fortsatte så ända tills jag inte hittade fler typer av frukter (kategorier). Jag erhöll då ett mönster som bildade "Heroinpatienten" (Bilaga 2).



Figur 2. Andra kodningen av data.

Steg 5. Jag reviderade den generella beskrivningen (Bild 1) genom att lägga till de mera detaljerade specifika kategorier (Bild 2) jag nu funnit och fick fram en mera nyanserad bild av "Heroinpatienten 3" (Bilaga 3) som beskriver essensen i mina terapianteckningar.

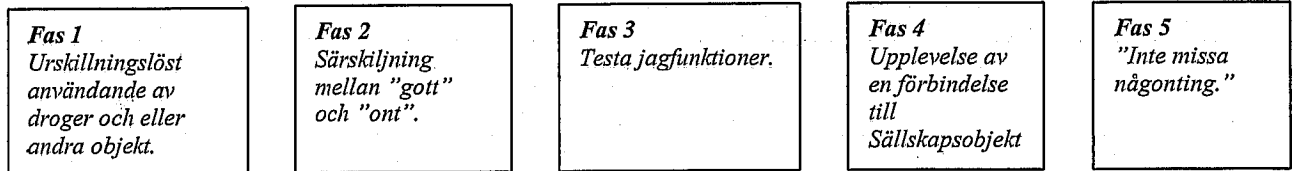


Figur 3. Slutgiltiga kodningen av data.

B. Psykoanalytisk förståelseram för terapi med missbrukare (Rosenfeld).

Steg 6. Jag använde mig av den förståelseram för vad som sker i psykoanalytisk behandling med missbrukare som Rosenfeld sammanfattat under fem utvecklingsfaser i sin bok: *The Psychotic Aspects of the Personality* (1992).

Dessa fem faser använde jag sedan som teoretiska kategorier för jämförelse med mitt kodade empiriska material.



Figur 4: Rosenfeld's teoretiska antaganden om fem faser som kan beskriva en terapeutisk process i terapiutvecklingen vid psykoanalys av missbrukare.

C. Jämförelse av likheter och skillnader mellan insamlade empiriska terapidata och faser i psykoanalytiskt arbete med missbrukare.

Steg 7. För att få ett övergripande perspektiv på problematiken jämförde jag den nyanserade bilden Heroinmissbrukaren (Bild nr 3) med Rosenfeld's fem faser.

Steg 8. Jag upprepade proceduren två gånger till och såg dessa gånger efter olikheter i jämförelserna.

- a) Det som fanns beskrivet i de fem faserna, men inte mina empiriska data, dvs. teoretiska antaganden och beskrivningar som inte återspeglades i mina data.
- b) Det som fanns i mina empiriska data, men inte beskrivet i de fem faserna.

Steg 9. För att få en uppfattning om var i en psykoanalytiskt inriktad terapiprocess mina patienter skulle kunna tänkas befinna sig jämförde jag varje patient (patient 1, patient 2, patient 3, patient 4) mot var och en av de fem faser Rosenfeld beskrivit för att se eftersom det fanns likheter mellan patienterna med avseende på i vilken fas de kunde tänkas befinna sig.

Steg 10. Med hjälp av de kategoriserade terapianteckningarna sammanställde jag en hypotetisk modell för var i en psykoanalytiskt inriktad terapiprocess för missbrukare mina patienter skulle kunna tänkas befinna sig. Dessutom tänkte jag mig att förekomsten av teoretiska beskrivningar som inte återspeglades i mina data, samt data som inte reflekterades i någon av de fem faserna skulle kunna ge utrymme för kritisk reflektion i förhållande till de data Rosenfeld samlat in och analyserat. På så vis skulle, i enlighet med GT, perspektivet kunna vidgas och ny kunskap erövrats. Resultatdelen i uppsatsen bygger på tillvägagångssättet i steg 10.

2.3 Läsning av de erfarenheter den argentinske psykoanalytikern Rosenfeld, D gjort under sitt mångåriga arbete med missbrukspatienter (Rosenfeld, 1992). "Drug abuse and inanimate object"

Rosenfeld.D har i kapitlet sammanfattat sina erfarenheter i fem faser som han menar följer en utvecklingslinje och som han ser som en process. Ofta förekommer faserna kontinuerligt, ibland växlar de riktning. Enligt Rosenfeld innebär drogmissbruk ett sökande efter primitiva autistiska sensationer vilka han anser härstamma från en period under den tidiga utvecklingen då barnet skapat sig inre fantasier om en inre moder som inte kan acceptera hans/hennes humörsvängningar. Dessutom har Rosenfeld utvecklat tankar om livet, döden och självmord hos denna patientgrupp. Hos dessa missbrukare har han observerat en primitiv psykotisk kroppslig föreställning som gestaltats sig i patientens inre fantasier, samt att man under utveckling av överföringen kan varsebli förändringar i patienternas inre objektrelationer. Nedan presenteras en sammanfattning av min egen översättning av faserna. En mera utförlig redogörelse över de olika faserna framgår av bilaga 4.

Fas 1: Ett urskillningslöst användande av droger, alkohol och objekt

- Ingen åtskillnad mellan subjekt och objekt
- Ett promiskuöst och perverterat beteende
- Passiv upplevelse av total hjälplöshet
- Extrema behov av kontakt med huden.
- Inget eget inre rum
- Motstånd mot beroende av terapeuten
- Inkontinens (= svårigheter att behålla det som man tar in)
- En viss grad av beroende kan urskiljas, som är förflyttad från en oral till en genital nivå (en sexualisering av kontakten med objektet på en infantil nivå)

Fas 2: Patienten börjar kunna särskilja mellan det som är ett "gott" objekt (idealiserat) och ett "ont" (förföljande) objekt.

- Ökad kontinens som gör det möjligt för individen att behålla det som han tar in.
- Utvecklar en "alarm signal" som gör det möjligt att välja det som är "gott".
- Upplevelse av förföljelse och depressivitet.

Fas 3: Testa jagfunktioner

- Återvinnande av skyddande inre objekt och användandet av lugnade medel.
- Drogar vid specifika tillfällen.
- Börjar kunna uppleva ett beroende av terapeuten.
- Testa framväxande jag funktioner
- Terapeuten kommer att bli en omedveten motivations ledare för missbruket.

Fas 4: Upplevelse av en förbindelse till relation

- Upptäckt av sällsksapsobjekt som inte är levande som t.ex. musikinstrument.
- Förbindelsen kan upplevas som ett slaveri.
- Uppgivenhet.
- Skaffandet av sällsksapsobjekt är ett första försök till att särskilja sig själv.

Fas 5: "Inte missa någonting."

- Glupskhet.
- Skiftning från drogberoende till beroende av rutiner för Svensson-liv.

3. RESULTAT

3.1 Sammanfattning utifrån sammanställning som är gjord för det som fanns i steg tio.

Resultaten illustrerar min hypotetiska modell omfattande fem faser, för en psykoanalytiskt inriktad terapiprocess för missbrukare, samt var i dessa faser mina patienter skulle kunna, eller inte skulle kunna, tänkas befinna sig.

Sammanfattningsvis visar resultatet att när patienterna befann sig eller var i närheten av att gå vidare till fas 3 (testa jagfunktioner) så blev det svårt för dem att utvecklas vidare.

3.2. Den generaliserade bilden av en heroinmissbrukare jämförd med Rosenfeld's fem faser.

Det resultat som visade sig vid en jämförelse mellan den generaliserade bilden av en heroinmissbrukare och Rosenfeld's fem faser var att alla fyra patienter visade upp tecken på ett utskillningslöst missbruk av droger och andra objekt (fas 1). Dessutom antydde materialet i terapianteckningarna upplevelser av: "The name less dread", vilket var orsaken till att han/hon sökte hjälp och det förefaller som att det även utgjorde orsaken till själva drogandet.

Samtliga patienter kunde så småningom utföra ett första försök till åtskillnad mellan det som var "ont" och "gott" (fas 2). Däremot visade resultatet att samtliga patienter hade svårigheter

med att gå vidare till att bara missbruka vid specifika tillfällen som utmärker steget till att kunna börja testa sina jagfunktioner (fas tre)

3.3. Förekomsten av teoretiska beskrivningar som inte återspeglades i mina data.

Den generella bild jag fick i jämförelsen mellan Rosenfeld's fem faser och en nyanserad beskrivning av heroinpatienten (bild 3) stämde inte med Rosenfeld's uppgifter om utvecklandet av fobier mot terapeutiskt beroende (fas 1). Det samma gällde Rosenfeld's fas två att det skulle finnas förvirrad (konfusionell) ångest hos patienten, samt fas tre, att patienten skulle ha utvecklat ett inre maskulint objekt som stöd mot det patologiska bandet till modern.

3.4. Data som inte reflekterades i någon av Rosenfeld's fem faser.

I mina terapianteckningar kunde jag finna teman som inte fanns beskrivna i Rosenfeld's faser.

Fas 1.

Kategori **ansvar.**

Kategori **djur.**

Kategori **hypokondri.**

Kategori **plats.**

Fas 2.

Kategori **hot.**

Kategori **substitutionsbehandling.**

Fas 3.

Kategori **far.**

4. DISKUSSION

Jag har försökt förstå något av det komplexa fenomenet i det svårförståliga att vissa människor trots alla varningar väljer att missbruka drogen heroin. Detta har jag studerat

genom att använda den psykoanalytiska teorins kunskap om hur individer i avsaknad av stabila inre objekt skapar sig konstlade objekt.

4.1 Överföring-motöverföringsprocesser i en psykoanalytisk inriktad terapi med heroinmissbrukare.

En fråga som då upptagit mig en hel del är hur överförings-motöverförings processer i en psykoanalytisk inriktad psykoterapi med heroinmissbrukare kan gestalta sig?

Aspekter som visade sig i överföring – motöverföring med mina patienter var relaterade till förekomsten av ett inre objekt, en inre moder som inte kunde acceptera individens humörsvägningar. Vid dessa tillfällen kan överföring uppstå där terapeuten blir till objektet/modern som inte accepterar/uppmärksammar patientens frustration, vilket kan leda till att han/hon tar en drog och inte kan använda sig av terapeuten som ett levande objekt. Detta kan leda till att man som terapeut i motöverföringen blir frustrerad av patienten och bidrar till att faktiskt missbruka den terapeutiska relationen.

En annan överföringsaspekt var att man i rummet kunde få en känsla av att patienten hade en önskan om att alltid vilja vara ett med terapeuten (bibehålla en hudkontakt med objektet). Om man som terapeut ökade distansen till patienten och släppte denna *"hud mot hud kontakt"* sökte sig patienten till andra samtalsämnen, bytte objekt. Rosenfelds beskrivning av motöverföringen vid dessa situationer är att terapeuten tappar förmågan att tänka och bara svarar mekaniskt, som om det krävdes ett agerande. Detta kan beskrivas som t.ex. att terapeuten "ger barnet godis när det gråter" eller ökar på dosen av substitutionsbehandling. Terapeutens uppgift blir här att stå ut i den tomhet som visar sig i rummet när patienten inte har lyckats skapa sig en "andra hud" eller varit fylld av droger. Som terapeut kan man få en känsla av att patienten är uppfylld av längtan efter att få vara i extas, vara påfylld och så fort han/hon har fått detta upplevs en tomhet som gör att man mentalt dras till ett nytt inre objekt. Det som hände i överföringen när man som terapeut inte lyckades hållbara patientens känslor var att kreativiteten slocknade (patientens inre objekt dog). Det är detta fenomen som Rosenfeld syftar på när han talar om att patienterna identifierar sig med ett objekt som är dött (personer i sin närhet som sjuka, döda eller patientens egna inre fantasier om att ha dödat genom sin aggressivitet). I motöverföringen kunde man som terapeut känna sig som död, att man inte längre existerade för patienten pga. att patienten inte kunde urskilja sig från sitt inre

döda objekt. Dvs. att man tänkte att "nu är terapin avbruten", istället för att ta upp samtalet igen.

Ytterligare en aspekt av överföring var att patienterna visat på förekomsten av inre objekt som inte tillät honom/henne att ta sitt eget ansvar. Risken fanns att den terapeutiska alliansen omvandlades till en relation som tillät allt och terapeuten i motöverföringen tog över ansvaret från patienten och gjorde patienten till ett offer. I dessa fall upprepade patienten sitt beteende genom att exponera sin infantila del i terapin, vilket inte var lätt för terapeuten att bortse ifrån eftersom hotet om överdoser pockar på. Patienterna ger sedan i överföringen terapeuten (det inre objektet) skulden för att ha tagit över ansvaret från honom/henne. Detta beskriver Rosenfeld som att det finns ett inre hotande objekt hos patienten som nedvärderar det goda inre objektet och det blir terapeutens (det goda objektets) fel att patienten tog ett återfall (utagring under inflytande av det hotande objektet). Från materialet har det visat sig tydligt att patienterna har haft ett inre objekt, en inre mor som är sjuk. Om terapeuten i sin motöverföring agerar som den sjuka modern, vilket händer om terapeuten inte orkar stå emot patientens "acting out" så kommer patientens fantasi att bli konkret pga. att han/hon inte kan särskilja sig från sitt inre objekt. Här kommer man som terapeut att bli testad med avseende på sin förmåga att ta emot och ge utrymme för det skadade inre barnet och på så sätt bidra till att relationen repareras till den inre modern.

Det som också har visat sig i materialet som överförings-motöverförings problem är att den terapeutiska relationen kunde anta karaktär av ett handelskontrakt där man utbyter handelsvaror sinsemellan som t.ex. att patienten ställer upp och tar hand om modern/terapeuten. Detta är något som dessa patienter känner till från sin vardag och också kan utnyttja sig av, dvs. att skapa och fungera i missbrukande relationer.

När patienterna befann sig i fas två (att kunna skilja mellan det som var "gott" eller "ont") visade det sig i överföringen att terapeuten transformerats till det idealiserade objektet och att detta också var något som krävdes för att terapin skulle kunna fortgå. Skiftningen i överföringen mellan att som terapeut uppfattas som ett "gott" objekt eller ett "ont objekt" kunde ske ganska snabbt. Idealiseringen blev väldigt stark och den känsla man som terapeut kunde få var en rädsla för att hotet skall vändas och terapeuten uppfattas som ett förföljande objekt som patienten skulle triumfera över genom att använda sitt maniska försvar. Detta skedde om terapeuten inte höll måttet för att vara idealiserad och eller om patienten inte accepterade utan förnekade de separationer som skedde vid helger och uppehåll.

Efter en tid i terapin, när patienten har tagit sig till fas tre kommer patienten enligt Rosenfeld att börja testa sina jagfunktioner (Rosenfeld 1992). Testningen handlar om huruvida

terapeuten accepterar patienternas val eller inte. Här fanns en risk att terapeuten inte blev tillräckligt uppmärksam på vad som hände när t.ex. patienten tog upp olika möjligheter till val. Risken för terapeuten låg i att patientens överföring inte uppmärksammades och att man som terapeut då blev den som patienten inte kunde lita på, vilket inte var lätt eftersom testningarna var många och intensiva. Detta blev tydligt när man inte konfronterade patienten vid rambrott. Jag anser att det är av stor vikt att man uppmärksammar överföringen under detta steg mot utveckling. Ibland lyckas man, ibland inte.

En annan risk är att man som terapeut tillåter sig att bli så idealiserad att man i motöverföringen blir blind för patientens behov av att kvarhålla splittingen av det inre föräldrparet. Meltzer har uppmärksammat att vissa missbrukande patienter har en förmåga att förtjusa terapeuten (objektet). Han anser att detta är ett perverterat sätt att särskilja det förenande föräldrparet, idealisera terapeuten (den inre modern/objektet), varvid terapeuten som representant för det inre objektet sedan får svårt stå emot denna starka idealisering (Meltzer 1976). Patienten blir då lämnad kvar i den paranoid-schizoida positionen och får svårt att konfronteras med sin narcissiska omnipotens.

4.2 Inre tvingande karaktärer hos en heroinmissbrukare

En annan fråga jag som terapeut för patienter med heroinmissbruk har funderat mycket omkring handlar om vilka de inre tvingande karaktärer kan vara som får en person att överge ett "gott objekt" och välja heroin?

I terapianteckningarna finns antydningar om att drogen heroin har fyllt en lugnande, dämpande funktion för patienterna så att de inte har behövt uppleva osäkerheten och ambivalens i förhållande till vad som är "gott" eller "ont" i relationen. Även när patienterna inte har haft förmåga att kunna skilja ut sig från det inre objektet/modern har drogen hjälpt till att separera/skydda individen från det patologiska bandet till modern. Vid alla former av separation har drogen även hjälpt individen att inte behöva uppleva "The name less dread". Alla fyra patienter har injicerat heroin och beskrivit injektionen som en upplevelse av att känna sig mer levande. Intressant är att patienterna har berättat att vid vissa tillfällen har det inte räckt med att få substitutionsbehandling (oralt), utan att ett intravenöst intag har krävts för att man skulle kunna känna sig levande. Detta kan stämma med det Rosenfeld har observerat att vissa missbrukare har en psykotisk inre föreställning knuten till sin kroppsbild, vilket innebär att det inte räcker med att ta in drogen oralt, utan att kroppens artärer och vener upplevs som att de är endera fyllda av eller tömda på vätska.

När patienterna hade börjat kunna utföra en första särskilnad mellan det som var "gott" eller "ont" (fas 2), visade det sig att han/hon ville bevara det som var "gott" till varje pris. Man kunde byta ut en drog mot en annan eller genomföra en särskiljning inom knarkgänget, men det var dock försök till att genomföra splitting av "gott" och "ont" i syfte att undkomma skräcken i att konfronteras med den ångest som ligger i "The name less dread". Dessutom kunde man se att när patienten ville driva ut det som man upplevde som "ont" och förföljande så började han/hon byta ut drogen heroin och använda sig av en annan som ersättning. Det har också visat sig att när patienterna började testa sina jagfunktioner (fas tre) så blev återfallen tydliga. Det har verkat som om patienterna inte har orkat kämpa vidare och valt en återgång till ett urskillningslöst missbruk (fas ett) där självmordsrisken har varit stor pga. han/hon har känt sig misslyckad (igen). Ett sätt att tänka om detta kan vara att patienterna befunnit sig på den protomentala nivån, där tillståndet är psykiskt och fysiskt odifferentierat (Bion 1993). Enligt Meltzer kan detta tänkas medföra skräck för en terror som tvingar fram ett inträde i ett mentalt Klaustrum, dvs. ett liv i känslomässig isolering. (Meltzer) Att ständigt vända tillbaka till livet i missbruket har beskrivits av patienterna som att man har förstört för sig själv. Bions tankar om "Attacks on the links"³ kan belysa patienternas egna funderingar varför han/hon alltid förstört för sig själv. Enligt Bion finns en skillnad mellan den katastrofiska rädslan, där skräcken finns inom personen och den förföljande rädslan, där fienden finns utanför. En heroinist mentala fungerande skulle kunna kännetecknas av principen: Hellre en fiende utanför, än inom en. Ett inträde i maffian gör det möjligt att följa dessa principer.

4.3 Återgång till missbruk efter en tids drogfrihet

En tredje fråga som jag i denna uppsats har funderat på handlar om återgången till missbruk efter en tids drogfrihet. Patienternas återfall visat sig tydligast sedan de gått i terapi ett tag (mellan fas två och fas tre), men trots detta rambrott har de kommit tillbaka till terapin. Det som är utmärkande enligt Rosenfeld vid fas 3 är att det blir en frustration för patienten när han/hon börjar kunna uppleva ett terapeutiskt beroende. Frustrationen över att behöva vara

beroende av ett "gott" inre objekt (fas 3) kan således tänkas leda till återfall när patienten vill testa om jagfunktionerna fortfarande är hållbara i nya situationer där de goda inre objekten har givits tolkningsföreträde (Fas 2). Ibland kan behov av att hämnas uppstå vid terapeutiska Här kan man istället se att välja att: "Gå ut och ta sig en öl" kan antyda förekomsten av ett gott objekt. I sådana sammanhang är det viktigt för terapeuten att reflektera över vilka glasögon han/hon betraktar patienten med (vilket vertex som blir använt). Det kan handla om att patienten vill kunna vara ute med andra människor på lokal. Där "Jag vill kunna knarka till fest", kan innebära förekomsten av något "gott inre objekt" men också något "ont inre objekt". Patienternas jagfunktioner testas och därmed testas också terapeuten. Patienterna i materialet har likaså berättat om återfall vid sommaruppehåll i terapin då krafterna att göra uppror mot "tyrannen" (maffian, knarket etc.) viker (Meltzer1973).

Kan man betrakta heroinmissbruk som en estetisk konflikt? Rosenfeld har visat att patienterna börjar kunna uppleva en större kontinens om och när han/hon börjar återvinna skyddande inre maskulina objekt som kan lossa på det patologiska bandet till modern. Anteckningar om detta saknas i mitt material och blev istället belyst i rummet genom patienternas berättelser. Att uppgifter om skyddande maskulina inre objekt saknas i mitt material innebär inte att det inte förekommer hos mina patienter, men det som visar sig tydligt var att patienterna inte hade haft något avgränsande helt fadersobjekt som hjälp att avveckla det patologiska bandet mot modern, vilket kan tänkas ha försvårat för patienterna att utvecklas vidare i terapin. Det som faktiskt har kommit fram är att patienterna har sökt maskulina objekt i den yttre världen. Till exempel att vilja få en manlig kontaktperson eller att man tagit kontakt med andra manliga narkomaner som man inte ansett vara lika destruktiva som en själv. I vissa fall nämndes inget faders objekt, i vissa fall kan de ha uttryckts genom förnekande av modern eller i utsagor om att mödrarna har skyddat barnen från sina fäder, vilket lett till ett splitting av det förenade föräldraparet. Man kan tänka sig att heroinet har hjälpt patienten att vara kvar i en illusion om att aldrig behöva växa och ta ansvar och samtidigt fungerat som en hjälp att särskilja sig själv från modern. Som en patient berättat: "Heroinet hjälpte mig att ta mig hemifrån." Klein (1988) tänkte om avund att den attackerar och förstör varje tillstymmelse till förändring av självet. Hon poängterade vikten av att föra in den negativa överföringen i terapin och på så sätt låta avunden framträda i mer renodlad form. Här kan man tänka, att vid uppehåll i terapi, när patienten har kommit till fas tre och börjat känna sig beroende av terapeuten så kan upplevelsen av att inte äga sina egna ord, sina val, göra att avunden blir påtaglig och synlig. En kontakt med ett "gott" objekt hotar patientens narcissistiska fantasi om självtillräcklighet och medvetenhet om egna brister. Att uppleva ett

beroende av terapeuten innebär att man blir varse att det finns något som terapeuten, men man själv inte har och man inser nu också att terapin inte kommer att pågå för evigt. Om avunden är för stark riskerar patienten att bli kvar på delobjektsnivå i den paranoida – schizoida – positionen och möjligheten att träda in i den depressiva positionen, dvs. möjligheten att relatera till objektet som en hel person (uppnå helobjektsnivå) är avlägsen. Meltzer anser, att om det inte finns något förenat inre objekt (förenat föräldrapar) så kan man inte heller uppnå den depressiva positionen (bearbeta den oedipala situationen), där de inre och därmed också de yttre, objekten kan upplevas som en hela personer med både "onda" och "goda" egenskaper. Meltzer (1988 s.29) påpekar att den psykopatologi som vi studerar hos våra patienter har sin primära grund i patientens flykt från den smärta som finns i den "estetiska konflikten", där vi, till trots av vår litenhet och oförmåga att väsentligen påverka hela vår livssituation ändå kan frammana modet att möta längtan, smärta och frustration så att vi kan överge vår omnipotens och vara medvetna om begränsningen och oförmågan att kontrollera skönheten i livet. I överföring och motöverföring kan patientens hårdhet, kyla och brutalitet förstås som uttryck för hans smärta i upplevelsen av ständigt befinna sig i konflikten mellan att kunna samarbeta med det närvarande objektet och samtidigt uppleva ångesten över förlusten av det frånvarande objektet.

Patienterna har också visat att de upplever att de inte har någon plats i livet, vilket jag inte har sett omnämnt hos Rosenfeld. Kan det handla om att man har svårt att veta vem man är, var man hör hemma om man inte har en inre föreställning om "urscenen"? Platsen för där man anser sig höra hemma kan då i en olöst oedipalkonflikt, ur narcissistiskt perspektiv upplevas som att den är hos maffian.

Alla patienter hade en upplevd starkt traumatiserad barndom. Meltzer menar att han hos patienter som bär på en inre omedveten fantasi om att ha dödat inre objekt har sett att det har funnits en traumatisk uppväxt där inget "gott" objekt har funnits tillgängligt, vilket kan stödjas av det som kommit fram i uppsatsen. Detta innebär att terapeutiskt arbete med patienter som missbrukar heroin kräver ett långvarigt åtagande och att det är av stor vikt att lyfta fram den negativa delen i överföringen så snart det dyker upp.

Sammanfattningsvis har resultatet visat att när hotet om avbrott visar sig i terapin så kommer patienten allra troligast att gå från ett "gott" objekt till ett "ont" objekt. Patienten har vid dessa tillfällen visat upp en desperation mot den nya anknytning som sker i fas tre.

5. KONKLUSION

Jag har använt mig enbart av kvalitativ forskning vilket avgränsat, men också eventuellt inskränkt mitt perspektiv.

En begränsning är att jag i mitt material har 4 patienter. Tiden för uppsatsen har också varit begränsad. Litteratursökningen har varit snäv. Jag har använt mig av Rosenfeld (1992) och skulle ha kunnat söka ytterligare psykoanalytisk kunskap rörande terapi med heroinmissbrukare för att få en tydligare teori ram.

En annan viktig sak att poängtera är att jag inte heller har bedrivit psykoanalys vilket Rosenfeld's patienter har fått. Om patienterna hade kunnat gå flera ggr i veckan i analys hade materialet blivit tätare och mer fördjupat

Jag har i min uppsats ställt ett antal frågor relaterande till en terapiprocess och hur detta kan tänkas ha påverkats av att patienten har missbrukat heroin. Jag har använt mig av psykoanalytisk teori och min egen erfarenhet som terapeut för denna patientgrupp.

Min avsikt med detta arbete var inte att komma med färdiga teorier, utan åstadkomma en bättre förståelse för heroinmissbrukarens valsituationer att avstå från missbruk eller återgå till detsamma. En fördjupad förståelse, synligjord i överförings-motöverföringsprocessen i en psykoanalytiskt inriktad psykoterapi kan enligt mitt förmenande hjälpa terapeuten att stärka patientens inre goda objekt i kampen mot de onda. Min slutsats är att den psykoanalytiska teorin kan tillföra viktig förståelse av en heroinmissbrukarens val att gång på gång vända till missbruket. Som terapeut kan man med hjälp av psykoanalytisk teori och metod få lättare att reflektera över individens inre objekts värld genom att använda sig av den överföring – motöverföring som visar sig i rummet. Heroinmissbruk kan ses som något som kan användas istället för ett "gott" objekt. Det som blivit tydligt för mig i uppsatsarbetet är att patienterna har en reparerande kapacitet som gör att de att gång på gång trots allt söker hjälp. Däremot har svårigheten att förbli drogfri visat sig uppstå när ett beroende av ett "gott" objekt väl har börjat etableras. Upplevelse av beroende har inneburit att patienterna har känt sig mindervärdiga och därför "hotat" sig ut från terapin. En annan slutsats som jag dragit är att det vore viktigt att närmare undersöka patienternas upplevelse av olika sjukdomar, (hypokondri) för att bättre kunna hjälpa denna grupp av patienter.

REFERENSER

- Bion, W, R. (1961). *Experiences in Groups*. Tavistock. London.
- Bion, W, R. (1993). *Vid närmare eftertanke*. Natur och Kultur. Falun.
- Bogren, M. (1998). Att återupprätta dialogen. Psykisk Hälsa nr.3.
- Cassese, S, F. (2000). *Introduction to the work of Donald Meltzer*. Karnac. London.
- Ekerholt, K. (2002). Psykomotoriskfysioterapi- behandling och samhandling. Den medicinske fakultet og den psykologiska fakulteten. Senter for etter og viderutdanning. Universitetet i Bergen.
- Freud, S. (1920). Valda skrifter av Sigmund Freud. *Bortom Lustprincipen*. Natur och Kultur. Borås.
- Freud, S. (1929). Hämning, symtom och ångest, *Bortom Lustprincipen*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Freud, S. (1996). *Drömydning*. Natur och Kultur. Stockholm
- Freud, S. (1926). *Inhibition, Symptoms and Anxiety*. S.E.20 Focus (1964).bd. 2.
- Fridell, M. (1991). Personlighet och drogmissbruk. Pm serie, nr 10. Stockholm.
- Fridell, M. (1996). *Institutionella behandlingsformer vid missbruk* Natur och Kultur. Borås.
- Hausgjerd, S. (1999). *Psykiskt Lidande*. Natur och Kultur. Stockholm.
- Hinshelwoow, R, D. (1988) "*The Clinical Klein*" Free Associations Books. London
- Hogget, P. (2003). "The International Establishment." <http://human-nature.com/hraj/hogget.html>
- Joseph, B. (1975). The patient who is Difficult to Reach. *Tactics and techniques in psychoanalytic Therapy*. Volume 2. Giovacchini, 1975. Jason Aronsson. United States of America.
- Kaatari, H. (1999). Om hypokondrisk dödsrädsla och perversion i psykoterapi. Psykisk Hälsa. Nr. 2.
- King, A. C. & Stephanie, A. (2004). Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment* 26, (1-7).
- Klein, M. (1975). *Love, Guilt and Reparation, and other work 1921-45*. Criminal tendencies in normal children. The Free Press. New York.
- Klein, M. (1988). *Kärlek, Skuld och Gottgörelse*. Natur och Kultur. Borås.
- Lifschitz, M. (1977). Constructing a Psychology of Addiction from Winnicott's Absence and Bion's No thing. @1997-Copyright by Marvin Lifschitz.
- Meltzer, D.(1973). *Sexual states of mind*. Clunie Press. Perthshire.
- Meltzer, D. & Harris Williams, M. (1988). *The Apprehension of the Beauty: The Role of Aesthetic Conflict in Development; Art and Violence*. Clunie Press. Perthshire:
- Meltzer, D.(1992). *The Claustrium: An Investigation of Claustrophobic Phenomena*. 149-153. Clunie Press. Perthshire.
- Meltzer, D. and The Psychoanalytic Group of Barcelona with Cathrine mach Smith. (2002). *Psychoanalytic work with children and adults, Meltzer in Barcelona* S.75. Karnac. London.
- Najavits, L, M. (2001). "Helping difficult patients". *Psychotherapy Research*, No.11, (2), pp 131-152.
- Rosenfeld, H, A. (1960). On drug Addiction, Psychotic States: A Psycho Analytical Approach (pp.128-143). London: Karnac.

- Rosenfeld, H, A. (1971). A Clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into aggressive aspect of narcissism. *International Journal of Psycho-Analysis*, 52,169-78.
- Rosenfeld, D. (1992). *The Psychotic Aspects of the Personality*. Karnac. Books. London.
- SBU. (2001). Behandling av alkohol och narkotikaproblem. Psykosocialbehandling av narkotikaberoende, kap 2. Stockholm.
- Sjöberg Benkt. (2005). Leg. Psykoterapeut. Muntlig kommunikation. Umeå.
- Svensson & Starrin. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik* Studentlitteratur.
- Volkerts, J. (2003). *Drogberoende, psykologi och terapi*. Prisma, Stockholm.
- Winnicott, D. (1981). *Lek och verklighet*. Natur och Kultur. Borås.
- Wurmser, L. (1978). *The Hidden Dimension. Psychodynamics in Compulsive Drug-uses*. Aronson. New York.

Läsning av de erfarenheter den argentinske psykoanalytikern Rosenfeld gjort under sitt mångåriga arbete med missbrukspatienter (Rosenfeld, 1992). "Drug abuse and inanimate object", Sid 201-257.

Fas 1, Urskilningslöst användande av droger och/eller andra objekt

Patienten har ett odiskriminerat förhållande till droger, alkohol och/eller till objekt som fungerar på liknande sätt som drogen. Att missbruka droger är ett försök för patienten att hitta en känslomässig näring - ett bröst/objekt som kan kontrollera hans/hennes humörsvängningar. Barnet har på detta sätt lärt sig att leva genom en substitutsmor, en "andra hud" (Bick, 1970), utan att behöva konfronteras med melankolin i förhållande till det förlorade bröstet - modern och behovet av huden. Om något förstör detta intensiva kontaktsökande med objektet leder det till att individen klipper av relationen och byter ut objektet mot ett nytt. Eftersom individen har en tidigare brist i sin hud kontakt med modern behöver han/hon för sin existens försäkra sig om att vara "fastklibbad" vid något objekt. Individens förmåga att ha en psykisk förnimmelse om att huden är ett hållande höljede kan bara introjiceras när modern och fadern kan härbärgera barnets "mind" och affekter. Om individen inte har haft möjlighet att utveckla denna förmåga till en inre härbärgering kan avsaknaden leda till utvecklandet av en primitiv psykotisk kroppslig föreställning av en "andra hud". Individen har också skapat sig fantasier att han/hon kommer att bli vägrad bröstet, objektet. Patienten förmår inte heller urskilja ut sig själv från objektet, bilda en egen identitet och uppleva att han/hon skulle kunna ha tillgång till eget inre rum. Han/hon utvecklar följaktligen ingen förmåga att behålla det som han/hon tar in, utvecklar ingen förmåga till kontinens utan allt rinner igenom honom.

Vid separation upplever individen en intensiv ångest, en skräck för att förlora objektet. Han/hon mister förmågan att projicera sina känslor in i objektet, vilket i sin tur innebär att hans/hennes känslor tappar sin mening "Nameless dread" (Bion 1966). Skräcken kan mildras av ett urskilningslöst användande av droger och/eller andra objekt vilket skapar ett drömligt, förvirrat tillstånd hos patienten och kan leda till att självmordrisken kan bli stor.

Patienten kan inte behålla upplevelsen att det som är gott skall så förbli. Patienten får en upplevelse av att det "goda" objektet kan förvandlas till ett "ont" (ett inre gäckande

objekt/bröst uppstår), vilket kan förklara det urskillningslösa och perverterade förhållandet patienten kan utveckla i sin relation till olika objekt. När patienten så småningom börjar knyta an till ett objekt finns rädslan för att relationen skall bli missbrukande på likartat sätt som relationen till drogen är.

Det finns också ett inre objekt hos patienten som kommer att nedvärdera det yttre objektet/terapeuten eftersom han/hon inte vill komma i kontakt med sina egna "onda" objekt. Patienten håller sina sjuka frustrerade delar under kontroll genom att projicera ut på andra individer i sin omgivning.

Till viss del kan patienten fortfarande relatera till objektet, men då sker det genom ett primitivt pregenitalt användande av sexualorganen för att erotisera kontakten, istället för vilja ha en relation på vuxen nivå där man söker kunskap om sig själv och andra. Man kan även se att patienten utvecklar fobier som representerar hennes steg mot terapeutiskt beroende men som hon inte är redo för ännu.

Fas 2, Särskiljning mellan "gott" och "ont"

Genom sin närvaro i tid och rum, samt genom sina interventioner, kommer terapeuten att bli en hjälp för patienten att kunna utföra en första försök till åtskillnad mellan det som är "gott" (idealiserat) och "ont" (förföljande). Patienten börjar använda en favorit drog, en anti-drog som skydd mot en annan. Man börjar se ett splitting i användandet av olika droger och eller olika sätt att förhålla sig till samma drog. En narcissistisk omnipotent del hos patienten delegerar splittingen av "gott" och "ont", ofta med hjälp av självmordsfantasier. Fantasierna kan t.ex. vara att man vill till varje pris vill skydda, bevara det som man har uppdelat som något "gott", till exempel en annan drog. Denna omnipotenta identitet präglas av storhetsvansinne och bristande verklighetsförankring. Patienten börjar acceptera separation, men slåss samtidigt mot separation genom att ta en annan drog t.ex. antabus.

Under timmen kan man även ibland se att det finns en terapeut där, som kan försvinna eftersom denna inte finns representerad i patientens inre. I de här situationerna kan man se en förvirrad (konfusionell) ångest som får patienten att känna sig främmande för vissa delar av sin kropp, som om de skulle tillhörde någon annan.

Genom att terapeutens tolkningar börjar bli meningsfulla, kommer en serie ord bli internaliserade. Patienten låter terapeutens ord blir en del av hans/hennes inre värld och

fantasierna kan bli representerade i t.ex. drömmar, när patienten nu kan börjar drömma om sådant som han/hon istället hade agerat ut.

Internaliseringen som nu sker leder till en större kontinens hos patientens, vilket visas av att hans/hennes förmåga att bli bättre att ta hand om sig själv. Att tala är inte längre det enda sättet att driva fantasierna.

Patienten har börjat sätta upp en "alarm signal"(Freud1926) som kan visa sig genom att han/hon börjar välja sina vänner bättre och visa en mer kritisk attityd mot vad som är "gott" eller "ont". Patienten kan också välja att vara nära ett objekt som kan skydda honom mot det som han/hon upplever sig vara offer inför. Med psykoanalytiskt språkbruk kan man säga att han/hon söker skydd av ett maskulint objekt mot de patologiska banden som fanns med modern.

När individen har börjat komma i kontakt med upplevelsen av att det finns något som är "gott" kan han/hon börja städa upp sin insida från det som är "ont" (förföljande), t.ex. att man kan gå på diet. Patienten börjar också ta drogen i grupp istället för i sin ensamhet.

Fas 3, Testa jagfunktioner.

Patienten börjar använda droger bara vid situationer som upplevs svåra som t.ex. separationer vid helger och semestrar. Återfallen orsakas av att patienten nu börjar kunna uppleva ett beroende av terapeuten och upplevelsen av beroendet skapar frustration hos honom. Frustrationen beror på att terapeuten nu blir den omedvetna motivatören för drogandet och på att patienten känner att han/hon inte äger sina egna ord, val. Drogen blir ett substitut för den frånvarande terapeuten. Det finns inget mellanläge för patienten. Antingen är man full av terapeuten eller full av droger.

En repetition sker vid varje separation där bröstet (terapeuten) kastas ut och ersätts med drogen eller annat objekt "tumsugning". Patienten går tillbaka till tidigare beteenden och kommer att växla mellan dåliga och bra beteenden. Repetitionen sker genom att patienten tar ett "gott" objekt för att reparera relationen till terapeuten eller ett "ont" objekt för att hämnas. Omnipotenta delar av patientens framväxande jag funktioner testas nu för att se om de skall hålla och därmed testas också samtidigt terapeuten. De inre objekten hos patienten är alltså också hans/hennes jagfunktioner, dvs. det som patienten har börjat ta in internaliseras genom mötet med terapeuten. Terapeutens interventioner har blivit "goda" del objekt som man vill testa för att se om de håller för påfrestningar. Patientens destruktiva

delar lämnas ofta utanför rummet. Därför är det mycket viktigt att terapeuten uppmärksammar det som inte visar sig i rummet. Vid eventuella semestrar kan återfallen vara ett sätt att hämnas. Vid dessa tillfällen kommer drogen att identifieras med något destruktivt. När så sker kommer drogen att förfölja jaget och de goda objekten. Drogen kan därutöver också fungera för att lugna och särskilja en del av jaget så att patienten inte får ångest över sin destruktivitet. Här kommer missbruket att ha en likvärdig funktion som den som utvecklas med terapeuten och detta kan ses som ett tecken på att terapeuten har fått en mer lugnande kvalitet i patientens inre värld.

Patienten visar också upp mer av sitt inre och yttre liv p.g.a. att han/hon är mera reparerad och kan klara av att utsätta sig för observationer från andra.

I jämförelse med det tidigare stadiet när patienten längtade till lugna stunder i sitt liv börjar patienten nu, söka bekräftelse hos någon annan utanför sin familj. Ett fenomen som kan ses som att han/hon håller på att hitta ett inre maskulint objekt som kan lossa på de patologiska banden till modern.

Fas 4. Utvecklade av överföringsobjekt och sällskapsobjekt som en första bindelse till relation

Under denna fas kan man se att patienten gör framgångsrika försök att upphöra med sitt missbruk och försöker att närma sig mer vitala objekt än droger. Drogerna kommer på så sätt att ersättas av överföringsobjekt och sällskapsobjekt. Objekten fyller en lugnande funktion för patienten när ångesten är för stark och får en roll som ett mellanstadiobjekt (både död och levande samtidigt). Sällskapsobjektet är till skillnad mot drogen reparerbart. Det man kan se är att patienten börjar samla på speciella objekt som t.ex. musikinstrument och dessa objekt får ofta en fetischisk karaktär. Genom sällskapsobjektet tillfredsställer patienten sitt behov av att äga något som man kan styra över eftersom objektet kommer genom patientens projektioner uttrycka hans/hennes åsikter, känslor mm. På liknande sätt kommer patienten att uppleva sin relation till terapeuten som ett slaveri. Detta kan leda till uppgivenhet och självmordrisken blir aktuell om känslan att man inte klarar av att urskilja sig från objektet blir för stor. Det är den narcissistiska omnipotenta delen av patienten som utför detta självmord och som utförs i ett tillstånd av grandiositet och inte som tidigare under ett drömligt tillstånd.

Fas 5. Inte missa någonting

Det som också karaktäriserar denna fas är att man kan börja ana en förmåga hos patienten att kunna skapa hela objekt genom att milda uttryck av depression börjar visa sig i rummet. Terapeuten kommer inte längre att enbart fylla rollen som ett "toalettbröst", dvs. någon som patienten använder för att lämpa över sitt bråte på, utan också som ett objekt man börjar uppmuntra. Genom den terapeutiska processen kommer patienten att acceptera att hon behöver andra människor och att det beroendet kan vara ömsesidigt. Detta leder också till att hon börjar skydda sina fertila inre objekt genom att använda ångest signalen. I överföringen under denna fas kommer patienten att se terapeuten som den potentiellt farliga fadern, penisen, som hon måste skydda sig emot och dessa fantasier kan stegra hennes ångestfobier.

I terapin kan man börja analysera personlighetsstrukturer som ligger bakom missbruket. Missbruket har nu inte bara funktionen som ett "acting out" utan är snarare en erfarenhet som gör att man kan känna att man gör något "ont" mot sig själv när man missbrukar. I stället kan man nu se beteenden hos individen som är likvärdiga med missbruket. Dessa beteenden kan liknas vid ett sug, en glupskhet efter vissa speciella icke vitala objekt. T.ex. att individen tvångsmässigt shopper eller har ett beroende att äta speciella maträtter. Eller att han/hon handlar oavbrutet på avbetalning. Patienten blir en missbrukare av att "inte vilja missa någonting". Eftersom han/hon ännu inte har förmåga att kunna känna och tänka om sina erfarenheter (dvs. introjektiv identifikation). Patienten känner att han/hon har begär efter objektet, att han/hon behöver stjäla något från någon vilket han/hon inte behövde känna när drogen fanns och samtidigt börjar avunden visa sin starka drivkraft. Patienten introjicerar enbart med hjälp av objektet, men har inte längre drogen som skydd mot sin glupskhet. Patienten har ännu inte utvecklat förmågan att mentalt självständigt uppleva sina handlingar som funktioner vilka leder till att han/hon skapar ett inre utrymme. Risken finns att han/hon kollapsar och regredierar till att återigen fungera genom ett urskillningslöst missbruk av droger (Fas 1).

Tidigare hade patienten en fantasi om att äga en idealiserad, omnipotent terapeut. Denna fantasi hos patienten var likvärdig den magiska omnipotenta fantasin som han/hon upplevde tillsammans med drogen. Nu har patienten upptäckt att kontakten med terapeuten inte kommer att pågå förevigt. Patienten står bättre ut med att delta i det terapeutiska mötet, likväl med den ångest som väcktes av fantasierna om nästa möte med terapeuten. Detta

innebär att patienten kan känna igen tids och rumsgränser bättre. Ett tecken på detta kan t.ex. vara att patienten börjar ta i hand vid början och slutet av sessionen, ett tecken på att han/hon också kan fungera som en aggressiv varelse. Om patienten kan känna igen dessa fantasier och inse att de har ett samband med de val han/hon fattar, kan det ses som en indikation för att patienten kan ta hand om sitt inre objekt bättre på ett bättre vis än tidigare.