

Matrix

REDAKTIONELT

I psykoterapi er der mange ord. Men selv om »ordet var i begyndelsen«, lever mennesket ikke af ord og ånd alene. Andet nummer af MATRIX i dette år tusinde starter med artiklen *Den negligerede krop* af Alice Theilgaard. Den bærende kropsopfattelse i vor kultur, siger forfatteren, er en tingsliggjort, depersonaliseret krop, der plejes og vedligeholdes, men negligeres som sæde for bevidsthed og dermed for erfaring og forståelse, for selv og for og identitet. Forfatteren fører læseren igennem såvel kulturhistoriske som kontemporære forståelser af kroppen og slutter med at understrege betydningen af metaforen og dennes placering i det terapeutiske arbejde.

I en verden, splittet mellem et naturvidenskabelig og et humanistisk paradigme, fungerer psykoterapien i disse år i stigende grad som brobygger eller integrator. Det eksemplificeres bl.a. af den øgende mængde psykoterapeutisk litteratur om og baseret på empirisk forskning. Carsten René Jørgensens artikel *Hvorledes influerer terapeuters udførelse af psykodynamisk psykoterapi på behandlingsudbytte?* tager fat på tekniske elementer i psykoterapeutisk effektforskning. Her specifikt en gennemgang af hvorledes man kan bruge behandlingsmanualer og rating skalaer, til at undersøge hvorledes den enkelte terapeut følger tekniske forskrifter i et behandlingsprogram. Der skal hugges en hæl og klippes en tå for at få integreret den dynamiske psykoterapis mere traditionelle fokus på proces, på anvendelse af fritflydende associationer og bevidsthed og så den naturvidenskabelige og empiriske forsknings krav om operationaliserbarhed og reproducerbarhed. Sidstnævnte kræver en reduktionisme, der ikke altid går lige godt i spænd med intentionerne ved en psykoterapeutisk behandling. Disse temaer diskuteres, idet et afgørende spørgsmål stilles sidst i artiklen uden dog at besvares, nemlig om vi kan være sikre på, at de metoder, der skiller sig ud som mest potente i effektforskningen, også er bedst i praksis? Der er store udfordringer for psykoterapeuter og

forskere i psykoterapi til at finde veje til at dokumentere og forbedre effekten af interventionerne. Jan Nielsen angriber i en mere »traditionel« psykoterapeutisk teoretisk artikel *Før terapeuten taler: Om tolkningens forløbere* temaet tolkning, og ser det som en interpersonel proces, der rummer både forbevidste og nonverbale elementer. Han beskæftiger sig med, hvad man kunne kalde rammerne for tolkning og disses betydning for at tolkningen også »rammer« patienten således, at terapeuten intervention kan internaliseres som et »godt objekt«.

I sidste artikel i dette nummer fortsætter Stig Poulsen »føljetonen« om forskning i korttidsgrupper. I artiklen *Terapeutiske faktorer i korttidsgrupper* opstilles og beskrives en række forskellige forsøg på at kategorisere terapeutiske faktorer i gruppeterapi for at få udskilt, hvad der i egentligste forstand fremmer den terapeutiske proces. Forfatteren foretager selv en sammenstilling og en syntetisering af andres forsøg på opstilling af sådanne kategorisystemer, og anvender i dette arbejde sin egen forskning om klienters oplevelse af gruppeterapi.

Til sidst i nummeret 2 boganmeldelser: Mathilde Lajer anmelder Sigmund Karterud: *Gruppenanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*, som er en moderne lærebog i gruppeanalyse, systematisk og gennearbejdet, berigende og omfattende. Med andre ord en meget anbefalelsesværdig bog.

Jan Nielsen anmelder Bent Rosenbaums disputats: *Tankeformer og talemåder*. Disputatsen blev forsvaret i maj 2000, så MATRIX er denne gang helt up to date. Bogen er banebrydende ved at anvende en psyko-semiotisk tilgang til de klassiske forskningsområder om skizofrene patienters forstyrrede tale. Bogen bygger herved bro imellem semiotik, klassisk psykopatologi og klinisk psykologi. Bogen er stimulerende og inspirerende, insisterende i sin vedholdenhed på psykologiske behandlingsmetoder, teorimættet og krævende for læseren, der til gengæld belønnes for sin flid, ved at få rigeligt stof til eftertanke.

Anne Lindhardt

DEN NEGLIGEREDE KROP

Matrix 2000/01;2, s. 137-153

Alice Theilgaard

»Den negligerede krop« reflekterer over kroppens status som del af en videnskabelig bevidsthed. De kropslige fænomener som udgør emnet for denne artikel har betydning ikke bare i forhold til at erfare kroppen, men også i forhold til forståelse af selvet og for identiteten. Disse fænomener spiller også en rolle i forbindelse med overføring og modoverføringsmekanismerne.

De kropslige fænomener, som her beskrives, er af stor betydning for oplevelsen af ikke alene kroppen, men også af selvet og identiteten, og de spiller ikke alene en rolle i affektregulering og kommunikation, men indgår i overførings- og modoverførings-mekanismerne og dermed i vores terapeutiske arbejde.

Det kan synes paradoksalt, og det vil sandsynligvis ægge til modsigelse, når jeg har anvendt ordet negligeret som adjektiv. For lever vi ikke i en tid, hvor interessen for kroppens pleje overstiger, hvad vi tidligere har set, hvor fitness-centre skyder op som paddehatte, hvor påbudet om mere motion står på dagsordenen, og hvor kosmetik-industrien lukrerer med tilbud om kropsplejemidler?

Det kan ikke bestrides, at der i vor tid bliver brugt megen tid og energi på – om jeg så må sige – en mere 'udvendig' vedligeholdelse af kroppen, men det jeg har i tankerne er en forsømmelse af en anden art.

Vort syn på kroppen er kulturbestemt. Der har til forskellige tider og i forskellige kulturer eksisteret forskellige kropsparadigmer. Hvis vi i vores del af verden går tilbage til Renaissanceen i perioden 1450-1550 vil vi finde, at der

skete en radikal ændring. Det middelalderlige verdensbillede blev sprængt med revolutionen inden for videnskab og filosofi – tænk på opdagelsen af Amerika, af søvejen til Indien, af bogtrykkunsten, den heliotropiske model for planetsystemet, indførelsen af reformationen og et nyt grundlag for lægevidenskaben. På det tidspunkt skete der en væsentlig ændring i opfattelsen af samfundet og individets plads heri. De traditionelle samfund fremstod som 'kroppe', hvor individerne var lemmer. Endnu den dag i dag kan man støde på udtrykket 'hands' som repræsenterende ikke alene ifl. Oxford Dictionary 'a manual worker', men også 'A person as a source from which something originates or is obtained'. Og kongen, høvdingen, som skulle være meget synlig, repræsenterede 'hovedet', ja netop 'overhovedet'.

Lakoff og Johnson har i deres bog 'Metaphors We Live By' (1) så udmærket illustreret, hvordan metaforer ofte på umærkelig vis strukturerer vores oplevelsesverden, så vi ikke i det daglige ænser den kropsliggørelse af genstandene i vor omverden, som finder sted: Bøger har rygge, borde ben, flasker halse, kålplanter hoveder, synåle øjer, krukker ører, floder arme, save har tænder.

Renaissancen repræsenterede et holistisk samfund, hvor fællesskabet og hierarkisk solidaritet for better and worse var vigtigere end individualiteten. Udviklingen er gået fra at være spirituel-mystisk til at være materialistisk medførende et andet syn på kroppen. Det moderne samfund er i en vis forstand 'afkroppet'. Bl.a. med det resultat, at individerne har mistet det fundament for livsudfoldelsen, som er givet ved et indbyrdes sammenhold, man ikke behøvede at tænke over. Egen krop er i dag isoleret og ensom, gjort til en genstand, som nok – som anført indledningsvis – er i fokus i reklameøjemed, men som ofte opleves af den enkelte på en fremmedgjort måde. Jvnf mere specifikt det stigende antal tilfælde af anorexia nervosa, hvor kroppen er gjort til et objekt, og den generelle tendens til at anskue kroppen som noget man *har* og ikke noget man *er*. Narcissus' kropslige ensomhed er prisen for den samfundsmæssige krops forsvinden.

Descartes' dikotomisering af mennesket banede vej for en opfattelse af kroppen som maskine. For et halvt århundrede siden hed min fysiologibog 'The

Machinery of the Body', og maskin-metaforer gør sig stadig gældende; de forekommer så selvfølgelig, at de sædvanligvis opfattes som selvindlysende.

Et dominerende kropsparadigme i dag er baseret på en kemisk-biologisk opfattelse med tilknyttet apparatfejlmødel. Oxfordgenetikeren Richard Dawkins omtalte kroppene som 'overlevelsesmaskiner' i genernes tjeneste.(2). Og apropos gener giver jeg Jesper Hoffmeyer ret, når han mener, at man i genteknologien udtrykker sig sløset – og vil jeg tilføje – reduktionistisk. Alle celler indeholder de samme gener, og dog udvikler de sig forskelligt. Selv Mendel vidste, at når man de samme ærteblomstfrø i forskellig art jordbund, kan det have til følge, at de udvikler forskellige farver. At man inden for genteknologien forsøger at optræde mere politisk korrekt – uden dog at korrigerer for den basale reduktionisme – viser sig ved, at man internationalt har erstattet udtrykket 'genmanipulation' med 'genmodifikation'! Det er i dag sådan, at genotypen er hot, fænotypen er not. Det biomedicinske perspektiv understreger det biologiske i sygdommen og ser bort fra pt.'s oplevelse af sygdom (3). 'Blod' er ikke det samme for patienten som for lægen. Indsprøjtninger gør ikke kun ondt, de perforerer kropsgrensene.

I de mekanistiske modeller ses symptomerne som følger af skjulte årsager i kroppen. Set fra et semiotisk synspunkt er symptomer tegn, der refererer til forstyrrelser af et biopsykosocialt system, og det har forskellig betydning for patient og terapeut.

Freud fastslog, hvor vigtig kroppen var med hensyn til egoets konstruktion: 'The ego is ultimately derived from bodily sensations, chiefly from those springing from the surface of the body'(4,15) .Den franske psykoanalytiker Didier Anzieu (5) gør opmærksom på, at sproget er særligt rigt, når det gælder adjektiver, der relaterer sig til huden. Relationen mellem hud og krop er ofte givet som en metafor for forholdet mellem noget ydre og noget indre. Shakespeare spiller i *Hamlet* på det synedotiske – en del af helheden repræsenterer helheden – og han lader *hud, sminke, klæder* på metaforisk vis erstatte hinanden samtidig med, at de står for hele personen. At kropslige organer også kan udtrykke psykologiske egenskaber er der mange eksempler på. Shakespeare

sætter *stomach = courage*, og alle kender vendingen 'at gå ud af sit gode skind' som udtryk for irritation.

Denne dynamiske, pantomimiske krop er blevet erstattet af en tingsliggjort, anatomisk krop. Kroppen er efter min mening blevet depersonaliseret og dekontekstualiseret. Den er blevet klemt mellem to stærke videnskabsmiljøer, som mener, at henholdsvis gener og computermodeller skal danne grundlag for vor viden om kroppen.

Men som altid er der også modreaktioner. Jesper Hoffmeyer omtaler kroppens intelligens (6) og anfører, at den amerikanske fysiolog Walther Cannon allerede i 1932 talte om 'kroppens visdom' som den forbavsende evne til at opretholde egen sundhed. 'Desværre har lægevidenskaben interesseret sig mere for kroppens mekanik end for dens visdom.' (7) . Apropos intelligens, så kan det undre, at Daniel Goleman i sin meget omtalte bog 'Emotional Intelligence' (8), hvor han dog udvider intelligensbegrebet, ikke refererer til kroppen som helhed, men kun til hjernen. Dette organs betydning skal – det vil jeg gerne understrege – ikke minimaliseres, men interessen for hjernens potentiale må ikke overskygge, hvor vigtig resten af kroppen er for vores funktion. Kroppens signaler, følelser, indre billeder er højt kvalificerede informationskanaler, som giver adgang til ubevidst information.

Den subliminale perception har været emne for mange psykologiske eksperimenter, og uanset teoretisk udgangspunkt er der blandt forskere enighed om, at vi hvert øjeblik modtager kolossalt meget mere information, end vi er bevidste om, og at opfattelsen er langt hurtigere end den normale bevidsthed. Vi ved, at bevidsthedsspændvidden er $7+/-2$. Ved udførelsen af forskellige opgaver, registrering af signaler i form af lys, lugt, smag, auditive og taktile indtryk kan vi opfatte med en hastighed, der svarer til ca. 20 bits (mindsteenheder) af information. I modsætning hertil modtager vi over 10 millioner bits pr. sekund gennem sanserne. Subliminal perception kan fremkalde kropslige reaktioner, f.ex. m.h.t. hjerterytme, hudledningsevne og hudtemperatur.

Den svenske forsker Ulf Dimberg (8) viste experimentelt, at vores ansigt reagerer lynhurtigt på en andens mimik. Allerede 3/10 sek. efter at en person fik vist et lysbillede af glade, triste eller vrede ansigter kunne en tilsvarende

reaktion måles i deres egne ansigtsmuskler. Men det tager 5/10 sekund før vi bliver bevidste om et synsindtryk. – Subliminalt kan vi sagtens registrere et synsindtryk på 1/100 sek. Det ubevidste har derfor masser af tid til både at opfatte et synsindtryk og til at registrere en følellestilstand. Den ubevidste kommunikation fra ansigt og stemme er blevet vurderet til at være 12-13 gange så stor som ordenes mening.

Man taler om, at 'Bevidstheden sidder i hjernen'. Ja, men ikke udelukkende. Vor krop husker også. Der er tale om en fælles orkestrering. Hvem har ikke oplevet, at fingrene bedre kunne huske cykellåsens kode end den bevidste repeteren af tallene? Og torturofre, hvis kroppe husker pinslerne, som bevidstheden har fortrængt. Eller hvordan den bevidste opmærksomhed om, hvordan man laver et baghåndsslag i tennis eller løber på ski forringer præstationen, fordi den interfererer med kroppens intentioner. Og kroppen ved bedre.

Maxine Sheets-Johnstone (9) har som grundlæggende idé, at bevidstheden er dybt forbundet med bevægelse. Det er ikke nogen tilfældighed, at dyr har hjerner, hvad planter jo ikke har. Bevægelse kræver, at muskelceller i organismen kan samordne aktiviteten med muskelceller lokaliseret andetsteds og dermed foretage en 'langdistancekommunikation'. Men bevægelse har også at gøre med sansning, for som forudsætning må kroppen hele tiden registrere den forandring, der sker med den. Denne sjette sans – proprioception – er efter min mening negligeret i psykologien som i hverdagslivet. 'Den forbløffende varierede og sindrigt detaljerede biologiske evne, som forårsager, at man kan kende sin krop og kropsbevægelse, og som i den mest fundamentale forstand tillader os at kende verden, er en dimension af bevidstheden', udtaler Sheets-Johnstone (10). Kropslig bevidsthed kalder hun det.

Den information, som vi møder i omverdenen kan læres, opbevares og genkaldes, og den kan findes enten i sproglig form eller som sensoriske billeder eller forestillinger. Den form for viden er symbolsk, idet der altid refereres til noget andet, og denne form for viden kan være bevidst, førbevidst eller ubevidst. Men vi har også mange færdigheder, hvor vi sjældent er bevidste om, hvad der ligger til grund for disse færdigheder. F.ex. behøver vi ikke at

have bevidst adgang til, hvordan vi skifter gear; det foregår automatisk. Den demonstreres ved vores handling, ikke ved at huske kendsgerninger eller oplevelser. Det er ikke symbolsk viden. Der er tale om 'a body memory', som kan blive 'enacted', og som ikke kan beskrives explicit. Stern (11) taler om den procedurale el. implicite viden, som har stor betydning for vores relationer til omverdenen. Den opererer uden for både den fokale opmærksomhed og uden for bevidst verbal oplevelse. Begge former har betydning for psykoterapien, men det vender vi tilbage til.

I bogen 'Et Ben At Stå På' (12,84) beskrev den amerikanske læge Oliver Sacks sin oplevelse af, hvordan det føles, når den proprioceptive sans helt forsvinder. Han var kommet alvorligt til skade med sit ene ben og mistet nerveforbindelsen til benets indre proprioceptive celler: 'Det var klart, at jeg havde et ben som så fuldstændigt perfekt ud rent anatomisk .. men det føltes uhyggeligt fremmed og så også sådan ud. En livløs kopi fastgjort til min krop. Man har sig selv, man er sig selv, fordi kroppen kender sig selv og bekræfter sig selv til alle tider med denne sjette sans.'

Det får mig til at tænke på, hvor lidt vi påskønner proprioceptionen. Vi kunne ikke række ud efter en kaffekop, hvis ikke bevægelsen blev styret af en intern model, der hele tiden opdateres ud fra de input, der kommer fra den proprioceptive sans.

Hoffmeyer hævder i sin bog 'En snegl på vejen', (13) at bevidsthed er kroppens fortolkning af egen situation på et givet tidspunkt. Bevidsthed eller 'mind' er ikke placeret på toppen af kroppen, regerende over de andre dele, men er tilbøjelig til at flyde. Den er – skriver han – i kontinuerlig bevægelse inde i kroppen og dens omgivelser. Der er heller ikke en skarp grænse mellem kroppen og den ydre verden. Vores omgivelser udgør en væsentlig del af os. Der er en stadig strøm af information mellem kroppen og vores kropslige omgivelser.

Kroppen er en nødvendig 'passage' mod den anden. Vi kender det som terapeuter. Det terapeutiske materiale bærer implicit med sig et budskab, som kommer fra det ubevidste, og som undertiden repræsenterer et arkaisk, kropsliggjort niveau. Budskabet kan kun komme til udtryk, når objektet bliver

følelsesmæssigt erkendt som sådan af subjektet. Hvad terapi angår, har de fleste erkendt, at den neutrale, 'objektive' terapeut er en illusion. En anden sag, som det har været nødvendigt at revidere, er den næsten totale neglect af den ubevidste forståelse af andres kropssprog. Hvert sekund af vort vågne liv modtager vi et utal af sansninger, indre kropsfornemmelser, følelser og forestillinger, som vi ikke er bevidste om, men som alligevel har stor betydning for vore relationer til andre, og som det ikke mindst i terapeutisk sammenhæng er værd at interessere sig for.

Empati, overføring og modoverføring, 'gut feelings' er nødvendige og velkendte fænomener i det terapeutiske arbejde. Winnicott's transitional space og potential object (14) spiller ikke alene en rolle for forståelse af udviklingen af intersubjektiviteten, men hjælper os til at anskueliggøre mekanismer, der har stor betydning for udøvelse af terapi.

I 'Mutative Metaphors' (15) skrev Cox og jeg i 1987, at modoverføring – her forstået som terapeutens ubevidste response på pt.s ubevidste liv – var næsten uforklarlige. Jeg er glad for, at vi fik det lille ord *næsten* med. For selv om jeg ikke vil påstå, at fænomenets natur står lysende klart for mig, synes jeg, at vi er kommet gåden nærmere ved de nye teorier, der med baggrund i den tidlige udvikling – i studiet af *The Baby Brain* (16) – søger at sammenstille neurobiologi og psykoanalyse.

Når jeg siger sammenstille, vil jeg understrege, at jeg ikke er ude i reduktionismens ærinde. Jeg har ved andre lejligheder talt mod 'enhedsvidenskab', og nogle af jer er måske lidt trætte af mine gentagne argumenter, men i en tid, hvor monokausalitet og endimensionalitet råder i forskningen – 'Det ligger i generne'- finder jeg det nødvendigt at repetere – og forhåbentlig bliver det en 'non-identical repetition'. Når Edward Wilson skriver i sin nys udgivne bog 'Consilience' (17, 298), hvor han går ind for enhedsvidenskab, at: 'The search for consilience might at first seem to imprison creativity' så vil jeg sige med Hamlet: 'Nay it is, I do not know seems.' Der er ikke een videnskab, som kan optræde som ontologisk grundlag eller modelvidenskab for andre videnskaber. Det er der erkendelsesmæssige grunde til. Psykologiske og neurofysiologiske discipliner adskiller sig med hensyn til hvilke systemer og varia-

ble, der benyttes. I psykologien refererer de oftest til hele personen, i neurofysiologien kun til dele heraf. Oplevelsen af smerten i min finger kan aldrig blive identisk med neurobiologiske fænomener. Hvis vi går ned på et mikroskopisk niveau og taler om receptorceller, synapser og transmittersubstans, alt sammen molekylære fænomener, vil der ikke eksistere tilsvarende fænomnologiske data. Vi er tilbøjelige til at se bort fra denne principielle forskel mellem biologiske og psykologiske fremtrædelsesformer, hvilket ikke skal tages til indtægt for en implicit dualistisk position. Jeg erkender mig så absolut som interaktionist. Men det er erkendelsesmæssigt svære problemer det drejer sig om, og jeg føler med Descartes, selv om jeg ikke kan dele hans mere rabiate synspunkter vedrørende menneskets dikomatisering. Det er efter min mening mere rimeligt at se de to beskrivelsessystemer med hvert deres sprog som havende et komplementært forhold til hinanden. Ved at fremhæve det nødvendige i en komplementær beskrivelse er der dermed også sagt, at der ikke findes ét udtømmende og konsistent beskrivelsessystem. I den daglige klinik støder man ofte på en reduktionistisk holdning, hvor biologien er det højest prioriterede – repræsenterende facit om man vil – og hvor psykologiske processer udelukkende ses som en afspejling af de neurofysiologiske processer. Og denne indstilling er ikke i overensstemmelse med de empiriske data. De to procestyper, de psykiske og de neurofysiologiske, interagerer i kausal forstand, men de er ikke identiske. Enhver beskrivelse – det være sig biologisk, psykologisk, social, har hver sit niveau, og ét niveau kan ikke reduceres til et andet. Jvnf. Simo Køppe: 'Virkelighedens niveauer' (18). En nyudkommet bog om 'Psykoterapeutisk Neurovidenskab' har af forfatteren Jay Harris fået titlen: 'How the brain talks to itself' (19). Det er efter min mening lige så dårligt sprogbrug som Penfield's 'Fortolkende cortex'.

Hvis vi skal opnå en forståelse af kroppens rolle i kommunikationen generelt, og mere specifikt i overføringen og modoverføringen, er der med ovennævnte forbehold meget at hente i den nyere forskning om neurobiologi, emotionel udvikling og affektregulering. Allan Schore, Californien, Colwyn Trewarthen, Edinburg, og flere andre har, inspireret af Bowlby's attachment teorier, foreta-

get undersøgelser af kommunikation, affektregulering og den prerefleksive dimension i kropsoplevelsen. Ved at bruge video-optagelser af det tidlige mor-barn samspil illustrerer de, at udviklingen af et selv-organiserende system sker i sammenhæng med en anden krop, en anden hjerne, formidlet af følelser, og at socio-psykologiske begivenheder bliver imprinted, sætter sig spor i 'the baby brain', titlen på et nyligt symposium på Tavistock klinikken i London, der som bekendt er en af psykoanalysens højborg, hvilket viser, at det er helt legalt at beskæftige sig med neuropsykologiske emner.

Freud anvendte som bekendt 'instinkt' til at bygge bro mellem sjæl og krop, og han fastholdt, at 'The ego is first and foremost a body ego' (4, 15), men hans teorier om den tidlige udvikling byggede ikke på iagttagelser af mor-barn situationen, men på slutninger ud fra det terapeutiske arbejde med voksne patienter. Og kroppen hører vi ikke meget om. Det gør vi derimod i Joyce McDougall's 'The Theatres of the Body' (20), som handler om hendes psykoanalyse af psykosomatiske patienter, og hvor hun fastslår at 'the body does the thinking'. Christopher Bollas (21) gør opmærksom på, at kroppen og kropssproget savnes i psykoanalysen, og han understreger, hvor væsentligt det er at være i ens krop, hvilket er helt i overensstemmelse med en anden analytiker, Marion Milner (22), som uden at være specielt neuropsykologisk interesseret slår fast, at terapeuten skulle være mere opmærksom på sin krop og dens rørelser, og som taler om en sund form for narcissisme, en primær selv-nydelse, som er en cathexis af hele kroppen, og som ikke er en afvisning af den ydre verden, men i stedet en fornyet og levendegjort cathexis af den.

Didier Anzieu (5) – den tidligere nævnte franske psykoanalytiker – har kaldt sin bog 'The Skin Ego', og ser dette udtryk som en metafor, der kan generere et sæt af operationelle begreber. Han opfatter Skin Ego som en forløber for egoet og definerer det som et mentalt billede af barnets ego, som det gør brug af i de tidlige faser af udviklingen. Han tilskriver the Skin Ego tre funktioner: 1) Som et rummende hylster for selvet, 2) som en beskyttende barriere for psyken. 3) som et filter for udveksling, en funktion som gør representation mulig. Enklere sagt, drejer det sig om the sac, the screen og the sieve – sæk, skærm og si.

Han refererer til syndromet 'the influencing machine', som Tausk beskrev så tidligt som i 1919, hvor den psykotiske patient opfatter sin krop som dirigeret af et eller andet mekanisk aggregat. Jeg husker en schizofren kvinde, der var overbevist om, at en indbygget radio erstattede hendes hjerte. (Det behøver i dag ikke at være så langt fra kendsgerningerne, som det var for 40 år siden!). Men Anzieu siger, at Tausk's syndrom kun kan forstås ved at skelne mellem disse to egoer: Det psykiske ego som fortsat genkendes af subjektet som sit eget, mens kropsegoet ikke opfattes som hørende til personen, og de fornemmelser, der udgår fra det, tilskrives en 'influencing machine'.

Anzieu undersøger Skin Ego hos narcissistiske personligheder og borderline patienter. Hos de førstnævnte er den rummende funktion bevaret; det psykiske ego forbliver integreret med det kropslige ego. I borderline tilstande er hele strukturen af the Skin Ego læderet. Borderline patienten synes ude af stand til at lytte til kadencerne, som genlyder mellem krop og psyke.

Og så kan jeg ikke lade være med at drage Shakespeare ind, for han bruger huden som representant for det beskyttende, rummende og filtrerende meget lig den måde, Anzieu gør. Og det er 400 år siden!

Fra psykoanalysen kender vi begreber som attachment, attunement og mirroring. Vi har erfaret, at moderens evne til at spejle barnet, til at engagere sig, disengagere sig og reengagere sig i takt med barnets rytme, er af overordentlig stor betydning for barnets trivsel. Det er en dialog, som kan ændre sig i løbet af sekunder, og kvaliteten af denne er afgørende for barnets fysiske og psykiske udvikling. Der er tale om en interaktion, en transformation af indre fænomener, som er fælles og synkron.

Spejlingen af barnets indre psykologiske tilstand genererer denne tilstand i moderen selv. Og det er også det, vi genkender som terapeuter i modoverføringen, som har meget at gøre med denne pre-reflekterende dimension i kropsoplevelsen, og som også er relateret til intuition og empati, en tavs dialog mellem patient og terapeut, der faciliterer terapeutiske ændringer. Men dette sprog er preverbalt og prerefleksivt, det er ikke direkte kommunikerbart.

Jeg beskrev før Oliver Sacks' udsagn om sit beskadigede ben 'en livløs kopi fastgjort til min krop'. Jeg husker en patient, en ung mand lige hjemkom-

met fra en ferie i Italien, som mente, at han havde glemt sin højre arm der. Armen var fuldt funktionsdygtig og det syntes ikke, som om det bekymrede ham særligt. Det lød, som om han talte om en gammel glemt paraply. Men som i Oliver Sacks' tilfælde kunne synet ikke sejre over proprioceptionen. Opfattelsen lod sig ikke korrigeres ved synets hjælp.

Så tidligt som i 1973 skrev jeg en artikel om 'Psykologiske funktioners representation i hjernen' (23). Allerede den gang havde man øje for den negligerede højre hemisfære, som var døbt den recessive i kontrast til den venstre, der blev udnævnt til den dominerende. Forskningen har ændret vores syn på de to hemisfærers betydning, og højre har fået status som den, der i større grad end venstre repræsenterer følelser, fantasi og kreativitet. Vi ved, at forskellige dele af hjernen modnes på forskellige tidspunkter. Højre hjernehalvdel modnes længe før venstre, og den er den dominerende i de tre første leveår. Højre hemisfære er centralt involveret i attachment. Ansigtsgenkendelse er højre hjernes affære, og netop moderens ansigt spiller en afgørende rolle i spædbarnets kontaktforsøg og dets regulering af følelserne. Det er de prefrontale områder i højre hemisfære med dens tætte forbindelse til det limbiske system, som fungerer som et væsentligt center for de somatiske komponenter i den emotionelle oplevelse. Goleman (8) har kaldt området 'the thinking part of the emotional brain', og DaMasio (24) taler om 'gut-feelings', som netop forbinder mind/body i lighed med, hvad vi var inde på, da vi talte om den proprioceptive sans.

Det orbito-frontale område er vigtigt for objekttilknytning og internalisering, og de tjener dermed også som formidler af empati. Højre hjernehalvdel modulerer de såkaldte primære følelser som raseri, frygt, afsky, skam, fortvivlelse, ophidselse og glæde, mens f.eks. venstre tager sig af skyld.

Stern (11) bruger udtrykket 'skema' som henvisende til indre mentale konstruktioner, som udarbejdes i den præsymbolske periode, hvor drifter, følelser og kroppen udgør en udifferentieret enhed. De kognitive processer er af den senso-motoriske-emotionelle natur som Werner (25) har beskrevet. I denne fysiognomiske perception er der en høj grad af sammensmeltning mellem

subjekt og objekt; der er tale om en mere udifferentieret måde at opfatte verden på. I en bog om Bubbi Scupin, som led den skæbne at være søn af to psykologer, der dagbogsførte hvad han sagde og gjorde, er der mange eksempler på denne livfulde, dynamiske måde at percipere på, som er så forskellig fra den voksnes måde at opfatte på, hvor tingene er kategoriserede efter deres tekniske og faktuelle kvaliteter. 'Blomsten lugter godt og gult' siger Bubbi, og en to-årig, der går tur i efterårsskoven siger om de faldende blade: 'Se mor, træerne græder'. Men vi finder også denne fysiognomiske kvalitet hos psykotiske patienter, som f.eks. når en skizofren patient ikke tør trække en skjorte over hovedet, 'fordi der er dæmoner i den' eller fortæller, at døren, der åbnes, opsluger ham. Også kunstnere giver udtryk for denne oplevelsesmåde. Kandinsky (26) skriver i sin biografi: 'På min palet sidder høje, rumde regndråber, der sky flirter med hinanden, svævende og rystende. Uventet forener de sig og bliver til tynde tråde, som forsvinder mellem farverne'. Og Morgenstern konstaterer: 'Mågerne ser alle sammen ud, som om de hedder Emma'.

Den fysiognomiske oplevelse kan omfatte alle sansemodaliteter: Den visuelle, auditive, tactile, olfaktoriske, gustatoriske, og ikke mindst kinæstetiske. Kinæstetiske forestillinger findes i musik, dans, poesi og sport, og kinæstetiske fornemmelser spiller som allerede nævnt en stor rolle i empati og i vores oplevelse af os selv.

Selvets kerne er som højre hemisfære ubevidst og ikke sproglig, hvad der selvsagt gør det vanskeligt at tale om. Vi må med Shakespeare's ord: 'By indirection find direction out'. Den nyere forskning giver løfte om, at to selvstændige discipliner kommende fra hver sin retning: Den psykobiologiske udviklingsteori, og den psykoanalytiske objektrelationsteori supplerer, støtter og korrigerer hinanden, for med Bateson's ord (27) at finde 'a pattern, which connects', d.v.s. giver mening.

Man kan, synes jeg, tillade sig at tale om en fællesnævner for de transaktionelle processer i mor/barn dyaden og i terapeut/patientforholdet.

Vi ved som omtalt, at der hos babyen i tilknytningsfasen ikke alene sker en affektregulering, men også en kommunikation, hvor dannelsen af tilknyt-

ningssignaler ændrer hjernen, og denne proces er reciprok. Schore (16) mener, at spejlingen af barnets indre psykobiologiske tilstand genererer en tilsvarende tilstand hos moderen, i en anden sammenhæng kaldt 'attunement'. I terapien sætter den interaktionelle proces fokus på følelsesmæssige transaktioner i overførings/modoverføringsforholdet, i det ubevidste dynamiske samspil mellem patient og terapeut. Som klinikere ved vi, at det er samspillet mellem patient og terapeut, der i psykoterapien formidler strukturelle og karakterologiske forandringer. Det er almindeligt antaget, at bestemte, kritiske cues fra terapeuten bliver absorberet og metaboliseret af patienten – og omvendt, og at det er denne proces der genererer overføringen og modoverføringen. Kernberg (28) udtrykker det sådan: en aktivering af internaliserede objekt relationer (altså de ubevidste, preverbale indre modeller). Specielt vil overføringen krystallisere sig omkring terapeutens personlighed, terapeutiske stil og adfærd, især – og det er vigtigt at understrege – kropsholdning, ansigtsudtryk og stemmeføring. Apropos det sidste, så taler Schore om, hvor vigtig prosodien – altså stemmens klangfarve, intonation, dybde, højde, tonefald og eftertryk – er, et emne, som også Cox og jeg (15) beskæftiger os med m.h.t. terapien. Med prosodien er vi igen ved højre hemisfære, som er kendt for sin forarbejdning af de emotionelle, prosodiske komponenter i sproget: vokaler, rytme, klangfarve, tonehøjde. Hvad det sidste gælder, angiver Trewarthen (29), at seks ugers babyer, når de hører moderens stemme, kan matche lydenes klangfarve og tonehøjde, og altså er langt mere deltagere i samspillet, end man almindeligvis forestiller sig. Denne følelsesmæssigt ladede information i mor/barn dyaden og i det terapeutiske samspil bliver forarbejdet af højre hemisfære på tværs af alle sensoriske modaliteter – kinæstetisk, visuelt, auditivt, taktilt, så at et antal stimuli af forskellig art kan fremkalde en ræsonans mellem de nuværende, 'ydre' oplevelser og de indre object-imagøer. Det er en forarbejdning af ikke-sproglig viden om aktuelle imagoer af selvet og den anden.

EEG undersøgelser har fundet, at øget højre-hemisfære aktivering ledsager stærke følelsesudbrud under psykoterapeutiske sessioner.

Viden om, hvad det prosodiske betyder har også konsekvenser for selve rammerne af terapien. At patienter med tidlige forstyrrelser ikke skal anbrin-

ges on the couch, men i et face-to-face arrangement har man også ad anden vej fundet ud af, mens det nok ikke altid er sådan, at disse patienter indskrænkede evne til refleksion medfører en mere aktiv holdning til patienten, at fortolkningen mere går på her-og-nu-situationen, og at den terapeutiske alliance ses som en reparation af, hvad Schore (16) ville kalde 'misattunement' – en terapi rettet mod den højre hemisfære.

Terapeutens følelsesmæssige engagement og evne til at indgå i den intersubjektive kontakt er, som vi ved, en afgørende faktor i den kurative proces. Og det er måske netop denne mekanisme, der ligger til grund for den konklusion, som bl.a. Luborsky (30) og medarbejdere er nået til: 'The therapist's ability to form an alliance is possibly the most crucial determinant of his effectiveness.'

Hammer (32) har i sin bog: 'Reaching the Affect' skrevet: 'My mental posture, like my physical posture, is not one of leaning forward to catch the clues, but of leaning back to let the mood, the atmosphere, come to me, to hear the meaning between the lines, to listen for the music behind the words. As one gives oneself to be carried along by the affective cadence of the patient's session, one may sense its tone and subtleties. By being more open in this manner, by resonating to the patient, I find pictures forming in my creative zones; an image crystallizes, reflecting the patient's experience.'

I 'Mutative Metaphors in Psychotherapy' (15) og 'Shakespeare as Prompter' (32) har Cox og jeg gjort opmærksom på, at metaforer som er meningsfulde, mutative – d.v.s. 'det, som forandrer' – sammen med de prosodiske elementer i sproget som rytme og tonalitet direkte influerer de dybere, mere arkaiske lag. Disse tidlige ubevidste mønstre er lagret i højre hemisfære, og den gode metafor har ved sit billedlige indhold gode muligheder for at aktivere højre hjernehalvdel. Professor Frith fra London Hospital demonstrerede ved en konference i Bath, at metaforiske udtryk aktiverer både højre og venstre halvdel af hjernen. En normal forsøgsperson blev anbragt i en hjernescanner. Når Frith sagde til ham: 'Der er visne blade i din lomme', var det overvejende venstre hemisfære, der blev aktiveret. Lavede han udsagnet om til et metaforisk udtryk – 'Der er visne blade i din hjerne' – blev også højre hemisfære aktive-

ret. Det kan således ad neuropsykologisk vej påvises, at metaforen fremmer integrationen af processerne i højre og venstre hjernehalvdel.

Lakoff & Johnson (1), kendt for deres arbejder om metaforen, fastslår, at heller ikke sproget giver mening løsrevet fra menneskets kropslige dimension. Ved at slutte med at omtale metaforer vil jeg tilkendegive, at jeg selvfølgelig betragter sproget som et meget vigtigt værktøj i det terapeutiske arbejde. Det gælder i mindre grad det informative, analyserende sprog, men i højere grad det fatiske og det metaforiske sprog. Det fatiske sprog er et udtryk udmøntet af Malinowski i 1930 (33). Det tjener til at øge den emotionelle kontakt og er non-informativ. Prototypen er mor-barn kommunikationen, som den finder sted, før barnet har fået et verbalt sprog. Moderen imiterer barnets pludren, og skaber en kommunikation i flere lag, baseret ikke blot på lyde og rytme, men også på spejlingen af ansigtsudtryk og kropslige bevægelser. Men det fatiske sprog manifesterer sig også i poesi, vrøvlevers og daglig tale.

Lad os slutte, hvor vi begyndte:

Shakespeare viser med sin rige anvendelse af kropslige metaforer, hvor dybt forankret mennesket er i kroppen, og hans metaforiske, poetiske sprog hjælper os til at afklare kroppens fænomenologi. Han havde Renaissancens holistiske opfattelse, og kroppen spiller en vigtig rolle i hans værker. Der er over 300 referencer til kroppen, som han bruger som et gennemgående symbol.

Han får det sidste ord:

‘Our bodies are gardens to which our wills are gardeners’
(Othello I, 3, 320)

Abstract

'The neglected body'

'The neglected body' reflects on the status of the body in the scientific consciousness. The bodily phenomena which constitute the topic of the article are of importance, not only in regard to experiencing the body, but also in regard to the comprehension of self and identity. These phenomena play a role in affect-regulation, empathy and communication. They also play a role in the mechanisms of transference and countertransference.

Litteratur

- 1) Lakoff, G. & Johnson, M. (1980) *Methaphors We Live By*. University of Chicago Press. Chicago & London.
- 2) Dawkins, R. (1976) *The Selfish Gene*. Oxford University Press. Oxford.
- 3) Kleinmann, A. (1988) *The Illness Narrative*. Basic Books. New York.
- 4) Freud, S. (1923) *The Ego and the Id*. Hogarth. S.E. Vol. 19. London.
- 5) Anzieu, D. (1989) *The Skin Ego*. Yale University Press. Yale.
- 6) Hoffmeyer, J. (1997) *Shorts*. Rosinante. København.
- 7) Hoffmeyer, J. (2000) Kroppens Visdom. I *Politiken*, 1.4.2000, 4 sekt.11.
- 8) Goleman, D. (1995) *Emotional Intelligence*. Bloomsbury. London.
- 9) Sheets-Johnstone, M. (1999) *Primacy of Movement*. Advances in Consciousness Research 14, J. Benjamin, Holland.
- 10) Sheets-Johnstone, M. (2000) *Journal of Consciousness Studies*. www.imprint.co.uk.
- 11) Stern, D. (1987) *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Books. New York.
- 12) Sacks, O. (1994) *Et Ben at stå på*.
- 13) Hoffmeyer, J. (1995) *En snegl på vejen*. Rosinante, København.
- 14) Winnicott, D.W. (1953) Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89-97.

- 15) Cox, M. & Theilgaard, A. (1987) *Mutative Metaphors in Psychotherapy*. Tavistock, London. 2.udg. 1997, Kingsley Publ., London
- 16) Schore, A.(1994) *Affect Regulation and the Origin of the Self*. Erlbaum,USA.
- 17) Wilson, E. (1998) *Consilience. The Unity of Knowledge*. Knopf. New York.
- 18) Køppe, S.(1990) *Virkelighedens Niveauer*. Gyldendal,København.
- 19) Harris, J. (1998) *How the brain talks to itself*. Haworth, USA.
- 20) McDougall, J. (1998) *Theatres of the Body*. Free Association Books, London.
- 21) Bollas, C. (1999) *The Mystery of Things*. Routledge, London.
- 22) Milner,M.(1988) *The Suppressed Madness of Sane Men*. Routledge,London.
- 23) Theilgaard, A. (1973) Psykologiske funktioners repræsentation i hjernen. *Nord. psykiatrisk Tidsskr.* 7, 484-494.
- 24) DaMasio, A. (1996) *Descartes Error*. Macmillan General Books. London.
- 25) Werner, H. (1948) *Comparative Psychology of Mental Development*. Int. Univ. Press, New York.
- 26) Kandinsky, W. (1913) *1901-1913*. Der Sturm. Berlin.
- 27) Bateson, G. (1948) *Mind and Nature – a Necessary Unit*. Int. Univ. Press. New York
- 28) Kernberg, O. (1976) *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. Jason Aronson, New York.
- 29) Trewarthen, C. (1997) *The Baby Brain*, Symposium, Tavistock Clinic, London.
- 30) Luborsky, L. et al. (1990) *Understanding Transference*. Basic Books, New York.
- 31) Hammer, E. (1990) *Reaching Affect*. Aronson, London.
- 32) Cox, M. & Theilgaard, A. (1994) *Shakespeare as Prompter*. The Amending Imagination & and the Therapeutic Process. Kingsley Publ. London.
- 33) Malinowski, B. (1930) *The Problem of Meaning in Primitive Languages*.l Ogden & Richards: *The Meaning of Meaning*. Routledge, London.

HVORLEDES INFLUERER TERAPEUTERS UDFØRELSE AF PSYKODYNAMISK PSYKOTERAPI PÅ BEHANDLINGSUDBYTTE? *Håndtering af terapeutfaktorer i effektforskningen 1*

Matrix 2000/01;2, s. 155-186

Carsten René Jørgensen

Hovedmålet for den empiriske effektforskning er at kortlægge patienters gennemsnitlige udbytte af forskellige behandlingsformer. Et sådant forskningsprogram tager udgangspunkt i den antagelse, at rent tekniske faktorer har afgørende betydning for behandlingsudbytte. I takt med en stadig større erkendelse af terapeutfaktorerers væsentlige indflydelse på behandlingseffekt er i de seneste årtier udviklet en række metoder og strategier til at kontrollere og belyse de medvirkende terapeuters konkrete udførelse af de i effektforskningen undersøgte behandlingsmetoder. Artiklen redegør for anvendelsen af behandlingsmanualer og rating-skalaer til vurdering af, i hvor høj grad – og hvor kompetent – den enkelte terapeut følger psykodynamiske behandlingsformers tekniske forskrifter. Herunder tages kritisk stilling til disse metoders anvendelighed i undersøgelser af psykodynamisk psykoterapi.

Hovedmålet for de senere års studier af psykoterapeutisk effekt har været at kortlægge specifikke behandlingsformers effektivitet i behandlingen af afgrænsede forstyrrelser og sammenligne effektiviteten af forskellige behandlingsformer («What works for whom?», Roth & Fonagy 1996 (1), (2)). Som fremhævet af Hougaard (1999:24(3)) har det randomiserede kontrollerede eksperiment nærmest opnået monopolstatus som evalueringsmetode i effektforskningen. Her henvises en større – tilstræbt homogen – gruppe patienter til behandlingsforløb, der kontrolleres på en række centrale områder (behandlingsform, længde, overvågning af terapeutfaktorer mv.). Patientallokeringen sker således uden hensyn til den normalt forløbende patient-terapeut og pro-

blem-metode matching – og i den forstand vilkårligt. Det primære fokus for de mange effektundersøgelser, der er fremlagt i de seneste årtier, er overvejende tekniske faktorer. Man søger således at kortlægge forskelle i terapeutisk effekt, der kan henføres til de specifikke metoder til behandling af afgrænsede forstyrrelser. Når man på denne vis ønsker at sammenligne effekten af forskellige behandlingsmetoder, bliver man imidlertid konfronteret med den kendsgerning, at der langtfra altid er nogen direkte og ukompliceret sammenhæng imellem terapeuters erklærede behandlingsmetode og, hvad de selv samme terapeuter konkret gør i arbejdet med deres patienter (se f.eks.(4)).

Man kan skelne imellem to niveauer af denne problemstilling; for at til sikre, at en effektundersøgelse de facto sammenligner udpegede behandlingsmetoder, må man dels (1) sikre (og/eller kontrollere for), at den leverede behandling er så tæt som muligt på den intenderede (at kognitive behandlere faktisk udfører kognitiv psykoterapi osv.) – man taler da om behandlingsintegritet. Dels må man (2) sikre (og/eller kontrollere for), at de medvirkende terapeuter ikke anvender interventioner fra andre behandlingsmetoder (at psykoanalytiske behandlere ikke anvender kognitive metoder osv.) – man taler da om de undersøgte behandlingsforløbs differentiability. Sagt på en anden måde så søger man at sikre, at der er mindst mulig forskel imellem terapeuter der repræsenterer samme behandlingsmetode, og størst mulig forskel imellem terapeuter der repræsenterer forskellige behandlingsmetoder (Havik 2000:10 (5)).

Det grundlæggende rationale er altså, at man, for at kunne sammenligne rent tekniske faktorerets betydning for eventuelle forskelle i behandlingseffekt, må søge at gøre den praktiske udførelse af de sammenlignede terapeutiske metoder så »ren« og ikke kontamineret af andre metoder som muligt. For at kunne undersøge effekten af »behandlingen« (teknik) søger man at minimere den del af variansen i behandlingseffekt som kan henføres til individuelle terapeuter – faktorer som ligger udover det rent tekniske (Elkin 1999:20 (6)). Fokus er altså (specifikke) behandlingsmetoder og ikke (non-specifikke) terapeutfærdigheder eller faktorer i den terapeutiske relation. Ofte suppleres dette med forskellige metoder til systematisk kontrol eller overvågning af de med-

virkende terapeuters faktiske udførelse af de sammenlignede metoder. De hermed opnåede informationer kan efterfølgende inddrages i undersøgelsens statistiske analyser. Målet med disse forskningsstrategier er at bringe terapeutfaktorerens betydning for mulige sammenhænge imellem behandlingsmetode og behandlingseffekt under kontrol – især faktorer som knytter sig til den enkelte terapeuts konkrete udførelse af en behandlingsmetode.

Man kan groft skelne imellem tre indbyrdes forbundne niveauer af terapeutfaktorer (jf. bl.a. Roth & Fonagy 1996:342 (2)): (1) terapeutens valg af behandlingsteknik og evne til at udføre disse, (2) terapeutens generelle behandlingskompetence, og (3) terapeutens mere personlige kvaliteter, interpersonelle stil, empatiske færdigheder, bidrag til behandlingsrelationen og den terapeutiske proces mv. I denne sammenhæng skal overvejende fokuseres på terapeutens konkrete udførelse af psykodynamisk psykoterapi – og hvilke metoder man i den empiriske effektforskning har taget i anvendelse for at minimere og/eller belyse den enkelte terapeuts konkrete udførelse af psykodynamisk psykoterapi og betydningen heraf for de undersøgte sammenhænge imellem på den ene side behandlingsmetode eller behandlingsteknik og på den anden side patienters behandlingsudbytte. Terapeutens personlige bidrag til den interpersonelle proces, behandlingsrelationen og det terapeutiske udbytte er belyst i talrige proces-effekt undersøgelser (se f.eks.(7), (8)) – men skal ikke behandles her.

I sin metaanalyse af effektundersøgelser har Crits-Christoph (9) fundet, at terapeutfaktorer synes at have størst betydning i ikke-manualiseret behandling og hos mindre erfarne terapeuter, imens terapeutfaktorer antages at have mindre betydning i mere strukturerede og manualiserede behandlingsformer, hvor der ikke er så stort spillerum for variationer imellem forskellige terapeuter. På det behandlingstekniske niveau må man således forvente en mindre variation i erfarne behandleres udførelse af mere strukturerede terapeutiske metoder. Endvidere må man generelt forvente, at terapeutfaktorer i højere grad kommer i forgrunden ved behandling af sværere personlighedsforstyrrede og skizofreniforme patienter, hvor patologien bl.a. er forbundet med og manifesterer sig i interpersonelle vanskeligheder – og således stiller større

krav til terapeutens evne til at håndtere opståede komplikationer i behandlingsrelationen – og i betydelig grad trækker på færdigheder som ligger udover, hvad der normalt kan formuleres i tekniske foreskrifter og behandlingsmanualer.

Terapeuten vil uundgåeligt sætte sit personlige præg på den praktiske udfoldelse af en given behandlingsmetode – og det kan derfor være et kompliceret forehavende at adskille effekter som hidrører fra hhv. de anvendte behandlingsmetoder og terapeutens mere personlige bidrag. Som fremhævet af Elkin (1999:15 (6)) er det derfor vanskeligt at sige noget definitivt om en given behandlingsforms effektivitet i det enkelte effektstudie uden at tage højde for de deltagende terapeuters rolle. Alene med henblik på at blive bedre istand til at foretage kvalificerede tolkninger og generaliseringer af resultaterne fra de mange undersøgelser af terapeutiske metoders effekt, er det derfor væsentligt at se nærmere på, hvorvidt – og i givet fald hvordan – man kan belyse/kontrollere terapeutfaktorerens betydning for omsættelsen af de forskellige behandlingskoncepter i konkret praksis.

Metoder til kontrol af terapeutfaktorer

Der kan udskilles tre – indbyrdes forbundne – hovedstrategier i den empiriske effektforsknings hidtidige forsøg på at håndtere terapeutfaktorerens betydning for undersøgte sammenhænge imellem behandlingsmetode og behandlingsudbytte. Man kan (1) forsøge at kontrollere og minimere betydningen af terapeutfaktorer ved at udarbejde behandlingsmanualer og træne de deltagende terapeuter i en så vidt muligt ensartet udførelse af manualernes forskrifter. Dette kan (2) suppleres med udvikling af skalaer til systematisk vurdering af, i hvor høj grad de enkelte behandlere faktisk betjener sig af de i de undersøgte behandlingsformer foreskrevne (eller andre) interventionsmetoder (også kaldet adherence scales), ligesom der (3) kan inddrages skalaer eller andre mindre strukturerede metoder til vurdering af de enkelte behandleres kompetence i udførelsen af de undersøgte behandlingsformer (kompe-

tenceskalaer). Man kan således kontrollere den enkelte terapeuts udførelse af en manualiseret behandlingsmetode ved at fokusere på, (a) hvor ofte manualens teknikker anvendes (frekvens), (b) hvor stor en andel af terapeutens interventioner der følger manualen (renhed), og endelig (c) i hvor høj grad terapeuten formår at afpasse sine interventioner til den konkrete patients behov, problemstilling og aktuelle behandlingskontekst (kompetence) (jf. Havik 2000:11(5)).

Disse forskningsmetoder er anvendt i effektforskningens forsøg på at neutralisere eller bringe terapeutfaktorer under kontrol, hvor kontrollen af terapeutfaktorer i første række skal sikre de sammenlignede behandlingsmetoders integritet og differentiabilitet i den forstand, at man – for meningsfuldt at kunne sammenligne behandlingsformer – søger at sikre (og overvåger), at de deltagende terapeuter faktisk udfører de behandlingsmetoder som ønskes sammenlignet. Terapeutfaktorer og elementer i den terapeutiske proces indrages således kun som sekundære variable i denne gren af effektforskningen (Elkin 1999:10(6)). De udviklede forskningsmetoder er endvidere anvendt til at belyse terapeutfaktorerens faktiske indflydelse på de undersøgte sammenhænge imellem behandlingsmetode og effekt.

Brug af behandlingsmanualer

I de seneste årtier er det blevet stadig mere almindeligt at anvende behandlingsmanualer i kliniske træningsprogrammer og empiriske forskningsprojekter. Lambert (1998:393(10)) har fundet mere end 60 forskellige manualer til behandling af en bred vifte af psykiske forstyrrelser – i omfang og detaljeringsgrad varierende fra nogle få sider til hele bøger.

Behandlingsmanualen specificerer, hvilke interventionsformer der kendetegner en given behandlingsform, ligesom der formuleres overordnede retningslinier for, hvornår og hvordan de skal anvendes. Der gives konkrete eksempler på, hvordan man anvender manualens interventioner, der specificeres en række behandlingsmål og en patologiforståelse, ligesom der i visse til-

fælde skitseres en overordnet behandlingsplan med forskellige interventionsstrategier i behandlingsforløbets forskellige faser (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19). Enhver behandlingsmanualer åbner samtidig for et vist mål af fleksibilitet i den enkelte terapeuts udførelse af de foreskrevne interventioner overfor den konkrete patient.

I forskningsmæssig sammenhæng vil anvendelsen af behandlingsmanual typisk være ledsaget af et kortere eller længere træningsprogram, hvor terapeuter med erfaring i den pågældende metode oplærer en gruppe behandlere. Træningen inkluderer oftest både formel teoretisk skoling og supervision. I den udstrækning det således lykkes at få en gruppe behandlere til at udføre en given behandlingsmetode relativt ens, og hindre at der anvendes interventionsmetoder fra andre terapeutiske skoler, som kan kontaminere behandlingen, vil anvendelsen af behandlingsmanualer kunne gøre udførelsen af de undersøgte behandlingsmetoder »renere« i den forstand, at der opnåes et vist mål af kontrol over de undersøgte behandlingers formelle tekniske elementer. Udfra en teoretisk betragtning betyder dette, at terapeutfaktorerens betydning for behandlingsudbytte reduceres. Hermed overvindes – tildels – også tidligere problemer knyttet til sammenligning af vagt beskrevne behandlingsformer.

Blandt de mange fordele ved anvendelsen af behandlingsmanualer nævner Lambert & Bergin (1994:168f (20)) bl.a., at manualisering kan effektivisere og skærpe den kliniske træning og supervision, at man (i teorien) får mulighed for at sammenligne behandlingsmetoder på tværs af behandlingssteder, og at man bliver bedre istand til at udskille forskelle og ligheder imellem de enkelte behandlingsmetoder. Endelig har udarbejdelsen af behandlingsmanualer på nogle punkter bidraget til at bygge bro imellem den empiriske forskning og terapeutisk praksis (21).

Adherence-skalaer

Med henblik på at føre en mere systematisk kontrol med de enkelte behandleres anvendelse af behandlingsmanualens metoder i empiriske forskningsprojekter er udviklet en række skalaer til systematisk vurdering af, i hvor høj grad den enkelte behandler følger de forskellige manualers forskrifter (Luborsky 1984:229-41(22), Clarkin et al.1999:377(18), 23, 24, 25, 26, 27, 28). Uafhængige bedømmere gennemser, gennemlytter eller læser en eller flere behandlingssessioner (eventuelt et helt behandlingsforløb) og registrerer, i hvor høj grad den enkelte behandler anvender manualens interventioner (frekvens). Dette kan eventuelt suppleres med en registrering af, i hvor høj grad der anvendes interventioner som ikke er foreskrevet i manualen. Forholdet imellem de to udtrykker da, i hvor høj grad terapeuten følger manualens forskrifter (renhed). Clarkin et al. (1999:377(18)) anvender eksempelvis en ratingskala med seks items, hvor der skal tages stilling til, hvorvidt terapeuten benytter sig af (1) støttende teknikker, (2) klarifikationer, (3) konfrontationer, (4) her-og-nu fortolkninger, (5) fokuserer på et hierarki af temaer når der anvendes analytiske interventioner, og (6) fastholder behandlingsrammen, som den er formuleret i behandlingskontrakten. Vurderingens første trin er en simpel ja/nej bedømmelse, hvorefter der – i de tilfælde, hvor en given teknik er anvendt – tages stilling til, hvor ofte terapeuten anvender denne – på en åben skala fra »aldrig« til »altid«. Luborsky et al. (1985:607(29)) har tilsvarende udpeget fire hovedkarakteristika for en række behandlingsformer (psykodynamisk, kognitiv og misbrugsrådgivning), hvorefter det ved hjælp af en adherenceskala vurderes, i hvor høj grad disse er tilstede i terapeutens arbejde – på en skala fra 0 (slet ikke) til 4 (i meget høj grad). Sådanne opgørelser af, hvor stor en del af terapeutens interventioner, der falder indenfor en behandlingsmanual eller behandlingsmetodes rammer, indfanger naturligvis ikke kvaliteten af terapeutens interventioner, ligesom den heller ikke nødvendigvis tegner et validt billede af, hvorvidt terapeutens arbejde generelt er i overensstemmelse med »ånden« i en given behandlingsform (jf. terapeutiske holdning, håndtering af behandlingsrelationen osv.). Bl.a. for at løse dette pro-

blem er udviklet en række supplerende skalaer til vurdering af behandlerens – både generelle og mere specifikke – terapeutiske kompetence.

Kompetence-skalaer

Den typiske skala til vurdering af terapeutisk kompetence fokuserer på terapeutens evne til at udføre en given behandling – terapeutens kompetence i udførelsen af en specifik behandlingsform (23, 24, 25, 26, 27, 28, Clarkin et al.1999:378 (18)) – eventuelt suppleret med en mere generel vurdering af behandlerens terapeutiske kompetence. De udviklede metoder til vurdering af behandlerkompetence søger alle på forskellig vis at inddrage faktorer hos patienten og i den aktuelle terapeutiske kontekst i vurderingen af terapeutens implementering af en given behandlingsmetode.

Både når det gælder en specifik og en mere generel vurdering af terapeutisk kompetence kan man med Waltz et al. (30) udskille tre referencerammer for vurderingen af terapeutkompetence: (1) den enkelte terapeuts præstation kan sammenholdes med et etableret niveau af gennemsnitlig kompetence i den enkelte undersøgelse, (2) der kan anvendes eksperter på feltet i vurderingen, eller (3) uafhængige bedømmere kan vurdere, i hvor høj grad den enkelte intervention er i overensstemmelse med en specifik formulering af den konkrete patients vanskeligheder eller en caseformulering. De tre metoder er alle baseret på uafhængige bedømmeres gennemgang af en eller flere behandlingssessioner, hvor terapeutens arbejde sammenholdes med mere eller mindre ekspliciterede kriterier for, hvad der kendetegner terapeutisk kompetence. Enhver kompetenceskala åbner for et vist mål af klinisk vurdering i bedømmelsen af terapeutkompetence, hvilket – ud fra en klinisk betragtning – er ganske hensigtsmæssigt. Man kan således vanskeligt forestille sig, at en fuldt kvantificeret vurdering skulle kunne give et tilstrækkeligt nuanceret billede af terapeutisk kompetence. Imidlertid vil enhver åbning for klinisk vurdering og fortolkning samtidig kunne belaste metodens reliabilitet. Sammenlignet med adherencevurderinger stiller kompetencevurderinger generelt

større krav til bedømmerens kliniske erfaring og dømmekraft (Barber & Crits-Christoph 1996:90 (28)), og det vil alt andet lige være vanskeligere at opnå en tilfredsstillende reliabilitet.

Barber et.al. (27) har i forbindelse med en stort anlagt undersøgelse (31) af terapeutiske strategier hos kognitive og psykodynamiske terapeuter udviklet et instrument (Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive Therapy; PACS-SE), som kombinerer et kvantitativt mål for, i hvor høj grad den enkelte terapeut anvender en række specifikke interventioner – foreskrevet i behandlingsmanual (adherence) – med en mere global klinisk – men samtidig struktureret – vurdering af kvaliteten i terapeuternes anvendelse af de foreskrevne interventioner (kompetence). Instrumentet, der er nært beslægtet med – men væsentligt mere omfattende og nuanceret end – skalaer hos Luborsky (1984:229-41(22)) – indeholder 70 items, hvoraf hovedparten er fordelt på tre delskalaer; en for vurdering af generelle terapeutiske færdigheder (9 items), en for vurdering af færdigheder i anvendelse af støttende interventioner foreskrevet i manual (11 items), og en for vurdering af færdigheder i anvendelse af foreskrevne ekspressive interventioner (30 items). Endvidere inddrages enkelte vurderinger af terapeutens håndtering af behandlingsafslutning (2 items), og mere globale vurderinger af terapeutens arbejde (10 items). Endelig åbner instrumentet mulighed for, at man i undersøgelser af behandlingsformer med et mere snævert fokus (eksempelvis behandling af narkomisbrugere, (32)) kan inddrage vurderinger af terapeutens arbejde med den pågældende patientgruppes mere specifikke problemområder (8 items).

På basis af videooptagelser af en eller flere udvalgte behandlingssessioner tager uafhængige bedømmere for hvert item stilling til følgende: (1) hvor ofte udfører terapeuten den bekrævede intervention – på en syv-punkt skala fra »aldrig« til »meget ofte«, (2) i hvor høj grad er udførelsen af interventionen passende set i sammenhæng med den konkrete patient i den pågældende session – på en syv-punkt skala fra »slet ikke passende« til »meget passende«, og (3) kvaliteten i terapeutens udførelse af interventionen – på en syv-punkt skala fra »meget ringe« til »meget høj« kvalitet i udførelsen. Der er formuleret fire ankerpunkter for kvalitetsvurderingen af hvert item. I de tilfælde

hvor en given intervention er fraværende i det analyserede materiale tages stilling til, i hvor høj grad dette (fravær) er udtryk for kompetent behandlingsarbejde. Instrumentets første del kan betragtes som en adherenceskala, imens del to og tre på forskellig vis vurderer terapeutens kompetence.

For generelle terapeutiske karakteristika tages eksempelvis stilling til følgende beskrivelse (item 7): »Terapeuten udforsker forskellige former for patientadfærd som er destruktive for behandlingen«. Det vurderes da, (1) hvor ofte terapeuten gør dette og, (2) hvor passende dette er, set i lyset af den konkrete patient på det konkrete tidspunkt. Endelig vurderes (3) kvaliteten af terapeuten udforskning af patientens behandlingsdestruktive adfærd. Den anvendte syv-punkt skala går da fra [1] »Terapeuten påpeger patientens acting out (kommen for sent, udeblivelse, misbrug osv.) på en måde som er angribende, konfronterende eller anklagende – eller terapeuten ignorerer patientens acting out og accepterer denne ved tavshed«, over [3] »Terapeuten nævner patientens acting out men går ikke videre med dette og dens mulige betydning for behandlingen«, og [5] »Terapeuten påpeger og diskuterer patientens acting out og dennes betydning for behandlingen på en måde som gør det psykologisk meningsfuldt for patienten«, til [7] »Terapeuten udforsker patientens acting out og dennes indflydelse på behandlingen på en måde som hjælper patienten til at forstå dens mening og motivation, og uddyber patientens opmærksomhed på og forståelse af sin adfærd«

Under specifikt støttende terapeutadfærd tages tilsvarende stilling til eksempelvis følgende beskrivelse: »Terapeuten opfordrer og støtter eksplicit patienten i udforskningen af temaer som kan være vanskelige at tale om, og som kan være pinefulde og berøre patienten følelsesmæssigt« (item 11). For vurdering af kvaliteten af terapeutens arbejde anvendes skala fra [1] »Terapeutens forsøg på at støtte patienten er uden føling med patienten og skadelige«, over [3] »Terapeutens støtte er noget overfladisk og påtaget«, og [5] »Terapeutens støtter patienten på adækvat vis og demonstrerer empati med patientens vanskeligheder«, til [7] »Terapeuten støtter på overbevisende måde patienten og hjælper denne til en følelse af at opnå noget med sit hårde terapeutiske arbejde. Terapeuten sætter patientens arbejde ind i en sammen-

hæng som anerkender dets historie, kompleksitet og de opståede vanskeligheder«. For de specifikt ekspressive strategier (jf. Luborsky 1984 (22)), tages bl.a. stilling til, hvorvidt »Terapeuten hjælper patienten til at se, hvordan en central relationskonflikt på varierende måde kommer til udtryk i forskellige sammenhænge« (item 24). I kvalitetsvurderingen anvendes en skala fra [1] »Terapeuten undlader at påpege, hvordan centrale relationskonflikter manifesteres i forskellige situationer – eller der påpeges forkerte eller irrelevante temaer«, over [3] »Terapeuten påpeger delaspekter af ligheder på tværs af situationer«, og [5] »Ved at påpege ligheder hjælper terapeuten patienten til at se forskellige udtryk for sine centrale relationelle vanskeligheder«, til [7] »Terapeuten hjælper patienten til at se forskellige manifestationer af sine relationelle vanskeligheder ved at påpege ligheder på tværs af situationer og relatere disse til patientens aktuelle vanskeligheder«.

For terapeutadherence (Barber & Crits-Christoph 1996:86f (28), Barber et al.1997:17f (32)) er opnået tilfredsstillende reliabilitet i vurderingen af generelle behandlingsfærdigheder og ekspressive teknikker (Interclass Correlation = .58 hhv. .71)¹, ligesom der er opnået rimeligt tilfredsstillende reliabilitet i kompetencevurdering af generelle terapeutiske færdigheder (ICC = .48). Imidlertid er reliabiliteten generelt lav og utilfredsstillende i vurderingen af både adherence og kompetence for støttende teknikker (ICC = .36 hhv. .41), ligesom kompetencevurderingen ved ekspressive teknikker ikke er tilfredsstillende (ICC = .35). Gennemgående er reliabiliteten bedre for adherencevurdering end for kompetencevurdering. Endelig har man fundet så høje korrelationer (r op til .94) imellem de to dimensioner for kompetencevurdering (passende i forhold til konkrete patient og situation + kvalitet), at adskillelsen – selvom den er teoretisk meningsfuld – ikke synes anvendelig i praksis (jf. Barber et al.1997:21(32)).

Henry et al. (4) har i deres undersøgelse af, hvorledes klinisk træning påvirker terapeuters behandlingsresultater, anvendt Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale (VTSS, Butler et al.1995 (25)) til at kontrollere for terapeutfaktorerens indflydelse på eventuelle sammenhænge imellem træning og ændring af terapeuters behandlingsresultater. Instrumentet består af to dele med ialt 21 items: én, hvor der på basis af en række dimensioner, som antages at være

essentielle for enhver psykodynamisk psykoterapi, tages stilling til terapeuternes generelle håndtering af behandlingsarbejdet eller generelle kompetence i udøvelse af psykodynamisk psykoterapi (12 items), og én for mere specifik vurdering af, i hvor høj grad terapeuternes praktiserede behandlingsstrategi og tekniske interventioner er i overensstemmelse med træningsprogrammets behandlingsmanual (9 items). Begge vurderinger foretages på basis af videooptagelser, hvor der med udgangspunkt i 5-punkt Likert-scalaer og tilhørende definerede ankerpunkter tages stilling til: (1) i hvor høj grad terapeutens arbejde svarer til manualens ideale beskrivelser af en række specifikke interventioner (for specifik adherence og tildels kompetencevurdering) og (2) i hvilken udstrækning terapeuten lever op til en række mere generelle (primært psykodynamisk baserede) kriterier for kompetent terapeutisk arbejde (for generel kompetencevurdering). Ved den generelle vurdering af terapeutens arbejde tages eksempelvis stilling til (item1), i hvor høj grad terapeuten understøtter patienten i at opleve og udtrykke affekt i den vurderede session (eller sessionssegment), imens der i den mere specifikke vurdering bl.a. tages stilling til (item 19), i hvor høj grad terapeuten forbinder et tilbagevendende adfærdsmønster eller en tilbagevendende konflikt i patientens fremlagte materiale med det aktuelle patient-terapeut samspil. Der er opnået rimeligt tilfredsstillende reliabilitet i anvendelsen af især instrumentets vurdering af terapeutens praktisering af specifikke behandlingsstrategier (adherence) (ICC = .91) (Henry et al.1993a:435(4), Butler et al.1995:633(25)). I vurderingen af generel terapeutisk kompetence er også opnået tilfredsstillende reliabilitet (ICC op til .71).

Svartberg's (23) instrument (STCRF) til vurdering af terapeuters kompetence i udførelsen af korttids angstprovokerende psykoterapi («Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy»: STAPP) er enklere og mindre nuanceret end både PACS-SE og VTSS. Instrumentet indeholder 11 items med beskrivelse af kernestrategier i den tilhørende STAPP-manual for angstprovokerende korttidsterapi. På en skala fra 0-4 med definerede ankerpunkter skal uafhængige bedømmere tage stilling til, i hvor høj grad disse beskrivelser er dækkende for terapeutens arbejde i den pågældende session. Dette sker med afsæt i videooptagelse af en eller flere behandlingssessioner. Eksempel-

vis vurderes: »Terapeut aktivitet« (item 2) på en skala fra [0] »For passiv. Patienten er for styrende i sessionen«. Eller; [0] »For aktiv. Patienten afbrydes på upassende tidspunkter og får ikke mulighed for at udfolde sit materiale«, over [2] »Lidt for passiv. Terapeut og patient er nogenlunde lige styrende i sessionen«, til [4] »Terapeuten er ganske aktiv. Patienten afbrydes, når det er på sin plads. Der er ingen tvivl om, at terapeuten styrer sessionen«. Tilsvarende vurderes »Påpegning af overføringsituationer« (item 3) på en skala fra [0] »Påpeges ikke«, over [2] »Påpeges, men for sent eller utydeligt og uklart«, til [4] »Påpeges i rette tid, klart og tydeligt«. Og der tages stilling til »Specificering og eksemplificering af patientudsagn« (item 6) fra [0] »Der gøres ingen forsøg på at bryde tilbøjelighed til overskriftsprægede udsagn. Generelle og vage udsagn får lov til at passere uforstyrret«, over [2] »Der anmodes om specificering og eksemplificering, men på en inkonsekvent måde«, til [4] »Gennemført brug af specificering og eksemplificering af patientudsagn. Kun ganske få vage udsagn får lov til at passere«.

Den opnåede reliabilitet i anvendelsen af instrumentet er ikke acceptabel (ICC omkring .20)². Kun for tre af de elleve items er opnået en tilfredsstillende reliabilitet (Svartberg 1989:567(24)). Derfor anvendes typisk et opsummeret gennemsnit af de elleve items, hvorefter reliabiliteten bliver acceptabel (ICC = .70) (Svartberg & Stiles 1994:25 (34)). Instrumentet sammenblander imidlertid tendentielt adherence og kompetencevurderinger (tilstedeværelse og kvalitet af behandlingsmetodens kerneområder vurderes – som det fremgår – i en og samme bevægelse), hvilket belaster dets forskningsmæssige anvendelighed.

Barber et al.'s instrument til vurdering af terapeutadherence og -kompetence må betragtes som den til dato mest avancerede og nuancerede metode til kortlægning af terapeutfaktorer af potentiel betydning for sammenhænge imellem behandlingsteknik og -udbytte. Hertil kommer, at instrumentets mange items søger at dække en række klinisk betydningsfulde elementer af terapeutens omsættelse af behandlingsteknik til konkret klinisk praksis. Som de øvrige udviklede instrumenter er Barber et al.s instrument imidlertid belastet af en utilfredsstillende lav reliabilitet i vurderingen af terapeutkompetence, ligesom der heller ikke er fundet en tilfredsstillende løsning på det generelle

problem omkring bedømmers tendens til at sammenblende adherence- og kompetencevurderinger (jf. Svartberg 1989:569 (24), Barber & Crits-Christoph 1996:83(28)). Der er således fortsat behov for udvikling af bedre metoder til vurdering af specielt specifik terapeutisk kompetence.

Fundne sammenhænge imellem terapeutadherence, kompetence og behandlingsudbytte

Der foreligger endnu kun relativt få velgennemførte undersøgelser af sammenhænge imellem på den ene side psykodynamiske terapeuters adherence og kompetence, og på den anden side behandlingsudbytte. Nedenfor (tabel 1) opregnes resultaterne af de centrale undersøgelser på feltet. I alle de inkluderede undersøgelser vurderes adherence og kompetence af uafhængige bedømmere på basis af audio eller videooptagelser – og de undersøgte behandlingsformer er manualiserede³.

Som det fremgår af tabel 1, har Luborsky et al.(29) – som de eneste – fundet en markant sammenhæng imellem terapeutadherence og behandlingsudbytte. Som forfatterne selv er opmærksomme på (1985:610 (29)) må man imidlertid spørge, hvorvidt den fundne korrelation imellem adherence og behandlingsudbytte er udtryk for, at en teknisk »renere« behandlingsmetode fører til et bedre behandlingsudbytte – eller der snarere er tale om, at en vel fungerende behandlingsproces som bevæger sig imod et godt udbytte giver terapeuten en større frihed til at følge de foreskrevne behandlingsmetoder. Luborsky et al. (ibid.) konkluderer, at terapeuten evne til at udvikle en behandlingsalliance er den vigtigste enkeltfaktor for et godt behandlingsudbytte – en faktor som ligger hinsides behandlingsadherence – og man kan forestille sig, at udviklingen af en bæredygtig behandlingsalliance i sig selv bidrager til, at terapeuten i højere grad kan følge den foreskrevne behandlingsmetode (jf. Butler & Strupp 1993:202(47)). Hertil kommer, at den metode som er anvendt til vurdering af terapeutadherence synes at indeholde elementer af kompetencevurdering (se evt. Luborsky et al.1982(12)).

Tabel 1. Resultater fra undersøgelser af sammenhænge imellem terapeuters praktiske udførelse af manualiserede psykodynamiske behandlingsmetoder og behandlingsudbytte.

Forfattere	Patienter & behandling	Vurdering & metode	Resultater
Svartberg & Stiles 1992(42)	Angstpt. (n=15) i korttids psyk.dyn. angstprov. beh. (STAPP)	Ratingscales (STCRF). Specifik kompetence i tidlige sess (3,4 el.5. sess)	Ingen sammenhæng ml. kompetence og beh.udbytte
Svartberg & Stiles 1994(34)	Angstpt. (n=13) i korttids psyk.dyn. angstprov. beh. (STAPP)	Ratingscales (STCRF). Specifik kompetence i tidlige sess (3,4 el.5. sess)	Negativ sammenhæng ml. kompetence og beh.udbytte ($r=-.55$)
Luborsky et al. 1985(29)	Stofmisbrugere i støtten-de-ekspressiv + rådgivning (n=32), kognitiv-adfærdsbeh. + rådgivning (n=39) , eller rådgivning af alene (n=39)	Simple ratingscales. I alle sessioner vurderes terapeuters adherence med foreskrevet beh. koncept	Sammenhæng ml. terapeutadherence og en række mål for udbytte (.3<r>.46)
Henry et al.(4, 43) Henry (44)	Pt. (n=80) med interspers.vanskeligheder i korttids psyk.dyn.beh. Fokus på forandringer i terapeutadfærd før-efter manualiseret træningsprogram	Ratingscales (VTSS). Generel kompetence + specifik adherence vurderes før & efter terapeuter har gennemgået udd. program	Markant højere adherence efter træningsprogram. Ingen ændring i generel terapeutisk kompetence + terap. yder flere negative bidrag til interspers. proces efter træning. Ingen ændring i beh.udbytte (trods markant højere adherence)
Najavits & Strupp (45)	Pt. (n=80) med interspers.vanskeligheder i korttids psyk.dyn.beh. Fokus på forskelle i terap.adfærd hos mest hhv. mindst effektive behandlere	Ratingscales (VTSS). Generel kompetence + specifik adherence vurderes hos terap. m. høj hhv. lav effektivitet	Terap. m. høj hhv. lav effektivitet adskiller sig næsten udelukkende på relationsvariable (non-specifikke faktorer) og ikke på tekniske (specifikke) variable
O'Malley et al. (46)	Depressive (n=35) i interpersonel psykoterapi	Ratingscales.Generel og specifik kompetence i 4. sess., vurderet af terapeut selv & supervisor	Sammenhæng ml. summeret mål for supervisorvurderet terapeutkompetence og visse mål for udbytte ($r=.56$). Ingen sammenhæng for en række andre udbytemål
Barber et al.(28)	Depressive (n=29) i korttids supportativ, ekspressiv beh.	Ratingscales (PACS-SE). Adherence & kompetence i 3. sess. - tre niveauer; generel, støttende og ekspressiv kompetence.	<ul style="list-style-type: none"> - Adherence kan ikke forudsige udbytte - Ekspressiv kompetence kan forudsige udbytte - Støttende kompetence kan ikke forudsige udbytte

Crits-Christoph & Conolly (1999:698(48)) konkluderer i deres gennemgang af tilgængelige undersøgelser af sammenhænge imellem, på den ene side terapeutadherence og terapeutkompetence og på den anden side behandlingsudbytte, at generelle mål for terapeutfærdigheder/kompetence viser en højere grad af sammenhæng med behandlingsudbytte end de hidtil anvendte simple mål for terapeutadherence.

Resultaterne af de tilgængelige undersøgelser af sammenhænge imellem terapeutkompetence og udbytte er – jf. tabel 1 – blandede, med en tendens til, at man med de hidtil udviklede metoder nok har været istand til at sandsynliggøre en vis sammenhæng, uden at man dermed kan konkludere, at der er tale om en væsentlig og klinisk betydningsfuld sammenhæng. Det er specielt bemærkelsesværdigt, at det har det været vanskeligt at påvise en systematisk sammenhæng imellem specifik (teknisk) kompetence og behandlingsudbytte. Dette kan både ses som udtryk for, at den specifikke tekniske kompetence (vurderet på basis af manualiserede behandlingsforskrifter) ikke er særligt afgørende for behandlingsudbytte – eller, at de anvendte metoder til vurdering af behandlerkompetence er utilstrækkelige. Samlet må man dog sige, at feltet fortsat er utilstrækkeligt undersøgt, og at der er behov for nye undersøgelser baseret på et større datamateriale. Den manglende og endog negative sammenhæng imellem kompetence og udbytte hos Svartberg må ses i lyset af et meget lille datamateriale, og at den anvendte kompetencevurdering lægger sig så tæt op ad den anvendte behandlingsmanual, at en høj vurderet kompetence kan være udtryk for rigid tilpasning til manualens forskrifter uden hensyntagen til den konkrete patients behov – og en høj specifik kompetence (adherence) derfor i virkeligheden kan være udtryk for en lav generel kompetence (Crits-Christoph & Connolly 1999:698(48)).

Som det ses i tabel 1, er undersøgelserne af terapeutadherence og terapeutkompetence – og deres betydning for behandlingsudbytte – primært baseret på korttidsbehandling af lettere og middelsvært forstyrrede patienter. Det er således uklart i hvilken udstrækning undersøgelsesresultaterne kan generaliseres til eksempelvis længerevarende behandlingsforløb med svært personlighedsforstyrrede patienter. Hertil kommer, at de anvendte kompeten-

cevurderinger oftest er enkeltstående og foretages tidligt i behandlingsforløbet, ligesom vurderingen foretages mere eller mindre isoleret fra potentielt betydningsfulde patientfaktorer. Specielt når det gælder den specifikke behandlerkompetence – behandlerens udfoldelse af manualiserede interventioner – kan det være nødvendigt at tage hensyn til den enkelte patients unike problemstilling, og hvorledes denne manifesteres i den terapeutiske proces. Patientfaktorer kan så at sige gøre det vanskeligt for terapeuten at følge manualens behandlingsforskrifter – hvilket både kan manifesteres ved nedsat adherence- og specifik kompetencevurdering også i tilfælde, hvor en afvigelse fra manualens forskrifter de facto er det som bedst tjener behandlingsproces og udbytte (jf. 46). I forlængelse af dette har Rounsaville et al.(58) ved en gennemgang af foreliggende undersøgelser fundet, at høj terapeutadherence ikke nødvendigvis falder sammen med høj terapeutkompetence. Man fandt endvidere (Rounsaville et al.1988:685(58)), at lavere terapeut-adherence typisk forekom i forløb med vanskeligere patienter – og det vurderes, at denne lavere adherence er acceptabel i lyset af de opståede vanskeligheder i behandlingen. Endelig må det bemærkes, at en del af de fremlagte undersøgelser er baseret på ganske små datamaterialer (særligt Svartberg & Stiles).

Styrker og begrænsninger ved anvendelsen af behandlingsmanualer og tilhørende skalaer til vurdering af terapeutfaktorer

Behandlingsmanualer

Formålet med at inddrage behandlingsmanualer i effektforskningen er bl.a. at opnå en tydeligere adskillelse af de sammenlignede behandlingsformer. Som sådan er formuleringen af detaljerede beskrivelser af forskellige behandlingsformer et væsentligt både teoretisk og praktisk fremskridt. Bl.a. Luborsky (22), Kernberg et al.(13) og Clarkin et al.(35) har således bidraget betydeligt til konkretisering og præcisering af den psykodynamiske psykoterapis interventionsmetoder og strategier. Udfra en forskningsmæssig betragtning sikrer anven-

delsen af manualer imidlertid ikke i sig selv, at de beskrevne metoder faktisk praktiseres, endside praktiseres ensartet i de behandlingsforløb som sammenlignes i effektforskningen.

Ifølge Henry (1998:128(49)) er vore muligheder for at kontrollere »behandlingen« (og reducere betydningen af »fejkilder« som eksempelvis terapeutens personlige udøvelse af behandlingen) ved at anvende behandlingsmanualer (og tilhørende ratingscales) generelt stærkt overvurderet i den empiriske psykoterapiforskning. Anvendelsen af behandlingsmanualer er et afgørende fremskridt i uddannelse og træning af psykoterapeuter, men er – i effektforskningen – overvurderet som metode til at reducere eller belyse den del af variabiliteten i behandlingsudbytte der kan henføres til terapeutfaktorer (50). Behandlingsmanualer kan ikke i sig selv redegøre for psykoterapiens grundlæggende forandringsfaktorer – men kan alene – på et meget overordnet og generelt niveau – formulere, hvad der er tilladt og ikke-tilladt i terapien for, at denne falder ind under en given behandlingsmetode (Kiesler 1995:98 (51)). Psykoterapi og den terapeutiske relation er et mangefacetteret felt for social indflydelse, der ikke lader sig reducere til nogle få simple parametre (Strupp & Anderson 1997:77(50)). Hertil kommer, at formel træning og tilegnelse af behandlingsmanualer alene ikke kan garantere en kompetent praktisering – dette kræver både erfaring og mere generelle terapeutiske færdigheder. Nogle forfattere (Fensterheim & Raw 1996:169(52), Stiles et al.1998: 447(53)) mener endog, at brugen af manualer – med sine formaliserede behandlingsforskrifter – kan hæmme den måske mest centrale faktor for et godt behandlingsudbytte: terapeutens metodiske og personlige fleksibilitet og responsivitet. Det er dog i første række en for rigid og ikke tilstrækkeligt kreativ implementering af manualens interventioner der hæmmer terapeutens responsivitet – og ikke anvendelsen af behandlingsmanual som sådan.

Nogle behandlingsformer – som eksempelvis kognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi af mere eller mindre »rene« symptomtilstande – er relativt stramt strukturerede og kan beskrives forholdsvis præcist i en manual. Andre behandlingsformer, som eksempelvis psykodynamisk behandling af personlighedsforstyrrelser, lader sig ikke i samme grad manualisere – både fordi be-

handlingsformen er mindre struktureret, stiller større krav til terapeutens egen dømmekraft i ethvert her-og-nu, og fordi de pågældende patienter dikterer en højere grad af fleksibilitet hos terapeuten. Som allerede nævnt er dog udviklet enkelte manualer for psykodynamisk orienteret korttidspsykoterapi (22, 14, 13) med tilhørende skalaer for vurdering af terapeuters kompetence og tilbøjelighed til at følge manualens forskrifter (28, 31). Der er imidlertid primært tale om forenkledede udgaver af psykodynamisk psykoterapi, som overvejende er rettet imod – og anvendelige ved – korttidsbehandling af lettere forstyrrede patienter (se dog 13, 18). Ved manualiseret korttidsbehandling af lettere forstyrrelser betyder den kliniske dømmekraft, træning og erfaring antageligt mindre – men, at en syvårig dreng kan flyve et et-motors fly i klart vejr betyder ikke, at han kan håndtere et Boing 747 i snestorm (Seligman 1996:1077 (54)). Hertil kommer, at den effektive manualiserede behandling antageligt forudsætter en relativt specifik kobling imellem manualens specifikke interventioner og patientens præsenterede symptomer (jf. Havik 2000:16(5)). Den typiske behandlingsmanual er konstrueret til at håndtere specifikke og rimeligt afgrænsede problemer/symptomer indenfor en stramt struktureret ramme. Dette er antageligt mindre anvendeligt ved bl.a. personlighedsforstyrrelser. En stort anlagt undersøgelse (60) af amerikanske psykologers (n=891) erfaringer med – og holdninger til – anvendelse af behandlingsmanualer understøtter disse overvejelser omkring grænserne for behandlingsmanualers anvendelighed. Der synes således – i det mindste blandt amerikanske psykologer – at være rimeligt bred enighed om, at manualiseret behandling er bedst egnet til arbejde med lettere symptomtilstande (angst og adfærdsforstyrrelser), imens personlighedsforstyrrede patienter er mindst egnede til manualiseret behandling (Addis & Krasnow 2000:335f(60)).

Henry et al. (4, 43) har fundet, at et omfattende trænings og supervisionsprogram på den ene side nok kan sætte behandlere istand til at følge en behandlingsmanual relativt præcist – men, at dette ikke synes at have nogen væsentlig indflydelse på terapeuternes behandlingsresultater (Henry 1992:9 (44)). Og at terapeuternes evne til at følge behandlingsmanualen ikke neutraliserede eller bragte terapeutfaktorerens betydning for udøvelsen af behand-

lingen under kontrol. Man fandt således, at terapeuterne i træningsforløbet blev langt mere aktive i deres behandlingsarbejde – men, at kvaliteten af deres bidrag til den interpersonelle proces i behandlingen ikke ændrede sig i positiv retning, selvom træningsprogrammet netop havde arbejdet med den interpersonelle proces som sit primære fokus. Målt i absolut antal ydede behandlerne tværtimod væsentligt flere negative bidrag (fjendtlighed, tvetydig kommunikation, manglende varme) til den terapeutiske proces, efter de havde gennemført træningsprogrammet (4). I praksis var opbygningen af en primært intellektuel eller teoretisk viden om den terapeutiske proces altså ledsaget af flere negative bidrag til den terapeutiske proces, hvilket kan ses som en bekræftelse af, at teoretisk viden og formel skoling ikke i sig selv sikrer kompetent behandlingsarbejde.

Henry et al.'s data (43, 55) tyder på, at mere personlige faktorer hos den enkelte behandler (selvbillede og tidlige objektrelationer) er mere afgørende for evnen til frugtbart at udfolde indlærte behandlingsmetoder i praksis – og at disse faktorer ligger hinsides, hvad man – i det mindste i deres undersøgelse – var istand til at bringe under kontrol ved hjælp af et manualiseret træningsprogram. Dette hænger antageligt sammen med, at tilegnelsen af terapeutiske færdigheder er en kompleks proces medieret af personlige og emotionelle faktorer – og at den frugtbare udøvelse af psykoterapi indeholder kreative, intuitive og personlige elementer, som det er vanskeligt at lære i et formaliseret undervisningsforløb (jf. Safran & Muran 2000:4(19)). Tilegnelse af specifikke tekniske færdigheder påvirker ikke nødvendigvis den generelle terapeutiske kompetence, der i en del tilfælde antageligt er afgørende for et godt behandlingsudbytte.

Mere generelt må man naturligvis spørge, hvilken indflydelse (1) den intensive træning og (2) den tætte »overvågning« af behandlernes arbejde, der typisk er en del af forskningsdesignet i undersøgelser af manualiseret behandling, har på terapeuternes arbejde. Henry et al.s undersøgelser blev gennemført umiddelbart efter, terapeuterne havde afsluttet et intensivt træningsprogram i interpersonel psykodynamisk psykoterapi – og man må spørge, om terapeuterne havde haft tilstrækkelig tid til at integrere den nye teknik. Dette

stiller samtidig spørgsmålstejn ved de fundne resultatets generaliserbarhed.

Hertil kommer, at i den udstrækning terapeuterne har følt sig overvåget og oplevet et pres i retning af at holde sig strengt til den manualiserede behandlingsstrategi, kan man forestille sig, at de mere har oplevet manualen som en spændetrøje end som en samling frugtbare retningslinier og behandlingsredskaber. Samlet er der fare for, at terapeuterne blot goldt og rigidt »følger reglerne« i den utilstrækkeligt integrerede behandlingsmetode, hvilket næppe har nogen positiv indflydelse på den terapeutiske proces og patientens behandlingsudbytte. En behandlingsmanual bør primært anvendes som en grundstruktur og et idekatalog for terapeutisk træning og terapeutisk arbejde – ikke som en kogebog, der rigidt følges uden sans for de enkelte ingrediensers finere nuancer og deres indbyrdes samspil. Endelig kan man forestille sig, at de terapeuter som er tilbøjelige til rigidt at følge manualens forskrifter – uden tilstrækkelig føling med patienten og den terapeutiske proces – generelt er mindre fleksible og mindre sensible for den interpersonelle proces, hvilket i de fleste tilfælde vil resultere i/være udtryk for en mindre generel terapeutisk kompetence. Der er her tale om faktorer knyttet til terapeutens person, som kan have afgørende betydning for kvaliteten i udførelsen af ethvert behandlingskoncept.

Adherence og kompetence-skalaer

Ud fra effektforskningens egen iboende logik, hvor terapeutisk effekt betragtes som det summerede resultat af bl.a. behandlingsteknik og faktorer i behandlingsrelationen, er det – isoleret betragtet – meningsfuldt at forsøge at udskille og kvantificere den enkelte terapeuts konkrete udførelse af en given behandlingsteknik, ligesom det er meningsfuldt at bestræbe sig på at kortlægge hhv. den terapeutiske teknik og terapeutfaktorerens relative bidrag til behandlingsudbyttet. I forlængelse af dette må udviklingen af adherence og kompetence-skalaer generelt betragtes som et fremskridt i den empiriske psykoterapiforskning. Særligt Barber et al.'s udviklede skalaer er kendetegnet ved en høj grad af nuancering og klinisk validitet.

Adherence-skalaer intenderer alene – på et meget overordnet niveau – at afklare, i hvor høj grad den enkelte terapeut på udvalgte punkter praktiserer (eller tilpasser sig) en given behandlingsmetode eller behandlingsmanual. I den forstand kan de udviklede adherenceskalaer bidrage til at sikre en højere grad af teknisk differentiering af de undersøgte behandlingsformer i effektforskningen. Den konkrete terapeuts måde at udøve den enkelte behandlingsmetode – hans/hendes evne til at afstemme sine interventioner efter patientens aktuelle tilstand og behov – er imidlertid ikke indeholdt i de udviklede adherenceskalaer, som derfor altid bør suppleres med kompetenceskalaer. Isoleret betraget kan høj adherence således udmærket være forbundet med en rigid anvendelse af foreskrevne metoder og i den forstand være udtryk for manglende terapeutisk kompetence.

Specielt strukturerede ekspertvurderinger af behandlerkompetence kan potentielt bidrage til belysningen af terapeutfaktorer og deres betydning for behandlingsproces og udbytte – både når det gælder specifik teknisk kompetence knyttet til eksempelvis anvendelsen af analytiske tolkninger (56) og en mere generel vurdering af behandlingskompetence. Det må derfor betragtes som et forskningsmæssigt fremskridt, at der tages skridt til at belyse terapeutenes generelle og/eller specifikke kompetences betydning for behandlingsudbytte. De hidtil udviklede metoder til struktureret vurdering af specifik terapeutisk kompetence er imidlertid belastet af uacceptabelt lav reliabilitet (og dermed validitet), som kan give anledning til mere principielle overvejelser omkring, hvorvidt den valgte forskningsstrategi er en farbar vej eller snarere en blindgyde i psykoterapiforskningen.

Som det er fremgået, forsøger man i det typiske forskningsdesign at skelne imellem på den ene side en specifik behandlerkompetence i udførelsen af de undersøgte behandlingsformer og på den anden side en mere generel kompetence i terapeuternes udførelse af psykoterapi. Der er imidlertid endnu ikke udviklet metoder, som i praksis er istand til at foretage en tilfredsstillende – reliabel og valid – adskillelse af disse to niveauer af behandlerkompetence. I forlængelse af dette har bl.a. Rounsaville et al. (1988:685(58)) påpeget, at de tilgængelige metoder til vurdering af både den specifikke og den

generelle terapeutkompetence ikke er tilfredsstillende afgrænset i forhold til, hvad man kan kalde en mere generel »god-terapeut-faktor«, som er relativt uafhængig af behandlingsteknik. I undersøgelser af sammenhænge imellem behandlingsteknik og behandlingsudbytte kan det således være vanskeligt at afgøre, om de behandlingsteknisk kompetente terapeuter opnår bedre resultater, fordi, de på kompetent vis anvender den undersøgte behandlingsmetode, eller fordi, disse terapeuter mere generelt er gode behandlere – er gode til at opbygge en behandlingsalliance, håndtere den terapeutiske relation osv. – og i princippet lige så godt kunne anvende den ene som den anden behandlingsmetode. Det er da snarere terapeutens person og den interpersonelle proces end den terapeutiske teknik, som er afgørende for behandlingsudbytte.

Dette underbygges yderligere af det faktum, at de mange udførte effektundersøgelser – med ganske få undtagelser – ikke har været istand til at påvise afgørende forskelle i effekten af almindeligt anerkendte behandlingsformer (20), hvilket kunne tyde på, at de fælles (non-specifikke) faktorer har væsentligt større betydning for patienters behandlingsudbytte end de specifikke tekniske faktorer⁴. I de stort anlagte effektundersøgelser (Lambert & Bergin 1994:172 (20)) »forsvinder« eller ignoreres (non-specifikke) terapeutfaktorer betydning for behandlingsudbyttet – og de mindre forskelle i behandlingsudbytte, som trods alt rapporteres i enkeltstående undersøgelser, kan i virkeligheden være udtryk for forskelle knyttet til terapeutfaktorer hos de deltagende behandlere (Lambert & Bergin 1994:175(20)). En række udgivelser fra de senere år (61, 62) har – med afsæt i empiriske forskningsresultater – argumenteret ganske overbevisende for, at fælles virkningsfaktorer og ikke mindst klientfaktorer må tillægges afgørende betydning for behandlingsudbytte – en betydning som langt overgår de tekniske faktorer i snæver forstand.

Mere generelt må man være opmærksom på, at der antageligt er grænser for, hvor langt man kan nå i forsøgene på at operationalisere og udvikle kvantificerede vurderinger af behandlerkompetence, der samtidig kan honorere de nødvendige krav om inter-bedømmer reliabilitet. Alle hidtil udviklede instrumenter er belastet af enten en uacceptabelt lav inter-bedømmer reliabilitet –

eller af for få og for rigide bedømmelseskategorier, som medfører, at vurderingen af den generelle og specifikke terapeutiske kompetence ikke bliver tilstrækkeligt nuanceret. Den enkelte terapeuts dømmekraft har væsentlig betydning for den frugtbare (kompetente) anvendelse af psykodynamisk behandlingsteknik – og vurderingen af terapeuts dømmekraft (kompetence) kræver en tilsvarende høj grad af dømmekraft (kompetence) og fortolkning hos bedømmeren, som det er vanskeligt at indfange og formulere i sådanne entydige bedømmelseskriterier, der er forudsætning for kvantificering og opnåelse af tilfredsstillende reliabilitet. Vurderingen af terapeutisk kompetence kan ikke meningsfuldt isoleres til anvendelsen af specifikke teknikker – men må netop være fleksibel og afpasses efter den konkrete patient.

Hertil kommer, at enhver konkret vurdering af terapeutkompetence i princippet fordrer et indgående kendskab til patientens problemstilling, det hidtidige behandlingsforløb osv. – hvilket langt fra er indeholdt i de hidtil anvendte strategier, baseret på gennemgang af en enkelt eller ganske få – og fra den øvrige behandling løsrevne – session(er). Værdien af en intervention kan ikke vurderes ud fra en teoretisk standard eller formaliserede kriterier, men må ses i lyset af den specifikke patients aktuelle tilstand og behov (Greenberg 1991: 221(57)), ligesom bedømmelsen af kvaliteten af en teknisk intervention må inddrage den relationelle kontekst, hvor den udføres (Safran & Muran 2000: 14(19)). Endelig er der fortsat uenighed om, hvordan man skal afgrænse, definere og bedst kan vurdere (eller »måle«) den enkelte behandlers terapeutiske kompetence (jf. Elkin 1999:21(6)). I artiklens anden del (59) diskuteres, hvorledes effektforskningen – med sin anvendelse af behandlingsmanualer og ratingscales til kontrol og monitorering af terapeuts arbejde – begrebsliggør psykoterapien og dens virkningsfaktorer – og hvilke konsekvenser dette får for vore muligheder for at generalisere fra effektforskningens eksperimentelle designs til det daglige arbejde i klinikken. Kan vi være sikre på, at de metoder der skiller sig ud som mest potente i effektforskningen også er bedst i praksis? Er effektforskningens iboende logik (hentet overvejende fra naturvidenskaberne) forenelig med psykoterapiens væsen (der ligger tættere på humanvidenskaberne)?

Noter

- 1 Hvor intet andet er anført er reliabilitet udregnet som interclass Correlation ICC(2,2) i henhold til Shrout & Fleiss 1979 (33).
- 2 Reliabilitet udregnet som ICC(3,1) – jf. Shrout & Fleiss 1979 (33).
- 3 Der foreligger en række undersøgelser af sammenhænge imellem, på den ene side koncentration/frekvens(adherence) og præcision (kompetence) i anvendelse af analytiske (overførings)tolkninger, og på den anden side behandlingsudbytte (35, 36, 37, 38, 39, 40). Når disse undersøgelser ikke er medtaget her, er det fordi, de pågældende undersøgelser altovervejende fokuserer snævert på en enkelt – ganske vist central – intervention: den analytiske tolkning, uden at inddrage andre aspekter af behandlingen. Crits-Christoph et al.(35) har fundet en positiv sammenhæng imellem visse mål for tolkningspræcision (kompetence) og behandlingsudbytte, imens Piper et al. (36, 37) omvendt har fundet en negativ sammenhæng imellem, på den ene side både koncentration/frekvens af overføringstolkninger (adherence) og tolkningspræcision (kompetence), og på den anden side behandlingsudbytte. En senere undersøgelse af Høglend & Piper (38) og Høglend (39) tyder dog på, at den negative sammenhæng imellem overføringstolknings præcision (kompetence) og behandlingsudbytte overvejende gælder for mere forstyrrede patienter, imens der er fundet en moderat positiv sammenhæng for bedre fungerende patienter. Dette peger på patientfaktorer som en betydningsfuld medierende variabel i sammenhængen imellem adherence/kompetence og udbytte. Hertil kommer, at de kausale sammenhænge fortsat er uafklarede – og man f.eks. kan forestille sig, at en velfungerende behandlingsproces med en mindre forstyrret patient fremkalder flere præcise tolkninger, snarere end, at det er de præcise tolkninger der bidrager til et bedre udbytte (jf. Crits-Christoph 1988: 494(35)). Endelig har Frank et al. (41) fundet en positiv sammenhæng imellem et globalt mål for behandlingsrenhed ved interpersonel vedlige-

holdelsesbehandling efter færdigbehandlet depressiv episode og forebyggelse af tilbagefald.

- 4 Den manglende evne til at påvise forskelle i behandlingseffekt kan også ses som et udtryk for, at behandlingsformer opnår nogenlunde samme resultater af forskellige veje. Endvidere kan man i teorien forestille sig, at der faktisk er betydningsfulde forskelle i effekten af de enkelte behandlingsforløb, som blot ikke indfanges med de hidtil anvendte forskningsdesigns og metoder (jf. Lambert & Bergin 1994:161(20))

Abstract

How does the individual therapist's application of psychodynamic psychotherapy influence treatment outcome?

The main target of empirical outcome studies is to delineate the average outcome of different psychotherapeutic treatment methods. This research paradigm is based on the – often implicit – assumption that the purely technical elements in psychotherapy are of major importance for treatment outcome. With the growing acknowledgement of the therapist's more personal qualities having an influence on how specific treatment methods are practiced, an array of methods has been developed to control the individual therapists adherence and competence in his/her use of the treatment methods. In the article an account is given of the use of treatment manuals and rating scales to control how the therapists, participating in outcome studies, are practicing psychodynamic psychotherapy (how competent and how frequently they are in agreement with the technical recommendations for psychodynamic psychotherapy). The relevance of these methods for research into psychodynamic psychotherapy is subject to a critical discussion.

Anvendt litteratur

1. Nathan PE. *A Guide to Treatments that Work*. New York: Oxford Univ. Press 1998.
2. Roth A. Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford 1996.
3. Hougaard E. Psykoterapiforskning og evidensbaseret behandling. *Agrippa* 1999;19: 5-36.
4. Henry WP. Strupp HH. Butler SF. Schacht TE. Binder JL. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1993a;61: 434-40.
5. Havik OE. *Behandlingsveiledere og terapimanualer – bedre eller verre enn sitt rykte?* Universitetet i Bergen: Upubl.manus 2000.
6. Elkin I. A Major Dilemma in Psychotherapy Outcome Research: Disentangling Therapists from Therapies. *Clin.Psychol.: Science and Practice* 1999;6: 10-32.
7. Henry WP. Schacht TE. Strupp HH. Structural Analysis of Social Behaviour: Application to a Study of Interpersonal Process in Differential Psychotherapy Outcome. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1986;54: 27-31.
8. Henry WP. Schacht TE. Strupp HH. Patient and Therapist Introject, Interpersonal Process and Differential Psychotherapy Outcome. *J.Cons. & Clin.Psychol.*1990;58: 768-74.
9. Crits-Christoph P. Baranackie K. Kurcias JS. Beck AT. Carroll K. Perry K. Luborsky L. McLellan AT. Woody GE. Thompson L. Gallagher D. Zitrin C. Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research* 1991;1: 81-91.
10. Lambert MM. Manual-Based Treatment and Clinical Practice: Hangman of Life or Promising Development? *Clinical Psychol.* 1998;5: 391-95.
11. Klerman GL. Weissman MM. Rounsaville BJ. Chevron ES. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books 1984.
12. Luborsky L. Woody GE. McLellan AT. O'Brien CP. Can Independent Judges Recognize Different Psychotherapies? An Experience with Manual-Guided Therapies. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1982;50: 49-62.

13. Kernberg O. Selzer MA. Koenigsberg HW. Carr AC. Appelbaum AH. *Borderline og psykodynamisk psykoterapi* (1989). København: Reitzel 1992.
14. Strupp HH. Binder JL. *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books 1984.
15. Levenson H. *Time-Limited Dynamic Psychotherapy: A Guide to Clinical Practice*. New York: Basic Books 1995.
16. Piper WE. *Supportive, Time-limited, Short-term Group Therapy Manual*. Edmonton: University of Alberta 1996a.
17. Piper WE. *Interpretive, Time-limited, Short-term Group Therapy Manual*. Edmonton: University of Alberta 1996b.
18. Clarkin JF. Yeomans FE. Kernberg OF. *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: Wiley 1999.
19. Safran JD. Muran JC. *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. New York: Guilford 2000.
20. Lambert MJ. Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley 1994: 143-89.
21. Kiesler DJ. Standardization of intervention: The tie that binds psychotherapy research and practice. In: Talley PF. Strupp HH. Butler SF. *Psychotherapy research and practice*. New York: Basic Books 1994: 143-53.
22. Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books 1984.
23. Svartberg M. *STAPP manual: List of Therapeutic Strategies (LTS) + STAPP Therapist Competence Rating Form (STCRF)*. Trondheim: Norges teknisk naturvidenskabelige universitet: Unpubl. manus 1988.
24. Svartberg M. Manualization and competence monitoring of short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy* 1989;26: 564-71.
25. Butler SF. Henry WP. Strupp HH. Measuring Adherence in Time-limited Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy* 1995;32: 629-38.
26. Barber JP. *Preliminary Manual for the SE Adherence Scale. Version 1.2*. Center for Psychotherapy Research, University of Pennsylvania 1992: Unpubl. manus.

27. Barber JP. Calvo N. Badgio P. Faude J. *Manual for Adherence/Competence to Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy for Cocaine Dependence*. Center for Psychotherapy Research, University of Pennsylvania 1995: Unpubl. manus.
28. Barber JP. Crits-Christoph P. Development of a therapist adherence/competence rating scale for supportive-expressive dynamic psychotherapy: A preliminary report. *Psychoth.Res.*1996;6: 81-94.
29. Luborsky L. McLellan T. Woody GE. O'Brien CP. Auerbach A. Therapist Success and its Determinants. *Arch.Gen.Psychiatry* 1985;42: 602-11.
30. Waltz J. Addis ME. Koerner K. Jacobson NS. Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1993;61: 620-30.
31. Barber JP. Crits-Christoph P. Luborsky L. Effects of Therapist Adherence and Competence on Patient Outcome in Brief Dynamic Therapy. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1996;64: 619-22.
32. Barber JP. Krakauer I. Calvo N. Badgio PC. Faude J. Measuring Adherence and Competence of Dynamic Therapists in the Treatment of Cocaine Dependence. *J.Psychotherapy Practice and Res.* 1997;6: 12-24.
33. Shrout PE. Fleiss JL. Intraclass Correlations: Uses in Assessing Rater Reliability. *Psychol.Bull.*1979;86: 420-28.
34. Svartberg M. Stiles TC. Therapeutic Alliance, Therapist Competence, and Client Change in Short-term Anxiety-provoking Psychotherapy. *Psychotherapy Res.* 1994;4: 20-33.
35. Crits-Christoph P. Cooper A. Luborsky L. The Accuracy of Therapists Interpretations and Outcome of Dynamic Psychotherapy. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1988;56: 490-95.
36. Piper WE. Azim HFA. Joyce AS. McCallum M. Transference Interpretations, Therapeutic Alliance, and Outcome in Short-term Individual Psychotherapy. *Arch.Gen.Psych.*1991;48: 946-53.
37. Piper WE. Joyce AS. McCallum M. Azim HFA. Concentration and Correspondence of Transference Interpretations in Short-term Psychotherapy. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1993;61: 586-95.

38. Høglend P. Piper WE. Focal Adherence in Brief Dynamic Psychotherapy: A Comparison of Findings from Two Independent Studies. *Psychotherapy* 1995;32: 618-28.
39. Høglend P. Long-term effects of transference interpretations: comparing results from a quasi-experimental and naturalistic long-term follow-up study of brief dynamic psychotherapy. *Acta Psych.Scand.*1996;93: 205-11.
40. Ogrodniczuk JS. Piper WE. Joyce AS. McCallum M. Transference Interpretations in Short-term Dynamic Psychotherapy. *J.Nerv.& Ment. Disease* 1999;187: 571-78.
41. Frank E. Kupfer DJ. Wagner EF. McEachran AB. Cornes C. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy as a Maintenance Treatment of Recurrent Depression. *Arch.Gen.Psych.* 1991;48: 1053-59.
42. Svartberg M. Stiles TC. Predicting Patient Change from Therapist Competence and Patient-Therapist Complementarity in Short-term Anxiety-provoking Psychotherapy: A Pilot-study. *J.Cons.& Clin.Psychol.* 1992;60: 304-07.
43. Henry WP. Schacht TE. Strupp HH. Butler SF. Binder JL. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists responses to training. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1993b;61: 441-47.
44. Henry WP. *Results of the Vandeebilt II project*. Paper præsenteret ved SPR-årsmøde, Berkeley 1992 (upubl.).
45. Najavits LM. Strupp HH. Differences in the Effectiveness of Psychodynamic Therapists: A Process-Outcome Study. *Psychotherapy* 1994;31: 114-23.
46. O'Malley SS. Foley SH. Rounsaville BJ. Watkins JT. Sotsky SM. Imber SD. Elkin I. Therapist Competence and Patient Outcome in Interpersonal Psychotherapy for Depression. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1988;496-501.
47. Butler SF. Strupp HH. Effects of Training Experienced Dynamic Therapists to use a Psychotherapy Manual. In: Miller NE. Luborsky L. Barber JP. Docherty JP. *Psychodynamic Treatment Research*. New York: Basic Books 1993: 191-210.

48. Crits-Christoph P. Connolly MB. Alliance and Technique in Short-term Dynamic Therapy. *Clinical Psychol.Rev.* 1999;19: 687-704.
49. Henry WP. Science, politics and the politics of science: the use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research* 1998;8: 126-40.
50. Strupp HH. Anderson T. On the Limitations of Therapy Manuals. *Clin. Psychol.Science and Practice* 1997;4: 76-82.
51. Kiesler DJ. Research Classic: »Some Myths of Psychotherapy Research and the Search for a Paradigm«: Revisited. *Psychth.Res.* 1995;5: 91-101.
52. Fensterheim H. Raw SD. Psychotherapy Research is not Psychotherapy Practice. *Clin.Psychol.* 1996;3: 168-71.
53. Stiles WB. Honos-Webb L. Surko M. Responsiveness in Psychotherapy. *Clin.Psychol.: Science and Practice* 1998;5: 439-58.
54. Seligman MEP. Science as an Ally of Practice. *American Psychologist* 1996;51: 1072-79.
55. Hilliard RB. Henry WP. Strupp HH. An interpersonal model of psychotherapy. *Am.Psychologist* 1999 (in press).
56. Jørgensen CR. Empirisk indgang til den analytiske tolkning. *Psyke & Logos* 1998b;19: 671-707.
57. Greenberg J. *Oedipus and Beyond*. Cambridge: Harvard Univ. Press 1991.
58. Rounsaville BJ. O'Malley S. Foley S. Weissman MM. Role of manual-guided training in the conduct and efficacy of interpersonal psychotherapy for depression. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1988;56: 681-88.
59. Jørgensen CR. Skal effektforskningen fortsat primært fokusere på tekniske faktorer? Håndtering af terapeutfaktorer i effektforskningen 2. *Matrix, Nordisk tidsskrift for psykoterapi* 2000;17 (in press).
60. Addis ME. Krasnow AD. A National Survey of Practicing Psychologists' Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals. *J.Cons.& Clin.Psychol.*2000;68: 331-39.

61. Hubble MA. Duncan BL. Miller SD. *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington: APA 1999.
62. Duncan BL. Miller SD. *The Heroic Client. Doing Client-Directed Outcome-Informed Therapy.* San Fransisco: Jossey-Bass 2000.

FØR TERAPEUTEN TALER: OM TOLKNINGENS FORLØBERE

Matrix 2000/01;2, s. 187-206

Jan Nielsen

Artiklen fokuserer på de interpersonelle processer, der fører frem til terapeutens verbale interventioner. Disse processer, ofte førbeviste og non-verbale, er væsentlige at identificere og integrere i det terapeutiske arbejde. Klient og terapeut betragtes som et kommunikativt kredsløb, hvor begge parter stræber efter at opnå en bedre forståelse af klientens vanskeligheder. Derfor er ordene, og ikke mindste det der kommer før (og efter) ordene, af særlig interesse.

Projektiv identifikation bliver betragtet som det psykologiske fænomen som klienten benytter sig af (både verbalt og non-verbalt), til at viderebringe sin historie til terapeuten. Terapeuten, på sin side, vil forsøge at genfortælle klientens historie gennem verbale interventioner. Klienten vil lytte til terapeutens interventioner og det er artiklens hypotese, at klienten, gennem den terapeutiske proces, vil kunne internalisere terapeutens ord som »gode objekter«.

Via denne prototypiske identifikation vil både klient og terapeut få unikke muligheder for at tale om det unævnelige og tænke over det utænelige. Den beskrevne proces rummer dermed principielt kurative elementer.

Indledning

Kan det tænkes at det kan lade sig gøre at opstille en intersubjektiv model, hvor både klientens og terapeutens arbejde i den terapeutiske proces kan beskrives ud fra begreberne *desintegration* og *reintegration*? Min ide er den, at både klient og terapeut, netop ved at »udsætte sig for hinanden« bliver konfronteret med noget »ikke-jeg«, der momentant vil virke desintegrerende. Det er min hypotese, at forløberne for terapeutens tolkende intervention (eller an-

dre verbale interventioner) netop er sådanne mini-desintegrationer, og at selve formuleringsprocessen fungerer som en slags reintegration, – et tegn på at klientens materiale er »indtaget«. Videre kan man forestille sig, som bl.a. Loewald (1) og Pine (2) har peget på, at terapeutens tolkende interventioner, på sin side medfører, at nyt psykisk materiale kan føres frem i det dynamiske spændingsfelt mellem desintegration og reintegration og dermed berede desintegrative bevægelser hos klienten. Dette kredsløb anses for at være basalt.

Vi er vant til at opfatte terapeutens sproglige aktivitet, hans tolkninger *par excellence*, som begyndelsen og igangsættelsen af en proces, nemlig klientens potentielle selvindsigt. Ideen bag denne artikel er den, at jeg mener at man med lige så stor ret kan hævde, at terapeutens interventioner, f.eks. en tolkning, er afslutningen på en proces. Fokus er derfor rettet mod den proces der leder op til en intervention, altså det der kommer *før*.

Jeg vil således betragte terapeutens sproglige intervention som afslutning på et indre re-integrationsarbejde, der er forudgået af, at han har udsat sig for sin klientens verbale- og nonverbale materiale. Når terapeuten går ind i det terapeutiske felt, udsætter han sig for en anden persons psykologi, som han har »dedikeret« sig til at forsøge at forstå og hjælpe til bedre at kunne hjælpe og forstå sig selv. Man kan derfor sige, at den ikke-forståelse eller mangel på selv-empati, som kan være en væsentlig del af klientens problem, løbende vil blive overført til terapeuten, der dermed påtager sig opgaven (konkret og via valg af profession) at forstå klientens ikke-forståelse, bl.a. via en undersøgelse af, hvem han (i overføringen) er for sin klient.

Det er min indledende hypotese, at der ved denne overføring af materiale fra klient til terapeut, sker en potentiel og afgrænset desintegration af terapeuten (ved mødet med nyt og »fremmed« materiale). Forudsat at terapeuten hverken straks fuldstændig forstår materialet eller fuldstændigt forsvaret sig imod det, står han overfor en reintegrationsopgave (begge terapeut-positioner er ekstremer, men repræsenterer et kontinuum med polerne forståelse/empati vs. forsvar/non-empati, hvor indenfor terapeuten altid kan finde sig placeret). Terapeuten må, via kontakt med det nye materiale, reintegrere sig

selv, men på et nyt niveau i den fortløbende terapeutiske proces. Denne integration *kan* finde sted via en tolkning.

Det er således spørgsmålet, om den for klienten ofte beskrevne bevægelse mellem *regression* (desintegration) og *integration*, også gælder for terapeuten, således at klient og terapeut vil skiftes til at indtage positioner »integration« og »desintegration« (hvilket *kan* være et vigtigt proces-mål for parterne at de løbende formår at indtage komplementære roller/funktioner)? Ved at udsætte sig for sin klients materiale under det terapeutiske arbejde, kommer terapeuten fortløbende ud for en række mikro-regressioner, hvor det er af allerstørste betydning, at terapeuten faktisk formår at reintegrere sig selv igen (3,4). Man kan jo forestille sig hvad der kan ske hvis dette arbejde ikke lykkes, idet terapeuten derved let kan komme til at bidrage til den fælles modstand med fare for, at den terapeutiske proces nedsættes eller helt stoppes – et fænomen som Baranger & Baranger (5) og Baranger, Baranger & Mom (6) benævner »bastion« i deres artikler om »proces og non-proces«.

Reintegration betyder ikke nødvendigvis det samme som at forstå eller at vide. Reintegration peger nærmere i retning af et indre, mentalt arbejde, der har to modsætninge (eller ekstremer): nemlig en mere omfattende regression eller et tiltagende forsvar overfor klientens materiale. Reintegrationsarbejdet kan således nå en foreløbig kulmination, når terapeuten samler sine indtryk til en tolkende intervention. En sådan aktivitet, som vi desværre er vant til at betragte med den allerstørste selvfølgelighed, samtidig med at man igen og igen erfarer hvor vanskeligt det faktisk er at »nedkomme« med en overføringstolkning på rette tid og sted (7), kan med rette betragtes som en skabende proces og et kreativt produkt (8). Således bliver terapeutens kreativitet og pseudokreativitet et helt afgørende moment for, på hvilken måde og i hvor høj grad den terapeutiske proces skrider frem, udtyndes eller blokeres (9,10).

I den ovenfor beskrevne proces, som jeg vil kalde modtage- og forarbejdningsprocessen, tror jeg også at vi finder kimen til mange af terapeutens emotionelle reaktioner, som vi plejer at kalde modoverføring. Terapeuten vil ofte på det emotionelle plan forholde sig til og kommunikerer om, hvordan han har

det med det præsenterede materiale og hvor han er i sin egen forarbejdningsproces (11,12,13,14).

Nyt sprog – og gammelt

Når to personer indgår en terapeutisk aftale, bliver der på en måde taget et øjebliksbillede af konstellationerne bevidst/ubevidst, symboliseret/desymboliseret og viden/ikke-viden. Et af formålene med at indgå den terapeutiske kontrakt, er at begge parter deltager (udfra *forskellige* forudsætninger, men under *samme* hovedintention, nemlig at øge klientens selvforståelse) i en undersøgelse og refleksion over *det som endnu ikke er forstået* (15).

Under de indledende interviews fortæller klienterne os, hvordan de ser på deres egen situation, hvordan *de* forstår den og, på en mere indirekte måde, fortæller de os også, hvad det er, som de ikke forstår. Det som (endnu) ikke er forstået kan ikke repræsenteres i sproget, da det ikke er kodet i sproglig symboler. Omvendt kan man sige, at kun det som er »i sproget«, kan formidles og gøres forståeligt. Man kan med andre ord sige, at vore klienter hele tiden meddeler os hvor grænsen for deres forståelse går og de fortæller os, indirekte, hvad det er som de ikke forstår, ved at fortælle os, hvad det er de forstår, jævnfør Hedges »lytteperspektiver« (16). Når vore klienter fortæller historier og beretter under sessionerne, giver de os indtryk af og fornemmelse for, hvor og hvordan dimensionen bevidst / ubevidst er markeret og »komponeret«, hvor der kan være potentielle konfliktområder og især hvad der ikke kan tales om og dermed reflekteres over. Ydermere giver det os en indsigt i, hvordan modstanden er struktureret og hvor væsentligt ubevidst materiale bliver beskyttet. Linien mellem bevidst og ubevidst kan med andre ord forstås eller lignes med en bastion, idet den sproglige produktion bliver en slags kompromisdannelse mellem bevidste og ubevidste tilskyndelser: hvad lader censuren slippe igennem?

I løbet af en terapi, må vi gå ud fra, at væsentlige aspekter af klientens vanskelige og strukturdeterminerende oplevelser ikke direkte vil blive husket,

men nærmere »genfortælles« i overføringen efter Freuds diktum: gentagelse, erindring og gennemarbejdning (17). Der vil ofte vise sig betydelige vanskeligheder i terapien, når terapeuten begynder at tolke på overføringen. Som noget helt central begynder vi at rykke ved grænsen for forståelsen og ved markeringen mellem bevidst og ubevidst. Og her må vi gå ud fra at vi principielt møder to tilskyndelser hos klienter. Nemlig én, der vil fastholde og undersøge det nye materiale som terapeutens tolkning fører med og en modsatrettet tendens til at opretholde status quo: det nye materiale vil forsøgt blive holdt ude og »glemt«.

Hvordan sikrer vi dette nye materiale mod at blive udsat for samme skæbne som klienten, via sin struktur og konstitution, behandler materiale, der »trænger ind« fra det ubevidste? Her er terapeutens »våben« ene og alene sproget, i form af tolkninger og andre kommentarer, der kan gøre klienten opmærksom (bevidst) på overføring af ubevidste ønsker og fantasier (18,19,20). Det er dog ikke tilstrækkeligt, at terapeuten gør dette arbejde via tolkninger, idet vi også må se på, hvordan klienten behandler disse tolkninger. Et hovedspørgsmål bliver derfor hvordan den potentielle indsigt sikres?

Det er min erfaring at der vil være en tendens hos klienten til at »udstøde« overføringsmaterialet og overføringstolkningerne, til at forsøge at undgå dette materiale og »glemme« det. Man kan derfor sige, at det ikke er nok at terapeuten sikre indsigten i (sit eget) sprog (21). Klient og terapeut må sammen »opfinde« et nyt sprog, et sprog der aldrig har været talt af disse to mennesker før, og et sprog der er i stand til at rumme væsentlige aspekter af det fortrængte materiale, som klienten ikke har kunnet »holde på«, »holde til« eller »holde ud«. Der er tale om en kreativ og skabende proces i det terapeutiske rum, hvor der finder en bevægelse sted fra desymbolisering til symbolisering, via et fælles sprog som under gennemarbejdningsprocessen internaliseres som et nyt og korrektivt sprog hos klienten. Sproget kan altså i sig selv betragtes som en beholder (container), og dermed som en internalisering af terapeuten, som kan skabe betingelse for strukturel omorganisering. Den psyko-terapeutiske proces, ramme og rum er netop »designet« med det formål at skabe betingelser for en sådan personlighedsmæssig forandringsproces. Den

konkrete terapi må ses i forhold til om dette (for-) mål kan indfries, men det er i sagens natur ikke et spørgsmål om enten- eller.

Sikring af materialet i sprog og kontakt

Kan vi tale om psykiske skader i form af strukturelle defekter, som en slags »sprogbeskadigelse«, altså en defekt der har sit udgangspunkt i konstellationen mellem bevidst og ubevidst? For at kaste lys over denne problemstilling kan man lade sig inspirere af Alfred Lorenzer (22), der i sit forsøg på en nyformulering af psykoanalysen taler om »sprogbeskadigelse og rekonstruktion«. Lorenzer mener, at psykiske symptomer er udtryk for mangelfuld symbolisering, hvilket han benævner »desymbolisering«, mens hans teori om »symboler« og »tegn« i højere grad er knyttet til sublimeringsevnen og derfor mere modstandsdygtige overfor defensive angreb (se Andkjær Olsen & Køppe for en god introduktion til Lorenzers arbejde (23)).

Hvis man skal følge Lorenzer må man derfor gå ud fra, at ved neuroserne er fortrængningen *for* stærk, således at sprogbeskadigelsen består i en manglende integration af ubevidste driftskomponenter, idet sproget (tilsyneladende) er »renset« for driftsimpulser. Omvendt må man antage, at ved borderline-tilstande er forsvarerne *for* løst integrerede, således at det ubevidste materiale hele tiden står i fare for at bryde igennem. Dette giver en »sprogbeskadigelse« af en anden karakter, hvilket bl.a. kan ses i karakteristiske konstellationer i disse klienters Rorschach-prøver (24). I psykosen er den sproglige beskadigelse så omfattende, at sprogets formelle strukturer forvrides, sådan som vi ser det ved formelle tankeforstyrrelser (25,26). I Lorenzers terminologi vil en vellykket terapi afspejles i en sproglig »rekonstruktion«, således at tidligere konfliktuelt materiale kan holdes i sproget, *uden* at forstyrre personlighedens organisation og funktion.

Hvis vi bruger disse to begreber fra Lorenzer, kan vi altså sige, at kommunikationen ved starten af en psykoterapi kan være præget af »sprogbeskadigelse«, på neurotisk-, borderline- eller psykotisk niveau. Det er selvfølgelig

vigtigt at terapeuten ikke bliver en del af denne »sprogbeskadeligelse«, da der så ikke længere er nogen til at reflektere over hvad det er, der *ikke* bliver talt om. Terapeutens opgave bliver således at give lige stor opmærksomhed til det der bliver talt om, som til det, der ikke bliver talt om, for dermed at få en ide om, hvor han skal sætte ind med sine interventioner.

Det er i første omgang terapeuten der skal kunne indføre nye ord og sammenhænge, som kan udfordre klientens ubevidste grænse for forståelse og tolerance for nyt materiale. For at dette nye og potentielt truende materiale skal sikres *i terapien* og *i bevidstheden*, er det dog ikke nok med et fælles sprog. En helt centrale »bro« som denne nye forståelse skal bygges på og som skal fungere som en ny kanal fra terapeut til klient, er kontakten. Hvis der ikke er en ordentlig kontakt omkring dette arbejde, er der stor sandsynlighed for, at det fælles arbejde ikke kan gøres og at der ikke kan skabes et nyt sprog. Ved at indføre nyt, hidtil ubevidst materiale, skabes der mulighed for en ny kontakt, der er en parallel til den sproglige rekonstruktion og som vil være baseret på emotionelle oplevelser med en betydelig driftskomponent, der forsøges sikret på en måde, så den hverken bliver ageret eller fortrængt. Til det formål har terapeuten netop sproget og kontakten – som to sider af den samme mønt.

Klientens tidlige relation til terapeuten vil ofte være baseret på en »beskadiget kontakt«. Helt elementære aspekter af de menneskelige relationsformer kan være fraværende, f.eks. nærhed, tryghed, gensidighed, seksualitet, aggression eller kærlighed. Dette vil vise sig i form af »sprogbeskadigelse«, altså udeladt symbolisering. Relationen mellem sprog, kontakt og subjektivitet er beskrevet af Nielsen (25).

Terapeutisk interaktion: regression og integration

Den ovenfor beskrevne proces må begrebsliggøres under temaet gennemarbejdning. Men hvad sker der egentlig *før* den ovenfor beskrevne proces, før arbejdet med at integrere det tolkede materiale i terapien og i klientens selv-

forståelse? Et nødvendigt forudgående trin må være, at terapeuten kan være receptiv overfor »det fraværende«, det usagte og det ikke-integrerede. Uden en sådan sensitivitet igangsættes der ingen tolkningsproces. Et første skridt er altså modtagelighed for ikke-symboliseret materiale og det næste, og meget afgørende trin, er en forsøgsvis identifikation med materialet (27). Dette punkt er netop afgørende, fordi både det udtalte og måske navnlig det ikke-udtalte materiale kan vække modstand og angst hos terapeuten. Der er så risiko for, at han selv må iværksætte og forstærke sine defensive operationer, med det forudsigelige resultat, at det af klienten introducerede materiale bevares som disintegreret og desymboliseret. Det er derfor af helt central betydning at terapeuten har mere omfattende ressourcer og bedre adgang til konfliktbelagte områder i sin egen personlighed, for at kunne hjælpe klienten med at integrere de aspekter af hans personlighed, som hidtil har levet under fortrængning, eller andre former for beskyttelse.

Hvis det lykkedes terapeuten at fastholde de ikke-integrerede elementer, er der allerede på dette tidspunkt iværksat en potentielt interaktiv proces. Klienten kan »projicere« sine løsrevne ord (jvnf. »sprogbeskadigelse«), associationer og følelser over i sin terapeut, hvis opgave det bliver at genindsætte disse i en meningssammenhæng, altså i en sproglig kontekst (jvnf. »rekonstruktion«) og dermed skabe en »bro« tilbage til afsenderen (klienten), hvilket ofte vil medføre en uddybning af kontakten. Her kan det være nyttigt at erindre sig Strachey's hypotese (28) om, at terapeuten skal forsøge at være et »auxillary super-ego« for sin klient, der dermed vil kunne identificere sig med et mindre arkaisk og dermed mindre sadistisk over-jeg.

Forløberne for en tolkning både des- og integrationsprocesser rummer hos terapeuten, der opfanger aspekter af klientens psykiske materiale, der ikke er integreret. Når terapeuten kommer i kontakt med dette »andet« materiale, skabes en ny situation, idet der måske for første gang er nogen der forsøger at formulere sig omkring dette. Samtidig er selve formuleringsprocessen en grænseoverskridende proces fra ubevidst til bevidst, og fra ikke-symbol til symbol. Man kan altså sige, at terapeutens tolkende aktivitet igangsætter en

(prototypisk) bevægelse, der løber i modsat retning af klientens defensive operationer.

I formuleringen af en tolkning bliver der således lagt pres på terapeutens integrative evner, på symboliserings- og sublimeringsevne og på hans verbale færdigheder. Kun ved at kunne sætte ord på sine egne følelser og fornemmelser, ved at formulere sin egen forståelse *i ord*, kan han i sidste ende hjælpe sin klient i dennes bestræbelser på bedre at forstå sig selv. Og da må vi gå ud fra at klienten vil forholde sig ambivalent til alt nyt materiale der hidtil har stået under forsvarets herredømme, vil det være nødvendigt, igen og igen, at vende tilbage til denne indsigt og den ambivalens som det vækker hos klienten. Ikke så mærkeligt at Freud har benævnt denne proces for gennemarbejdning(sfasen).

Set i dette perspektiv, bliver det et principielt kritisk punkt, hvorvidt klient og terapeut sammen er i stand til at skabe et »nyt sprog«, hvor de elementer som klienten selv har holdt ude af *sit* sprog, kan integreres. Dette nye sprog må altså indeholde nogle mere vitale dele end det »gamle« og »beskadigede« sprog. Sproglig rekonstruktion og vitalisering kan således være to sider af den samme mønt. Man kan derfor formulere den hypotese, at der indenfor hvert terapeutiske par ligger en udfordring i at skabe (befrugte, finde, besvangre) et nyt og unikt sprog, der passer netop til de (sprog)-vanskeligheder, der viser sig i hver enkelt terapi. Og her vil endnu ét af psykoterapiens mange paradokser vise sig (29). Netop ved skabelse af »et nyt« og mere vitalt sprog, træder man ind i det almenmenneskelige sprog – det mest fælles der overhovedet findes. Ved at integrere de mest private og personlige elementer i sin egen person, bliver man i højere grad en del af det menneskelige fællesskab. Dette nye, af den terapeutiske proces påvirkede sprog, kan muligvis betragtes som et element af det, som Ogden har omtalt som »det analytiske tredje« (30)?

Psykoanalytiske bidrag til tolkningsforståelse: teori og teknik

I 1983 udkom International Journal of Psycho-Analysis (vol. 64, no.2) som et temanummer med fokus på kleiniansk analyse, i anledning af 100-årsdagen (1982) for Melanie Kleins fødsel. Heri findes en række interessante artikler og i flere af disse behandles den terapeutiske proces og interaktion, ikke mindst i kraft af den vægt som moderne kleinianere lægger på begrebet *projektiv identifikation*. Dette begreb giver mulighed for at forstå og beskrive væsentlige psykologiske processer der finder sted indenfor den terapeutiske ramme. Begrebet projektiv identifikation er, så vidt jeg forstår det, et forsøg på at begrebsliggøre og konkretisere ideen om transport af psykologisk materiale, og det bidrager dermed til en forståelse af interaktion og proces i psykoterapi.

Projektiv identifikation kan både betragtes som et psykopatologisk og normalpsykologisk fænomen. De involverede processer bidrager til forarbejdning af psykisk deficit- eller konfliktmateriale, med mere eller mindre vellykket tilpasning som resultat. Historisk set har kleinianerne fremhævet disse processer som karakteristiske og prototypiske for det tidlige mor-barn forhold. Senere i udviklingen kan aspekter af projektiv identifikation genfindes i mange mellem menneskelige relationer, f.eks. par- og familier, grupper og socialpsykologisk (31). I ovennævnte temanummer bliver der lagt speciel vægt på at betragte projektiv identifikation som et centralt fænomen i psykoterapi, der både kan rumme patologiske, kommunikative og kurative elementer (32).

I O'Shaughnessy's artikel (33), sættes fokus på kommunikationen mellem terapeut og klient, men også på den kommunikation der forløber intrapsykisk i klienten under en psykoterapeutisk proces. At beskrive en klients tale under en terapi er ikke enkelt og det er ligeledes komplekst at undersøge terapeuten verbale aktivitet og tolkninger, hans terapeutiske aktivitet. O'Shaughnessy henviser her til Freud (17), der begrebsliggjorde tre gensidigt afhængige processer, der dels kendetegner et udviklingsforløb under en (vellykket) psykoterapi, men samtidig også indeholder en bevidstgørelsesproces og dermed specificitet i kommunikationen: *gentagelse, erindren og gennemarbejdning*.

I artiklen påpeges endvidere, at Strachey var en af de første til at beskæftige sig med terapeutens verbale aktivitet og specielt med spørgsmålet om, hvad der kendetegner terapeutiske interventioner og »the therapeutic action of psychoanalysis«. Strachey's svar var, at en tolkning først er potentielt forandringsskabende, når den forholder sig eksplicit til »the point of urgency« i overføringen. Hvilket vil sige, at den retter sig mod de impulser og den angst der på samme tid er aktiveret af og tillige rettet mod terapeuten (første fase) og som samtidig rummer genetisk-fantasiladet materiale (anden fase) (28). En sådan tolkning, som Strachey benævnte »mutative interpretation«, er potentiel strukturændrende og klienten kan, via en omorganisering på sine internaliserede (arkaiske) objekter, introjicere den tolkende terapeut som et nyt og bedre objekt.

O'Shaughnessy fremhæver desuden Langs, der i »The Therapeutic Interaction« (34) giver et overblik over, hvordan han opfatter terapeutens tolkningsaktivitet, og at der blandt analytikere fortsat synes at være enighed om, at tolkning er terapeutens centrale værktøj *par excellence*. Langs påpeger, at en potentielt forandrende tolkning må inddrage elementer af den umiddelbare/presserende overføring (Stracheys »point of urgency« (28)).

Til trods for sit klassiske freudianske udgangspunkt, mener O'Shaughnessy, at der har fundet væsentlige ændringer sted omkring forståelsen af terapeutens og klientens kommunikation og interaktion. Det har bl.a. ført til et mere nuanceret syn på den terapeutiske proces og på det praktiske plan har det fået konsekvenser for *teknikken*:

»Over the past fifty years, however, psychoanalysts have changed their view of their own method. It is now widely held that, instead of being about the patient's intrapsychic dynamics, interpretations should be about the interaction of the patient and analyst at an intrapsychic level.« (33)

O'Shaughnessy fremhæver at denne væsentlige udvikling omkring forståelse af den psykoterapeutiske proces (teoretisk, teknisk og kurativt), i høj grad kan tilskrives Melanie Klein, der måske er den enkeltperson der stærkest har præ-

get denne udvikling. Kleins (35,36) hypoteser om, at objektrelationer og den indre verdens objekter allerede er en realitet fra fødslen, udfordrer ideen om at der skulle være præobjekt- og objektløse fænomener i udviklingen, f.eks. en symbiotisk fase (37). Dette medfører teknisk set et objekt-rettet, interaktionelt syn på overføring. Allerede i sine tidlige artikler fra 1920'erne, går Klein ind for en teknik, hvor der bliver tolket på overførings-reaktioner allerede fra terapiens start, både hos børn og voksne, hvilket har været genstand for betydelige kontroverser (38).

Klein bliver altså taget til indtægt for en udvidet forståelse af primitive forsvarsmekanismer og kommunikationsformer. Det er nu bredt accepteret, at interaktionen mellem terapeut og klient ikke blot er verbal, idet der ud over ordene også foregår en »transport« af f.eks. følelser, angst, seksuel tension, had, mentale forestillinger m.v. Forståelsen af disse oplevelsers defensive aspekter, blev gjort mulige gennem Kleins »opdagelse« af projektiv identifikation (35,36), som er hendes betegnelse for en gruppe af tidlige forsvarsmekanismer. Barnet kan i sin omnipotente fantasi projicere dele, nogle gange hele sit selv, ind i sine objekter, for sin egen sikkerheds skyld, eller for at kontrollere eller stimulere disse objekter.

Ud over denne oprindelige betydning, har bl.a. Bion (39,40,41) beskrevet projektiv identifikation som barnets oprindelige måde at kommunikere med sine omgivelser/objekter på. Bion's ide går i korthed ud på, at projektiv identifikation på samme tid er barnets tidligste forsvar og kommunikationsmiddel og det er derfor *altafgørende*, at barnets omsorgspersoner er i stand til at modtage og bearbejde barnets projicerede »selv-dele«. Hvis moren ikke er i stand til at rumme og bearbejde sin egen angst eller depressive følelser, er det overvejende sandsynligt at hun heller ikke er i stand til at modtage barnets, hvilket kan resultere i mareridtsagtig angst hos barnet, fiksering, mangel på symbolisering og dermed hæmmet tænkning. Det er Bions pointe, at der fra disse primitive kommunikationsformer vil udvikle sig mere sofistikerede, afsluttende med sproget og verbal tænkning, forudsat at barnets omsorgspersoner har været i stand til at opretholde kontakten med barnet fra starten, uden definitive og dermed traumatiserende brud.

Således kan mental »sundhed« betragtes som en slags slutprodukt på en lang række vellykkede interaktioner og kommunikationsformer mellem barnet og dets omverden, startende med de mest primitive, men samtidig mest essentielle for barnets udvikling (42). Samtidig må man, set fra et voksensynspunkt, antage at disse tidligere kommunikationsformer, er dem der ligger længst væk fra den voksne. Man må derfor, endnu engang, undre sig over, hvor ofte det alligevel lykkes at overkomme disse potentielle vanskeligheder »Good-enough«. Klinisk set er disse ideer særdeles væsentlige, da de kan være med til at forklare og skabe forståelse for overføringssituationer, idet udveksling af ord kan rumme en række tidlige kontaktformer. Stern et al. (43) taler om »the something more«, der idemæssigt lægger så tæt ved Strachey's interaktionelle synspunkter, at disse to tekster med stor fordel kan sammenstilles.

Der foregår altså væsentlige begivenheder »under« eller »ved siden af « den sproglige modi, på et mere primitivt eller basalt niveau:

»In diverse modes of communication – verbal or more primitive – a patient can bring his unevenly developed personality into analysis.« (33)

Med dette udvidede perspektiv på kommunikation, bliver det muligt at øge sensitiviteten overfor det som O'Shaughnessy kalder forskellighederne i de enkelte dele af personligheden. Der kan skabes åbninger for at undersøge hvordan disse sætter sig igennem, d.v.s. bliver kommunikeret, i den terapeutiske situation. Ikke kun de mere udviklede og »modne« sider af personligheden (der vil have tendens til at blive formidlet verbalt) kan dermed blive tilgængelige. Også arkaisk materiale, der er blevet fikseret i udviklingen, oftest med patologiske konsekvenser, kan gøres tilgængelig for terapeutisk arbejde. I det omfang terapeuten er opmærksom på hvordan arkaisk materiale kommunikeres (oftest non-verbalt), kan der skabes betingelser for, at disse »laker« i personlighedsudviklingen kan integreres i den samlede personlighedsstruktur, – oftest med betydelige positive konsekvenser:

»In the service of the less developed part of himself, a patient may also use words not as words to express meaning, but along with the other non-verbal aspects of the encounter to engender his projections in the analyst.«
(33)

Den psykoanalytiske situation og »setting« vil således, via sin struktur, komme til at have visse lighedstræk med den tidlige mor-barn relation. Qua sit strategisk tilrettelagte regressionspres, lægger den op til, at potentielt primitive kommunikationsformer træder i kraft, også hos personer, der »normalt« ikke har adgang til sådanne. Her kommer vi således tilbage til Freud og hans tre begreber igen. Det er egentlig et paradoks at hævde, at patienten, via muligheden for at *gentage* sine traumer (i overføringen), tilbydes sprog til at erindre og komme i kontakt med disse og dermed for at *gennemarbejde* dem bevidst, hvilket vil sige igennem ordene og sproget. Paradokset skulle bestå deri, at ved at *gentage* skabes der potentielt mulighed for at starte på ny, eller en »*new beginning*«, som Balint (44) har kaldt det.

Afslutning

En af hovedideerne i denne artikel har været at fremføre den tanke, at den psykoanalytiske tolkning som sin forløber har et principielt åbent felt, som terapeuten giver en bestemt forståelse af. Der er således tale om en meget fin balance mellem *defokusering* (frit svævende opmærksomhed) og *fokusering* (intervention). Når terapeuten ønsker at formidle sin forståelse i form af en intervention, kommer han ud for at skulle holde en ny balance, nemlig mellem at åbne feltet op og fastholde *åbenheden*, samtidig med at noget af det materiale som klienten har eksponeret *fikseres*. En af konsekvenserne af denne balanceakt vil være, hvis den lykkes, at klienten føler sig forstået, men samtidig udfordret. Det vil m.a.o. sige, at en intervention må være loyal overfor det der er, men samtidig være rettet mod det »der ikke er« eller det som »endnu ikke er«.

En intervenerende terapeut kan altså ikke være tilfreds med at formulere materiale der udelukkende er velkendt for ham selv og sin klient, med mindre dette er selve sigtet, altså en form for klarifikation. Interventionen må indeholde potentialet for noget nyt, for noget overraskende. Interventionen skal helst leveres med en form for aktualitet eller »friskhed«, hvilket lægger op til at den er kort og velformuleret og den må endelig også gerne indeholde et overraskelseselement for terapeuten selv.

Selve formuleringen skal helst være så nogenlunde præcis, så klienten kan fange ideen. På den anden side, må en intervention tage hensyn til materialets principielle mangetydige og netop åbne sig overfor dette, ved ikke at være altfor specifik i betydningen lukket eller afsluttet. Eksakthed er altså ikke et mål i sig selv. Interventionen skal både have en samlende og fokuseret karakter, men også så tilpas åben og flerlaget, at det er muligt for modtageren at kunne arbejde videre med materialet på en for ham meningsfuld måde.

En psykoanalytisk tolkning bygger principielt på et tentativt fundament. Det ligger i selve det terapeutiske materiales karakter, at det er manglaget og principielt flertydigt (15). Dermed vil der meget sjældent, omend nogensinde, være et simpelt eller lineært forhold mellem klientens præsenterede materiale og terapeutens intervention. Denne flertydighed har Freud, som så meget andet, haft et godt øje for, idet han i »Drømmetydning« (45) taler om at psykiske fænomener er *overdeterminerede* (de har mange kilder), hvilket er en indsigt som med stor fordel også kan anvendes på psykoterapeutisk materiale.

Vore interventioner bygger på et tentativt fundament, hvilket betyder, at interventioner egentlig er en slags hypoteser. Terapeuten må både udsætte sig for og indsætte sig i sin klients materiale, bemærke sig hvilket indtryk det gør på ham og hvilke tanker og ideer det sætter i gang (eller ikke sætter i gang).

Man kan sige, at terapeuten i denne proces må arbejde med flere konkurrerende hypoteser, inden han træffer sit valg af fokus. Valget består i, hvilke af sine ideer som han vil præsentere i form af en intervention. Dernæst kommer spørgsmålet om selve implementeringen i form af »timing«, den sproglige udformning og præsentationen, der i sig selv er så omfangsrige problemstillinger, at de bør behandles selvstændigt. Problemstillingen synes interes-

sant og udfordrende derved, at det terapeutiske materiale er *mang-foldigt*, mens terapeutens intervention i sagens (eller sprogets) natur må være begrænset eller *en-foldig*?

Ovenstående kan samles i følgende, der *prototypisk* karakteriserer en *psyko-analytisk tolkning*:

- a. tentativ, men samtidig fokuseret.
- b. arbejder på kanten mellem viden og ikke-viden.
- c. bygger på noget velkendt, men tilbyder alligevel noget nyt og ukendt.
- d. forsøger principielt aldrig på at give en *forklaring* af eller til klienten, men tilbyder mening eller »menings-klodser«, til opbygning af klientens selvforståelse (selvindsigt).
- e. terapeuten eksponerer sin forståelse af klientens materiale, hvilket både kan medføre bekræftelse eller korrektion (hvilket ikke nødvendigvis udelukker hinanden) og som, hvis den er vellykket næsten altid vil uddybe kontakten. I den forbindelse kan det være værdifuldt at nævne Winnicott, der betragtede sine egne tolkninger som udtryk for sin aktuelle forståelse af sin klient og dermed *markerede grænsen* for sin viden (Winnicott 46,47).
- f. valideringen af en intervention sker altid i et samarbejde med klienten, men uden at denne dog skal bekræfte interventionen, for at det kan siges, at den har sandhedsværdi.
- g. den psykoanalytiske intervention er et resultat af klientens påvirkning af sin terapeut og dennes forsøg på at give denne påvirkning et verbalt udtryk. Hermed kan man sige, at vi principielt har med en »oversættelses-« eller integrationsproces at gøre. Terapeuten tilbyder ord til sin klient som denne ikke hidtil har kunnet finde. Der tilbydes og opbygges et »nyt sprog«.

Abstract

Before the therapist speaks: The forerunners of interpretation

The focus of this paper is on the intersubjective processes leading up to the therapist's verbal interpretation. These processes, often pre-conscious and non-verbal, are vital to detect and integrate in the therapeutic work. The therapist and his patient are viewed as a communicative circuit, in which both parties struggle to understand the patient's difficulties. Words and especially the »material« that lies prior to (and after) the words, are therefore of great interest.

Projective identification is presented as the central psychological phenomenon by which the patient »tells« his story, both verbally and non-verbally, to his therapist. The therapist, on his side, try to retell what he hears and feels through verbal interventions. The patient will listen to the therapists use of language and words, and it is hypothesised that the patient, during the benign psychotherapeutic process is able to internalize the therapist's words as »good objects«.

Through this prototypical identification both therapist and patient are given unique opportunities to speak the unspeakable and think the unthinkable – alone and together. The described process thus contain curative elements.

Referencer

1. Loewald, H. (1960): The Therapeutic Action of Psychoanalysis. *Int.J. Psycho-Anal.*, 41: 16-33.
2. Pine, F. (1993): A Contribution to the Analysis of the Psychoanalytic Process. *Psychoanalytic Quarterly*, 62: 185-205.
3. Olinick, S.L. (1969): On Empathy, and Regression in the Service of the Other. *Brit.J.Med.Psychol.*, 42: 41-49.
4. Olinick, S.L. (1975): On Empathic Perception and the Problems of Reporting Psychoanalytic Processes. *Int.J.Psycho-Anal.*, 56: 147-154.

5. Baranger, M. & Baranger, W. (1964): Insight in the Analytic Situation. in R.E.Litman (ed): *Psychoanalysis in the Americas* (p. 56-72). Int. Univ. Press, New York 1966.
6. Baranger, M., Baranger, W. & Mom, J. (1983): Process and Non-Process in Analytic Work. *Int.J.Psycho-Anal.*, 64: 1-14.
7. Caper, R. (1995): On the Difficulty of Making a Mutative Interpretation. *Int.J.Psycho-Anal.*, 76: 91-101.
8. Kris, E. (1950): On Preconscious Mental Processes. *Psychoanalytic Quarterly*, 19: 540-560.
9. Jacobs, T.J. (1993): The Inner Experience of the Analyst: Their Contribution to the Analytic Process. *Int.J.Psycho-Anal.*, 74: 7-14.
10. Ogden T.H. (1997b): Reverie and Metaphor. *Int.J.Psycho-Anal.*, 78: 719-732.
11. Baranger, M. (1993): The Mind of the Analyst: From Listening to Interpretation. *Int.J.Psycho-Anal.*, 74: 15-24.
12. Joseph, B. (1985): Transference: The Total Situation. *Int.J.Psycho-Anal.*, 66: 447-54.
13. Langs, R. (1976 a): *The Bipersonal Field*. Jason Aronson, New York.
14. Racker, H. (1968): *Transference and Countertransference*. Hogarth Press, London.
15. Frølund, L., Nielsen, J. (1997): Om tilegnelsen af den psykoanalytiske tænkemåde set fra den lærendes perspektiv. in J.Gammelgaard & S.Lunn (red.): *Om psykoanalytisk kultur – et rum for refleksion* (p. 87-106). Dansk psykologisk Forlag, København.
16. Hedges, L. (1983): *Listening Perspectives in Psychotherapy*. Jason Aronson, New York.
17. Freud, S. (1914): Remembering, repeating, and working through. *SE*, vol. XII, p. 145-156.
18. Poland, W. (1986): The Analyst's words. *Psychoanalytic Quarterly*, 55: 244-272.
19. Racker, G.T. (1961): On the Formulation of the Interpretation. *Int.J. Psycho-Anal.*, 42: 49-54.

20. Sclesinger, H.J. (1994): How the Analyst Listens: The Pre-Stages of Interpretation. *Int.J.Psycho-Anal.*, 75: 31-37.
21. Sonnenberg, S.M. (1995): Analytic Listening and the Analyst's Self-Analysis. *Int.J.Psycho-Anal.*, 76: 335-342.
22. Lorenzer, A. (1970): *Sprogbeskædigelse og rekonstruktion. Forarbejder til en metapsykologi om psykoanalysen*. Rhodos, København 1975.
23. Andkjær Olsen, O. & Køppe, S. (1996): *Psykoanalysen efter Freud 1-2*. Gyldendal, København.
24. Mortensen, K.V. (1982): *Rorschachtestning af grænsepsykotiske unge*. Akademisk Forlag, København.
25. Nielsen, J. (2000): *Madness and Modernism – Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought*. Introduktion til, anmeldelse og diskussion af L.A.Sass. *Agrippa* 20, nr. 1-2: 90-108.
26. Østergaard, L.(1962): *En psykologisk analyse af de formelle schizofrene tankeforstyrrelser*. Munksgaard, København.
27. Fliess, R.(1942): The Metapsychology of the Analyst. *Psychoanalytic Quarterly* 11: 211-227.
28. Strachey, J.(1934): The Nature of the Therapeutic Action in Psychoanalysis. *Int.J.Psycho-Anal.*, 15: 127-139.
29. Vitger, J.(1997): Winnicotts paradokser – Perspektiver på dialektikken i den terapeutiske proces. in J.Gammelgaard & S.Lunn (red.): *Om psykoanalytisk kultur – et rum for refleksion* (p. 69-85). Dansk psykologisk Forlag, København.
30. Ogden, T.H. (1994a): The Analytic Third – Working with Intersubjective Clinical Facts. *Int.J.Psycho-Anal.*, 75: 3-20.
31. Visholm, S. (1993): *Overflade og dybde – Om projektiv identifikation og det modernes psykologi*. Forlaget Politisk Revy, København.
32. Ogden,T.H. (1982): *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. Maresfield, London.
33. O'Shaughnessy, E. (1983): Words and Working Through. *Int.J.Psycho-Anal.*, 64: 281-289.

34. Langs, R. (1976 b): *The Therapeutic Interaction (Vol. 1+2)*. Jason Aronson, New York.
35. Klein, M. (1946/52): Notes on some Schizoid Mechanisms. in Klein: *Envy and Gratitude and Other Works* (Writings III, p. 94-121). Hogarth Press, London (1975).
36. Klein, M.(1952): The Origin of Transference. in Klein: *Envy and Gratitude and Other Works* (Writings III, p. 48-56). Hogarth Press, London (1975).
37. Mahler, M.S & Furer, M.: (1968): *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. Int. Univ. Press, New York.
38. King, P.S. & Steiner, R.(eds.) (1991): *The Freud – Klein Controversies 1941-1945*. Routledge/Tavistock, London.
39. Bion, W.R. (1959): Attacks on Linking. in Bion: *Second Thoughts* (p. 93-109). Maresfield, London 1984.
40. Bion, W.R. (1962a): *Learning from Experience*. Maresfield, London 1984.
41. Bion, W.R. (1962b): A Theory of Thinking. in Bion: *Second Thoughts* (p.110-119). Maresfield, London 1984.
42. Stern, D. (1985): *Barnets interpersonelle univers*. Hans Reitzels Forlag, København 1991.
43. Stern, D. et al.(1998): Non-Interpretative Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The »Something More« Than Interpretation. *Int.J.Psycho-Anal.*, 79: 903-921.
44. Balint, M.(1952): *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*. Maresfield, London 1985.
45. Freud, S.(1900): *Drømmetydning*. Hans Reitzels Forlag, København 1982.
46. Winnicott, D.W. (1965): Communication and Not Communication Leading to a Study of Certain Opposites. in Winnicott: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (p. 179-192). Hogarth Press, London 1965.
47. Winnicott, D.W. (1989): Interpretation in Psychoanalysis. in Winnicott: *Psycho-Analytic Explorations* (p. 207-212). Karnac Books, London.

TERAPEUTISKE FAKTORER I KORTTIDSGRUPPER

1. Kategorisystemer for terapeutiske faktorer

Matrix 2000/01;2, s. 207-237

Stig Poulsen

I denne artikel foretages en sammenstilling og syntetisering af en række forskellige forsøg på at kategorisere terapeutiske faktorer i gruppeterapi. Kategorisystemerne udviklet af hhv. Foulkes, Yalom og Bloch & Crouch præsenteres, og der opstilles en enhedstaksonomi, hvori de forskellige systemer søges integreret. Herefter redegøres for kategorisystemer direkte baseret på klienters oplevelse af gruppeterapi, og forholdet mellem disse og enhedstaksonomien diskuteres.

Jeg har i to tidligere artikler (1, 2) redegjort for en række almene tekniske principper for korttidsgruppeterapi. I denne og en efterfølgende artikel vil jeg mere indgående behandle de særlige aspekter af terapien, der forstås som fremmende for den terapeutiske proces. Man har traditionelt brugt betegnelsen *terapeutiske* eller *kurative faktorer* for disse. I nærværende artikel gives en fremstilling og syntese af en række forskellige forsøg på at opstille kategorisystemer over terapeutiske faktorer i gruppeterapi. I den følgende artikel behandles de empiriske undersøgelser af disse kategorisystemer samt spørgsmålet om, hvilke terapeutiske faktorer, der spiller en særlig rolle i korttidsgrupper.

Terapeutiske faktorer: Forskellige kategorisystemer

Indenfor litteraturen om psykoterapi i al almindelighed og ikke mindst indenfor teorier om gruppeterapi er der en lang tradition for at søge at identificere

særlige terapeutiske eller kurative faktorer. Bloch & Crouch definerer i deres monografi om terapeutiske faktorer i gruppeterapi en terapeutisk faktor som:

»An element of group therapy that contributes to improvement in a patient's condition and is a function of the actions of the group therapist, the other group members, and the patient himself« (3, s. 4).

Jeg skal som nævnt i det følgende redegøre for de vigtigste taksonomier på området og søge på basis af disse at nå frem til et forslag til et nogenlunde konsistent sæt af faktorer.

Foulkes

Det synes naturligt at starte en gennemgang af forskellige fremstillinger af de terapeutiske faktorer i psykoanalytisk/interpersonel gruppeterapi med en præsentation af S.H. Foulkes' forståelse af de terapeutiske faktorer. Det er relativt enkelt at fremstille Foulkes' ideer på dette område, idet han flere gange præsenterede sin forståelse af de særlige virksomme aspekter i gruppeanalysen. Noget mere kompliceret er det imidlertid at sammenholde Foulkes' forståelse med de øvrige kategorisystemer for terapeutiske faktorer, som vil blive præsenteret nedenfor. Dette skyldes, at Foulkes ikke forholdt sig til disse andre systematiseringer af de virksomme elementer i terapien, og således rubricerer de forskellige fænomener anderledes, end der ellers er tradition for.

Foulkes skelner flere steder (f.eks. 4, s. 41) mellem de terapeutiske faktorer, der også kendes fra den individuelle psykoanalyse, og så de særlige *gruppespecifikke* faktorer. Blandt de førstnævnte nævner han bevidstgørelse af ubevidst materiale, katharsis, indsigt, analyse af forsvar og gennearbejdning. Foulkes mener altså, at alle disse fænomener også optræder som en integreret del af gruppeanalysen, men beskæftiger sig dog mere indgående med de gruppespecifikke faktorer. Foulkes omtaler en række sådanne faktorer, og det er ikke altid helt klart, hvordan disse fænomener er defineret og skal afgrænses fra hinanden. Man finder imidlertid flere steder, hvor Foulkes selv bruger betegnelsen »terapeutiske faktorer« (fx. 5, s. 166ff; 4, s. 33f), fire

faktorer nævnt. Det er også disse fire faktorer, som er fælles for to forskellige fremstillinger af Foulkes' forståelse af terapeutiske faktorer (6, 7).

Den første faktor er *socialisering*. Ved dette fænomen forstås den proces, hvorved et individ bringes ud af sin sociale isolation og gennem interaktion med de øvrige gruppedeltagere på en gang føler sig accepteret og samtidig udvikler sine sociale kompetencer og sin lydhørhed overfor andre (8, s. 149f).

Den anden faktor er *spejling*. Til denne kategori henregner Foulkes en lang række fænomener, der vedrører det forhold, at gruppedeltageren igennem gruppeforløbet kommer til at genkende problemer, symptomer, forsvarsmekanismer mv. hos de andre deltagere, som nogle, der også optræder hos ham selv. Begrebet spejling dækker altså for det første den umiddelbare lettelse ved at opdage, at man ikke er alene om at have problemer. Men det vedrører tillige det velkendte fænomen, at vejen til at blive opmærksom på ubevidste mekanismer hos en selv ofte kan gå over det at opdage sådanne mekanismer hos *andre* gruppedeltagere.

Den tredje faktor er *fortætning*. Denne faktor vedrører det fænomen, at deltagerne gennem påvirkningen fra gruppen kan blive stimuleret til at udtrykke selv dybt ubevidst materiale, som for eksempel drømme, fantasier og angst. Forekomsten af sådanne temaer i terapien vil ifølge Foulkes ofte kunne forstås som udtryk for et pludselig gennembrud af primitivt materiale, der har været »lagret« i gruppens »kollektive ubevidste«.

Den sidste af de fire faktorer er *udveksling*. Det er en smule uklart, hvad der egentlig ligger i dette begreb, som kun omtales rent kortfattet af Foulkes. Imidlertid synes det – i overensstemmelse med Bruhns (7) – rimeligt at forstå begrebet som en betegnelse for det særlige fænomen, at man i en gruppe kan få information, råd og tilbagemeldinger omkring ens adfærd fra *ligestillede*. Herved adskiller gruppeterapi sig fundamentalt fra individuel terapi, hvor disse input kommer fra terapeuten, som har en fundamentalt anderledes status end klienten. Den mere symmetriske relation kan gøre det lettere for klienten at acceptere mange kommentarer, som han ville have stillet sig skeptisk overfor, hvis de var kommet fra terapeuten.

Herudover omtaler Foulkes en række andre gruppespecifikke faktorer. På et mere generelt niveau end de førnævnte finder man *kommunikation* og *gruppen som støttende faktor*¹.

Begrebet kommunikation synes på mange måder at være det helt centrale begreb i Foulkes forståelse af den terapeutiske proces (se f.eks. 8, s. 243ff; 9, s. 50), og Foulkes skriver da også direkte, at:

»*working towards an ever more articulate form of communication is however, identical with the therapeutic process itself*« (5, s. 169 – kursiveret i originalen)

For Foulkes bliver et centralt mål for terapeuten således:

»to broaden and deepen the expressive range of all members, while at the same time increasing their understanding of the deeper, unconscious levels. The zone of communication must include the experience of every member in such a way that it can be shared and understood by the others, on whatever level it is first conveyed. This process of communication has much in common with making the unconscious conscious« (4, s. 112).

Med andre ord er omdrejningspunktet for gruppeanalysen på den ene side bevægelsen fra et privat, autistisk niveau til social kommunikation og på den anden side udvidelsen af det kommunikative felt til at omfatte stadig flere niveauer og nuancer.

Hvad angår omtalen af gruppen som støttende faktor synes Foulkes her at tænke på fænomener, der i nogen grad dækkes af de allerede omtalte faktorer, først og fremmest *socialisering*. I Foulkes' og Anthonys bog om gruppeanalyse skriver Anthony om de støttende aspekter af gruppeanalysen:

»Each member has the feeling of being supported, of being accepted, of being able to talk and of being listened to, of sharing with others, of living

through similar emotional experiences as others, of being able to cope with loneliness and isolation. It is the factor of »belongingness«, to use Kurt Lewin's term« (8, s. 71).

Det er et åbent spørgsmål, om Foulkes overhovedet ser gruppens støttende funktion som en selvstændig terapeutisk faktor. Meget kunne tyde på, at han snarere forstår de støttende elementer i gruppens proces som aspekter af gruppens totale funktion, der også indgår i forskellige specifikke terapeutiske faktorer.

Det må bemærkes, at Foulkes omtaler en række andre fænomener som særlige gruppespecifikke begreber. Imidlertid synes disse ikke at have status som egentlige terapeutiske faktorer, men snarere som fænomener, der indgår i den terapeutiske proces, og således udgør det medium, hvorigennem ændringsprocesserne kan udfolde sig. Til disse fænomener hører *beskæftigelse* (occupation), *lokalisering*, *resonans*, *polarisering*, »kæde« fænomener og *dramatisering/personalisering*. Indholdet af disse begreber skal ikke uddybes her. Dog kan det nævnes, at Anthony (8, s. 51) fremhæver, at de såkaldte »kæde« fænomener er snævert forbundet med den terapeutiske faktor *fortæning*. Tilsvarende giver Foulkes udtryk for, at fænomenerne *dramatisering* og *personalisering* – som i vid udstrækning synes at være overlappende – tilhører overkategorien *spejling* (4, s. 77).

Corsini & Rosenberg

Hvor Foulkes eksplicit skriver indenfor en særlig teoretisk tradition, nemlig gruppeanalysen, har der siden 1950'erne været gjort en række forsøg på at opstille pan-teoretiske kategorisystemer for terapeutiske faktorer i gruppeterapi. Det første og skelsættende arbejde på dette område var Corsini & Rosenbergs artikel om »gruppeterapiens mekanismer« (10). Corsini & Rosenberg analyserede omkring 300 artikler om gruppeterapi med henblik på at udlede, hvilke terapeutiske faktorer, der blev omtalt i disse. De indsamlede først alle de udsagn, der specifikt vedrørte essentielle terapeutiske virkningsmekanismer. Herefter gav de hvert af disse udsagn en betegnelse, der defi-

nerede en specifik virkningsmekanisme, og nåede igennem denne proces til en isolering af 166 forskellige mekanismer. Disse blev siden kategoriseret indenfor ni overgribende mekanismer, nemlig *acceptance*, *altruism*, *universalization*, *intellectualization*, *reality testing*, *transference*, *interaction*, *spectator therapy* og *ventilation*².

Der vil ikke her blive givet en nærmere definition af disse kategorier, da der siden er sket en videreudvikling af disse, som på mange måder har ført til mere udtømmende og præcise systemer. Imidlertid er det værd at bemærke, at alle senere indflydelsesrige forståelser af terapeutiske faktorer i gruppeterapi er videreudviklinger af Corsini & Rosenbergs system og stadig indeholder et flertal af de kategorier, som Corsini & Rosenberg indførte.

Yalom

Det næste afgørende skridt i studierne af terapeutiske faktorer blev taget i 1970 med udgivelsen af første udgave af Yaloms autoritative grundbog om gruppeterapiens teori og praksis (11). Yalom har bygget sin diskussion af gruppeterapien op omkring en grundig gennemgang af de terapeutiske faktorer, og han baserer sin forståelse på såvel en bred klinisk erfaring som på hans egen forskning omkring terapeutiske faktorer og en omfattende indsigt i litteraturen på området. Yalom opererede oprindeligt med 12 forskellige terapeutiske faktorer, som han havde udledt gennem et studie af den eksisterende litteratur og gennem diskussioner med erfarne klinikere. Gennem sin omfattende empiriske forskning har Yalom fundet, at klienter prioriterer faktorerne i den rækkefølge, der fremgår af *venstre spalte* i skema 1.

Yalom har selv i de senere udgaver af hans grundbog (11, s. 72) ændret lidt på kategorisystemet (skema 1 – højre spalte). Hvor han oprindeligt skelnede mellem et udtryks- og et indtryksaspekt af kategorien *interpersonal learning* (faktor nr. 1 og 5), henregner han i dag begge disse aspekter til samme kategori. Denne overordnede kategori har nu tilsyneladende også (11, s. 44) subsumeret kategorien »self-understanding«, og Yalom synes i dag helt entydigt at have begrebet som omdrejningspunkt for sin teori om gruppeterapi.

Skema 1: Yaloms terapeutiske faktorer

Yaloms oprindelige kategorisystem	Yaloms kategorisystem (1995-version)
1. Interpersonal input	1. Interpersonal learning
2. Catharsis	2. Catharsis
3. Cohesiveness	3. Cohesiveness
4. Self-understanding	
5. Interpersonal output	
6. Existential factors	4. Existential factors
7. Universality	5. Universality
8. Instillation of hope	6. Instillation of hope
9. Altruism	7. Altruism
10. Family reenactment	8. The corrective recapitulation of the primary family group
11. Guidance	9. Imparting information
12. Identification	10. Imitative behavior
	?. Development of socializing techniques

Blandt de øvrige terapeutiske faktorer figurerer *catharsis*, *cohesiveness*, *existential factors*, *universality*, *instillation of hope* og *altruism* stadig under de samme betegnelser i Yaloms teoretiske gennemgang af kategorierne, og de synes fortsat at have en plads i hans system. Ligeledes optræder også kategorien *family reenactment*, som vedrører udforskningen af tidlige relationsmønstre, sådan som disse manifesterer sig i gruppen, stadig i Yaloms system – dog nu under betegnelsen *the corrective recapitulation of the family group* (ex. 11, s. 13ff og 87f). Dette kan principielt set undre, da Yalom ellers (11, s. 44) angiver, at overføringsfænomener henregnes til kategorien *interpersonal learning*. Imidlertid bruger Yalom kun termen overføring for overføringer i forhold til terapeuterne, og geniscenesættelse af familierelationer får altså lov til at figurere som selvstændig kategori. De to sidste kategorier findes stadig, men har skiftet navn – »guidance« kaldes nu »imparting information« (11, s. 8ff) og »identification« hedder nu »imitative behavior« (11, s. 16 og 85ff). Endelig synes Yalom at overveje at indsætte en ny kategori, nemlig *development of socializing techniques* (11, s. 15).

Bloch & Crouch

Efter Yalom skete den næste afgørende udvikling i forståelsen af terapeutiske faktorer i gruppeterapi med udgivelsen af Bloch & Crouchs monografi (3) om kliniske, teoretiske og empiriske bidrag til forståelsen af terapeutiske faktorer. Bloch & Crouch har forsøgt at skabe deres bud på en systematik indenfor de terapeutiske faktorer med udgangspunkt i de foreliggende systemer, først og fremmest Corsini & Rosenbergs samt Yaloms. I forbindelse med denne systematisering giver de imidlertid også et væsentligt bidrag til en begrebsafklaring på området, idet de afgrænser terapeutiske faktorer fra henholdsvis *betingelser for forandring* og (terapeutiske) *teknikker*. En egentlig terapeutisk faktor er for Bloch & Crouch, som anført i indledningen af denne artikel, et element af terapien, der direkte bidrager til klientens bedring, og som er en funktion af handlinger fra terapeuten, de øvrige gruppemedlemmer og klienten selv.

Heroverfor stilles altså for det første betingelser for forandring, der af Bloch & Crouch defineres som »aspects of the group's structure and procedure without which therapeutic factors could not operate« (3, s. 5). Der tænkes her på helt basale aspekter af den gruppeterapeutiske procedure og af klientens beskaffenhed, som ikke knytter sig til den specifikke proces i en given gruppe – for eksempel det forhold, at der er andre gruppemedlemmer til stede, eller den motivation, som den enkelte klient møder gruppen med.

Det andet aspekt af terapien, som af Bloch & Crouch skelnes fra terapeutiske faktorer, er de terapeutiske teknikker, som anvendes. Bloch & Crouch argumenterer for, at teknikkerne, snarere end i sig selv at udvirke ændringen, bidrager til at aktivere de terapeutiske faktorer. Et eksempel, der måske kan gøre denne sondring mere forståelig, kunne være situationen, hvor man som terapeut giver en tolkning, gående ud på, at de temaer, der tales om i gruppen, i virkeligheden afspejler en dybereliggende delt sorg over, at gruppen snart må sige farvel til et gruppemedlem. En sådan tolkning kan bidrage til forskellige reaktioner fra gruppemedlemmerne, reaktioner, der kan vidne om en større *indsigt* i gruppedynamikken, eller måske er præget af en *katharsis*lignende udlevelen af følelser omkring afskeden med det andet gruppemedlem. Ifølge Bloch & Crouch vil det være *disse* reaktioner hos klienterne, der er de

egentlige terapeutiske faktorer, mens tolkningen blot er den teknik, der har faciliteret reaktionerne.

Bloch & Crouchs inddeling af de terapeutiske faktorer følger som nævnt i vid udstrækning Corsini & Rosenbergs samt Yaloms. De har dog foretaget visse ændringer i forhold til Yalom, som kort skal omtales i det følgende. For det første udelader de kategorien »existential factors«, fordi denne efter deres opfattelse ikke refererer til fænomener, der indgår som elementer i gruppeprocessen, men afspejler en bestemt måde at tænke på, som de ser som en del af *terapeutens* teori. Dette harmonerer ikke med Bloch & Crouchs intention om at opstille en *teoriuafhængig* taksonomi over terapeutiske faktorer.

Af tilsvarende årsager har Bloch & Crouch udeladt Yaloms »family reenactment«-faktor, da de mener, at denne hænger snævert sammen med en bestemt teoretisk forståelse af gruppeterapi, og således ikke egner sig til det pan-teoretiske klassifikationssystem, som de ønsker at opstille.

En tredje forandring er, at de skelner mellem *catharsis* og *self-disclosure*. De argumenterer for, at *catharsis* er en betegnelse for selve udladningen af tilbageholdte følelser, mens *self-disclosure* vedrører det at afsløre forhold omkring ens person, historie og relationer. Det er oplagt, at disse to processer ikke sjældent vil være sammenfaldende, men Bloch & Crouch påpeger, at man for eksempel ofte kan iagttage en meget positiv effekt af klientens større ærlighed i gruppen, også selv om denne ikke ledsages af intense følelsesudladninger, og de mener følgelig, at det er relevant at skelne mellem de to fænomener.

Endvidere opretholder Bloch & Crouch kategorien »self-understanding«, som er forsvundet fra Yaloms seneste version af hans system. Ved siden af denne kategori opererer de med én betegnet »learning from interpersonal interaction«, som i sagens natur rummer mange af de fænomener, som Yalom rubricerer under »interpersonal learning«. Ligeledes inkluderes også kategorien »vicarious learning«, som en specifik betegnelse for den terapeutiske effekt forbundet med at være vidne til andre gruppedeltageres arbejde med deres problematikker. Kategorien svarer til det, som Corsini & Rosenberg kaldte »spectator therapy«.

Endelig kritiseres rubriceringen af »group cohesiveness« som en terapeutisk faktor og begrebet foreslås indskrænket til og erstattet af »acceptance«. Bloch & Crouch påpeger for det første, at gruppens sammenhængskraft næppe i sig selv kan forstås som en terapeutisk faktor, selvom denne givetvis er en *betingelse for forandring*. Tværtimod kan samhørighedsfølelse i en gruppe være anti-terapeutisk i den situation, hvor samhørigheden er opbygget omkring en afvisning af konflikter og ubehageligt terapeutisk arbejde. Derimod mener de, at oplevelsen af *accept* fra de øvrige gruppemedlemmer er en egentlig terapeutisk faktor, og det er altså dette begreb, der indgår i deres klassifikationssystem. I skema 2 er Yaloms og Bloch & Crouchs faktorer sammenstillet.

Skema 2: Yaloms og Bloch & Crouchs kategorisystemer

Yaloms kategorisystem (1995-version)	Bloch & Crouchs kategorisystem
1. Interpersonal learning	1. Learning from interpersonal action
2. Catharsis	2. Catharsis
	3. Self-disclosure
	4. Self-understanding
3. Cohesiveness	5. Acceptance
4. Existential factors	
5. Universality	6. Universality
6. Instillation of hope	7. Instillation of hope
7. Altruism	8. Altruism
8. The corrective recapitulation of the primary family group	
9. Imparting information	9. Guidance
10. Imitative behavior	10. Vicarious learning
? Development of socializing techniques	

Der har været gjort flere forsøg på at rubricere de forskellige terapeutiske faktorer indenfor færre, mere generelle kategorier. Således inddelte allerede Corsini & Rosenberg de ni terapeutiske faktorer de fandt i tre overordnede

faktorer, nemlig en *intellektuel* faktor omfattende *universalization*, *intellectualization* og *spectator therapy*, en *emotionel* faktor omfattende *acceptance*, *altruism* og *transference* og en *handleorienteret* faktor omfattende *reality testing*, *interaction* og *ventilation*. Bloch & Crouch inddeler de terapeutiske faktorer i to hovedkategorier, nemlig *interpersonelle* faktorer (acceptance, learning from interpersonal action, guidance, vicarious learning, universality, altruism og instillation of hope) og *intrapersonelle* faktorer (self-understanding, catharsis og self-disclosure) (12, s. 270). Endelig opererer MacKenzie (13, s. 55) med fire grupper af terapeutiske faktorer, nemlig *støttende* faktorer (universality, acceptance, altruism og hope), *selv-afslørende* faktorer (self-disclosure og catharsis), *læringsfaktorer* (modeling, vicarious learning, guidance og education) og faktorer vedrørende *psykologisk arbejde* (interpersonal learning og insight).

En teoretisk og empirisk baseret kritik af de eksisterende kategorisystemer

En vurdering af validiteten af de forskellige taksonomier for terapeutiske faktorer kan foretages ud fra forskellige kriterier. Én mulig strategi er at søge at vurdere, hvorvidt der er logisk stringens i definitionen af de enkelte faktorer og i afgrænsningen mellem disse. En anden mulighed er at foretage faktoranalyser af de skalaer, som anvendes til at belyse terapeutiske faktorer, i håbet om at nå til en afklaring af, om de forskellige items grupperer sig på en måde, der svarer til den antagede faktorstruktur. Endelig kan man søge at konstruere nye kategorisystemer baseret på en induktiv udledning af kategorier ud fra klienters tilkendegivelser omkring positive oplevelser i terapien.

Jeg skal i indeværende afsnit indledningsvis diskutere de eksisterende taksonomier – specielt Yaloms og Bloch & Crouchs – ud fra den førstnævnte strategi. På denne baggrund vil jeg opstille et udkast til en enhedstaksonomi for terapeutiske faktorer i gruppeterapi. Herefter vil jeg kort sammenholde dette kategorisystem med Foulkes' terapeutiske faktorer. Jeg vil dernæst redegøre

for resultater af faktoranalyser af de eksisterende skalaer for terapeutiske faktorer, for så i det følgende afsnit at vende tilbage til forsøg på at konstruere kategorisystemer baseret på klienters egne udsagn.

Begrebslogisk afklaring af de terapeutiske faktorer

Det første spørgsmål man kan stille til kategorisystemerne er, om de forskellige faktorer er nogenlunde præcist definerede og afgrænsede fra hinanden. Man kan ganske vist indvende mod et sådant kriterium, at ethvert forsøg på at adskille enkelte aspekter af den terapeutiske proces indebærer, at man gør vold på den helhedsstruktur, som processen udgør, og således tvinger forståelsen af terapien ind i en mekanistisk begrebsramme, som bliver unødigt reduktionistisk. Det er indlysende, at denne indvending er yderst relevant. Et godt eksempel herpå er den terapeutiske faktor *self-disclosure*, som i flere kategorisystemer optræder som en selvstændig faktor side om side med den terapeutiske faktor *acceptance*. Imidlertid er det i den terapeutiske virkelighed vanskeligt at forestille sig disse to faktorer som adskilte, idet en forudsætning for, at selvførelser rent faktisk har en terapeutisk effekt, som oftest vil være, at gruppe-medlemmets åbenhed mødes med forståelse og accept fra de øvrige gruppe-medlemmer.

Det er således vigtigt at fastholde, at de terapeutiske faktorer er begreber, hvis berettigelse ligger i at gøre de enkelte trin i de terapeutiske processer mere gennemskuelige, men at man hele tiden må holde sig de komplekse interaktioner mellem faktorerne for øje. Under alle omstændigheder er det vigtigt at sikre, at der er et minimum af logisk konsistens i definitionen af de forskellige faktorer og i afgrænsningen mellem disse. Et eksempel på, hvor vanskeligt det er at opfylde dette kriterium, får man, hvis man betragter de 60 items, der indgår i Yaloms oprindelige undersøgelse af terapeutiske faktorer (11, s. 74ff). Yalom havde oprindeligt foretaget en forhåndskategorisering af disse items, således at der optrådte fem items for hver af de tolv terapeutiske faktorer, han opererede med. Imidlertid bliver det ved en gennemgang af ordlyden af disse items meget hurtigt tydeligt, at kategoriseringen af disse i allerhøjeste grad kan gøres til genstand for diskussion. For eksempel har et item,

der er kategoriseret under den terapeutiske faktor *altruism*, ordlyden »at give noget af mig selv til andre«. Dette item bliver langt hyppigere end de øvrige items fra altruismefaktoren fremhævet af klienter som værdifuldt, og det virker nærliggende at overveje, om dette ikke simpelthen skyldes, at de fleste klienter vil forstå det som et udsagn om den proces, hvor man fortæller noget *om sig selv* til andre – altså en aktivitet, der rent definatorisk snarere burde henregnes under en kategori for selvafløsring. En helt tilsvarende indvending kan rejses mod et item kategoriseret under *cohesiveness*, der lyder: »At afsløre pinlige ting om mig selv og stadig være accepteret af gruppen«. Naturligvis kan man argumentere for, at en sådan oplevelse er karakteristisk for en gruppe præget af samhørighedsfølelse, men den specifikke ordlyd synes langt mere tvangsfrit at høre hjemme i en kategori for selvafløsring – eller for accept. Omvendt synes et item som: »At være i gruppen var på en måde som at være i en familie, men bare en mere accepterende og forstående familie end min egen«, som Yalom anbringer i kategorien *family reenactment*, først og fremmest at sige noget om oplevelsen af at være i en tæt sammenkittet, accepterende og forstående social sammenhæng, hvorfor det måske lige så naturligt kunne være anbragt i kategorien *cohesiveness*.

Der er talrige andre eksempler på problematiske items i Yaloms oprindelige system. Min pointe er først og fremmest, at en akilleshæl ved undersøgelser af terapeutiske faktorer ofte vil være den mangelfulde begrebsmæssige afklaring af indholdet i de forskellige kategorier. I denne forbindelse synes flere af Bloch & Crouchs kommentarer til de eksisterende taksonomier at være relevante. For det første virker det meningsfuldt at skelne mellem *cohesiveness* og *acceptance*, sådan at samhørighedsfølelsen (*cohesiveness*) forstås som et karakteristikum ved gruppen som helhed, mens accept defineres som det enkelte individs oplevelse af at blive accepteret uden betingelser. En sådan sondring kan f.eks. være relevant i den ikke ukendte situation, hvor samhørigheden i gruppen har en defensiv karakter, og hvor manifestationer af individualitet ikke umiddelbart accepteres. Yalom anerkender da også (11, s. 48), at *cohesiveness* både omfatter et gruppefænomen og den individuelle oplevelse, men vælger alligevel uden nærmere argumentation at opretholde

forståelsen af gruppesamhørighed som en en-dimensionel terapeutisk faktor. Bloch & Crouchs forslag om at opretholde *acceptance* som en terapeutisk faktor, men derimod forstå *cohesiveness* som en *betingelse for forandring*, synes ligeledes at være meningsfuldt og er i øvrigt også i overensstemmelse med Yaloms egen påpegnings af, at samhørighed er »a necessary precondition for other therapeutic factors to function optimally« (11, s. 49). Man skal i øvrigt være opmærksom på, at Bloch & Crouch (3, s. 101f) også lader kategorien *acceptance* omfatte oplevelsen af *støtte (support)* fra de andre gruppe-medlemmer. Det kan diskuteres, hvorvidt dette fænomen retteligen burde henregnes til en selvstændig kategori, men det synes dog ikke urimeligt at se accept og støtte som tilhørende det samme kontinuum af reaktioner, der hjælper klienten til at acceptere sig selv og sine egne følelser og vurderinger.

En anden rimelig sondring hos Bloch & Crouch er deres tilføjelse af *self-disclosure* som en selvstændig kategori ved siden af *catharsis*. De skelner i deres oprindelige manual (14) mellem *catharsis*, som er en betegnelse for selve udladningen af følelser (der medfører en lettelse for patienten), *self-disclosure*, som vedrører det at afsløre personlige forhold i gruppen, og *learning from interpersonal actions*, som omhandler forsøg på at handle på nye måder overfor de andre gruppemedlemmer, *for eksempel* ved at udtrykke sig mere direkte følelsesmæssigt overfor disse. Ganske vist vil disse tre fænomener ofte optræde i forening, men det synes stadig at sikre en større præcision at foretage en sondring imellem dem.

Hvor Bloch & Crouch i de ovenfor nævnte eksempler argumenterer for etablering af flere, mere specifikke kategorier, har de til gengæld, når det gælder deres kategori *vicarious learning*, slået to aspekter sammen, som for mig at se retteligen bør holdes adskilte. Kategorien omfatter nemlig både det forhold, at klienten kan få et udbytte af at overvære de terapeutiske interaktionsprocesser, som en anden klient er involveret i (fordi disse kan bidrage til større selverkendelse) og den direkte identifikation med eller modelindlæring fra andre klienter eller terapeuten. Også hos Yalom er de to processer slået sammen i en og samme kategori, som imidlertid hos ham kaldes *imitative behavior* – et begreb, der giver flere associationer til den sidstnævnte betydning

ovenfor. Endelig kan det nævnes, at de to fænomener ligeledes hos Corsini & Rosenberg (10, s. 408) optræder indenfor samme kategori, som imidlertid her har betegnelsen *spectator therapy* – et begreb, der synes mest dækkende for det førstnævnte fænomen.

Personligt anser jeg det for mest præcist at skelne mellem de to fænomener, og jeg kan derfor tilslutte mig MacKenzies sondring, hvor han reserverer betegnelsen *vicarious learning* for det at lære noget af at overvære andres terapi, mens han bruger begrebet *modeling* for den mere direkte efterligning af andres adfærd (13, s. 58).

En anden sondring hos MacKenzie går mellem begreberne *guidance* og *education*, hvor *guidance* dækker de mere ad hoc-prægede råd og anbefalinger, man som klient kan modtage fra andre klienter eller fra terapeuten, mens *education* reserveres for den målrettede og planlagte undervisning, der finder sted i grupper, hvor en sådan struktureret undervisning indgår i behandlingskonceptet. Et eksempel kunne være den undervisning om psykiske lidelser, der foregår i psykoedukative grupper. For mig at se er det imidlertid tvivlsomt om denne sondring er relevant i et kategorisystem, der stiler mod at kunne anvendes på tværs af forskellige typer af grupper. På denne baggrund synes Yaloms brug af begrebet *imparting information* som en overbetegnelse for begge typer af fænomener at være meningsfuld.

Mens Bloch & Crouchs taksonomi indeholder begrebet *self-understanding* er det blevet udeladt af Yalom i hans senere versioner af kategorisystemet, og optræder nu under overbegrebet *interpersonal learning*. Yaloms argumentation for således at udelade en kategori for indsigt er tilsyneladende, at »genetisk« indsigt i de historiske årsager til klientens problemer er af begrænset relevans for gruppeterapi. Man kan naturligvis godt argumentere for dette synspunkt, men det synes dog at være bundet til Yaloms specifikke forståelse af gruppeterapi og er således vel teoretisk snævert, hvis man ønsker en enhedstaksonomi for terapeutiske faktorer.

Omvendt har Bloch & Crouch udeladt to af Yaloms faktorer, nemlig *existential factors* og *family re-enactment* (senere betegnet *the corrective recapitulation of the primary family group*). De anfører (3 s. 14f), at de finder begge

kritisable, fordi de forudsætter en bestemt teoretisk referenceramme og således næppe hører hjemme i et pan-teoretisk system for terapeutiske faktorer. Selvom jeg i princippet er enig med Bloch & Crouch i denne vurdering, mener jeg dog, at det er nødvendigt at være opmærksom på, at mens *family re-enactment* i stort set samtlige empiriske undersøgelser af terapeutiske faktorer i grupper rangeres blandt de aller mindst betydningsfulde faktorer, bliver Yaloms *eksistentielle faktorer* i en del undersøgelser af patienter indlagt på psykiatriske afdelinger vurderet som meget betydningsfuld (jvf. efterfølgende artikel). Indtil videre mener jeg derfor, at de eksistentielle faktorer bør have en plads i en enhedstaksonomi. Derimod forekommer Yaloms nyskabelse fra 1995-udgaven af »The Theory and Practice of Group Psychotherapy«, nemlig *development of socializing techniques* (11 s. 15f), ikke at have nogen berettigelse. Det virker pointeløst at adskille dette begreb fra *interpersonal learning*, især når Yalom ellers er tilbøjelig til at samle en meget betydelig række fænomener indenfor dette begreb. I øvrigt synes de fænomener, som Yalom beskriver under denne samlebetegnelse, snarere at have karakter af *resultater* eller udbytte af terapien end af terapeutiske faktorer.

Bloch & Crouch foreslår som nævnt en klagørende skelnen mellem terapeutiske faktorer *per se*, betingelser for forandring og terapeutiske teknikker. Imidlertid synes visse af de fænomener, som Bloch & Crouch nævner som betingelser for forandring, nemlig tilstedeværelsen af andre gruppedeltagere og verbal kommunikation at være så selvindlysende, at det ikke virker nødvendigt at inddrage dem i et kategorisystem. Derimod kan det være relevant at inddrage klienternes *motivation* som en betingelse for forandring, idet dette er en faktor, der i den kliniske virkelighed har en fremtrædende betydning og således også hører hjemme i tilknytning til en taksonomi over terapeutiske faktorer.

Udkast til en enhedstaksonomi for terapeutiske faktorer

Jeg har på baggrund af ovennævnte overvejelser søgt at opstille en revideret taksonomi over terapeutiske faktorer, som *udelukkende* er udtryk for et ønske om at skabe definatorisk klarhed i forhold til de eksisterende kategorisystemer (skema 3). Der er altså ikke tale om et endegyldigt forslag til et kategorisystem.

stem, men snarere om et forsøg på at foretage en opsummering af litteraturen på området og samtidig introducere danske termer. De enkelte faktorer er forsøgsvis rubriceret indenfor de overkategorier, som MacKenzie har foreslået³, og endvidere er der efter hver faktor indsat henvisninger til litteraturen om de pågældende faktorer.

Skema 3: Enhedstaksonomi for terapeutiske faktorer (og øvrige aspekter af terapien) – baseret på standardtaksonomierne

Betingelser for forandring:

Motivation (3 s. 5)

Grupesamhørighed (i gruppen som *helhed*) [Cohesiveness/cohesion] (3, s. 100f; 11s. 47ff)

Terapeutiske faktorer:

Støttende:

Universalitet [Universality] (3, s. 187ff; 11, s. 5ff)

Accept [Acceptance] (3, s. 101ff; 11, s. 47ff)

– Støtte fra andre gruppe-medlemmer (3, s. 101ff)

Altruisme [Altruism] (3, s. 190ff; 11, s. 12f)

Håb [Instillation of hope] (3, s. 199ff; 11, s. 4f)

Eksistentielle faktorer [Existential factors] (11, s. 88ff.)

Self-revelation factors

Selvafsløring [Self-disclosure] (3, s. 126ff)

Katharsis [Catharsis] (3, s. 158ff; 11, s. 80f)

Learning factors

Imitation [Modeling/Imitative behavior] (11, s. 16 & 85ff; 13, s. 58)

Information [Imparting information] (11, s. 8ff)

– Rådgivning [Guidance] (3, s. 170ff)

– Indlæring [Education] (11, s. 8ff; 13, s. 59f)

Erfaringsdannelse gennem stedfortræder [Vicarious learning] (3, s. 193ff)

Arbejdsfaktorer:

Interpersonel erfaringsdannelse [Interpersonal learning/Learning from interpersonal action] (3, s. 68ff; 9, s. 42ff; 13, s. 60)

– feedback

– eksperimentere med ny adfærd

Indsigt [Insight/Self-understanding] (3, s. 25ff)

Foulkes' terapeutiske faktorer i forhold til enhedstaksonomien

Der er tydeligvis såvel klare forskelle som ligheder mellem den systematisering af terapeutiske faktorer, som man finder hos Foulkes, og den, der kommer til udtryk i ovenstående enhedstaksonomi. Ser man indledningsvis på de faktorer, som ifølge Foulkes findes både i individuel terapi og gruppeanalyse, så optræder begrebet *katharsis* både hos Foulkes og i enhedstaksonomien. Tilsvarende korresponderer begreberne *indsigt* og *bevidstgørelse* umiddelbart med kategorien *indsigt*. De to sidste »individuelle« faktorer, som nævnes af Foulkes, er *analyse af forsvar* og *gennemarbejdning*. At disse må forsvarsanalyse henregnes til det, som Bloch & Crouch betegner som *terapeutiske teknikker*, snarere end til de terapeutiske faktorer. Tilsvarende må gennemarbejdning i højere grad ses som en følge af den kontinuerlige virkning af de egentlige terapeutiske faktorer over et tidsforløb end som en terapeutisk faktor i sig selv.

Foulkes' fire primære terapeutiske faktorer følger sig knap så let ind i enhedstaksonomien. Begrebet *socialisering* omfatter både den terapeutiske faktor *accept* og en bredere interpersonel erfaringsdannelse omfattende en fortløbende korrektion af adfærden som følge af eksplicit og implicit feedback fra gruppen.

Spejling rummer for det første oplevelsen af *universalitet*, altså den umiddelbare erfaring af at kunne genkende problemer, følelser og erfaringer, som man hidtil har følt sig alene med, hos de andre gruppemedlemmer. Men der ligger også i begrebet en proces, der synes beslægtet med det, der i enhedstaksonomien betegnes som *erfaringsdannelse gennem stedfortræder*.

Hvad angår Foulkes' begreb *fortætning* er det vanskeligt at finde et modstykke til dette i enhedstaksonomien. Muligvis kan fænomenet *selvafsløring* i visse tilfælde have en karakter, der svarer til det, som Foulkes beskriver i forbindelse med fortætning, men der er på ingen måde tale om synonyme begreber. Man kan dog sætte spørgsmålstejn ved, om fortætning overhovedet kan forstås som en terapeutisk faktor. Der synes snarere at være tale om et gruppespecifikt fænomen, som muligvis kan virke befordrende for den terapeutis-

ke proces, hvis det behandles konstruktivt i gruppen, men som bestemt også kan indebære problemer for gruppen, hvis den intensitet, der kan være indeholdt i fortætningsfænomenerne, ikke håndteres adækvat.

Begrebet *udveksling* synes på mange måder at omfatte fænomener, der i enhedstaksonomien ville blive rubriceret indenfor kategorien *information*. Imidlertid kommer Foulkes' pointe, at det i særlig grad er udveksling blandt *gruppedeltagerne*, der kan være befordrende, ikke helt tydeligt frem i denne mere almene kategori. Der synes således også i begrebet udveksling at ligge betydninger, der snarere svarer til fænomener, der i enhedstaksonomien ville blive rubriceret som *interpersonel erfaringsdannelse*.

Foulkes' omtale af *gruppen som støttende faktor* er som allerede nævnt ovenfor næppe ensbetydende med, at Foulkes opererede med støtte fra gruppen som en afgrænset terapeutisk faktor. Til gengæld er det tydeligt, at der er et klart overlap mellem de fænomener, som nævnes af Anthony som eksempler på de støttende aspekter i gruppen, og så de fænomener, der i enhedstaksonomien henregnes til støttende terapeutiske faktorer.

Endelig synes Foulkes' centrale kategori, *kommunikation*, i vid udstrækning helt at unddrage sig indplacering i enhedstaksonomien. Man kunne argumentere for, at begrebet først og fremmest må ses som en *betingelse for forandring*, men det rummer også aspekter fra kategorier som *selvafsløring*, *interpersonel erfaringsdannelse* og *indsigt*. På mange måder svarer problemerne med at tilpasse dette begreb til taksonomien til vanskelighederne med at indordne Yaloms seneste definitioner af begrebet *interpersonel erfaringsdannelse*. I og med at disse begreber for teoretikerne får en så central status, kommer de til at omfatte stort set hele den terapeutiske proces med alle dens facetter. Herved opnås formodentlig, at begreberne opleves som mere klinisk meningsfulde, i og med at de ikke bidrager til en kunstig adskillelse af fænomener, der retteligen er indbyrdes forbundne. Til gengæld bliver det vanskeligere at afgrænse begreberne og nå til en mere eksakt definition af disse (jvf. omtalen nedenfor af Fuhrihan et al.'s faktoranalyse (15) af et spørgeskema baseret på Yaloms kategorier).

Faktoranalyser af de eksisterende kategorisystemer

Som nævnt ovenfor har en strategi i forsøget på at validere forskellige måle-redskaber og kategorisystemer for terapeutiske faktorer været at foretage faktoranalyser af disse. En faktoranalyse er en særlig statistisk teknik, hvorigen-nem variable, der korrelerer højt indbyrdes, grupperes i et mindre antal så-kaldte faktorer, der antages at repræsentere underliggende dimensioner ved materialet. Der findes imidlertid ikke mere end tre af sådanne faktoranalyser, og da de sigter mod at belyse forskellige instrumenter og når til stærkt diver-gerende resultater, er det vanskeligt at konkludere noget på baggrund af dis-se. Rohrbaugh & Bartels (16) nåede ved faktoranalyse af Yaloms oprindelige Q-sort items frem til fjorten grupperinger af items, som i relativt høj grad kor-responderede med Yaloms egne faktorer. Fuhriman et al. (15) har foretaget en faktoranalyse af et spørgeskema baseret på Yaloms oprindelige items. Spørgeskemaet omfatter 20 items, hvoraf nogle er identiske med Yaloms, mens andre er revisioner af disse, og atter andre er helt nyudformede. Fuhri-man et al. har ydermere valgt kun at anvende spørgsmål, der falder indenfor det, som de anser for at være de fire mest centrale terapeutiske faktorer, nem-lig *interpersonal learning*, *catharsis*, *insight* og *cohesion*. De finder to faktorer, der svarer godt til de teoretisk forudsagte, nemlig én omfattende de fem sam-hørighedsspørgsmål og én omfattende fire indsigtsspørgsmål. Herudover op-træder én faktor omfattende katharsisspørgsmålene samt to items fra inter-personel erfaringsdannelse, nemlig det, der vedrører at afprøve nye handle-måder, og det, der omhandler at lære at dele personligt materiale med andre i gruppen. Herudover optræder der to yderligere faktorer, hvor items fra de forskellige skalaer i højere grad er blandet. Fuhriman et al.'s konklusion er, at hvor *catharsis*, *insight* og *cohesiveness* er begreber, der kan defineres og iagttages med relativt stor grad af præcision, er begrebet *interpersonal lear-ning* – selvom det givetvis er af central betydning – samtidig så inklusivt, at det synes mere rimeligt at forstå denne erfaringsdannelse som det basale medium, hvorigennem mere specifikke forandringsprocesser sker.

En tredje faktoranalyse (17) tager udgangspunkt i en revideret udgave af den korte version af Yaloms skala over terapeutiske faktorer (se 18, s. 479f).

Denne skala omfatter 14 items. 10 items relaterer sig direkte til Yaloms oprindelige faktorer. Herudover er der tilføjet et vedrørende *self-disclosure*, og der findes to spørgsmål vedrørende indsigt (som dog i vid udstrækning synes at være overlappende). I Stone et al.'s undersøgelse (17) blev spørgsmålene vedrørende *altruism* og *family re-enactment* udeladt og erstattet af spørgsmål vedrørende professionel identitet og udvikling (undersøgelsen blev foretaget på træningsgrupper). Stone et al. undersøgte spørgeskemaer fra i alt 372 personer, som blandt andet blev tilfældigt placeret i tre grupper, der blev analyseret hver for sig. Fælles for alle tre grupper blev der fundet én faktor, der omfattede *alle* de enkelte terapeutiske faktorer, bortset fra de to spørgsmål vedrørende den professionelle rolle, som grupperede sig omkring en anden faktor, og spørgsmålet vedrørende *guidance*, som ikke syntes at have nogen konsistent sammenhæng med andre items. Den overordnede konklusion, som Stone et al. drager af dette studie, er, at alle de klassiske terapeutiske faktorer – bortset fra rådgivning – synes at gruppere sig sammen i en kategori, som de betegner *kerneelementer i den terapeutiske gruppeproces*.

Som nævnt er det noget vanskeligt at drage mere definitive konklusioner på baggrund af disse faktoranalyser. Dog forekommer det rimeligt at hævde, at de i hvert fald på ingen måde afkræfter de mere fundamentale antagelser, der ligger bag inddelingen af elementer af terapien i mere overordnede terapeutiske faktorer. Et mere konkret fund fra Fuhriman et al.'s undersøgelse er, at det ser ud som om, at der kan være en pointe i at opretholde Yaloms oprindelige sondring mellem et indtryks- og et udtryksaspekt af interpersonal learning, idet »udtryks-items« synes at gruppere sig sammen med catharsis-items snarere end med interpersonal learning – input.

Når de eksisterende faktoranalyser således ikke bidrager med en væsentlig udfordring af de teoretisk baserede taksonomier over terapeutiske faktorer, synes det at være rimeligt at vende blikket mod undersøgelser af klientoplevelsen af, hvilke aspekter af den terapeutiske proces, der har været særligt betydningsfulde.

Klienters oplevelse af terapeutiske virkningsmekanismer

De ovenfor omtalte kategorisystemer for terapeutiske faktorer er alle opstillet med udgangspunkt i *terapeuters* fornemmelser af, hvad der i særlig grad bidrager til den terapeutiske effekt. Med udgangspunkt i disse kategorisystemer er der efterfølgende blevet foretaget et større antal undersøgelser af hvilke terapeutiske faktorer, der af klienterne opleves som *mest* betydningsfulde. Imidlertid er der kun foretaget ganske få studier, hvor man har søgt at lægge klienternes oplevelse af terapien til grund for selve *udledningen* af, hvilke aspekter af terapien, der af klienterne opleves som særligt vigtige og virksomme. Der findes ganske vist en del undersøgelser, hvor klienterne efter en eller flere gruppesessioner er blevet anmodet om at beskrive den eller de situationer i løbet af sessionen, der gjorde størst indtryk på dem og/eller var til størst hjælp (f.eks. 18 - 23). Fælles for alle disse studier er imidlertid, at beskrivelserne af de særligt betydningsfulde episoder kategoriseres indenfor *på forhånd* opstillede kategorier for terapeutiske faktorer, for eksempel Yaloms eller Bloch & Crouchs.

Kun i to studier er der gjort et forsøg på at udlede kategorier for terapeutiske faktorer direkte ud ad klienternes beskrivelser, altså uden eksplicite forhåndsantagelser om, hvilke aspekter af terapien, der var virksomme⁴. Det første er foretaget af Berzon et al. (26), som på linje med de ovennævnte studier bruger strategien, hvor klienterne bedes om at give en beskrivelse af den begivenhed i den netop overståede session, som de føler havde den største betydning for dem. Berzon et al. inddeler disse beskrivelser i tre overordnede kategorier afhængigt af, om klientens reaktion på begivenheden synes at have været af overvejende kognitiv eller affektiv karakter eller har udspillet sig på handleplanet. Berzon et al. angiver, at indenfor disse tre overordnede kategorier »nine response categories emerged« (s. 206), men der redegøres ikke nærmere for, *hvordan* disse svarkategorier er blevet udviklet. Rent faktisk svarer Berzon et al.'s kategorier i vid udstrækning til Corsini & Rosenbergs, hvilket jeg har søgt at anskueliggøre ved at sammenstille de to kategorisystemer i skema 4. Som man kan se, er det kun overføringskategorien hos

Corsini & Rosenberg, der slet ikke kan finde en plads hos Berzon et al., mens de relativt vage kategorier *interaktion* og *realitetstestning* hos Corsini & Rosenberg har fået mere specifikke formuleringer hos Berzon et al. Alt i alt synes Berzon et al.'s undersøgelse ikke at tilføje meget kvalitativt nyt til de taksonomier, der er baseret på terapeuters udsagn, og det virker mest sandsynligt, at Berzon et al. har været så påvirkede af Corsini & Rosenbergs arbejde, at de ikke har formået at spejle klienternes udsagn mere uhildet.

Skema 4: Berzon et al.'s og Corsini & Rosenbergs kategorisystemer

Berzon et al. (26):	Corsini & Rosenberg (10)
<i>Kognitive kategorier</i>	
– at opleve lighed med andre	universalisering
– øget bevidsthed om egne følelsesmæssige dynamikker	intellektualisering
– at overvære ærlighed, mod, åbenhed eller følelsesudtryk hos andre	tilskuerterapi
– at se sig selv som andre ser én	(realitetstestning, interaktion)
<i>Affektive kategorier</i>	
– at føle at andre reagerer på én	accept
– at opleve positive følelser, accept, sympati for andre	altruisme
– at opleve varme og nærhed i gruppen som helhed	(interaktion)
<i>Handlekategorier</i>	
– at udtrykke selvet kongruent, tydeligt eller kraftfuldt (assertively) i gruppen	(interaktion)
– at lufte (ventilate) følelser	ventilering

Det andet studie, hvor kategorierne for de terapeutiske faktorer er udledt direkte af klienternes udsagn, er foretaget af Dierick & Lietaer (24). Deres analyse er baseret på 187 skemaer, hvor klienter efter en session har anført, hvilke begivenheder i sessionen, de oplevede var til størst personlig hjælp for dem. Dierick & Lietaer angiver om analysemetoden, at:

»The responses to the open-ended questions concerning helpful events were broken down into meaningful segments, each containing a different element of the helpful aspect. Rating of these segments according to their correspondence or difference in meaning, permitted – in several stages on the basis of half the material – to establish mutually exclusive content categories, containing all segments (...). In order to reveal further structure of helpful events, we clustered the basic categories where possible, keeping to near-similarities in meaning. In this way we obtained a series of »main categories« which we consider the backbone of our findings.« (24, s. 743).

Det kan ud fra denne noget summariske præsentation af metoden være noget vanskeligt at vurdere, i hvor høj grad og hvordan teoretiske overvejelser har spillet ind under etableringen af Dierick & Lietaers taksonomi (som er gengivet i skema 5). På den ene side angiver Dierick & Lietaer eksplicit (24, s. 741), at de ønsker at studere klienters oplevelse af terapi uden forhåndsopstillede kategorier. Samtidig synes det dog tydeligt, at visse af de kategorier, de når frem til, er influeret af deres udgangspunkt i klient-centreret terapi – for eksempel indgår ordet »autencitet« i flere kategorier.

På trods af denne usikkerhed fremtræder Dierick & Lietaers studie som en meget grundig og udtømmende kategorisering af klienters udsagn om hjælpende aspekter af terapien, der synes egnet til at kaste lys over spørgsmålet om, hvorvidt klienters oplevelser af terapeutiske faktorer har en fundamentalt anderledes karakter end den, der er impliceret i de teoristyrede kategorisystemer.

Skema 5: Dierick & Lietaers kategorisystem

A: Relationelt klima og strukturelle træk ved gruppen

1. Strukturelle træk ved gruppen
- 1a) Begivenheder knyttet til gruppens sammensætning
- 1b) Strukturelle træk ved sessionerne
2. Gruppesamhørighed
- 2a) At høre til og føle sig hjemme
- 2b) Andres dedikation og involvering
- 2c) At få en reaktion
- 2d) Uformel kontakt udenfor sessionerne
3. Rum og frihed
4. Empati og oplevelsen af at føle sig for stået
5. Bekræftelse, anerkendelse og støtte
6. Autenticitet og selvafsløring hos andre

B. Specifikke interventioner fra gruppemedlemmer eller terapeut

7. Stimulerende og strukturerende interventioner
- 7a) Inviterende og styrende interventioner
- 7b) Tilbud om terapeutiske teknikker
- 7c) Afbrydelse af en forstyrrende proces
8. Klarificerende og tolkende interventioner
- 8a) Klarificerende og uddybende empatiske interventioner
- 8b) Tolkende interventioner
9. Tilbagemelding og konfrontation

C. Procesaspekter hos gruppemedlemmet

10. Personlig involvering, autenticitet og selvafsløring
- 10a) Personlig indsats og involvering
- 10b) Indre autenticitet og åbenhed
- 10c) At bringe noget personligt ind i gruppen
- 10d) At kunne eller turde tale om ...

C. Procesaspekter hos gruppemedlemmet (fortsat)

11. Selvforskning
- 11a) Dybtgående selvforskning
- 11b) Intens oplevelse af og udtryk af følelser
12. Interpersonel udforskning
- 12a) Diskussion af indbyrdes relationer med andre gruppemedlemmer
- 12b) At udtrykke følelser overfor andre gruppemedlemmer eller terapeuten
- 12c) At opnå en bedre forståelse for andre gruppemedlemmer
13. Blive bevidst om
- 13a) Begynde at tænke på
- 13b) At diskutere følsomme spørgsmål
14. Selvindsig
15. Tilskuerterapi
- 15a) At opleve ligheder
- 15b) At lære gennem iagttagelse
16. Erfaringer med nye handlemåder
- 16a) At afprøve nye handlemåder
- 16b) At planlægge nye handlemåder udenfor gruppen
- 16c) At opnå korrektive erfaringer
17. Oplevelser af håb og fremskridt, evnen til at hjælpe andre og lettelse
- 17a) At opleve egne fremskridt og håb
- 17b) At være i stand til at hjælpe andre i gruppen
- 17c) At opleve en følelse af lettelse og afslapning
18. Oplevelsen af muligheden for at få hjælp i gruppen
- 18a) Gruppemedlemmerne er i stand til at hjælpe hinanden
- 18b) Gruppen som berigende oplevelse

For en umiddelbar betragtning kan det se ud som om, at Dierick & Lietaers kategorisystem har en ganske anden struktur, end den man finder i de traditionelle taksonomier. For eksempel inddeler de (som det fremgår af skema 5) de terapeutiske faktorer i tre kategorier, *relationelt klima og strukturelle træk ved gruppen, specifikke interventioner fra gruppemedlemmer eller terapeut og procesaspekter hos gruppemedlemmet*, hvilket jo ikke umiddelbart svarer til de overkategorier, der tidligere er blevet foreslået. Imidlertidid påpeger de selv, at:

»Most of the »therapeutic factors« found in the group psychotherapy literature are quite recognizable in the helpful events we reported. Besides, generally speaking, we find the same processes appearing centrally and the same ones to remain in the periphery« (24, s. 765).

En nærmere analyse af Dierick & Lietaers kategorier afslører da også, at disse uden alvorlige vanskeligheder kan integreres i den enhedstaksonomi, der blev opstillet ovenfor (skema 3). Jeg har andetsteds (27, s. 253ff) søgt at demonstrere dette i detaljer, men vil her indskrænke mig til at påpege, at der overordnet er to væsentlige forskelle mellem Dierick & Lietaers og de hidtidige systemer. For det første har de, som også påpeget af Crouch et al. (12, s. 307f), inddraget forskellige faktorer, som naturligt hører til i de kategorier, som Bloch & Crouch betegner som henholdsvis Betingelser for forandring og Terapeutiske teknikker. Således synes Dierick & Lietaers kategori 1, *strukturelle træk ved gruppen*, at være en relevant tilføjelse til listen over Betingelser for forandring. Ligeledes kan Dierick & Lietaers kategorier 7 og 8, omfattende forskellige former for interventioner, henregnes til de terapeutiske teknikker. For det andet finder man hos Dierick & Lietaer et større antal, mere snævert definerede underkategorier, hvoraf langt de fleste dog relativt tvangfrit kan rubriceres indenfor de eksisterende systemer. Værdien ved Dierick & Lietaers undersøgelse bliver hermed i nok så høj grad, at der tilføjes nuancer og nye facetter til de eksisterende kategorier. Som eksempel på sådanne nye aspekter kan nævnes kategorierne *at få en reaktion* (kat. 2c), fremfor at det, man

har sagt, bliver forbigået i tavshed, samt *empati og oplevelsen af at føle sig forstået* (kat. 4). Her er tale om fænomener, som udmærket kan kategoriseres som egenskaber ved den terapeutiske faktor *accept*. Samtidig indebærer de en uddybning af denne kategori, idet de vedrører en oplevelse af, at gruppen ikke bare er generelt accepterende og støttende, men også forholder sig konkret og specifikt til én selv på en engageret og empatisk måde. Tilsvarende kan kategorier som *dybtgående selvudforskning* (kat. 11a) og *blive bevidst om* (kat. 13) ses som nuanceringer af kategorien *Indsigt i enhedstaksonomien*.

Overordnet mener jeg, at Dierick & Lietaers undersøgelse alt andet lige bidrager til en validering af den traditionelle forståelse af terapeutiske faktorer, i og med at de fænomener, som optræder i Dierick & Lietaers kategorisystem, alle kan integreres i en enhedsforståelse af terapeutiske faktorer. Man må tillige være opmærksom på, at ved i store træk at opretholde den traditionelle inddeling i terapeutiske faktorer gøres det væsentligt lettere at formidle og diskutere den store mængde forskning og teoretiske diskussioner, der allerede har taget udgangspunkt i disse. På denne baggrund vil jeg anbefale, at den opstillede enhedstaksonomi også i fremtiden anvendes som et overordnet kategorisystem, der ikke mindst er egnet til at bringe fænomener beskrevet indenfor forskellige teoretiske og forskningsmæssige traditioner på samme formel.

Jeg skal i en efterfølgende artikel redegøre mere detaljeret for den empiriske forskning, hvor forskellige kategorisystemer er blevet anvendt i udforskningen af, hvilke aspekter af den terapeutiske proces, der vægtes højst af gruppedeltagerne. I denne sammenhæng vil jeg tillige give en mere specifik redegørelse for hvilke terapeutiske faktorer, der er særligt vigtige i korttidsgrupper, og for, hvordan forskellige terapeutiske faktorer synes at have en forskellig betydning afhængigt af, hvilken udviklingsfase en gruppe befinder sig i.

Noter

1. Det skal bemærkes, at Pines (6, s. 37) rubricerer disse to faktorer som egentlige terapeutiske faktorer sammen med de fire ovennævnte.
2. I første del af den følgende fremstilling vil betegnelserne for de forskellige terapeutiske faktorer blive gengivet på engelsk. Dette skyldes, at et af formålene med artiklen netop er at afklare forholdet mellem forskellige kategorisystemer med delvist overlappende termer. En sådan afklaring ville blive forplumret af en oversættelse af disse termer til dansk. Dog vil der efter diskussionen blive introduceret danske betegnelser for de terapeutiske faktorer.
3. Jeg har valgt at indplacere *eksistentielle faktorer*, som ikke indgår i MacKenzies fortegnelse over terapeutiske faktorer, under gruppen af *støttende faktorer*.
4. Dierick & Lietaer (24) henregner yderligere to studier (18, 25) til denne kategori, men dette synes at være fejlagtigt al den stund at der rent faktisk i begge disse undersøgelser synes at ske en sortering af klienternes udsagn indenfor kategorier opstillet *inden* undersøgelsen er foretaget.

Abstract

Therapeutic factors in short-term groups.

1. Taxonomies of therapeutic factors

In this article different models for the categorization of therapeutic factors in group psychotherapy are compared and synthesized. The taxonomies developed by respectively Foulkes, Yalom, and Bloch & Crouch are presented and a proposal for a unified taxonomy is drawn up. Subsequently existing category systems based directly on clients' experience of group psychotherapy are described and their relations to the unified taxonomy are discussed.

Litteratur

1. Poulsen, S. (2000): Gruppeanalytisk og interpersonel korttidsgruppeterapi – teori og forskning. 1. Almene principper. *Matrix*, 17(1), 5-25
2. Poulsen, S. (2000): Gruppeanalytisk og interpersonel korttidsgruppeterapi – teori og forskning. 2. Terapeutens opgaver i gruppen. *Matrix*, 17(1), 26-52
3. Bloch, S. & Crouch, E. (1985): *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy* (Oxford: Oxford University Press)
4. Foulkes, S.H. (1964): *Therapeutic Group Analysis* (New York: International Universities Press 1965)
5. Foulkes, S.H. (1948): *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups* (London: William Heinemann)
6. Pines, M. (1983): S.H. Foulkes' bidrag til gruppeterapi. *Matrix* (1985) 2(3), 25-48
7. Bruhns, I. (1994): Gruppenspecifikke faktorer. I: S. Aagaard, B. Bechgaard & G. Winther (red.): *Gruppeanalytisk psykoterapi* (København: Hans Reitzel)
8. Foulkes, S.H. & Anthony, E.J. (1965) [1957]: *Group Psychotherapy: The Psychoanalytical Approach (2. Edition)* (London: Maresfield Reprints 1984)
9. Aagaard, S. (1994): Matrix – fænomen og begreb. I: S. Aagaard, B. Bechgaard & G. Winther (red.): *Gruppeanalytisk psykoterapi* (København: Hans Reitzel)
10. Corsini, R.J. & Rosenberg, B. (1955): Mechanisms of Group Psychotherapy: Processes and Dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 406-411
11. Yalom, I.D. (1995): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy (4. Ed.)* (New York: Basic Books)
12. Crouch, E.C., Bloch, S. & Wanlass, J. (1994): Therapeutic Factors: Interpersonal and Intrapersonal Mechanisms. In: A. Fuhriman & G.M. Burlin-

- game (Eds.) (1994): *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis* (New York: John Wiley & Sons)
13. MacKenzie, K.R. (1997): *Time-Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications* (Washington, DC: American Psychiatric Press)
 14. Bloch, S., Reibstein, J., Crouch, E., Holroyd, P. & Themen, J. (1979): A Method for the Study of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 134, 257-263
 15. Fuhriman, A., Drescher, S., Hanson, E. Henrie, R. & Rybicki, W. (1986): Refining the measurement of curativeness: An empirical approach. I: *Small Group Behavior*, 17 186-201
 16. Rohrbaugh, M. & Bartels, B. (1975): Participants' Perceptions of »Curative Factors« in Therapy and Growth Groups. *Small Group Behavior*, 6, 430-456
 17. Stone, M.H., Lewis, C.M. & Beck, A.P. (1994): The Structure of Yalom's Curative Factors Scale. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44(2), 239- 245
 18. Lieberman, M, Yalom, I. & Miles, M. (1973): *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books)
 19. Bloch, S. & Reibstein, J. (1980): Perceptions by Patients and Therapists of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 137, 274-278
 20. Kivlighan, D.M. & Mullison, D. (1988): Participants' perception of therapeutic factors in group counseling: The role of interpersonal style and stage of group development. I: *Small Group Behavior*, 19, 452-468
 21. Mushet, G., Whalan, G. & Power, R. (1989): In-patients' Views of the Helpful Aspects of Group Psychotherapy: Impact of Therapeutic Style and Treatment Setting. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 135-141
 22. Braaten, L.J. (1990): The Different Patterns of Group Climate Critical Incidents in High and Low Cohesion Sessions of Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40(4), 477-493

23. Kivlighan, D.M. & Goldfine, D.C. (1991): Endorsement of Therapeutic Factors as a Function of Stage of Group Development and Participant Interpersonal Attitudes. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 150-158
24. Dierick, P. & Lietaer, G. (1990): Member and therapist perceptions of therapeutic factors in therapy and growth groups. In: Lietaer, Rombauts & van Balen (Eds.): *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties* (Leuven: Leuven University Press)
25. Dickoff, H. & Lakin, M. (1963): Patients' views of group psychotherapy: Retrospections and interpretations. *International Journal of Group Psychotherapy*, 13, 61-73
26. Berzon, B., Pious, C. & Farson, R. (1963): The therapeutic event in group psychotherapy: A study of subjective reports by group members. *Journal of Individual Psychology*, 19, 204-212
27. Poulsen, S. (1999). *Afprivatisering – Klienters oplevelse af psykodynamisk korttidsgruppeterapi* (Københavns Universitet: Ph.d.-afhandling)

BOGANMELDELSER

Matrix 2000/01; 2, s. 239-250

Sigmund Karterud: Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi. Pax Forlag A/S, Oslo 1999, 512 sider, 462 kr.

Anmeldt af Matilde Lajer

Karteruds udgave af en moderne lærebog i gruppeanalyse gennemgår på en systematisk og gennearbejdet måde gruppeanalysens historie og inspirationskilder, samt nogle af de perspektiver der tegner sig i den gruppeanalytiske udvikling af teori og praksis. I særdeleshed beskrives selvfulgelig selvpsykologiens betydningsfulde bidrag til gruppeanalysen.

Som erfaren gruppeanalytiker finder jeg bogen yderst berigende og omfattende, overskuelig i sin opbygning og klinisknært i sit sprog.

Det glæder mig for eksempel at andre teorier forsøges gengivet respektfuld og at forfatteren forholder sig klart til dem.

Bogen er inddelt i 9 dele. I første del af bogen, d.v.s. de første 90 sider, gennemgår Karterud hvordan Foulkes udviklede gruppeanalysen teoretisk, praktisk og organisatorisk gennem sine bøger, sine grupper og sin opbygning af netværk såvel praktisk som litterært. Den sammenhæng han arbejdede udfra formidles. Karterud dokumenterer Foulkes's besvær med at udvikle en ny radikal teori: gruppeanalysen, samtidig med at han i sin udtale forblev tro mod den konservative psykoanalyse. Dette gav anledning til en manglende teoretisk konsistens, som først med Karterud (og Dalal 1998) er blevet behandlet seriøst og åbent.

I andel del af bogen (ca 75 sider) beskrives hvordan gruppeanalysen har forvaltet sin udvikling f. eks. i forhold til Bion og andre Kleinianere, i forhold til

storgruppedynamik, terapeutisk samfund, systemteori, familierapi, jungiansk teori, objektrelationsteori, tilknytningsteori, filosofi, diskursanalyse og endelig selvpsykologi. Der redegøres også for hvordan gruppeanalysen har udviklet sig i praksis med dens udbredelse fra London til især Europa.

I tredje del af bogen (55 sider) gennemgår Karterud hvordan Psykodynamisk gruppepsykoterapi fra USA har udviklet sig og adskiller sig fra gruppeanalysen, men også en del om hvad den kan bidrage med. Specielt gør han en del ud af Dorothy Stock Whitaker og »group focal conflict theory«, og viser hvordan hendes teori og gruppeanalysen er beslægtede. I denne del af bogen gennemgås også Yaloms store betydning for gruppepsykoterapi og indflydelse på gruppeanalysen.

I disse tre første dele af bogen kommer Karterud langt omkring, er meget systematisk og holder så tilpas ofte de forskellige teorier og forfattere til dem op mod hans egen opfattelse, så man får samlet forudsætninger til det koncentrerede teoretiske tilskud i del 8, som for mig var det mest spændende afsnit, og som også er Karteruds hjertebarn, nemlig selvpsykologiens bidrag til udvikling af gruppeanalysen..

Disse tre første dele af bogen sluttet, ligesom flere andre kapitler, med en punktvis opsummering, som hjælper med at overskueliggør den meget omfattende gennemgang.

De næste fire dele af bogen: gruppepsykoterapi i psykiatriske afdelinger, forskning, kvalitetssikring og indikation for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi fremstår som introducerende oversigtsartikler.

Efter del 8, det teoretiske kapitel, er det sidste store afsnit et rigt praktisk kapitel spækket med 90 kliniske vignetter, som både illustrerer den gruppeanalytiske metode samt underbygger relevansen af selvpsykologisk teori.

Det er stimulerende at S. Karterud åbner op for en diskussion af selvpsykologiens underprioriterede områder, som sorg og sorgprocesser samt manglende anerkendelse af genuin omsorg for andre. Forfatteren klarer således at være en værdig formidler af selvpsykologien, samtidig med han også lægger sine egne opfattelser vel argumenteret frem, og er integrerende overfor selv-

psykologiens gamle arvefjender, kleinianerne. Det lidt ambivalente forhold selvspsykologien har til modoverføring berøres også. Udviklingen af teorien om gruppeselvet er stimulerende og meningsfyldt i højere grad end ved tidligere forsøg.

Bogen er således en velegnet lærebog i gruppeanalyse, og en inspirerende og brugbar bog for praktiserende gruppeterapeuter. Men bogen holder sig til gruppeanalyse som udgangspunkt og kommer kun i særdeles begrænset omfang ind på den gruppeanalytiske metode appliceret til forskellige patientgrupper, og de modifikationer der må gøres brug af til mere syge patienter. Det behandles i forbindelse med del 4 (gruppepsykoterapi i psykiatriske institutioner) og del 7 (indikationer for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi). Imidlertid er der i hele bogen en massiv skepsis overfor anvendelsen af den gruppeanalytiske metode overfor psykotiske. Og denne skepsis begrundes med erfaringer om psykotiske patienter i grupper af personlighedsforstyrrede, og ikke grupper bestående af deltagere med nogenlunde samme skrøbelighedsniveau.

Forfatteren gør godt nok opmærksom på, at det er hensigtsmæssigt at afvige fra den tilbagelænedede analytiske position i en række situationer. Jeg forstår at man ikke skal frustrere patienterne med mindre det har en terapeutisk funktion som er mere givtig end ikke at frustrere. Med denne holdning mener jeg man ud fra en grundig assessment og viden om psykopatologi med en gruppeanalytisk tankegang kan afstemme applikationen af metoden, således at den er meningsfyldt og hjælpsom. Gruppesammensætningen skal være afstemt efter hvor syge patienterne er.

Jeg er således uenig i at fraråde den gruppeanalytiske metode til psykotiske. Derimod mener jeg det er vigtigt at fremhæve, at dette kræver yderligere træning under supervision, fordi det er betydelig sværere og farligere at sætte skrøbelige patienter i gruppe. Der kan lettere forårsages psykologiske ulykker. En del af problematikken er også at der ikke skelnes klart mellem gruppeanalysen, psykodynamisk gruppepsykoterapi eller det man kunne omtale som gruppeanalytisk psykoterapi eller analytisk gruppeterapi. Det korte udtryk »gruppeterapi« bruges efterhånden af flere referencerammer, og er ikke for-

beholdt den gruppeanalytiske metode. Det samme gælder »dynamisk« psyko-terapi, som ikke refererer til en specifik referenceramme. I bogen skal man vel forstå psykodynamisk gruppepsyko-terapi som modificeret gruppeanalytisk terapi, eller skal det opfattes som udgående fra den amerikanske tradition, eller mere eklektisk? Dette sidste gives der nogen indtryk af i del 4 og del 7. Denne manglende skelnen eller afklaring deler Karterud med andre gruppeanalytiske teoretikere.

Bogen er skrevet på et letflydende sprog, trykket og bogens udformning er behagelig og jeg håber det er en bog, der vil blive brugt flittigt af behandlere og andre, der arbejder med grupper.

***Bent Rosenbaum: Tankeformer og talemåder
– En undersøgelse af skizofrenes udsigelse, tankeforstyrrelser og kommunikation. Disputats, 2000.***

Anmeldt af Jan Nielsen

1. Indledning

Bent Rosenbaum, psykiater og psykoanalytiker, forsvarede d.5.5.2000 sin disputats *Tankeformer og talemåder – En undersøgelse af skizofrenes udsigelse, tankeforstyrrelser og kommunikation* i Århus. Afhandlingen er udgivet på forlaget Multivers og skulle være tilgængelig i større boghandler og på landets biblioteker.

Selve afhandlingen er på 268 sider, den er inddelt i 8 kapitler hvortil kommer et appendix på små 30 sider. Temaet for arbejdet er *skizofreni og udsigelse* og tager udgangspunkt i skizofrene patienters forstyrrede tale, der som bekendt er et klassisk forskningsområde indenfor psykiatri og klinisk psykologi. Som afhandlingen demonstrerer (kap. 2), har der været gennemført et utal af undersøgelser af skizofrenes tankeforstyrrelser, udfra en bred vifte af meto-

der og teorier. Rosenbaum bidrager med sit arbejde hertil, ved at tilføje en principiel ny tilgang til problemstillingen, nemlig den psyko-semiotiske. Dette arbejde startede i slutningen af 70'erne, da Rosenbaum indledte samarbejdet med tekstteoretikeren Harry Sonne og sammen publicerede de bogen *Det er et bånd der taler* (1) i 1979, som har nået international udbredelse med den engelske udgave fra 1986.

2. Resumé

I indledningen fastslås, at formålet med afhandlingen er at »argumentere yderligere for de psyko-semiotiske strukturers nødvendighed i forståelsen af psykopatologiens område« (s.13). Rosenbaum mener, at det klassiske begreb *tankeforstyrrelser* trænger til revision eller endda helt må opgives, da disse fænomener (forstyrret tænkning) hverken kan begribes ud fra en kognitiv, affektiv eller viljesmæssig forståelse. I stedet vil Rosenbaum bruge semiotiske begreber til at analysere forstyrret tænkning hos skizofrene i forsøg på belyser disse fænomener bedre.

Til dette formål introduceres to centrale begreber, der løber som de bærende teoretiske tråde i igennem afhandlingen, nemlig *udsigelse* og *deixis*. Selvom der er forskel på de to begreber (se nedenfor), så er ideen bag begge, at danne bro mellem sproglige ytringer og personligheden – bredt sagt. Indenfor denne forståelsesramme er der altså ikke noget der hedder »det var bare noget jeg sagde«, idet vores tale kan betragtes som en kontinuerlig træden i karakter. Sproget opfattes som en form for personlighedens »ydside« og gennem dialoger, altså når vi »ydside« med hinanden, vil der opstå et komplekst spændingsfelt *mellem* de talende og *i* den enkelte.

Egentlig er det ikke korrekt at tale om ydersider, idet psyko-semiotikken, som navnet antyder, netop anser sprog og psyke som to sider af den samme mønt. Sproglige ytringer udgør dermed et oplagt forskningsfelt for psykiatri og psykologi, som indgang til at studere psykologiske og psykopatologiske fænomener. Introduktionen af psyko-semiotik er et forsøg på at binde disse fagområder tættere sammen og derved skabe grundlag for psykologisk fortolkning.

Kapitel 1 giver et fint overblik over det store og ret u håndterlige forskningsfelt som skizofreni og tankeforstyrrelser udgør. Kapitlet indledes med at eksplicite-re, hvordan sproglige forstyrrelser er repræsenteret i de aktuelle diagnos-tiske systemer (ICD, DSM), hvorefter de to mest udbredte redskaber til regis-trering af tankeforstyrrelser præsenteres, nemlig TLC (2,3) og TDI (4), samt den fænomenologisk baserede BSABS (5). Der følger en væsentlig diskus-sion af grundforstyrrelserne ved skizofreni, hvor *autisme* og *tankeforstyrrelser* tillægges helt central betydning. Rosenbaum lægger sig hermed historisk op af Bleuler og aktuelt opad den fænomenologiske psykiatri, med dens stærke vægtning af jeg-forstyrrelser, som bl.a. Parnas repræsenterer (6). Resumeeet belyser desuden en lang række undersøgelser og teoretiske tilgange til forsk-ningsfeltet, bl.a. Rapaport, Østergaard og Chapman, nyere bidrag fra Hoff-man og Spitzer og endelig fænomenologiske og psykoanalytiske undersø-gelser.

Kapitlet afsluttes med en opsummering af forskningstraditionen omkring ski-zofreni og tankeforstyrrelser i 4 hovedtemaer. Rosenbaum definerer sin egen forskningsinteresse som integrerende i den forstand, at han ikke ønsker at opretholde dikotomien mellem den forskningstradition, der peger på at tanke-forstyrrelser (udelukkende) befinder sig på et neuropsykologisk plan eller den tradition der fastholder, at tankeforstyrrelser er et rent psykologisk fænomen. Rosenbaum har et eksplicit ønske om at opstille en model, hvor både kropslige, psykologiske og overindividuelle-kontekstuelle aspekter kan repræsentes.

I kapitel 2 starter Rosenbaum med at opbygge en sådan model med intro-duktionen af begreberne *deixis* og udsigelse. *Deixis* er græsk og betyder »at pege på«, hvilket i denne sammenhæng betyder, at enhver sproglig handling *er pegende* hvad angår tid, sted og de samtalende. Enhver udtalelse vil altså være struktureret ud fra nogle basale sproglige-psykologiske koordinater, hvorved samtaleparterne kontinuerligt stiller sig ind på hinandens betydningsuni-vers. Uden sådanne koordinater ville vi ikke kunne samtale på en menings-fuld og sammenhængende måde.

Begrebet *deixis* forventes dermed også at kunne indfange væsentlige aspekter ved subjektiviteten, idet sproget opfattes som repræsenterende centrale personlighedsmæssige strukturer. Derfor er inkohærent tale og i særdeleshed skizofrenes sprog et oplagt forskningsfelt, idet man må forvente at en sproganalyse og -fortolkning kan kaste lys over centrale forstyrrelser ved sygdommen.

Begrebet *udsigelse* forsøger at fastlægge, hvad kategorierne »jeg«, »du«, »han/hun« er som sproglige enheder. Det er afhandlingens hypotese at »udsigelse er en del af det psykiske apparat, og som sådan biologisk funderet, samtidig med at udsigelsen skaber talens endelige mening i samtalen« (s.131). Samtalen betragtes altså som et flydende psykologisk felt, hvor udsigelser både afspejler kropslige, psykiske og interpersonelle strukturer. Udsigelsen er samtidigt potentielt forandringskabende og dermed bliver der åbnet for såvel diagnostiske som psykoterapeutiske perspektiver.

Kapitel 3 gennemgår psykiatriske undersøgelser der er baseret på *deixis*-begrebet. Rosenbaum fremhæver at »undersøgelser af deiktiske forstyrrelser hviler på det synspunkt, at tankens kohærens beror på sprogets kohæsive midler« (s. 30), hvor kohæsive midler defineres som form-elementer i sproget. Disse undersøgelser fokuserer typisk på, i hvilken udstrækning skizofrene anvender sprogligt kohæsive midler, sammenlignet med andre (psykiatriske og ikke-psykiatriske) grupper. Rosenbaum gennemgår to undersøgelser, dels sin egen (1) og dels Rochester og Martin's (7), der begge dokumenterer skizofrenes ringere anvendelse af sprogets sammenbindende midler. Der månes dog til forsigtighed mht. at drage forhastede kausale konklusioner, idet tankeforstyrrelsernes kompleksitet understreges.

I kapitel 4 indsættes *deixis*-begrebet i en udviklingspsykologisk ramme, hvilket gør det muligt at sammentænke sprogtilegnelse og patogenese. Afsnittet om den tidlige mor-barn interaktion giver en god a'jourføring og det er Rosenbaum's pointe, at de sproglige strukturer (*deixis*) grundlægges allerede fra fødslen, idet der er en snæver sammenhæng mellem de non-verbale interak-

tionsmønstre og sprogtilegnelsen. Fokus for kapitlet er sprogets relation til personlighedsdannelsen og hvordan denne formes i interaktion med barnets omsorgspersoner. Fænomenet *intersubjektivitet* træder i forgrunden her og den empiriske del af afhandlingen peger netop på, at de skizofrenes udtalelser ofte mangler den intersubjektive dimension (se nedenfor).

I kapitel 5 revideres den model, der blev anvendt til tekstanalyse i *Det er et bånd der taler*. Den nye model anskuer tanker bag ethvert udsagn som hhv. imaginært og symbolsk bearbejdet. Der opstilles en såkaldt tale-akts model med i alt 6 komponenter, der spænder fra kropslige elementer til selve taleakten. Formålet med modellen er at analysere tekster og udtalelser ud fra en række delprocesser i udsigelsesprocessen. Det er Rosenbaum's hypotese, at skizofrene mangler nogle af disse sproglige »skruer og bolte«, der normalt får udtalelser til at fremstå som sammenhængende helheder. Skizofrenes udsigelser er netop karakteriseret ved, at visse elementer i sprogets semantiske strukturer er fraværende, og det er disse, Rosenbaum vil identificere med sin psyko-semiotiske metode.

Denne metode tages konkret i anvendelse som tekstanalyse i kapitel 6. Det indledes med at udskille hhv. psykiatriske, psykoanalytiske og psyko-semiotiske beskrivelsesformer og de sidste baseres på begreber som »personalitet, temporalitet, spatialitet, kausalitet og performativitet« (s.213). Analysemodellens 5 dimensioner (C1-C5) defineres og der gives en række instruktive eksempler på, hvordan analysemetoden kan anvendes og scores.

I kapitel 7 opstilles en række hypoteser om skizofrenes tænkning, som Rosenbaum vil forsøge at afklare empirisk v.hj.a. den psyko-semiotiske analysemodel på tre grupper af tekster (fra skizofrene og ikke-skizofrene). Hypoteserne er organiseret omkring opfattelsen af skizofrenes tænkning som inkohærent. Rosenbaum ekspliciterer hvordan hver af de fremsatte hypoteser kan undersøges v.hj.a. analysemodellen og hvordan evt. psykopatologi vil manifestere sig tekstligt.

Herefter fortages en række »valideringer«, hvor scoringskategorierne, enkeltvis og i samspil, vurderes psykopatologisk. I det afsluttende metodeafsnit reflekteres over metodens diagnostiske egenskaber, generaliserbarhed og validitet. Ét resultat af undersøgelsen viser, at det er muligt at differentiere mellem de 286 analyserede tekster, heraf 221 fra skizofrene. Specielt én score er fremtrædende i de skizofrenes tekster, nemlig den såkaldte +C3, der relaterer sig til vanskeligheder med (kropslig) afgrænsning af egen identitet og med intersubjektive oplevelsesformer (se nedenfor).

Afhandlingens sidste kapitel fokuserer på anvendelsesaspekterne af metoden i diagnostisk og psykoterapeutisk øjemed. Især de psykoterapeutiske implikationer af analysemodellen bearbejdes og der skitseres visse principper for interventioner ud fra de forstyrrelser, som Rosenbaum har fundet karakteristiske. Symboliseringsprocessen fremhæves som særlig væsentlig i det psykoterapeutiske arbejde med skizofrene patienter. Kapitel 8 afsluttes med nogle perspektiverende betragtninger for fremtidig klinisk forskning.

3. Diskussion

Afhandlingen belyser en række problemstillinger, hvoraf jeg vil tematisere et par i det følgende:

En af afhandlingens empiriske resultater viser, at skizofrenes tekster sjældent tildes den såkaldte C3-score. Denne score relaterer sig bl.a. til kontakten mellem patienten og dennes omverden, som i afhandlingen defineres som »udsagnet repræsenterer subjektet i en kontekst, der signalerer egennavnets forhold til kollektivet«. Dette resultat kunne se ud til at validere Rosenbaum's forskningsmetode og -strategi, idet hans (sprogteoretiske) analyser peger på kontaktforstyrrelser hos de undersøgte skizofrene patienter. Det er derfor lidt overraskende at disse forskningsresultater ikke relateres til autisme-begrebet, hvilket efter min mening både er nærliggende samtidig med, at det vil åbne for dialog mellem Rosenbaum's arbejde og de kliniske forskningstraditioner.

Og så er der spørgsmålet om specificitet og generaliserbarhed: De empiriske eksempler der findes i afhandlingen og i appendix'et er alle fra svært forstyrrede skizofrene patienter. Materialet er værdifuldt og meget oplysende læsning. Dette kunne dog være interessant hvis Rosenbaum havde demonstreret sin analysemodel på tekstmateriale fra mindre forstyrrede patienter, hvorved man ville få et bedre indblik i metodens diagnostiske muligheder. F.eks. kunne det være en ide at undersøge, hvordan metoden fungerer overfor tidligt debuterende skizofrene patienter og hvordan den diskriminerer sammenlignet med f.eks. BSABS og TDI (se side 244) ?

Af ovenstående følger spørgsmålet om essens vs. eksistens: Afhandlingen er i høj grad essens-søgende (hvad er tankeforstyrrelsernes væsen ?), og det er oplagt at forskningsprojekter af enhver art må forholde sig til essens-spørgsmålet. Det synes dog uklart om denne essens-søgning bærer frugt og på hvilke områder. Dette kunne måske være relevant at inddrage et eksistens-synspunkt, hvilket ligger lige for med de mange illustrerende eksempler. Det forekommer mig at empirien på en lidt abrupt måde låses fast i analyse-modellen, hvorved materialet ikke får lov at folde sig ud i sin egen ret. Eksistenssynspunktet vil prioritere en udfoldelse af materialet og måske i mindre grad kategoriseringsbestræbelser, selvom der er langt fra tale om et enten-eller. Problemet ved den anvendte kategorisering synes desuden at være, at den kun i ringe grad relaterer sig til de klinisk forskningsfelter.

Psykoterapiens og skizofreniens sprog: Afhandlingen rummer mange implikationer for psykoterapi og emnet behandles eksplicit i sidste kapitel. Jeg synes dog at der er en principiel problemstilling som Rosenbaum ikke medreflekterer. Det drejer sig om sammenhængen mellem den skizofreniforme sygdomsproces' sprog- og meningsnedbrydende karakter og psykoterapiens anvendelse af det samme (sproglige) medium i en meningsskabende og –opbyggende proces. Dette er et paradoks, som vi dagligt møder i vores arbejde med psykotiske patienter, men problemstillingen er væsentlig at arbejde

videre med, idet den udgør et kerneproblem ved de psykologiske behandlingsmuligheder for de dårligste af vores patienter.

4. Vurdering

Lad mig slå fast med det samme, at bogen ikke er let læst. Den må have et meget højt lix-tal, der ikke blot skyldes mange fagtermer, men også Rosenbaum's forkærlighed for lange ord. Den virker ind imellem så begrebsmættet, at det er svært at holde de mange tråde ude fra hinanden. Selv i opsummerende og afrundende afsnit, hvor formålet må være at give læseren et bedre overblik f.eks. via gentagelser, introduceres i stedet nye begreber, hvilket jeg finder generende.

De sprogteoretiske afsnit kan virke noget fremmede, hvis man ikke er inde i dette felt på forhånd (hvilket gælder for undertegnede). Til gengæld er bogens historiske og teoretiske afsnit om tankeforstyrrelser (kap. 2) formidlet mere letløbende, ligesom de steder i afhandlingen, hvor Rosenbaum trækker på *Det er et bånd der taler*.

Selvom afhandlingens hypoteser og resultater er forsøgt præsenteret samlet, så dukker disse alligevel op løsrevet flere steder. F.eks. på side 243, hvor væsentlige resultater vedrørende det som jeg ovenstående har tolket som autistiske træk i materialet beskrives på bare 3 linier. Det virker lidt arbitrært, men først og fremmest giver Rosenbaum ikke sig selv lejlighed til at reflektere over disse centrale aspekter af sine resultater.

Set fra en mindre formalistisk synsvinkel er arbejdet stimulerende og inspirerende. På trods af ovenstående kritiske bemærkninger, drives man igennem bogen af nysgerrighed overfor emnet og de anlagte teoretiske perspektiver. En anden af bogens styrker er dens vedholdende insisteren på de psykologiske behandlingsmuligheder overfor skizofreni og relaterede sygdomme. Sprogteorien forekommer som nævnt vanskelig, men på den anden side er tematiseringen af *sprog, tænkning og skizofreni* så aktuelt og påtrængende, at den faglige nysgerrighed vinder over de frustrationer der kan være forbundet med læsningen.

Netop de tre nævnte områder (sprog, tænkning og skizofreni), knytter Rosenbaum's arbejde sammen med den amerikanske psykolog og professor Louis A. Sass', hvis inspirerende ideer kan læses i *Madness and Modernism* (8,9). Måske er netop begrebet modernistisk betegnende for Rosenbaum's arbejde, som jeg håber vil blive brugt som inspirationskilde af fagfolk.

5. Referencer

1. Rosenbaum, B., Sonne, H. (1979): *Det er et bånd der taler. Analyse af sprog og krop i psykosen*. Gyldendals Sprogbibliotek, København.
2. Andreasen, N.C. (1979a): Thought, Language, and Communication Disorders. I: Clinical Assessment, Definition of Terms, and Evaluation of Their Reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 36 (nov.): 1315-1321.
3. Andreasen, N.C. (1979b): Thought, Language, and Communication Disorders. II: Diagnostic Significance. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 36 (nov.): 1325-1330.
4. Johnston, M.H., Holzman, P.S. (1979): *Assessing Schizophrenic Thinking*. Jossey-Bass, San Francisco.
5. Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J., Linz, M. (1987): *Bonnskalaen til vurdering af basissymptomer*. Synthélabo, København 1995.
6. Parnas, J., Jansson, L., Sass, L.A., Handest, P. (1998): Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: A pilot study of first-admissions. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, vol. 6:97-106.
7. Rochester, S., Martin, J.R. (1979): *Crazy Talk: A Study of the Discourse of Schizophrenic Speakers*. Plenum Press, New York.
8. Sass, L.A. (1992): *Modernism and Madness. Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought*. Basic Books, New York.
9. Nielsen, J. (2000): Madness and Modernism – Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought: Introduktion til, anmeldelse og diskussion af L.A.Sass. *Agrippa* – vol. 20, nr. 1-2: 90-108.

MEDDELELSER

PSYKOANALYTISK DEBAT – 3 MØDER – EFTERÅRET 2000:

Primitive mind of state – en kleiniansk synsvinkel på psykoanalyse og samfund

Foredragsholder: David Bell

David Bell er uddannet som psykiater og psykoanalytiker i London og er medlem af British Psychoanalytical Society. Han har en privat psykoanalytisk praksis i London. Hans foredrag vil blive holdt på engelsk.

Tid og sted: Mandag den 4. september 2000, kl. 20.00, Københavns Universitet, Vor Frue Plads, Hovedbygningen, aud. 1.

Entre: Medlemmer af Psykoanalytisk Debat gratis, gæster 50 kr.

Drømmens beständighet 100 år efter Freuds drömydning

Foredragsholder: Anna Danielsson Berglund

Anna Danielsson Berglund er uddannet psykolog i Sverige, privat praktiserende psykoanalytiker og lektor ved universitetet. Hun er både medlem af Dansk Psykoanalytisk Selskab og den Svenska Psykoanalytiska Föreningen.

Tid og sted: Fredag den 6. oktober 2000, kl. 16.00, Københavns Universitet, Vor Frue Plads, Hovedbygningen, aud. 1.

Entre: Medlemmer af Psykoanalytisk Debat gratis, gæster 50 kr.

Drømmen – kongevejen til det ubevidste?

Foredragsholder: Judy Gammelgaard

Judy Gammelgaard er cand. psych. dr. phil., lektor på Københavns Universitet og medlem af Dansk psykoanalytisk Selskab.

Tid og sted: Fredag den 17. november, 2000, kl. 16.00, Københavns Universitet, Vor Frue Plads, Hovedbygningen, aud. 1.

Entre: Medlemmer af Psykoanalytisk Debat gratis, gæster 50 kr.

Institut for Gruppeanalyse, København – IGA

Den 3-årige UDDANNELSE I GRUPPEANALYTISK PSYKOTERAPI optager nye uddannelsessøgende januar 2001.

Ansøgningsfrist d. 15.9.00.

Yderligere oplysninger samt ansøgningskema får ved henvendelse på tlf. 4342 5065.

FORFATTERE

ALICE THEILGAARD, professor, dr.med., cand.psych., tidl. chefpsykolog, Rigshospitalets psykiatriske afd. København

CARSTEN RENÉ JØRGENSEN, klinisk psykolog, lektorvikar ved institut for psykologi, Aalborg Universitetscenter.

JAN NIELSEN, cand.psych., ph.d.-stipendiat. Hvidovre Hospitals psykiatriske afdeling.

STIG POULSEN, cand.psych., ph.d., adjunkt ved Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

MATILDE LAJER, overlæge, Psykoterapeutisk Klinik, Psykiatrisk Hospital, Aarhus.