

## REDAKSJONELT

Matrix har rimeligvis flest lesere i Danmark, selv om det også tidligere var noen få fra andre nordiske land som leste bladet. Etterat tidsskriftet ble nordisk har det vært en del økning av abonnenter fra Norge, mens det synes vanskeligere å vinne et brohode i Sverige. Vi ønsker oss imidlertid flere lesere i alle land, og vi ønsker flere manuskripter. Som medredaktør i Matrix er man derfor ofte på jakt etter nye lesere og etter kolleger som holder på med noe vi tror det er av interesse å få formidlet til andre. Av forskjellige grunner, bl.a. økonomiske, ble staben av redaktører noe redusert for en tid tilbake. Sverige er dårligst representert, men det arbeides aktivt med å få større utbredelse der og større tilfang på stoff. Eva Wold trakk seg tilbake for en stund siden, og det er hyggelig å ønske en ny norsk medarbeider velkommen. Hun er psykolog, heter Haldis Hjort, og har nettopp forsvart sin doktorgradsavhandling: »Ideer i norsk psykoterapi 1970-2000. En studie av utviklingen i psykoanalytisk og familieterapeutisk tradisjon og av psykoterapeuters teoretiske preferanser«. Hun har skrevet en god del om psykoterapeutiske (teoretiske og kliniske) emner, og vi håper etter hvert å kunne bringe en presentasjon av hennes doktorarbeid, som også vil kunne gi et innblikk i psykoterapien i Norge.

Med bakgrunn i at de fleste nordiske manuskripter har vært danske, er det hyggelig å bringe to artikler skrevet av norske fagfolk i dette nummeret. Begge er erfarne klinikere og gir hver på sin måte kreative bidrag utfra sin kliniske hverdag. Systematiske observasjoner fra gruppe- og individualbehandling blir beskrevet og belyst ved å trekke inn klinisk teori og andres behandlingserfaringer. Else Margrethe Berg er psykiater og arbeider ved Helsestjenesten, Universitetet i Oslo. Hun tar utgangspunkt i rammene omkring en gruppe, den

gruppeanalytiske situasjon (setting). Utfra kliniske eksempler fra en gruppe som motsetter seg å reflektere over »boundary issues«, diskuterer hun gruppeanalytikers dobbelte rolle som terapeut og dynamisk administrator. Hun trekker også inn Winnicots begreper om »lek« og »et potensielt rum«, og beskriver hvordan en gruppe gradvis endrer seg fra å ville diskutere »sak«, til å reflektere over underliggende, følelsesladete temaer.

Maria S. Gjems-Onstad er privatpraktiserende psykolog. I sin artikkel: »Uklan-derligheten klinisk fenomen. Narsisistisk problematikk sett hos pasient med psykosomatiske symptomer« beskriver hun en pasient i individualterapi som er hypersensitiv for kritikk, og som tilstreber å framtre på en uklanderlig måte, bl.a som forsvar mot opplevelsen av et dårlig, skambelastet selvilde. Hun beskriver også kort »Jenny« i Sigrid Undsets sentrale roman av samme navn, som har lignende problemer, og presenterer ulike teoretiske bidrag som gir flere interessante innfallsporter til forståelse av kliniske fenomener, bl. a. fibro-myalgi.

I tillegg til disse kliniske arbeidene bringer vi to mer teoretiske, forskningspre-ge artikkeler av to flittige bidragsytere til Matrix:

Stig Poulsen har tidligere gjort rede for kategoriseringen av terapeutiske fak-torer i gruppeterapi, og tar nå for seg en rekke forsøk på å undersøke disse kategorisystemer empirisk. Han går spesielt inn på de forhold som gjelder for korttidsgrupper.

Carsten René Jørgensen beskrev i forrige nummer av Matrix en rekke meto-der til håndtering av terapeutfaktorene i den empiriske effektforskningen. I en tankevekkende artikkel (fortsatt om effektforskning) trekker han inn Aristote-les sine tre intellektuelle dyder: techné (tekniske og håndverksmessige fer-digheter), epistémé (menneskets teoretiske viten) og phronesis (dømmekraf-ten). Han fremhever flere svakheter ved de randomiserte kliniske forsøk og bruk av manualer som skal følges i utførelsen av psykoterapi, og mener tech-

né får for stor plass til fortregning for phronesis. Artikkelen er et fint innlegg både i debatten om metode i psykoterapiforskning, og om hvordan klinisk praksis kan bli mer »evidensbasert«.

Vi bringer også en artikkel av Kjøppe og Bisted om »Muskel og psyke«. Artiklen former seg som et oppgør med den såkaldte maskintrøning og et forsvar for en mere holistisk tilgang til diffuse smertetilstande; herunder beskrives forskjellige kognitive teknikker, som kan styrke patienten i forståelsen af smertetilstanden.

Til sist presenterer vi tre bokanmeldelser: Den ene dreier seg om en svensk bok om familierapi, sett i et interaksjonistisk perspektiv. Den andre er dansk og tar for seg nyere synspunkter på teorien bak psykoanalytisk psykoterapi. Den siste er norsk (oversatt til dansk) og handler om relasjoner i teamarbeidet, sett i et psykodynamisk perspektiv.

*Steinar Lorentzen*

## **FORFATTERLISTE**

*ELSE MARGRETHE BERG*, psykiater, overlege, Psykiatrisk/psykologisk sektion, Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo.

*MARIA S. GJEMS-ONSTAD*, psykolog, specialist, privatpraktiserende, Oslo.

*STIG POULSEN*, cand.psych., ph.d., adjunkt ved Institut for Psykologi, København.

*CARSTEN RENÉ JØRGENSEN*, cand.psych. lektor i klinisk psykologi ved Institut for Psykologi, Aalborg Universitet.

*ANNE KØPPE*, cand.psych., privatpraktiserende, København

*BIRGITTE BISTED*, cand.psych., privatpraktiserende, København.

*HANNE LARSSON*, cand.psych., leder Familiecentret, Fakse, Rønnede, Stevns.

*RANDI LUGGIN*, overlæge, Sct. Hans Hospital, afd. U, Roskilde.

*HANS HENRIK HOFF*, overlæge, Sygehus Fyn, Middelfart, Psykiatrisk afd.

## **MEDDELELSE**

*European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the public sector.*

EFPP barn och ungdomssektionen afholder sin 4:de konferens i Caen, Frankrike **28 - 30 september 2001.**

**Tema:** The psychotic Child and Adolescent and their Family.

**Ytterligere information:** Congress Secretariat. BCA, Tel: +3 1 41 06 67 70, Fax: +33 1 41 06 67 79. Email: [b-c-a@worldnet.fr] – www.b-c-a.fr

# ETABLERINGEN AV ET TERAPEUTISK ROM

## – Om rammer, lek og dynamisk administrering

Matrix 2000/01; 17; 4, s. 377-398

Else Margrethe Berg

*Artikkelen beskriver en del hendelser som fant sted rundt rammene (terapirommets innredning, tidsrammer, betaling) i en gruppeanalytisk gruppe. Terapeuten oppfattet at disse hendelsene hadde dynamiske og symbolske aspekter. Gruppedeltagerne avviste imidlertid lenge å reflektere over om disse hendelsene hadde noen "betydning" utover det konkrete. Med disse kliniske eksemplene som utgangspunkt drøftes forholdet mellom tolkning og dynamisk administrering i gruppeanalysen. Winnicott og hans begrep "playing" trekkes også inn for å forstå disse fenomenene.*

Psychotherapy has to do with two people playing together. The corollary of this is that where playing is not possible then the work done by the therapist is directed towards bringing the patient from a state of not being able to play into a state of being able to play.

*Winnicott*

### 1. Innledning

Vi bruker ordet «rammer» når vi snakker om de administrative og fysiske forhold rundt terapien. Ordet skaper i seg selv assosiasjoner om et rom, noe terapien er «innenfor», assosiasjoner til noe som holder (om noe). Det terapeutiske rommet er et fysisk rom, men også et psykologisk rom, et rom for nye erfaringer og for mulighet til endring og vekst.

Jeg vil i denne artikkelen beskrive klinisk materiale fra en gruppeanalytisk terapigruppe der rammene ved flere anledninger ble utfordret. Som terapeut opplevde jeg nesten alltid disse situasjonene som emosjonelt ladete og betydningsfulle. Det overrasket meg imidlertid at det syntes som det ved disse anledningene var umulig å få til en refleksjon hos gruppemedlemmene rundt hva disse hendelsene kunne bety på et emosjonelt eller symbolsk plan. I stedet virket det som mine forsiktige tolkninger og forsøk på undring ble aktivt avvist.

De beskrevne episodene er alle fra det første året etter at gruppen var etablert. De er valgt fordi de for meg står fram som særlig betydningsfulle ved at temaene strakte seg over flere gruppemøter eller i særlig grad engasjerte gruppen.

Alle dreier seg om utfordring eller utforskning av rammene for gruppeterapien, og alle innebar en betydelig grad av interaksjon mellom gruppemedlemmene og terapeuten.

Et gruppemedlem var særlig aktiv i disse episodene, men temaene engasjerte hele gruppen og både aktivitetene og avvismingen av refleksjon hadde gruppekarakter.

Et halvt år senere kunne imidlertid disse hendelsene snakkes om i gruppen. Det var da blitt rom for å tolke og å se på både følelsesmessige og symbolske aspekter. Noe hadde åpenbart forandret seg.

Før jeg beskriver det kliniske materialet mer utfyllende, vil jeg kort referere relevant teori rundt dynamisk administrering og tolkningen/bevisstgjøringens plass innenfor gruppeanalysen. Jeg vil også trekke inn Winnicotts begreper 'transitional space' og 'playing'. Etter beskrivelsen av det kliniske materialet vil dette bli drøftet i lys av de teoretiske aspektene.

## 2. Teori

### 2.1 Dynamisk administrering

Foulkes var opptatt av rammene for gruppeterapien og terapeutens rolle som administrator av disse rammene. Det er den *spesielle funksjonen* gruppeterapeuten har og som ikke kan overtas av gruppemedlemmene.

Rammefaktorene er f.eks. utvelgelse av medlemmer til gruppen, det fysiske rommet der gruppen møtes, varighet og frekvens av sesjoner og betaling. Gruppeterapeuten administrerer dette, men Foulkes begrep *dynamisk administrering* fokuserer på at all handling i disse områdene har en dynamisk betydning som terapeuten må være oppmerksom på.

Foulkes ((1), p.107) påpeker hvilken basal funksjon den dynamiske administrering har for å skape det han kaller «en gruppe-analytisk situasjon»: «Jeg er grunnleggende overbevist om at den situasjonen som slik dynamisk dannes og opprettholdes (og gjenskapes igjen og igjen) bestemmer psykoterapiens karakter og at alle nødvendige delprosesser i terapien finner sted. Den gruppe-analytiske terapeuten er fullstendig klar over dette. Han vet at svært mange terapeutiske og anti-terapeutiske faktorer avhenger av den kulturen han skaper og i måten han gjøre dette på.»

Harold Behr (2) peker på terapeutens spesielle rolle i å skape og opprettholde gruppens rammer: «Rammene: Dette er et dynamisk begrep som refererer til de fysiske, omgivelsesmessige representasjoner av gruppen-som-helhet. Rammene er sentrale i gruppe-analyse, fordi de sørger for figur-grunnkonstellasjonen mot hvilken interpersonlige og intrapsykiske prosesser får betydning for gruppemedlemmene.»

Han peker her på at de fysiske rammefaktorene er *representasjoner* av «group-as-a whole» og som sådan har dynamisk betydning.

Terapeuten sørger altså for de ytre rammene og setter noen viktige regler. Dette er imidlertid ikke noe som er gjort en gang for alle. Rammene og situa-

sjonen vil stadig utfordres og må re-etableres. Dette må håndteres av terapeuten.

*Måten* dette gjøres på har en særlig betydning for utviklingen av den terapeutiske kulturen. Foulkes sier f.eks ((3), p.70): «Han (d.e. terapeuten) skal i det hele være oppmerksom på at det ikke er så viktig hva man sier som hva man gjør. Han må etablere denne situasjonen og opprettholde den først og fremst via sin håndtering av den, dernest via sine instruksjoner.»

## **2.2 Tolkningens og bevisstgjøringens plass i gruppeanalysen.**

Foulkes ((1), p.129) beskriver (gruppe)analysen som *hele prosessen*; både å skape og opprettholde «den gruppe-analytiske situasjon» og det han kaller å *oversette* kommunikasjon til mer bevisst og verbal form.

Foulkes introduserte «matrix»-begrepet, som omhandler hvordan hver enkelts gruppemedlems ubevisste «indre» psykiske liv gjennomtrenger gruppen via «et fortrolig kommunikasjons-nettverk som gradvis vokser til en organ-lignende matrix som alle prosesser foregår innenfor.»

Han fremholder, at de tre begrepene «oversettelse», «gruppens mentale matrix» og «kommunikasjon» er nært knyttet til hverandre (4). Kommunikasjon kan være bevisst eller ubevisst, verbal eller nonverbal.

Foulkes ide om gruppe-analyse er at det er « Terapi av individet i gruppen ved gruppen». Dette innebærer at terapeuten har en særlig rolle i forhold til å skape og opprettholde settingen og her er svært aktiv, men mer som et vanlig gruppemedlem i gruppen og derved mindre aktiv.

Harold Behr (5) peker i den forbindelse på at terapeuten intervenserer i hovedsak: «For å gjøre gruppen til et trygt sted, hvor det er mulig å snakke, tenke, være stille, gråte, lytte, le, fantasere, være dum, lekende, absurd, visjonær, sint. Kort sagt: Hengi seg til enhver form for kommunikasjon som ikke tidligere har vært mulig og oppleve symptomlindring og ny innsikt.»

Ilgjen er det kommunikasjonsaspektet i vid forstand som er et viktig terapeutisk fokus i gruppen. At dette vektlegges henger nøye sammen med tankegangen om matrix.



Det at det ubevisste blir bevisst innebærer ikke nødvendigvis tolkning eller verbalisering i den gruppeanalytiske modellen. Som Foulkes uttrykker det ((1), p.113): «Tolk bare for å forbedre og fordype kommunikasjonen».

Terapeuten skal gå fra manifest til latent, til underliggende mening, men sjelden via tolkning. Ofte kan det skje via spørsmål, introdusere et tema, trekke linjer mellom ulike tema osv.

Via det som spiller seg ut i gruppen og f.eks. opplevelser av likhet og forskjell kan gruppemedlemmene bli oppmerksomme på (aware of) disse ubevisste prosessene. Det virker som Foulkes på mange måter likestiller «aware of» med verbalisering i forhold til potensiale for endring (som jo er det terapeutiske målet).

«Tolkning kommer inn der analysen svikter. Analyse i denne forstand er etableringen av mer og mer spesifikk mening via pasientenes egen utforskning.» ((1), p.117)

Foulkes legger stadig vekt på at det viktige er at gruppeprosessen og kommunikasjonen (og ikke bare den verbale, sml. sitatet fra Harold Behr) skal få utfolde seg, og at gruppedeltagernes egen utforskning (som går på mange ulike nivåer) skal ha forrang framfor terapeut-tolkninger. Det kan av og til likevel være riktig av terapeuten å komme med tolkninger når gruppen står fast, men er «svært nær ved å forstå noe».

Et unntak er overføringstolkninger på terapeuten som oftest må gis av ham. Først må da terapeuten få gruppen oppmerksom på hva som skjer, deretter hvorfor.

Han advarer imidlertid mot «plunging interpretations», og nevner spesielt premature overføringstolkninger.

Oppsummeringsvis oppfatter jeg det Foulkes sier som at han legger vekt på utviklingen av fri kommunikasjon i gruppen og dermed utvikling av matrix, med mulighet for ny erfaring og endring. Den analytiske prosess innebærer også en gradvis bevegelse mot å bli oppmerksom på og bevisst ubevisste blokkeringer og prosesser.

Gruppeprosessen er viktig, og at gruppedeltagerne selv gradvis «oversetter» og opplever.

Tolkninger er bare en liten del av hele denne prosessen.

Louis Zinkin (6) peker på at «grupeanalysens ethos er dialogisk» og at gruppeanalytisk tenking innebærer en holdning om at «sannheten» fødes *mellom* mennesker i dialogisk interaksjon. Han stiller dette i motsetning til Bion-inspirert gruppeterapi der terapeutens tolkninger om «basic assumptions» kommer fra «autoritetens sikre posisjon». Om dialog sier han ((6), p.351): «Det som sies i dialog, sies i forventningen om en respons. Det er alltid ufullstendig. Det forutsetter en adressat, en som føler seg snakket til og hvis respons legger noe til det som er sagt.»

Malcolm Pines (7) er også opptatt av at gruppeanalysen er basert på «dialogisk utveksling» og derfor har betydelige muligheter for å korrigere og reparere selvutvikling som har stoppet opp. Gruppeanalysens modell og metode passer inn i kunnskap som er ervervet via nyere spedbarnsforskning om hvordan selvet utvikler seg i et tidlig interaksjons/erfaringsfelt mellom barn og mor. Et element i den dialogiske utvekslingen i gruppen er terapeutens tolkninger. Det vil si at han formidler relevante aspekter av hva han tror skjer i terapisisituasjonen. Pines har en tankevekkende måte å se dette på ((7), p.336): «For meg framstår terapeutens tolkninger som innføringen (the insertion) av ham eller henne selv via dialog inn i den andres mentale liv, enten det gjelder individ eller gruppe.»

Han peker også på at terapisisituasjonen innebærer at en person snakker om sine private, intime forhold til en profesjonell, en offentlig figur. Det er naturlig at pasientens skamfølelse vekkes i en slik situasjon. «Å skamme seg er å bli avslørt foran seg selv eller foran andre, upassende, plutselig, smertefullt.» ((7), p.340)

Han er opptatt av å minimalisere denne skammen (via takt bl.a.), og peker på at *tillit* er grunnleggende for at en vekstfremmende dialog skal utvikle seg.

«Korrekte tolkninger er ikke nødvendigvis gode tolkninger. De kan oppleves

som angrep og ydmykelses. Sannheten er ikke objektiv og upartisk: Den er alltid personlig. Det er bare i utviklingen av personlige relasjoner preget av tillit at folk kan nå fram til og uttrykke sin sannhet, bare da vil ordene kunne åpenbare mer enn de skjuler.»((7), p.341)

### **2.3 Transitional (potential) space og playing**

Det er likhetspunkter mellom Foulkes' matrixbegrep og Winnicotts «transitional space», som Colin James (8) påpeker. Både Foulkes og Winnicott gjør et forsøk på å begrepsfeste området mellom individ og omgivelser, forholdet mellom indre realitet og ytre, sosialt liv.

På meg virker denne sammenligningen relevant og konstruktiv. Det er lett å assosiere Foulkes' ide om individet som knutepunkt i matrix til Winnicotts mye siterte spissformulering; «there is no such thing as an infant».

Winnicott introduserte begrepet potential (transitional) space og det nært forbundne playing( lek).

Med Winnicotts egne ord (sitert etter Ogden (9)): «Lek, kreativitet, overgangsfenomener, psykoterapi, og 'kulturelle' opplevelser (trykket ligger på opplevelser) foregår alle et sted. Det stedet, 'potential space', er ikke innvendig. Det er heller ikke utvendig, det vil si, det er ikke del av den atskilte verden, 'det-som-ikke-er-meg', det som individet har bestemt seg for å erkjenne (evt. med vanskelighet eller smerte) som faktisk ytre, det som er utenfor magisk kontroll.

Potential space er et mellom-område for opplevelser, et område som ligger mellom a) den indre verden, indre psykisk realitet og b) ekstern realitet. Det ligger mellom det subjektive objekt og objektet oppfattet objektivt, mellom meg-utvidelser og ikke-meg.»

«Playing» foregår i dette potential space. Playing er også et begrep som forsøker å gripe noe tvetydig/paradoksalt. I leken beveger man seg i skjæringspunktet mellom fantasi og realitet og avstår fra å klargjøre denne grensen. Winnicott ((10), p.50) uttrykker det slik: «(...) Lek er en opplevelse, alltid en

kreativ opplevelse, og det er en opplevelse i rom-tid kontinuum, en basal måte å leve på.

Lekens usikkerhet ligger i det faktum at den alltid er på den teoretiske linjen mellom det subjektive og det som objektivt oppfattes.»

Han beskriver ((10), p.47) lekens plass i barnets psykologiske utvikling og de ulike stadier av lek, der det samtidig er en bevegelse til større toleranse for mor som-en-annen. Tredje stadium er «å være alene i en annens nærvær» og det fjerde er «å tillate og å glede seg over to lekeområder som overlapper». Han bemerker at når mor introduserer sine egne elementer i leken, oppdager hun at «småbarn varierer i sin kapasitet til å like eller mislike at ideer som ikke er deres egne introduseres i leken.»

I alle fall når det gjelder barn bruker Winnicott ((10), p.47) uttrykket «play in the relationship of trust» som kan oversettes med 'leke innenfor tillitsforholdet'. Russell Meares ((11), p.39) sier: «Lek foregår i et område der det verken er indre eller ytre og der indre og ytre realitet eksisterer på samme tid. Den kan imidlertid ikke fortsette hvis barnet føler at han eller hun er alene.

(...) Opplevelsen av den andre som selvobjekt, som Kohut kalte det, er nødvendig både for at leken skal komme i gang og for at den skal opprettholdes (...) Det er ikke nok at mor bare er til stede for at leken skal fortsette. Hun må være oppmerksom og svare på utspill, samtidig må hun ikke være fremtredende eller påtrengende (...).» Han diskuterer så ulike teoretikers ståsted i forhold til om selvobjekt er en psykologisk funksjon (Stolorow) eller en person (Goldberg). Han gir begge rett og sier: «Det er nødvendig, i alle fall når det gjelder lek, at den andre er både virkelig og illusorisk på samme tid.»

Lek i denne forstand har også en plass hos voksne og i forholdet mellom terapeut og pasient. Winnicott sier f.eks ((10), p.40) «Jeg formoder at vi må regne med å finne lek like fremtredende i analyse av voksne som vi finner det i vårt arbeide med barn. Den viser seg for eksempel i ordvalg, stemmebruk og ikke minst i humor.» Og senere ((10), p.50): «Det hjelper oss å forstå vårt arbeide (d.e. i terapi) hvis vi vet at basis for hva vi gjør er at pasienten leker, en krea-

tiv erfaring som tar opp rom og tid og som er intenst virkelig for pasienten.» Det kan være verdt å ta med hva han sier om tolkning i denne forbindelse ((10), p.51):

«Tolkning når pasienten ikke har evne til å leke er ikke til hjelp, og kan føre til forvirring. Når det derimot foregår en gjensidig lek, kan tolkning etter aksepterte psykoanalytiske prinsipper bringe det terapeutiske arbeid fremover. *Denne leken må være spontan og ikke føyelig eller ettergivende*, hvis man skal få utført psykoterapi.» (Winnicotts bruk av kursiv).

Thomas Ogden ((9), p.129) peker på at «Selv om 'potential space' oppstår i et (potensielt) fysisk og mentalt rom mellom mor og barn, blir det senere mulig i løpet av normal utvikling for både barn og voksne å utvikle sin egen evne til å generere 'potential space'. Denne evnen utgjør et organisert og organiserende sett av psykologiske aktiviteter som opererer på en bestemt måte.»

Ogdens prosjekt er å utforske om begrepet *dialektisk prosess* kan brukes for å forstå den type psykologisk aktivitet som fører til potential space.

Han sier videre: «Etableringen av den psykologiske dialektiske prosess skaper betingelser for at opplevelser kan tilskrives mening som kan forstås, i motsetning til bare å danne et mønster av fakta som det skal handles på (...) Rommet mellom symbolet og det symboliserte, forbundet av et tolkende selv, er rommet hvor kreativitet blir mulig. Det er rommet hvor vi er levende som menneskelige vesener, i motsetning til å være bare enkle refleks-styrte reagerende vesener. Dette er Winnicotts potential space.

(...) Hvis distinksjonen mellom symbol og det symboliserte bryter sammen, blir det ikke noe rom hvor man kan 'entertain ideas and feelings'.»

Winnicotts ideer har også vært brukt av teoretikere som har skrevet om grupper og gruppeterapi. Ashbach og Schermer ((12), pp. 209-211) henviser til Winnicotts begrep om transitional space og transitional object og beskriver at på samme måte som transitional object er en illusjon i området mellom mor og barn, skapes «group-*qua*-group» som en tilsvarende illusjon mellom gruppe-medlemmene og mellom gruppemedlemmene og gruppeleder. «På samme måte som transitional object for Winnicott måtte ha en bestandighet

utover barnets unnfangelse av det, må gruppen være semi-uavhengig av de individer som er gruppens opphavsmenn.»

Denne skapelsen av group-qua -group (eller group-as- whole som Foulkes ville kalt det) som potential space eller transitional object (de kaller det begge deler), denne skapelsesprosessen skjer via «the play-like activity of group-interaction»

### **3. Klinisk materiale**

Det følgende er episoder fra det første året etter etableringen av en gruppeanalytisk gruppe. Gruppen besto av både menn og kvinner, de fleste studenter i 20 årsalderen. Episodene beskrives i kronologisk rekkefølge. Utspillene rundt stolene og andre «velferdsspørsmål» kom med jevne mellomrom de første 3 mnd etter at gruppen var etablert. «Kampen om tiden» som beskrives deretter, foregikk etter 4-5 mnd, og forhandlingene rundt betaling fant sted etter ca 10 mnd.

#### **3.1. Stolene; (Avklaring av ansvar, spørsmål om mulighet for ivaretagelse?)**

Gruppen holdt til i lokalene til Institutt for Gruppeanalyser. Noen av stolene der var ganske ustødige. Dette ble påpekt av et gruppemedlem (Astrid) på en nokså pågående måte og også med et spørsmål om hvem som hadde ansvaret for dette.

Jeg valgte å møte dette ved delvis å være enig med henne i at det var ubehagelig å sitte på vakleворne stoler, dels ved å si at jeg skulle melde fra til Instituttet om det, dels ved å sjekke stolene og bruke de minst vaklete.

Med hensyn til ansvarsforholdene tok jeg altså delvis ansvar for å formidle til utleier at noe måtte gjøres med stolene, delvis et ansvar for å gjøre det beste ut av det materiellet vi hadde i påvente av en endring. Det vil si at jeg møtte disse utspill på helt konkret og hverdagslig plan. Jeg tenkte likevel at disse utspillene hadde en symbolsk undertone rundt utrygghet, ansvar og

behov for ivaretagelse. Jeg mente også å merke at det var en underliggende emosjonalitet hos Astrid og resten av gruppen knyttet til disse temaene (angst?, sinne?). Jeg gjorde flere forsøk på å tolke disse utspillene rundt stolene i slike baner, delvis via å si hva jeg tenkte kunne være underliggende temaer, delvis ved å spørre etter Astrid og andre i gruppens refleksjoner og tanker rundt hva dette kunne bety. Det var imidlertid ingen klangbunn i gruppen på det tidspunktet til å reflektere eller kjenne på disse tingene. Mine utspill ble enten møtt med manglende interesse og overhørt, eller mer aktivt avvist ved oppgitte sukk eller verbal avvisning av at dette skulle «bety» noesomhelst annet enn at stolene var ustødige, og det var det!

Diskusjonene forble konkrete.

Astrid fortsatte med å henvende seg til meg på gruppens vegne angående velferdsspørsmål. Det kunne gjelde at hun meldte fra at det snart var tomt for toalettpapir på do eller at Kleenexrullen var borte.

Jeg besvarte også disse henvendelsene konkret og alminnelig. Jeg skaffet det som manglet eller meldte fra til Instituttet. Jeg støttet også direkte verbalt rimeligheten i disse kravene, ofte via litt «small-talk».

Forsøk fra min side på å generalisere, snakke om usikkerhet mht. ivaretagelse, knytte det til hendelser i gruppen eller få fram ønsker eller irritasjon og tvil i forhold til meg i forbindelse med dette, førte fortsatt ikke fram.

Jeg påpekte også Astrids rolle som talerør eller omsorgsperson for gruppen i disse spørsmål. Det ble på det tidspunktet mer som en kommentar. Heller ikke dette fenomenet var det foreløpig rom for å utforske.

Jeg følte at hennes henvendelser til meg hadde et litt strengt preg, men elementet av irettesettelse kjentes ikke stort. Mest var det en henvendelse, en utprøving mht: Vil terapeuten ta dette ansvaret (eller må jeg – Astrid – fortsette å ordne opp.) Jeg registrerte en tilfredshet hos henne og i gruppen når jeg på alminnelig vis vedkjente meg ansvaret eller i alle fall var budbringer i forhold til utleier.

Når det gjaldt stolene, ytret også de andre i gruppen seg ivrig etter hvert. Det var en stund da gruppemøtene begynte med at alle kjente på stødighe-

ten av stolene og vi snakket litt om det, og hvilke svar jeg mon hadde fått fra Instituttet i denne saken.

Så var ansvaret for velferden eller de fysiske rammene plassert. De var nok plassert delvis hos meg og delvis hos «Instituttet», men der min funksjon ble som budbringer (mye som Astrids funksjon i gruppen).

### **3.2 Tiden; (Hva risikerer man ved å gjøre opprør, kjempe om makten? Hvor sterk er jeg, hvor sterk er du?)**

Neste fase rundt rammespørsmålene var «kampen om tiden». Astrid begynte å stille spørsmål ved om klokken var 18 når jeg sa den var 18 (og gruppen skulle slutte). Hun henviste til egen klokke der det var 3 min igjen. En annen (Olav) i gruppen var mest enig med henne, på hans klokke var det 2 min igjen. Jeg fastholdt at vi sluttet og at klokken var 18 (eller som jeg sa – litt humoristisk – at et av privilegiene ved å være terapeut – var at jeg kunne bestemme at klokken var 18 når den var 18.)

Dette var et tilbakevendende tema på slutten av gruppemøtene, som oftest anført av Astrid. Tonen var litt lekende og humoristisk, men med en klar kampånd under.

Jeg må nevne at jeg sjekket min egen klokke i forhold til Dagsrevyen og fant at den VAR rett! (det er dette med den ytre virkeligheten). Det sa jeg ikke i gruppen, men holdt fast ved å avslutte gruppen etter min klokke.

Denne kampen var på et vis slitsom, men også morsom og benign. Likevel syntes jeg at jeg fornemmet sterke krefter under. Gruppen engasjerte seg i temaet, og støttet opp under Astrids «opprør». Jeg gjorde igjen forsøk på å invitere gruppen til å tenke omkring det som skjedde, utforske dette opprøret, følelser i forhold til meg, parallell til andre situasjoner osv. Igjen opplevde jeg at gruppen reagerte med manglende interesse eller aktiv avvisning av dette aspektet Det var og ble en konkret diskusjon om klokken var 18 eller 17.57. Humor kan som kjent tjene til å regulere affekt. Men den innebærer også (eller uttrykker) en stemning av noe bevegelig, noe tvetydig; At dette er en kamp om hvem sin klokke som viser riktig tid, men at det samtidig er noe annet. Det



nærmer seg mulighet for symbolisering. Samtidig ga dette en konkret erfaring i nappetak mellom terapeut og gruppemedlemmer; Hvordan kjennes det, hva skjer, hva risikerer man?

### **3.3. Penger; (Forhandlinger)**

Det neste stridstemaet mellom gruppen og meg hadde mer karakter av forhandlinger og kompromisser. Det dreide seg også om et rammespørsmål, nemlig betaling. Igjen var det Astrid som ledet an overfor meg, men godt sekundert av innspill og støtte fra de andre.

Jeg hadde informert om at man dersom man tok ferie i juli og august (også i perioder hvor gruppen hadde møter), ville slippe å betale for inntil 4 møter. Dette var en modifikasjon av hovedregelen om at gruppemedlemmene skulle betale selv om de var borte fra møter. Det viste seg imidlertid at et gruppemedlem (Marit) som jobbet som pleiemedhjelpervikar, måtte jobbe hele sommeren og først fikk ta ut sin ferie i september. Marit spurte meg i gruppen om hun da måtte betale for sitt «feriefravær» fra gruppen i september. Jeg bekreftet dette. Astrid rykker da ut og startet en diskusjon med meg fordi hun fant mitt standpunkt urimelig. Denne diskusjonen engasjerte alle og foregikk store deler av gruppemøtet. De hadde mange gode argumenter, var ivrige og pågående. Jeg prøver å lytte og tenke over mitt eget vedtak. Det endte med at jeg lot meg overbevise av argumentene og sa at Marit kunne slippe å betale.

I denne diskusjonen fastholdt jeg visse rammer og regler, men viste meg «tilsnakkelig» og mulig å forhandle med. Jeg hadde inntrykk av at dette ble opplevd som godt av gruppen.

### **3.4. Individ og gruppe. Delegatfunksjon.**

I alle disse eksemplene hadde Astrid en sentral funksjon. Hennes innspill ble imidlertid backet opp av andre gruppemedlemmer på en måte som ga meg et tydelig inntrykk av at hun i disse spørsmålene også var en delegat og et talerør for gruppen. De temaene som var sentrale for Astrid, var også sentrale for gruppen som helhet.

Hvorfor ble det akkurat Astrid som fikk denne posisjonen?

### **3.5. Litt om Astrid:**

Astrid var 25 år. Hun vokste opp under vanskelige forhold som eldst av tre søsken. Far var voldelig og uberegnelig. Mor var mye syk, og Astrid var den som tok seg av sine yngre søsken. Dette var en oppgave hun fortsatte med i voksen alder. Astrid var den sterke, den som tok vare på de andre.

Hun søkte terapi fordi hun følte at «noe var stoppet opp innvendig», og at hun dessuten i sosiale situasjoner kunne få plutselig ubehag og angst uten at hun kunne identifisere hva som utløste denne angsten.

Hun var et skattet gruppelem. Hun var oppmerksom og interessert i andres situasjon, kom med gode og kloke kommentarer. Hun kom imidlertid i mindre grad med ting fra sitt eget liv.

Det er nærliggende å tenke at hennes bakgrunn med ustabilitet og voldelige overgrep gjorde spørsmålet om rammer spesielt emosjonelt og symbolsk betydningsfullt. Hun var dessuten vant med å ta hjelper-rollen, vant til å være sensitiv for og målbære andres behov. I spørsmålene rundt rammene møttes kanskje disse momentene. Hun kunne «på andres vegne» arbeide med temaer som for henne var emosjonelt helt sentrale. Av gruppens reaksjoner fikk hun tilbakemelding på at dette ikke bare var hennes prosjekt. Jeg vil tro at det ikke hadde vært mulig for henne å arbeide så intensivt med dette på egne vegne.

### **3.5. Forandringen;**

Jeg har beskrevet hvordan det ikke var rom for å reflektere eller utforske følelser og symbolverdi i disse «rammehendelsene» på det tidspunktet de fant sted. Senere ble det imidlertid mulig.

Etter ett og et halvt år bestemte Astrid seg overraskende for å slutte i gruppen. Jeg forsøkte da å forstå og formidle til henne min tolkning av hennes situasjon slik den hadde vært i gruppen. Jeg minnet bl.a. om noen av disse episodene jeg har nevnt her, og tolket dem i forhold til hennes usikkerhet og utprøving i forhold til meg, om det var noe å hente, om jeg var en hun kunne stole på, et savn og et ønske om å ha noen å lene seg mot, en som kunne ta ansvar og ordne opp. Denne gangen reagerte hun umiddelbart ved å formid-

le både nonverbalt og verbalt at hun følte seg forstått. Hun sukket dypt, begynte å gråte og sa at hun kunne kjenne hvor mye hun savnet at en annen kunne ta ansvar. Det kom en rekke av minner fra barndommen rundt disse tingene og mye følelser. Hun kunne nå også kjenne og formidle til meg hvor sint hun var på meg som hun opplevde tok for lite ansvar mellom gruppemøtene, bl.a. i forhold til en mulig suicidal kvinne i gruppen. Nå var det altså mulig for henne å *kjenne* disse følelsene av savn og sinne og å *sette ord på dem*, samt knytte forbindelsen mellom da og nå. Det som ikke hadde vært mulig noen mnd før, var nå blitt mulig.

Hun sa også til meg (med mye følelser i stemmen); «Hvordan skulle det gå hvis jeg tok ut alt mitt sinne til far på deg?». Og litt senere, ettertenksom, mildere; «Jeg tror det ville være annerledes fordi du møter meg annerledes enn ham». (Markering av overføring, mulighet for å reflektere, og et «flytende» terapeutisk område mellom da og nå, mellom fantasi og realitet).

#### **4. Drøfting av det kliniske materialet**

I begynnelsesfasen av all terapi står spørsmålet om tillit sentralt, mer brennende jo dårligere struktur pasienten har eller jo dårligere erfaringer han har med sine tidlige omsorgspersoner. I en nyetablert gruppe er det derfor mye usikkerhet og utrygghet i matrix. Jeg har beskrevet hvordan det i den første perioden i min gruppe kom en del utspill rundt vakleворne stoler og manglende papir for tårer og andre utsondringer. Etter min mening var disse utspillene på et underliggende nivå også spørsmål om mulighet for ivaretagelse: Vil jeg (vi) bli ivaretatt her? Er det trygt nok? Bryr terapeuten seg? Tar terapeuten ansvar? Det var utspill i forhold til om det var trygt å gi litt slipp på kontroll, knytte seg til. På et ubevisst plan dreide det seg om utforskning av muligheten for å etablere en relasjon som også innebærer asymmetri, og som minner om tidligere avhengighetssituasjoner, (der forholdet til de tidlige omsorgspersonene er særlig sentralt).

Disse spørsmålene kunne ikke stilles direkte av gruppedeltagerne og kunne heller ikke besvares direkte. Tillit og tilhørighet måtte utvikles, ikke proklameres. I stedet kom disse spørsmålene og interaksjonen rundt rammefaktorer som hadde med velferd å gjøre.

Gruppen var i sin innledende, formative fase. I denne fasen var Astrid tale- ror for gruppen så vel som for seg selv.

Tolkninger fra min side ble avvist. Det ble også mine forsøk på å få gruppen til å «tenke om» disse utspillene, tenke over hva de også kunne «bety».

Dette kan forstås på mange måter. Delvis hadde det vel sammenheng med at Astrid (og gruppen ) ennå ikke var klar for å åpne opp, situasjonen opplev- des ikke som trygg nok. Som referert tidligere, legger f.eks. Malcolm Pines og Winnicott begge vekt på at tillit og å stole på er viktige forutsetninger for at «ordene vil kunne åpenbare mer enn de skjuler» (M.Pines) eller at «lek» i Winnicotts forstand skal være mulig.

Delvis kan tolkninger i dette stadiet ses på som invadering. Jeg syns Malcolm Pines formulering om at «terapeutens tolkninger er innføringen av ham eller henne selv via dialog inn i den andres mentale liv» er relevant i denne forbin- delse. Likeså Winnicotts observasjon av at barn har ulik toleranse for at mor introduserer elementer og ideer i leken som ikke er deres egne.

Astrid og gruppen kunne ta mot utveksling på samme abstraksjonsnivå (f.eks. samtale om stolenes beskaffenhet), men ikke når jeg som terapeut skiftet nivå til symbolplan og dermed «presset på» Astrid og gruppen et nytt (og på det tidspunktet) fremmed element.

Det er vel også mulig at spørsmål knyttet til ønske om ivaretagelse var spesi- elt skambelagt for Astrid og store deler av gruppen, og at det derfor var et for sensitivt område å utforske.

Som fersk analytisk gruppeterapeut på det tidspunktet, hadde jeg fått med meg at det var noe som het dynamisk administrering og at hendelser rundt

rammene hadde dynamisk betydning. Jeg tenderte mot å likestille det med at disse hendelsene nødvendigvis også skulle tolkes og forstås av gruppen. Min forestilling om analytisk gruppeterapi innebar at analyse i betydningen refleksjon og tolkning var sentral.

Jeg forsøkte å introdusere en dynamisk og analytisk tankegang i form av at en hendelse kan «bety» noe annet, at noe kan være ubevisst osv.

Ved å bringe inn at « teksten» kunne tolkes, kom jeg med et kulturuttrykk fra den analytiske kultur. Men gruppen gjorde motstand og insisterte på at overflaten var alt som var å se. Det er verdt å merke seg at det var større interesse og villighet til å reflektere over materiale som de bragte inn fra sitt eget liv utenfor gruppen. Delvis virket både Astrid og resten av gruppen *uinteressert* i å se på om disse rammehendelsene også hadde kommunikasjons eller emosjonelle aspekter, delvis var de *aktivt avvisende*. I ettertid har jeg tenkt at disse to reaksjonsformene sannsynligvis hang sammen med hvor sensitiv jeg var i forhold til å ta inn og respektere deres manglende interesse. I den grad jeg presset på, ble jeg avvist.

Det var en dialog om rammene, men også en underliggende dialog. Som Zinkin sier i det sitatet jeg tidligere har skrevet; «Det som sies i dialog, sies i forventningen om en respons». Den responsen jeg fikk (manglende interesse, avvisning) medførte at jeg fortsatte å interagere på et nokså konkret plan, men forsøkte å signalisere respekt, forutsigbarhet og vilje til å ta ansvar. Av og til sendte jeg ut små tolkende prøveballonger eller invitasjon til refleksjon, men lot stort sett prosessen gå i fred. Det virket riktigst til tross for at jeg hadde litt dårlig samvittighet i forhold til om dette var «ordentlig analytisk terapi». Jeg hadde den gang mindre forståelse av det som jeg i ettertid har sett som Foulkes holdning, nemlig hans vekt på *kommunikasjon, erfaring og opplevelse, bli «aware of»- som er mer enn å reflektere og sette ord på.*

For Astrid f.eks. var det nødvendig med en konkret interaksjon med meg for å etablere overføring, eller det Winnicott ville kalt potential space. Hun var for utrygg til bare å gi seg ut i fantasifeltet uten å prøve meg ut. Dette kom fram på mange måter, f.eks ved at hun i noen situasjoner ga uttrykk for at hun ble

utrygg av at hun syntes jeg hadde så «ubevegelig ansikt». Senere kunne hun si at det minnet henne om far, og at hun «ble redd for eksplosjonen».

Diskusjonene og opprøret rundt tidsrammene var en utprøving av krefter, en kamp. Det samme gjaldt forhandlingene rundt Marits betaling. De underliggende spørsmålene i denne fasen var; Hva skjer når jeg er i konflikt med deg? Tåler du det? Angriper du tilbake? Kan vi måle krefter?

Der den første fasen handlet om tilknytning, handlet den neste om avgrensning, konflikt. På hver sin måte uttrykte de basale prosesser i menneskers forhold til hverandre.

I eksemplene rundt kampen om tiden og også i forhandlingene rundt Marits betaling, dreide det seg om aggresjon, kamp, selvhevdelse. For Astrid (som i utgangspunktet sa at hun aldri hadde vært sint), var dette måter å utforske dette affektområdet på. Delvis via et nøytralt, ytre tema (hva klokken var), delvis (igjen) på andres vegne i et spørsmål om andres velferd. Disse kamp/dialog situasjonene forløp på en god, ikke-malign måte der begge parter fikk markert seg. I klokke-situasjonen holdt jeg på mitt, i spørsmålet om betaling endret jeg standpunkt.

Jeg tror at disse situasjonene var viktig for henne og for gruppen, at de markerte at det var mulig å være uenig uten å miste tilhørighet, ga mulighet for å prøve krefter osv.

På et vis var det som om disse utvekslingene nærmet seg lek i Winnicotts forstand. De representerte en tilstand der noe ble «spilt ut» uten å snakkes om eller reflekteres over. Samtidig pekte interaksjonen utover det konkrete, for alle involverte.

Dissosiasjon er et vanlig fenomen hos traume-utsatte og innebærer lite tilgang til fantasi og affekt på dynamisk sentrale områder. Dette kan forklare Astrids dødhetsopplevelse, at «noe har stoppet opp». Det kan også bidra til å forstå hennes manglende evne til å reflektere og kjenne etter i disse «rammehendelsene» som jeg opplevde som betydningsfulle og affektladete for

henne. I begynnelsesfasen var spørsmålet om Kleenex bare et spørsmål om Kleenex for henne. «A rose is a rose is a rose.» Hun hadde ingen mulighet for å reflektere, fordi å reflektere i en slik sammenheng vil si å se at handlinger og utsagn kan ha andre kilder, annen mening enn det som umiddelbart springer i øynene. Å se at spørsmål om Kleenex også kan bety noe annet (spørsmål om ivaretagelse), eller i dette tilfelle noe mer utvidet, generelt (at spørsmål om ivaretagelse mht. Kleenex kan innebære spørsmål om ivaretagelse i følelsesmessige spørsmål). Senere (som beskrevet i «Forandringen») kan hun imidlertid ta mot en tolkning som innebærer at Kleenex også kan ses som et affektladet symbol. Hun var da i en annen posisjon, og tolkningen utløste minner, følelsesmessige reaksjoner og videre refleksjon.

Verbalisering av ny innsikt tar tid, ofte sekundært til endring som Foulkes sier.

Det skjedde en utvikling hos Astrid og gruppen, både i tema og emosjonell kvalitet, men også etterhvert i evne til fantasi og refleksjon.

Å få til gruppeterapi innebærer å etablere et område. Til dels er dette området konkret i tid og rom; Vi møtes i dette rommet med disse deltagerne og denne terapeuten hver tirsdag kl 16.30. For at endring og terapi skal finne sted må det imidlertid også etableres et terapeutisk rom, et «potential space». Deltagerne må til en viss grad gi opp noe av sin realitets-testing og etablere et lekerom der gruppen er gruppen, men også mor, far, søsken eller Krenker, Frelser osv.

Gruppen var først i en fase der ubevisste temaer ble prøvd ut i konkrete innspill og dialog rundt rammefaktorer i gruppen. I denne fasen var det ingen interesse for tolkninger. Gruppen var i den posisjonen Ogden beskriver som at «distinksjonen mellom symbol og det symboliserte har brutt sammen» og det ikke er noe rom for å «entertain ideas and feelings».

I trygghetsfasen med stolene og i kampfasen med tiden skjedde to ting parallelt. Delvis var det en utprøving av vilkårene; hva er rammene for dette, er det trygt nok til å leke her? Delvis var selve leken i gang. Som jeg beskrev var de to fasene også noe ulik mht. til dette. I den første fasen var det over-

hodet ikke rom for tvetydighet og at utspillene skulle «stå for» noe annet. I «kampen om tiden» var det en del humor som markerte at vilkårene for lek var i ferd med å etableres. I lek er det slik (som beskrevet tidligere) at noe både er og ikke er samtidig, det indre lekes ut i det ytre, grensen mellom indre og ytre er (villet) uklar. Slik lek forutsetter tillit og at det er mulig å gi slipp på noe kontroll.

Alle de beskrevne episodene dreide seg om interaksjoner rundt rammene for gruppen.

Jeg tror ikke det er tilfeldig. Gruppens rammer er noe som er felles og også noe som terapeuten har et særlig ansvar i forhold til. Det kan være at erfaringer angående hendelser rundt rammene spesielt byr seg fram til å bidra til etableringen av slikt terapeutisk rom.

Harold Behr omtalte rammefaktorene som representasjoner av group-as-a whole og det er rimelig å tenke at hendelser rundt rammene har en spesiell betydning i forhold til å etablere et forhold til gruppen som sådan.

Ashbach og Schermers ide om at «group-as-a-whole» kan ses på som et overgangsobjekt som befinner seg i potential space mellom gruppedeltagerne og mellom gruppedeltagerne og terapeuten, virker på meg også relevant i denne forbindelse.

Sånn sett kan man kanskje si at for å etablere «gruppen» som psykologisk betydningsfull realitet for gruppedeltagerne må «potential space» ha utviklet seg.

På et mer «common sense» nivå kan en si at i og med at rammefaktorene er terapeutens spesielle ansvar, byr utfordring av rammefaktorene seg fram som en arena spesielt egnet til å utforske og «bli kjent med» terapeuten. Samtidig er rammene noe gruppen har felles, noe som kan handles på og snakkes om og som dermed bidrar til en opplevelse av gruppesamhold og tilhørighet.

Dynamisk administrering i de tilfellene jeg har beskrevet innebar å fortsette dialogen om det konkrete, men samtidig ha in mente den dynamiske betydningen. Det innebar å være modell, være og interagere på en måte som gjør-



de at tryggheten økte og dermed muligheten for fri kommunikasjon i vid forstand. Dialogen på det praktiske og saksorienterte plan medførte at de følelsesmessige og ubevisste bånd kunne etableres (og langt senere tolkes). Det var første trinn i den analytiske prosess slik Foulkes har beskrevet den.

For å gå tilbake til det innledende Winnicott-sitatet så beveget Astrid (og gruppen) seg fra en tilstand der de ikke var i stand til å «leke» til en tilstand der «lek» og forandring var mulig. I min gruppe tror jeg at viktige elementer i etableringen av dette terapeutiske rommet for «lek» var interaksjonen av «konkret» karakter rundt rammene. Dynamisk administrering innebar å forstå dette og å være sensitiv for dialogens særpreg i de ulike faser.

## **Abstract**

### **Boundary-issues and playing. On creation of potential space in group-analysis.**

*The paper describes some clinical examples of boundary-issues from a group-analytic psychotherapy group. The therapist considered these incidents to have dynamic and symbolic aspects, but for a long time the group refused to reflect on these events and what they might "mean". This serves as a background for a discussion of the relationship between interpretation and dynamic administration in group-analysis. Winnicott and his concept of "playing" is also drawn into the discussion and considered utterly relevant in understanding of these phenomena.*

## **Referanser**

1. Foulkes S.H. (1975) *Group Analytic Psychotherapy – Method and Principles*. Opptrykk London: Maresfield Library, 1986.
2. Behr H. *The Group Conductor as Dynamic Administrator*, Stensil utlevert i teoriundervisningen ved det norske utdanningsprogrammet i gruppeanalyse.
3. Foulkes S.H. (1948) *Introduction to group-analytic Psychotherapy*, Opptrykk London: Maresfield Library, 1984.
4. Foulkes S.H. Group analytic Dynamics with special reference to Psychoanalytic Concepts. *Int. J. of Group Psychotherapy* 1957; **7**: 40-52.
5. Behr H. *Technique of Group Analysis*, Stensil utlevert i det norske utdanningsprogrammet i gruppeanalyse.
6. Zinkin L. A Dialogical Model for Group Analysis: Jung and Bakhtin. *Group Analysis* 1996; **29** (3):343-354.
7. Pines M. Dialogue and Selfhood: Discovering Connections. *Group Analysis* 1996; **29** (3): 327-342.
8. James D.C. Bion's «Containing» and Winnicott's «Holding» in the Context of the Group Matrix. *Int.J. Group Psychotherapy* 1984; **34**(2), april, 201-213.
9. Ogden T.H. On Potential Space. *Int. J. Psycho-Anal.* 1985; **66**, 129-141
10. Winnicott D.W. (1971) *Playing and Reality*. Opptrykk London and New York: Routledge, 1990.
11. Meares R. *The Metaphor of Play*, Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc. 1993.
12. Ashbach C. & Schermer V.L. *Object Relations, the Self, and the Group*, London: Routledge, 1987.

# UKLANDERLIGHET – ET KLINISK FENOMEN

## *Narsissistisk problematikk sett hos pasient med psykosomatiske symptomer*

Matrix 2000/01; 17; 4, s. 399-417

Maria S. Gjems-Onstad

*Å fremtre uklanderlig synes å være et mål for mange pasienter. Artikkelen drøfter hvordan uklanderlighet, definert som hypersensitivitet for kritikk, påvirker terapiprosesser. Ut fra analyse av forsvarsmekanismer, tematikk og terapeutiske intervensjoner de forstås fenomenet som uttrykk for narsissistisk problematikk, en overbygning og kompensasjon for et lavt og skamfullt selvbilde. Dette illustreres gjennom referat fra en terapiprosess hos en pasient med fibromyalgi, og fra Jenny, hovedpersonen i Sigrid Undsets roman med samme navn. For terapeutisk fremgang syntes det viktig å tematisere bevegelsene mellom det uklanderlige og det mindreverdige selvbilde, den ambisiøse og den regressive posisjon. Det drøftes om manglende tilfredstillelse i prestasjoner, vanskeligheter med å uttrykke aggresjon og vanskeligheter med tilfredstillende avspenning er fellesfaktorer for psykosomatikk og narsissistisk problematikk.*

### **Innledning**

En del pasienter er preget av streben etter plettfrihet, et ønske om å være uklanderlig. Disse personene er hypersensitive for kritikk, og oppfatter lett en terapeuts intervensjoner, enten av klargjørende eller tolkende art, som kritiske kommentarer. Dette gjør det vanskelig å gå i terapi. Higen etter å være feilfri er et sentralt trekk i deres personlighetsutforming og patologi. Påpekninger, refleksjoner og tolkninger oppfattes som kritikk, og bringer dem i kontakt med et lavt selvbilde som de ved hjelp av plettfrihet holder avstand til. Mange pasienter med psykosomatisk problematikk har et preg av uklanderlighet.

Begrepene uklanderlighet og perfektjonisme brukes ofte om hverandre. Selv om uttrykkene refererer til beslektede fenomener, foreslår artikkelforfatteren at det er kvaliteter ved fenomenene som er forskjellige. *Perfeksjonisme* forstås som streben etter ideelle og kanskje uoppnåelige løsninger. Selvkritikk er fremtredende (1), og hemmer livsutfoldelse. Drivkraften mot det perfekte sees i denne sammenheng som uttrykk for superegopåvirkning og knyttes primært til nevrotisk problematikk. *Uklanderlighet* forstås som trangen til ikke å bli kritisert. I den uklanderlige psykologi er det selvkritiske spaltet bort, eller kanskje projisert ut, fordi kritikken oppleves utholdelig. Trangen til ikke å bli kritisert, forstås som kompensasjon for et mindreverdige selvilde, har med selvfølelsesregulering å gjøre, og knyttes til narsissistisk problematikk. Uklanderlighet og perfektjonsime springer ut fra ulike indre konstellasjoner, men styrer individet i retning av samme type atferd, å oppføre seg plettfritt.

Fenomenet belyses ved å beskrive en pasient og en skikkelse fra litteraturen. Pasienten, som har diagnose fibromyalgi, følges gjennom ulike faser i terapien der terapeuten endret sin oppfatning av pasientens problemer, fra å vektlegge det nevrotiske til det narsissistiske. Artikkelen trekker frem relevant litteratur for å drøfte fenomenet, og setter fokus på mulige sammenhenger mellom narsissistisk og psykosomatisk problematikk.

## **Kasus**

Pasienten, fru H., var en 34 år gammel kvinne som ble henvist til psykolog p.g.a. fibromyalgismarter som man mente var psykisk betinget. Hun var gift med tre barn. En sønn hadde alvorlig handicap. Ved tidspunkt for terapistart, hadde hun vært sykemeldt i flere måneder.

En fire år eldre søster var alvorlig syk hele barndommen. Pasienten opplevde at mor favoriserte søsteren, og overså henne. Hele livet håpet hun at dette skulle forandres. Fru H hadde en tendens til å velge destruktive forhold. Før-

ste ektemann mishandlet henne. En del venner syntes å utnytte henne. Ved terapistart var hun i sitt annet ekteskap, som fungerte bra. Pasienten gikk i analytisk orientert psykoterapi i tre år, deler av tiden to ganger i uken.

Den mest iøynefallende holdning hos pasienten var «selvrettferdig harme» og indignasjon . Hun var stadig opptatt av at andre ikke gjorde det de skulle godt nok. Spesielt var hun indignert over moren som hun beskrev som egosentrisk, narsissistisk og kompetetiv. I sin betoning av andres negative trekk, sto hun selv frem i et mer positivt lys.

Krav til egen atferd og utseende var store. Samtidig som hun utførte gjøremål i huset, skulle hun kontinuerlig stimulere sønnen som var handicappet. Hun pleide å si at «perfekt kropp er mitt varemerke», og før kroppssmertene inntraff, trente hun synkronsvømming. Ettersom hun trente mindre, mente hun å ha fått «ridebukselår», og overveiet fettsuging.

Hennes tankestrøm var preget av intense forestillinger om alvorlig sykdom og ulykker som kunne inntreffe. I den tiden hun gikk i terapi, trodde hun at sønn nr. to ble psykotisk, og var overbevist om at samme sønn hadde MBD. Det siste var hun hos flere leger for, og satte igang diverse utredninger. Hun trodde at datter nr. en fikk fibromyalgi, at hun selv hadde kreft, at mannen muligens var suicidal, og at datteren kunne være voldtatt. Det var ingen ytre holdpunkter for at noe av dette i realiteten hadde inntruffet.

Pasienten hadde et alexitymisk preg. Bortsett fra rettferdig harme viste hun lite følelser. Som nevnt beskrev hun ofte den «andre», men sa lite om egne reaksjoner. Svært ofte når terapeuten spurte hvordan hun reagerte, fortsatte hun å beskrive «den andre». Hun beskrev dramatiske episoder med liten affekt, bortsett fra noe indignasjon, som f.eks. mishandlingsscener fra første ekteskap. Når hun fortalte om situasjoner der hun var følelsesmessig oppskaket, beskrev hun dette så nyanseløst, at det virket som en uspesifikk opphisselsestilstand.

Pasienten brukte aktivitet som avverge. Etter løsrivelse fra første ekteskap, kastet hun seg ut i mange aktiviteter; lærerutdanning, intensiv opplæring til å bli triminstruktør, samtidig som hun hadde eneansvar for ett barn. De intense muskelsmertene debuterte i siste svangerskap da hun ikke kunne trene lengre.

## **Terapifaser**

### ***Fra projeksjon til å se på seg selv***

I begynnelsen av terapien snakket hun nesten utelukkende om andre, særlig om forkastelige ting de hadde gjort. Det gjaldt venninner, barnehagepersonell, ektemann etc. I disse sammenhengene fremsto hun selv ofte som offer, eller som en uklanderlig motsetning til dem hun snakket om. Gjennomgangstema var at andre behandlet henne dårlig.

Terapeuten fokuserte på det defensive. «Det kan se ut som om du ved å snakke så mye om barnehagepersonalet, slipper å si noe om deg selv.» «Når du er opptatt av barnehagepersonalets unnasluntring, er det fordi det å sluntre unna eller ikke er et tema i ditt liv?» Slike intervensjoner gjorde at pasienten ble krenket. Det var som om hun opplevde å få den kritikk som hun reservert seg mot, som hennes uklanderlighet var et skjold mot.

Terapeuten skiftet strategi. I stedet for å påpeke den defensive funksjon, tok terapeuten utgangspunkt i pasientens opplevelse og stimulerte henne til å utdype denne. «Hvordan er det for deg å hevde dine synspunkter når du opplever at barnehagepersonalet ikke er interesserte?». «Du kan si mye om andre, men det er som om du ikke vier dine egne reaksjoner like mye oppmerksomhet.» Slike formuleringer balanserte mellom å bekrefte pasientens opplevelse av seg selv som offer, og det å utfordre denne opplevelsen. Hun ble nødt til å sette ord på egne opplevelser, og ta disse på alvor.

### ***Avhengighet av noe hun ikke fikk***

Tema første år var knyttet til skuffelse over mor, uttrykt ved «legitimert sinne». I stedet for å si at hun var sint på moren, kunne hun si «en mor ikke burde oppføre seg slik».

Hun erkjente ikke morens egosentrisitet og manglende interesse for pasienten som et vedvarende og stabilt fenomen. Hver skuffelse var ny. Hun håpet stadig at alt skulle bli bedre. Gjentakende gange tok hun initiativ overfor mor, om mor ville sitte barnevakt, komme til søndagsmiddag, jul etc. Like gjentakende virket det som om mor hadde nok med sitt og responderte negativt. Pasienten var skuffet og tilsynelatende overrasket. Terapeutene kunne kommentere: «Dette skjer stadig. Likevel håper du alltid at mor er positiv, som om du ikke har tatt inn over deg at hun ofte skuffer deg.»

Overraskelsen ble problematisert, og vi skjønnte at vi arbeidet med avhengighet av en idealisert mor. Det tok tid å erkjenne at avhengighet ikke spilte seg ut i forhold til en levende person, men til et ideal. En av de få gangene i terapi der hun åpenbart var emosjonell og gråt, var da hun snakket om at mor kunne dø. Mors emosjonelle fravær var så komplisert at hun hadde idealisert morskikkelsen og hadde en barnlig forestilling om at det ikke gikk an å eksistere uten en mor.

I overføringssituasjonen ønsket hun bekreftelser og gjorde mye for å bli likt. Ofte ble hun en slags likestillet kollega som ville drøfte forhold innen familien på en intellektualiserende måte. Hun hadde f.eks. lest om barn i puberteten, og lurte på hva terapeuten mente om det hun hadde lest. Etter terapitimens slutt hadde hun ofte kommentarer av en slags «faglig» karakter: «Hvor lenge tror du at min depresjon vil vare?» «Hvor vanlig tror du at incest er?» Andre ganger gjorde hun seg «elskverdig» ved å være sensitiv i forhold til terapeutens situasjon. Hvis terapeutens stemme kunne vitne om forkjølelse, stiv gangart kunne tyde på ryggplager etc., var hun straks oppmerksom, «Ja, er det ikke ubehagelig å sitte så mye når du har vondt i ryggen».

Sannsynligvis vekket terapien pasientens avhengighetsbehov på et dypere og ikke erkjent nivå. Dette kom aldri direkte til uttrykk, men hennes veldige saklige fremtoning virket forsert. Terapeuten forholdt seg til at regressive behov var aktivisert, ved å være responsiv og bekreftende, være anderledes enn det mor hadde vært. Terapeuten formidlet at hun husket det pasienten hadde fortalt tidligere og interesserte seg for hennes liv. Dette avstedkom tilfredshet. En vanlig sekvens kunne være at pasienten i utgangspunktet uttrykte tvil om hvorvidt terapeuten husket noe pasienten tidligere hadde fortalt. Når terapeuten ikke bare bekreftet at hun husket, men kunne utfylle bildet med detaljer som var nevnt i andre sammenhenger, slappet pasienten synlig av. Hendene som vanligvis lå litt over divanen, sank ned i underlaget.

Skuffelsen over mor hadde på et nivå ført til at hun strevde med å være selvtilstrekkelig, en som mestret det meste på en uklanderlig måte. Samtidig var hun også avhengig av å få total bekreftelse. For å oppnå dette modellerte hun seg i relasjoner etter «den andre», og gjorde mye for å tilfredstille «den andres» behov. I overføringsssituasjonene arbeidet vi med at hun ikke trengte å ivareta terapeuten, og ikke måtte gjøre seg fortjent til å gå i terapi.

### **Depresjon**

Etter ca. ett år var det en markant dreining i terapien. Arbeidet med å vende oppmerksomheten mot seg selv, oppgi håpet knyttet til mor, samt en gryende erkjennelse av eget strev for å fremtre uklanderlig, var med på å bringe frem depresjon. Hun fortalte at hun var matt, deprimert og ofte svært trett. Hun trengte langt mer søvn enn vanlig. Hun var regressiv, og hadde tendens til å gi opp prosjekter.

Hun tok inn over seg skuffelsen over at mor ikke stilte opp, og ikke hadde gjort det tidligere. En illusjon ble tapt, og hun måtte gjennomarbeide en historie der hun ofte var sviktet og ubeskyttet. Hun var til tider oppbragt, men underliggende sinne var vanskelig tilgjengelig. Hun var trett av å stille opp i forhold til



andres forventninger, men følte seg mindreverdige og redd for å miste andres aksept hvis hun ikke stilte opp.

Ofte kom hun til timene overveldet av en mulig katastrofe, knyttet til antagelser om alvorlige sykdommer, eller overgrep innen nærmeste familie. Av og til hadde hun også oppsøkt andre behandlere for å avvære katastrofen, f.eks. barneleger, akupunktører, homeopater. Katastrofene kom alltid ramlende over henne, og hun selv var totalt uforskyldt. Gjentakende ganger så vi katastrofefantasiene som uttrykk for en følelse hun hadde hatt som barn, en følelse av å være ubeskyttet og overlatt til seg selv. Terapeuten utvidet repertoiret av intervensjoner, og vi arbeidet med å se sammenheng mellom fortid og nåtid.

### **Selvbildeproblematikk**

Etterhvert øynet vi to tilsynelatende motsatte selvbilder. Det ene bilde var knyttet til det uklanderlige. Enhver form for kritikk truet dette og mobiliserte forsvar, bl.a å devaluere andre. Forsvaret hadde som funksjon å skjule en skamfølelse som var knyttet til det mindreverdige selvbilde. Det mindreverdige var diffust, og var knyttet til en diffus oppfatning av at noe var galt med henne.

Når hun hadde kontakt med det ene selvbildet, var bevisstheten om det andre borte. I begynnelsen av terapien var hun som oftest i kontakt med det uklanderlige. Etterhvert som hun gikk inn i en mer depressiv periode, dominerte det mindreverdige, og konturene i dette ble tydeligere. Fremgang i terapien var knyttet til at bevegelsen mellom de to selvbildene, kunne tematiseres.

Selvbildene kan betraktes som to poler i hennes personlighet. Den uklanderlige pol ga form til forstrukket ambisiøsitet; en kvinne som måtte ordne opp for alle. Ambisjonenes egentlige mål var å reparere de diffuse «mangler» som hun ubevisst tilla seg selv. Den mindreverdige pol ga form til regressivitet; en kvinne som ga opp, og kunne legge seg til for en dag eller to, og få økende fibromyalgismerter.

Hennes atferd var styrt av de to poler og samspeillet mellom dem. Som mestrende og ambisiøs, var hun sårbar for kritikk, og ramlet lett ned i det mindreverdige selvbilde. Fallhøyden var stor, og smerten ved å være i kontakt med det lave selvbilde, intens. Av og til kunne det virke som om hun satt på en vippehuske; befant hun seg på den ene enden, den uklanderlige, var det lite som skulle til for å vippe henne over på den andre, den mindreverdige.

Hun kunne fortelle om hvordan en dag startet med at hun effektivt gjorde barn klare til barnehage og skole, feiet over huset og hadde planer for andre gjøremål etter å ha levert barn i barnehage. Noen kritiske kommentarer fra barenhagepersonalet hvis hun kom litt sent, kunne ødelegge alle hennes planer. I fortvilelse kunne hun gå hjem og legge seg til sengs.

### **Litterær skikkelse**

En beskrivelse av en narsissistisk kvinneskikkelse der underliggende depresjonen er sentral, finner vi hos Sigrid Undset i romanen «Jenny» (2). Jenny beskrives som en kvinne hvis selvaktelse er uløselig forbundet med hennes ideelle selvbilde. Selvbildet gir ikke rom for svakhet eller skavank. Hennes hovedmål i livet er å bevare selvaktelsen, hvilket forutsetter at hun til enhver tid har full kontroll over seg selv ... «hvis man ikke lengre har full kontroll over seg selv, gjør man best i å skyte seg»... Selv om Jenny er kunstner, er hun mer opptatt av å leve et liv uten plett og lyte, enn å male det perfekte kunstverk. Når Jennys selvaktelse krenkes gjennom hennes kjærlighetsforhold, er skammen overveldende, og personligheten berøres sterkt.

Jennys bakgrunn er preget av en utrygg mor og en fraværende (død) far, som ble idealisert og hang på veggen i glass og ramme. Jenny hadde tidlig tatt på seg voksent ansvar. Under grandiositeten ligger depresjonen. Slik Bliksrud (3) ser romanen «Jenny», er hovedtema nedbrytningen av Jennys idealisering av seg selv og hvordan dette medfører moralsk og psykisk oppløsning.

I romanen følger katastrofe på katastrofe. Dette skyldes bl.a. at Jenny fraviker sine idealer om den perfekte livsstil, og innleder kjærlighetsforhold som hun ikke selv går god for eller synes er moralsk høyverdige. Skam og selvførdømmelse er fremtredende. Aggresjon har liten plass. Det hele ender i selvmord.

Beskrivelsen av Jenny kaster, slik jeg ser det, lys over underliggende depresjon og desperasjon i forhold til uklanderlighet. Dessuten viser romanen hvordan uklanderlighet blir en tvangstrøye som gir lite rom for å oppleve og gi uttrykk for aggresjon.

### ***Diagnostisering av det narsissistiske***

Terapeutens gradvise forståelse av at dette var narsissistisk problematikk, var basert på observasjoner av pasientens forsvar, respons på terapeutens tilnæringsmåte, samt pasientens tematikk.

#### ***Forsvar***

At pasienten i begynnelsen nesten utelukkende snakket om andre mennesker, ble først betraktet som generalisering; at hun dempet følelsesmessig konflikt ved å anlegge en almen tilnærming (4). Terapeuten undersøkte om det var sammenheng mellom det pasienten var opptatt av hos andre og noe hos henne selv. Dette ble avvist. Pasientens problematikk var utestengt fra bevisstheten. Etterhvert ble det påfallende at det hun var opptatt av hos andre, var forhold som hun nesten utelukkende opplevde negativt.

Terapeuten reviderte sin oppfatning av forsvaret, fra generalisering til projeksjon og devaluering; at hun behandlet følelsesmessige konflikter ved å legge konfliktstoff og overdrevne negative egenskaper til andre (4,5). Subjekt og objekt var sammenblandet og grensene utydelige. Hun slapp å erkjenne egne konflikter, og posisjonerte seg i forhold til andre.

Nyere litteratur om forsvarsmekanismer (4,5), rangerer forsvarsmekanismer i forhold til modenhetsgrad, fra psykotisk og umodent forsvar, til nevrotisk og modent. Ifølge Perry's DMRS (4), skala for å skåre forsvarsstil, benyttet fru H i overveiende stor grad forsvarsmekanismer som preger pasienter med borderline og narsissistisk problematikk. Forskning som har sett på forsvar hos fibromyalgipasienter i forhold til andre smertegrupper (6), finner relativt sett hyppigere forekomst av lavnivå forsvar som projeksjon, devaluering, omnipotens og benektning enn høynivå forsvar som fortrenging, intellektualisering og forskyvning. Dette kan peke i retning av at psykologisk problematikk hos fibromyalgipasienter ofte ikke ligger i det nevrotiske området.

### **Terapeutiske tilnærminsmåte**

Å få denne pasienten til å snakke om seg selv, krevde en tilnærming der terapeuten måtte ta pasientens perspektiv, være innlevende og empatisk, og i liten grad konfronterende eller tolkende. Dette ligger nær den type intervensjoner Kohut (7) mener fungerer overfor pasienter med narsissistisk problematikk.

Overførings situasjonen var lenge preget av at hun egentlig bare godtok en bestemt type respons, nemlig den empatisk bekreftende. Samtidig bestrebet hun seg på å være opptatt av terapeutens velvære og uttrykte ønske om å drøfte faglige spørsmål. Dette minner om det Kohut beskriver som «mirror transference» (8), en overføring som hyppig forekommer hos pasienter med narsissistisk problematikk. Terapeuten reduseres til å skulle være en bekreftende figur, tolkninger blir overhørt og pasientens grandiositet stimulert.

I «role-relationsship»-termer, slik Horowitz bruker begrepene (9), kan et perspektiv være at pasienten i den adaptive «state», var uklanderlig og ønsket en bekreftende terapeut, men fryktet en fiendtlig og kritisk figur. Hvis pasienten oppfattet terapeuten som fiendtlig og kritisk, svinget hun lett over i den mer problematiske «state», ble regressiv og syk. Da ønsket hun en helbre-

dende terapeut, en «lege, akupunktør etc..» og fryktet en krevende autoritet eller krass dommer.

### ***Avhengighetstematikk***

Fru H's avhengighet knyttet seg ikke til en reell, men en idealisert figur. Kohut (10) referer til hvordan barnet som opplever svikt i morsomsorgen, ofte bøter på dette ved å idealisere og splitte selvet og foreldrefiguren. De fleste psykoanalytisk orienterte teoretikere enes, tross nyanser, om at patologisk narsissisme er produkt av mangel på empatisk foreldrefungering.

Mc Dougall's teorier (11) om utvikling av psykosomatiske symptomer er beslektet med Kohuts tankegang. Hun beskriver hvordan barn som utvikler psykosomatiske problemer, ofte har hatt en mor som ikke tolket behov, men formet dialogen ut fra egne ønsker. Barnet frustreres og opplever affektstormer som det må beskytte seg mot på ulike måter, bl. ved å utvikle psykosomatiske symptomer. En utilfredstillende symbiose gjør at barnet ikke internaliserer et indre trygt objekt, og derved ikke har en trygg sfære å regrediere til. Barnet splitter morsbildet, på den ene siden finnes en idealisert og omnipotent mor, på den andre side en dødbringende mor som ikke gir beskyttelse. Hun påpeker at disse barn ofte utvikler forsert autonomi.

Kihlbom (12) drøfter ulike typer narsissistiske familierelasjoner. Han skiller mellom relasjoner der foreldrene har behov for å være i sentrum i forhold til egne barn, men likevel har en objektrelasjon til barnet, og relasjoner der foreldrene ikke har et forhold til barna som egne subjekt, og barna bare blir forlengelse av foreldrene. Når foreldrene har behov for å være i sentrum, identifiserer barna seg med foreldrene og utvikler en lignende egosentrisitet, eller går inn i rollen som foreldrenes assistent eller manager. Når foreldrene ikke anerkjenner barna som selvstendige individer, forstyrres utviklingen av barnets selv- og objektrelasjoner.

Kohuts og McDougalls teorier (10,11) har mange berøringspunkter og gir forklaringer om fru H's avhengighet av det hun ikke fikk. Kihlboms beskrivelse (12) av ulike løsninger som barn kan velge i forhold til narsissistisk pregede foreldre, gir en mulig innfallsvinkel ved å se at fru H går inn i rollen som morens assistent eller manager. Både forsvarsanalyse, respons på terapeutiske intervensjoner og avhengighetstematikk bestyrker hypotesen om at pasientens uklanderlighet best forstås som narsissistisk problematikk.

### ***Hva slags narsissisme?***

DSM-IV (13) beskriver narsissistisk personlighetsforstyrrelse og formulerer karakteristika som grandiositet, hensynsløshet, tendens til å ha utnyttende forhold til andre og manglende emapti. Fru H passer ikke til denne type karakteristika. Det som klart skiller henne fra en person med narsissistisk personlighetsforstyrrelse, er at hun ikke har forhold til andre som preges av utnyttning eller hensynsløshet. Tilsynelatende gjør hun alt hun kan for å tilfredstille andre. Ser man nøyere på hennes relasjoner, blir spørsmålet mer komplisert. Hennes vilje til å stille opp for andre har med egen selvfølelsesregulering å gjøre, man kunne kanskje kalle det pseudoaltruisme. Selvbildet var å være slik mor ikke hadde vært. Kihlbom (12) beskriver denne løsningen som en svart- hvit løsning. Han sammenligner relasjonen med Snehvit og stemoren i eventyret. Stemoren er utnyttende og beksvart. Stedatteren kompenserer og blir snehvit.

Narsissistisk problematikk favner videre enn de definerte personlighetsforstyrrelser. Det er foreslått at det finnes ulike typer av narsissistisk patologi. (14). Mest akseptert er kanskje distinksjonene mellom «overt» (åpen) og «covert» (skjult) narsissisme (15). Majoriteten av individer med narsissistisk patologi imponerer andre med åpenbar ekshibisjonisme og grandiositet. Følelse av mindreverd kommer sjelden til overflaten. Dette er «overt» narsissisme. En mindre gruppe pasienter viser en sky, hemmet og ineffektiv fasade, men har

en underliggende grandiositet som delvis lever sitt skjulte liv og kanskje kommer tilsyn i nære relasjoner, «covert» narsissisme.

Forskning (16) bekrefter den klinisk baserte distinksjon mellom «overt» og «covert» narsissisme. En faktoranalyse av seks MMPI narsissisme-skalaer viser til to ulike dimensjoner; 1. Sårbarhet – sensitivitet, og 2. grandiositet – ekshibisjonisme. De to ulike dimensjonene var knyttet til hverandre gjennom visse felles kjernetrekk ved narsissisme som forfengelig, selvnyttelse og manglende empati. Til tross for denne felles kjerne var dimensjonene forskjellige; 1. Sårbarhet – sensitivitet var knyttet til introverthet, lett mobiliserbart forsvar, angst og sårbarhet og 2. Grandiositet – ekshibisjonisme var knyttet til storhetsforestillinger, utadvendthet, selvsikkerhet, ekshibisjonisme og aggresjon.

Fru H's patologi ligner «overt narsissisme» ved at hennes vellykkete fasade var mest synlig. Denne var imidlertid ikke preget av grandiositet, men uklanderlighet. Det depressive var også lett tilgjengelig. Sårbarheten og mindreverdighet lignet mer på den som beskrives i «covert» narsissistisk patologi. Mest typisk var motpolene. Her minner fru H kanskje mest om hvordan Bateman referer til Rosenfelds (18) beskrivelse av tykk- og tynnhudet narsissisme. Tykkhudet patologi viser utilgjengelighet og aggressivt forsvar, og tynnhudet viser til sårbarhet og fragilitet. Dette beskrives som to posisjoner som ofte finnes hos samme pasient.

### ***Bearbeidelse av det narsissistiske***

For å bearbeide denne type narsissistisk problematikk, synes det nødvendig at pasienten kommer i kontakt med begge polene i selvbildet. Etter en fase med forsvarsbearbeidelse, ble fru H deprimert. En bevegelse henimot å modifisere det uklanderlige hadde begynt. Dette samstemmer med Bateson's synspunkt (17), at bevegelse mellom de to posisjoner skaper fremgang i terapi. Den tykkhudete posisjon kan sammenlignes med den uklanderlige, den tynnhudete med den mindreverdige.

Et beslektet synspunkt hevdes av Landrø (19) som viser at prognosen for terapi er bedre for psykosomatiske pasienter når disse kan erkjenne underliggende depresjon. Han så på MMPI profiler hos fibromyalgipasienter til sammenligning med profiler hos andre smertegrupper, f.eks. leddgikt. Han fant at fibromyalgigruppen hadde større patologi enn den andre. Fibromyalgi-gruppen ble delt inn i to subgrupper; en med såkalt psykosomatisk og en med psykopatologisk profil. Den «psykosomatiske» gruppen er lav på depresjon, mens den «psykopatologiske» viser høy skår på depresjon. Videre vises at den psykopatologiske gruppen der depresjon var tilgjengelig, responderte best på terapi.

For fru H var det viktig å tematisere pendelingen mellom de to selvbilder, og bevare bevisstheten om det ene mens hun primært var forankret i det andre. Som mestrende og ambisiøs, var hun sårbar for kritikk, og ramlet lett ned i det mindreverdige selvilde. Å kommentere på det uklanderlige stimulerte til regresjon, hvis man ikke klarte å fange opp underliggende depresjon og mindreverd. Etterhvert kunne hun skifte posisjon, uten at skifte av perspektiv og syn på seg selv og verden skiftet absolutt. Hun kunne beholde noe av troen på ressursene som var knyttet til det uklanderlige, også mens hun var regresiv. Smerten ble mer utholdelig.

Kanskje er dette noe av forskjellen mellom fru H's prosess og Jenny's. Fru H fikk hjelp til å se at dette var to sider av henne selv som ikke representerte sannhet alene. Hun erkjente etterhvert den underliggende dynamikk som befestet de to ytterpolene, og startet et arbeid mot integrering. Jenny derimot hadde ingen bevissthet om dette. Når hun falt ned i det depressive, ble dette et totalt verdensbilde og hun mistet grep på den andre siden av seg selv.



## **Berøringspunkt mellom narsissisme og psykosomatikk**

Uklanderlighet synes å være et berøringspunkt mellom fibromyalgi og narsissistisk problematikk. Er dette tilfeldig eller del av en større sammenheng?

Chessick (21) beskriver sammenheng mellom narsissistisk problematikk og psykosomatikk. Han refererer til det han kaller narsissistisk psykosomatiske forstyrrelser og ser dette som kroppssymptomer som er sekundære til narsissistiske personlighets- eller atferdsmønstre. Han trekker parallell mellom Friedmans tidligere begrep A-personlighet (personlighetstrekk som utgjør risikofaktor ved hjertesykdommer), og Kohouts beskrivelse av narsissistiske personer. Tre fellestrekk virker relevant også for pasienter preget av uklanderlighet; manglende tilfredsstillelse i prestasjoner, vanskeligheter med å erkjenne og uttrykke aggresjon, og dårlig evne til tilfredstillende avspenning.

### ***Manglende tilfredsstillelse i prestasjon***

Den uklanderlighet som både fru H og Jenny tilstreber, er uopnåelig, og gir ingen reell tilfredsstillelse. I flg. Kohut (21) peker manglende tilfredsstillelse i prestasjoner og vage mål mot et uintegreert grandios selv, et idealisert foreldreimago og mangler i det bipolare selv.

Chessick viser hvordan personer med lite tilfredsstillelse i prestasjoner, ofte opplever et narsissistisk raseri. Fru H følte seg sviktet og forlatt av tidlig omsorgsfigur, hvilket sannsynligvis førte til mye aggresjon. Også det å møte eget mindreverdi i voksen alder, skapte frustrasjon, aggresjon og fortvilelse.

### ***Håndtering av aggresjon***

Vanskeligheter med å erkjenne og gi uttrykk for aggresjon er vektlagt i mange teorier om psykosomatikk. Både fru H og Jenny hadde en livsstil som ga lite rom for å gi form til aggresjon. Deres uklanderlighet var mer et ideal om å være ikke-aggressiv, enn det å finne akseptable uttrykk for de aggressive

følelser de faktisk har. Lilienfeld (23) viser gjennom studier at det er sammenheng mellom antisosiale personlighetsforstyrrelser og somatiserende personligheter, og at antisosiale trekk er dominante hos menn og somatiserende hos kvinner. Som sannsynlig årsak til dette pekes på at kvinner undertrykker aggresjon på en mer passiv måte og blir psykosomatiske, mens menn oftere blir antisosiale, selv om det dreier seg om lik underliggende problematikk.

Sandsborg (24) finner ut fra kvalitative intervjuer at sinne er en sentral tilbakeholdt affekt hos kvinner med fibromyalgi. Hun viser til at smertepasienter ofte internaliserer sinne og uttrykker det gjennom smerter. McDougall (13) viser hvordan det lille barn som ikke bekreftes, oversvømmes av affektstormer ofte med mye aggresjon, som i tidlige faser primært får et kroppslige uttrykk.

### ***Dårlig evne til avslapning***

Fru H hadde et dårlig repertoar for tilfredstillende regresjon. Vanlig uprentesiøst samvær var sjelden, hun kunne ikke dumme seg ut, uten å oppleve store kvaler. Hun skulle alltid vokte og bevare sin ufeilbarlighet. I mental forstand var hun oppstrammet og på vakt. Dette hadde også et kroppslig korrelat. Karakteristisk var at hun på benken lå nokså anspent med hender ca. ½ cm. over divanen.

Chessicks (21) referanse til A-personlighet og Kohuts beskrivelse av narsissistisk pregede pasienter, viser personer som har dårlig evne til tilfredstillende regresjon. Mc Dougall (13) mener, ut fra klinisk beskrivelse av pasienter med psykosomatiske symptomer, at de tilsynelatende ikke har utviklet en trygg indre sfære som de kan regrediere til.

### ***Oppsummering og drøftelse***

En del pasienter med psykosomatisk problematikk, f.eks. fibromyalgi, viser stor grad av uklanderlighet. Hos fru H gir analyse av forsvarsmekanismer og

tematikk, pekepinn om at dette kan forstås som narsissistisk problematikk. Terapeutisk tilnæringsmåte bekrefter dette. Konfronterende og konfliktbearbeidende intervensjoner i forhold til det uklanderlige oppfattes lett som kritikk og hemmer bearbeidelse. Bekreftende intervensjoner som forsøker å fange helheten i dynamikken, hvordan pasienten blir en kasteball mellom to poler, en ambisiøs og en regressiv, kan sette igang refleksjon over egen selvbildeproblematikk. Denne refleksjon synes vesentlig for bedring. Det kan se ut som om pasienter som har tilgang til kontakt med begge sider i selvbildet, som har kontakt med en depressiv undertone under en mer uklanderlig fasade, har best prognose for terapi.

Det er ofte vanskelig ved psykosomatisk problematikk å finne psykoterapeutisk tilnærming som når frem. Eventuelle sammenhenger mellom psykosomatikk og narsissisme er lite forstått. Videre utforskning kan kanskje gi relevant kunnskap for psykoterapeutisk tilnærming.

## **Abstract**

### **Blamelessness – a clinical phenomenon**

*To be blameless seems to be a goal for quite a few patients. The article discusses how blamelessness, defined as hypersensitivity for criticism, influences psychotherapy. From analyses of defense mechanism, themes and therapeutic interventions, the phenomena is understood as an expression of narcissism, a compensatory superstructure to a low and shameful self-esteem. This is illustrated from the process of psychotherapy with a patient suffering from fibromyalgia, and also from Jenny, the main character in Sigrid Undset's novel with the same name. For therapeutic progress, it seems to be vital to look at the movement between the blameless and the inferior self-esteem, between the ambitious and regressive position. Common factors as little satisfaction in accomplishments, difficulties with expression of aggression, and poor ability to give oneself satisfactory recreation are discussed as common factors between psychosomatics and narcissism.*

## Litteratur

1. Zuroff DC, Blatt SJ, Sotsky SM, Krupnick J., Sanislow CA III & Simmens S. Relation of Therapeutic Alliance and Perfectionism to Outcome in Brief Outpatient Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; **68**: 114-124.
2. Undset S. *Jenny*, Oslo: Aschehoug, 1987.
3. Bliksrud L. *Natur og Normer hos Sigrid Undset*. Oslo: Aschehoug. 1987.
4. Perry JC. *The Defense Mechanism Rating Scales manual* (5th ed.). Copyright by JC Perry, M.D., Cambridge; 1990a.
5. Vaillant GE. *The Wisdom of the Eg*. USA: Harvard University Press, 1993.
6. Amundsen R. Fibrositt – en psykosomatisk lidelse? En psykologisk studie basert på Defence Mechanism Test (DMT). *Hovedoppgave*. Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo, 1990.
7. Kohut H. *Selvets psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
8. Kohut H. The psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. *The Psychological Study of the Child*; **23**: 86-113.
9. Horowitz MJ. *Personal Schemas and Maladaptive Patterns*, Chicago: University of Chicago Press, 1991.
10. Kohut H & Wolf ES. The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psychoanalysis* 1978; **59**: 413-425.
11. Mc Dougall J. *Kroppens teatrar*. Stockholm: Natur och Kultur, 1989.
12. Kihlbom M. *Den eviga familien*. Stockholm: Natur och Kultur, 1981.
13. The American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. Washington, D.C., 1994.
14. Wink P. Narcissism. I: Costello,GC (red.) *Personality Characteristics of the Personality*, New York; John Wiley & Sons, Inc.,1996.
15. Akhtar SJ & Thomson JA. Overview: Narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1982; **139**: 12-20.
16. Wink P. Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; **61**: 590- 597.

17. Bateman AW. Thick- and thin-skinned organisations and enactment in borderline and narcissistic disorders. *Int. J. Psycho-Anal.* 1998; **79**: 13-24.
18. Rosenfeld H. On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Int J Psychoanal*; **45**: 332-337.
19. Landrø NI et al. En analyse av psykologiske faktorer med utgangspunkt i en kontrollert MMPI-studie. *Tidsskrift for norsk Psykologforening* 1992; **29**: 399-406.
20. Kogstad O. Fibromyalgi. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1998; **32**: 2997-3000.
21. Chessick RD. *Psychology of the self and the treatment of narcissism*, London: Jason Aronson, 1985.
22. Lilienfeld Scott O. The association between antisocial personality and somatisation disorders: A review and integration of theoretical models. *Clinical Psychology Review* 1992; **12**: 641-662.
23. Sandsborg SB. Kronisk Muskelsmertesyndrom: Kjennsgjæringer og refleksjoner. *Doktoravhandling ved Psykologisk Institutt, Universitet i Oslo*; 1998.



# TERAPEUTISKE FAKTORER I KORTTIDSGRUPPER

## 2. Forskning og klinik

Matrix 2000/01; 17; 4, s. 419-451

Stig Poulsen

*I forlængelse af en tidligere artikel omhandlende kategoriseringer af terapeutiske faktorer i gruppeterapi redegøres for en række forsøg på at undersøge disse kategorisystemer empirisk. På trods af en række metodologiske problemer synes der at være empirisk belæg for, at når klienter fra længerevarende ambulante grupper vurderer gruppeforløbet som helhed, placeres faktorerne indsigt, interpersonel erfaringsdannelse og selv-afsløring/katharsis som de mest betydningsfulde. Derimod vurderes faktorer af en mere støttende karakter almindeligvis højest såvel i grupper for indlagte patienter som i ambulante korttidsgrupper. Imidlertid påpeges det i artiklen, at en sådan global vurdering af de terapeutiske faktorer tilslører gruppens udviklingsproces, hvor forskellige faktorer vil spille en særlig rolle på forskellige tidspunkter. For korttidsgrupper synes det således i startfasen at være af stor betydning, at der sker en hurtig etablering af gruppesamhørighed gennem oplevelsen af universalitet, mens faktorer som selv-afsløring/katharsis og interpersonel erfaringsdannelse får større betydning senere i forløbet.*

Jeg har i en række tidligere artikler (1, 2, 3) redegjort for almene tekniske principper for korttidsgruppeterapi og givet en fremstilling og syntese af de mest udbredte kategorisystemer over terapeutiske faktorer i gruppeterapi. I denne afsluttende artikel vil jeg først redegøre for en række af de empiriske undersøgelser, der er blevet foretaget, med udgangspunkt i de forskellige systemer til kategorisering af terapeutiske faktorer. Herefter vil jeg mere indgående behandle de særlige forhold, der gør sig gældende, når man diskuterer terapeutiske faktorer specifikt for korttidsgruppeterapi.

## **Empiriske undersøgelser af terapeutiske faktorer**

Igennem de seneste 30 år er der blevet foretaget en større række undersøgelser af klienters vurdering af de terapeutiske faktorer i grupper og den relative betydning af forskellige terapeutiske faktorer. Jeg skal i det følgende afsnit søge at give et samlet billede af resultaterne fra disse. Det må imidlertid fra starten slås fast, at det billede, der tegner sig, er noget flimrende. Dette skyldes for det første, at undersøgelserne vedrører meget forskelligartede grupper, både hvad angår klientpopulation og gruppernes teoretiske orientering og varighed. Ydermere er der store forskelle mellem undersøgelsesmetoder og betragtelige metodologiske problemer knyttet til en del af undersøgelserne. Jeg vil indledningsvis kommentere visse af disse metodeproblestillinger for siden at give en opsummering af undersøgelsesernes fund.

### **Metoder i undersøgelsen af terapeutiske faktorer**

Selvom en del undersøgelser af terapeutiske faktorer er blevet foretaget med metoder udviklet til lejligheden, benytter størsteparten dog én af en række metoder, som alle er blevet berørt i den foregående artikel, nemlig enten Yaloms Q-sort af 60 udsagn om terapeutiske faktorer (4, s. 74ff), Lieberman et al.'s 14-item spørgeskema baseret på Yaloms terapeutiske faktorer (5, s. 479f) eller rating af klienters besvarelse af et »vigtigste begivenheder«-spørgeskema – som oftest ud fra enten Bloch et al.'s manual (6) eller Lieberman et al.'s 14 items. Et betragteligt problem i denne forbindelse er, at man helt grundlæggende kan stille spørgsmål til anvendeligheden af Yaloms 60-item Q-sort, idet såvel begrebsvaliditeten som den interne konsistens af de enkelte dimensioner synes faretruende lav. Jeg har i den foregående artikel givet en række eksempler på disse problemer – her kan blot som et yderligere eksempel nævnes, at Yalom i sin oprindelige undersøgelse af de terapeutiske faktorer fandt, at fire ud af fem items inden for den terapeutiske faktor *identifikation* blev placeret som de fire allerlavest rangerede items af samtlige 60, mens det sidste af de fem items (»Seeing that others could reveal embarrassing things and take other risks and benefit from it helped me to do the same«)



rent faktisk placeres som nummer 8 ud af 60. Ser man på ordlyden af de øvrige items bliver det klart, at disse vedrører den direkte imitation af de andre gruppemedlemmer (det Yalom nu kalder »imitative behavior«), mens det højt placerede item i den enhedstaksonomi, der er opstillet i den foregående artikel, ville høre til enten inden for kategorien *gruppesamhørighed* (det som Dierick & Lietaer (7) betegner som »Autenticitet og selv-afsløring hos andre«) eller »eksperimentere med ny adfærd« inden for *interpersonel erfaringsdannelse*-kategorien.

### ***Undersøgelser med Yaloms 60-item Q-sort***

Selvom Yaloms metode således er behæftet med tydelige svagheder, har den rent faktisk været meget hyppigt anvendt inden for studier af terapeutiske faktorer. Der er publiceret resultater fra mindst seks studier, der benytter sig af Yaloms oprindelige 60 items (4, 8, 9, 10, 11, 12)<sup>1</sup>. Selvom resultaterne ikke er ganske sammenfaldende, synes der dog at tegne sig en overordnet tendens til, at fire af Yaloms faktorer skiller sig ud som de, der vurderes højst af gruppedeltagerne, nemlig *interpersonal learning (input og output)*, *catharsis*, *cohesiveness* og *self-understanding*. Tilsvarende synes i hvert fald *family reenactment*, *guidance* og *identification* relativt konsistent at ende som de mindst værdsatte aspekter af gruppeterapien.

Man kan så – ihukommende kritikken ovenfor – spørge, i hvor høj grad dette afspejler en klinisk meningsfuld realitet. En vis indikation herfor fås fra de undersøgelser, der også har gengivet rangfølgen af de enkelte items. Det er på den ene side indlysende, at skalastrukturen for Yaloms 60-items skema er problematisk, når man hos Corder et al. (10) finder, at der inden for hele tre af skalaerne for de enkelte faktorer optræder items blandt såvel de ti højt placerede som de ti lavest placerede items. Hvis man på den anden side indskrænker sig til at se på de enkeltstående items, som i Corder et al.'s undersøgelse optræder som henholdsvis de højest og lavest placerede, synes disse rent faktisk at repræsentere noget centralt ved de terapeutiske faktorer, de

indgår i, hvorfor man alligevel kan argumentere for, at den umiddelbare »face«-validitet af undersøgelserne forekommer at være acceptabel.

En nærlæsning af de nævnte undersøgelser afslører flere interessante forhold, som kaster lys over de karakteristiske forskelle, der synes at være mellem oplevelsen af terapeutiske faktorer inden for forskellige populationer og gruppemodaliteter. For det første kan det nævnes, at Corder et al.'s undersøgelse af helt unge i alderen 13 til 17 år vidner om visse markante afvigelser fra den generelle tendens i de ovennævnte undersøgelser. Det viser sig, at mens der er stor grad af overensstemmelse mellem voksne og pubertetsbørn i rangeringen af items vedrørende *catharsis/self-disclosure* og *interpersonal learning*, ses der en klar tendens til, at items relateret til *self-understanding* (indsigt) af de helt unge vurderes som væsentligt mindre betydningsfulde end i de fleste andre undersøgelser, mens items relateret til *cohesiveness* (gruppesamhørighed) og *universality* synes at få en højere prioritering. Corder et al. argumenterer for, at den lave vurdering af indsigt formodentlig både kan skyldes, at unge kan være mere tilbøjelige til at reagere defensivt over for tolkninger af fortrængte konflikter og også, at den terapeutiske teknik måske har været mindre orienteret mod indsigtsgivende interventioner. Herudover gør de opmærksom på, at identitetsdannelse og spejling i forhold til jævnaldrende er centrale temaer for helt unge, hvorfor det synes nærliggende, at gruppesamhørighed og universalitet må have særlig betydning i grupper for denne population<sup>2</sup>.

En anden undersøgelse, nemlig Marcovitz' & Smiths (11), adskiller sig fra Yaloms oprindelige på to områder, idet Marcovitz & Smith undersøger korttidsgrupper for indlagte psykiatriske patienter, hvor Yalom undersøgte længelevende grupper for bedre fungerende, ambulante klienter. Der er overordnet set ganske store overensstemmelser mellem rangeringen af de terapeutiske faktorer i de to studier, selvom *altruisme* er væsentligt højere placeret i Marcovitz' & Smiths undersøgelse, hvilket forfatterne tilskriver det forhold, at nyindlagte psykiatriske patienter ofte vil have store selvværdsproblemer,

hvorfor det for denne gruppe kan opleves som særligt værdifuldt at kunne hjælpe andre. På trods af den overordnede lighed mellem resultaterne afslører der sig dog ganske betragtelige forskelle, når man undersøger hvilke specifikke items fra de enkelte faktorer, der er blevet højest placeret. Blandt andet synes items vedrørende konfrontation mellem gruppemedlemmer eller i forhold til gruppelederen at blive vurderet langt højere i Yaloms grupper end i dem, som Marcovitz & Smith har undersøgt, formentlig som følge af den mere støttende karakter terapien har i grupper af indlagte patienter. Endvidere synes de items, der direkte relaterede sig til overføring i psykodynamisk forstand, at blive vurderet som mindre væsentlige i Marcovitz' & Smiths grupper. Et forhold, som Marcovitz & Smith selv anser for påfaldende er, at faktorerne *instillation of hope* og *universality* rangeres relativt lavt, hvilket strider imod deres egne forhåndsantagelser om, at *instillation of hope* kunne være særligt vigtig blandt indlagte patienter, mens *universality* skulle spille en særlig rolle både for grupper af indlagte og i korttidsgrupper.

### **Alternative måleinstrumenter**

Ser vi på undersøgelser, der benytter sig af andre metoder end Yaloms oprindelige 60-item Q-sort, tegner der sig et relativt broget billede, som dog synes at blive noget klarere, hvis man skelner mellem undersøgelser af mere velfungerende, ikke-indlagte patienter og indlagte. Hos Crouch et al. finder man en gennemgang af en lang række studier af terapeutiske faktorer. De konkluderer, at:

»Five studies with less disturbed subjects used the most important event method, including one therapeutic community study. In these studies, the most valued therapeutic factors are self-understanding and learning from interpersonal action. Self-disclosure is also important, except in the therapeutic community study, where acceptance is important« (14, s. 305).

Selvom der ikke synes at være nogen grund til at drage denne konklusion mere grundlæggende i tvivl, hører det dog med til billedet, at Crouch et al. rent

faktisk selv refererer i hvert fald én undersøgelse (15), der anvender den samme undersøgelsesmetodik, men når til andre resultater. I denne undersøgelse fremstod de vigtigste terapeutiske faktorer som *universalitet*, *vica-rious learning* og *instillation of hope*. En sandsynlig forklaring på dette forhold er, at der var tale om grupper af ti ugers varighed. Som det vil fremgå af overvejelserne senere i denne artikel, vil støttende terapeutiske faktorer typisk træde i forgrunden i korttidsgrupper. De to studier, som mest entydigt understøtter Crouch et al.'s konklusion (16, 17), er da også for begge vedkommende undersøgelser af langtidsgrupper. Det er bemærkelsesværdigt, at man for disse grupper, som synes at være de, der ligner grupperne, der indgik i Yaloms oprindelige undersøgelse mest, finder en meget høj grad af overensstemmelse i forhold til Yaloms resultater. Dette, at man med brug af en anden metode, nemlig rating af de vigtigste begivenheder, når til resultater, der svarer til Yaloms, styrker alt andet lige den konklusion, at *indsigt*, *interpersonel erfaringsdannelse* og *selv-afsløring / katharsis* er de tre terapeutiske faktorer, der vægtes højst af klienterne i længerevarende grupper.

Hvad angår grupper for indlagte patienter lyder Crouch et al.'s konklusion, at:

»The results of therapeutic factor studies with this type of group therapy suggest that patients gain most from feeling accepted by others, from discovering that they are not alone with their problems, and experiencing their ability to help other members. The hope generated by seeing others improve also seems important« (14, s. 305).

Denne konklusion svarer nøjagtigt til de fund, der blev gjort i den *første* undersøgelse af terapeutiske faktorer i gruppeterapi for indlagte patienter (18). Der er da også siden foretaget en del undersøgelser, hvis konklusioner peger i samme retning (f.eks. 19, 20, 21, 22). Imidlertid finder man også undersøgelser, hvis konklusioner peger i andre retninger. Således finder Marcovitz & Smith (11), at katharsis rangeres højst i deres population, mens denne faktor er nummer otte ud af tolv hos Maxmen (18). I Schaffer & Dreyers undersø-

gelse af indlagte patienter (23) optræder eksistentielle faktorer og indsigt som de højst vurderede faktorer, mens disse rangerer som henholdsvis nummer seks og ni hos Maxmen. Og hos Brabender et al. (24) findes, at *vicarious learning* er langt den hyppigst optrædende terapeutiske faktor, mens denne faktor er den *lavest* rangerede af alle hos Maxmen. Endelig finder Colijn et al. (25) i en sammenligning af grupper for forskellige patientpopulationer stort set *ingen* signifikante forskelle mellem indlagte og ambulante patienter, hvad angår vurderingen af de terapeutiske faktorer.

Det synes på denne baggrund mest rimeligt at konkludere, at selvom der i en del undersøgelser er evidens for, at *samhørighed/accept, altruisme, universalitet* og *håb* er de vigtigste terapeutiske faktorer i grupper for indlagte patienter, så synes forskelle i terapiform, i institutionelle rammer, i patienternes sværhedsgrad og i indlæggelsestiden at have stor betydning for den relative vurdering af de terapeutiske faktorer. Der synes også at være opmærksomhed omkring disse forhold blandt en del af forskerne, der har foretaget de nævnte undersøgelser. For eksempel foreslår Marcovitz & Smith selv (11, s. 29), at årsagen til, at katharsis tilsyneladende spiller en mere central rolle i deres population end hos Maxmen, kan være den indlysende, at de grupper, som Marcovitz & Smith har undersøgt, tilsyneladende har arbejdet mere konfronterende end de, der indgår i Maxmens undersøgelse.

### **Opsummering af klienters vurdering af de terapeutiske faktorer**

Alt i alt synes de eksisterende undersøgelser af patienters vurdering af den relative betydning af de forskellige terapeutiske faktorer i gruppeterapi at have identificeret et relativt konsistent sæt af højt vurderede terapeutiske faktorer i langtidsgrupper for ambulante patienter. Der synes ligeledes at være empirisk belæg for at antage, at det i grupper af indlagte patienter oftere vil være de faktorer, som MacKenzie (26) grupperer som *støttende*, der vurderes højest. Imidlertid er betydningen af forhold som gruppernes varighed, den terapeutiske teknik og karakteristika ved patienterne for vurderingen af de terapeutiske faktorer fortsat i høj grad uafklaret, hvorfor det kunne være relevant at

foretage yderligere empiriske studier, der søger at kortlægge samspillet mellem disse forskellige variable nærmere.

### **Terapeuters og klienters vurdering af de terapeutiske faktorer**

Selvom hovedparten af undersøgelserne af terapeutiske faktorer i gruppeterapi har indskrænket sig til at belyse *klienternes* vurdering af vigtigheden af de forskellige terapeutiske faktorer, findes i hvert fald tre publicerede undersøgelser, hvor man samtidig har anmodet *terapeuterne* om at angive, hvilke faktorer de anså for at være meget betydningsfulde. I Blochs & Reibsteins undersøgelse (16) af langtidsgrupper for relativt velfungerende, ikke-indlagte klienter sås en statistisk signifikant forskel mellem klienternes og terapeuternes rangordning af de terapeutiske faktorer, men der synes ikke desto mindre at være en relativt høj grad af overensstemmelse i vurderingen af *self-understanding* og *self-disclosure* som de mest betydningsfulde faktorer. En interessant forskel er til gengæld, at terapeuterne vurderede faktoren *learning from interpersonal action* som langt mere betydningsfuld end klienterne. Bloch & Reibstein opdelt i overensstemmelse med Corsini & Rosenberg (27) faktorerne i kognitive, adfærdsmæssige og affektive faktorer, og fandt ved en samlet analyse, at der var en tydelig tendens til at terapeuterne vurderede betydningen af adfærdsmæssige faktorer højere end klienterne, mens disse til gengæld vurderede de kognitive faktorer højere end terapeuterne.

Hos Schaffer & Dreyer (23) finder man en tilsvarende tendens, idet de indlagte patienter, der indgår i deres undersøgelser, langt hyppigst fremhæver *self-understanding/insight* og *self-responsibility* (existential factors) som de vigtigste terapeutiske faktorer, mens terapeuterne for de tilsyneladende adfærdsterapeutisk orienterede grupper (helt i tråd med social indlærings-teori) vurderer faktorer som *behavior experimentation* og *modeling* langt højere end patienterne.

Endelig kan også Dierick & Lietaers undersøgelse (7) kaste lys over forskellene mellem klienternes og terapeuternes perspektiv på de terapeutiske fak-

torer. De finder, at det område, hvor der er størst uoverensstemmelse mellem klienternes og terapeuternes oplevelse af de vigtigste begivenheder i terapien, er de fænomener, som Dierick & Lietaer samler under betegnelsen »indre oplevelser«. Hertil hører oplevelser relateret til indsigt samt oplevelser af håb og af engagement og indre autenticitet. Dierick & Lietaer drager den umiddelbart indlysende konklusion, at årsagen hertil er, at terapeuterne i sagens natur har lettere ved at opfange og forholde sig til de aspekter af klienternes proces, som udspiller sig i det sociale rum, end til de, som hører til klienternes indre oplevelsesverden.

Undersøgelser som disse vidner altså om en tendens til, at terapeuter vurderer de interpersonelle fænomener højere end de intrapersonelle. Dette kan som påpeget af Dierick & Lietaer skyldes, at det – især i en gruppe – kan være vanskeligt at have føling med klienternes indre proces, men det kan selvfølgelig også skyldes teoretiske forhåndsantagelser. Hvad dette sidste angår, må det bemærkes, at såvel en interpersonel forståelse, som for eksempel Yaloms, som en forståelse baseret på social indlærings-teori kan lede terapeuterne til at vurdere de interaktionelle processer som vigtigere end klientens indre proces.

Det er i denne forbindelse interessant at notere sig, at de ovennævnte resultater af undersøgelser af forskelle mellem klient- og terapeutoplevelse af gruppeterapi i nogen grad peger i andre retninger end resultaterne af tilsvarende undersøgelser af *individuel* terapi. Som for eksempel opsummeret af Yalom (4, s. 98f) har et hyppigt fund i sådanne undersøgelser været, at terapeuterne typisk vurderer, at behandlingsresultaterne er forårsaget af indsigt opnået gennem specifikke terapeutiske teknikker, mens klienterne i højere grad fremhæver relationen til terapeuten som afgørende for forløbet af terapien. Rent faktisk synes tendensen for undersøgelser af gruppeterapi altså at være den modsatte, nemlig at terapeuterne kan være tilbøjelige til at underkende betydningen af indsigt, mens klienterne fremhæver denne som vigtig. Fælles for resultaterne synes imidlertid at være, at de understreger risikoen for, at terapeuter i for høj grad lader deres teoretiske forhåndsantagelser være

styrende for deres forståelse af den terapeutiske proces og således forsømmer at interessere sig for, hvordan klienterne rent faktisk oplever denne.

### **Terapeutiske faktorer i gruppe- og individuel terapi**

I forlængelse af de ovennævnte forskelle mellem terapeuters og klienters respektive vurderinger af hvilke terapeutiske faktorer, der har størst betydning i henholdsvis individuel- og gruppeterapi, kan det nævnes, at Dierick og Lietaer (7) har sammenlignet resultaterne fra deres undersøgelse med en tilsvarende undersøgelse (28) af klienters oplevelse af terapeutiske faktorer i individuel terapi. De finder overordnet et meget stort sammenfald mellem kategorierne, men ser dog også en række interessante forskelle, idet visse kategorier optræder langt hyppigere for gruppeterapierne. Dette gælder først og fremmest tre faktorer, nemlig et positivt klima i gruppen (*gruppesamhørighed/accept*), *selv-afsløring* og forskellige aspekter af *interpersonel erfaringsdannelse* herunder *erfaringsdannelse gennem stedfortræder* (spectator therapy) og *altruisme*. Som påpeget af Dierick og Lietaer er dette på ingen måde overraskende. Hvad angår oplevelsen af accept, får denne en anden kvalitet, når det ikke bare er en professionel terapeut, der accepterer én, men »almindelige« mennesker. Tilsvarende er risikoen ved selv-afsløring så meget større, fordi personer, der i en gruppe skal vurdere én efter at have hørt hemmeligheden, der afsløres, ikke bare er terapeuter, der nærmest har pligt til at kunne rumme hvad som helst, men netop »almindelige mennesker«. Og også oplevelsen af, at udforskning af relationer har en større betydning, er naturlig. I en gruppe har man mulighed for at forholde sig direkte til andres forhold og oplevelser i modsætning til, hvad der er tilfældet i individuel terapi, hvor terapeuten ikke fortæller om sig selv. Endvidere vil man typisk vil få mere konkret og umiddelbar feedback på, hvordan man virker på andre, end de fleste terapeuter vil give, ligesom man løber en større risiko både for at såre andre og for »gengældelse«, hvis man konfronterer andre direkte.



## Terapeutiske faktorer i korttidsgrupper

Efter ovenfor at have gennemgået forskningen i terapeutiske faktorer i gruppeterapi i al almindelighed vil jeg nu fokusere på hvilke terapeutiske faktorer, der antages at have en særlig betydning i tidsbegrænsede grupper for klienter med en lettere psykologisk problemstilling. Det er imidlertid forbundet med visse vanskeligheder at afklare hvilke empiriske fund, der er egnede til en belysning af dette spørgsmål. Ganske vist eksisterer der en del undersøgelser af terapeutiske faktorer i tidsbegrænsede grupper, men disse er i overvejende grad gennemført i grupper for indlagte patienter, hvorfor det er svært at sige, om forskellene i forhold til studier af ambulante patienter i langtidsgrupper skyldes forskelle i populationen, settingen eller tidsrammen. En sådan indvending gælder blandt andet Marcovitz & Smiths undersøgelse (11), som ellers prætenderer at give empirisk belæg for konklusioner om særlige forhold ved korttidsgrupper.

Ser vi på undersøgelser af ikke-indlagte klienter, findes der i hvert fald tre studier af interesse. For det første kan nævnes Dickoff & Lakins interviewstudie af klienters oplevelse af deres gruppeterapi (29). Selvom dette studie rent metodologisk må siges at være behæftet med store problemer, først og fremmest på grund af en meget idiosynkratisk rubricering af klienternes udsagn, er det dog interessant, at klienterne, som i gennemsnit havde deltaget i omkring 11 sessioner, langt hyppigst nævnte gensidig støtte og aspekter relateret til oplevelsen af gruppesamhørighed som de vigtigste erfaringer ved gruppeterapien. Et andet studie, der peger i samme retning, er den ovenfor nævnte undersøgelse af korttidsgruppeterapi (10 sessioner) for bulimikere (15), hvor klienterne fremhæver faktorerne *universality*, *vicarious learning* og *instillation of hope* som de mest betydningsfulde terapeutiske faktorer.

Derimod synes undersøgelsen foretaget af Kivlighan & Mullison (30) at pege i en anden retning, idet de angiver, at der var en høj grad af overensstemmelse mellem rangordningen af terapeutiske faktorer i deres undersøgelse af

korttidsterapi (11 sessioner) og Bloch & Reibsteins undersøgelse af langtidsgrupper. Det er imidlertid interessant, at Kivlighan & Mullison fandt, at når de analyserede dataene fra den første halvdel af gruppeforløbene for sig, var universalitet en meget betydningsfuld faktor, mens den slet ikke optrådte i dataene fra den anden halvdel af gruppeforløbet. Dette fund synes at være i overensstemmelse med de mere generelle antagelser om gruppeudvikling, og det synes indlysende, at netop empiriske studier af *udviklingen* i den terapeutiske proces i grupper, herunder af hvilke terapeutiske faktorer, der er centrale i forskellige faser af gruppens udvikling, også vil have relevans for forståelsen af særlige terapeutiske faktorer i korttidsgrupper. Jeg skal derfor her redegøre for sådanne studier af gruppeudvikling.

### ***Terapeutiske faktorer i et udviklingsperspektiv***

Der synes at være såvel bred teoretisk enighed om som empirisk belæg for en samlet forståelse af den typiske udvikling i terapigrupper – i hvert fald de, hvor alle klienter starter samtidig (se for eksempel 4, s. 100f; 17). Denne udviklingsproces er karakteriseret ved, at klienterne indledningsvis fremhæver visse *støttende* terapeutiske faktorer såsom universalitet og håb som særligt vigtige. Efterhånden som gruppeprocessen udvikler sig, vil *arbejdsfaktorer* som for eksempel interpersonel erfaringsdannelse og indsigt opleves som mere betydningsfulde, mens de nævnte støttende faktorer gradvist vil opleves som mindre vigtige. For andre støttende faktorer, nemlig samhørighed/accept og altruisme synes der ikke i samme grad at være tale om et fald i vurderingen over tid.

Det synes umiddelbart meningsfuldt at forstå disse resultater som udtryk for en proces, hvor deltagerne i starten er mest optagede af at sikre gruppens fortsatte eksistens og deres egen plads i gruppen, hvorfor det bliver oplevelser af at være en del af et fællesskab og etablering af en positiv tro på, at gruppen bliver udbytterig, der bliver vigtigst. Senere vil gruppen, hvis disse aspekter af gruppens liv fungerer tilfredsstillende, i højere grad kunne hellige sig det egentlige terapeutiske arbejde. Gruppens samhørighed vil formodentlig

være af betydning gennem hele forløbet, men vil typisk ændre karakter fra en mere dependent, regressiv tilknytning til gruppen til en samhørighedsfølelse, der eksisterer side om side med en anerkendelse af forskelligheder gruppedeltagerne imellem (jf. 4, s. 100f).

Det ligger snublende nær at antage, at implikationen af disse fund for korttidsterapi vil være, at korte terapigrupper i overvejende grad vil kunne opnå deres effekt gennem de mere »non-specifikke«, støttende terapeutiske faktorer, mens længerevarende grupper i højere grad giver plads for egentligt terapeutisk arbejde. Det er da også den foreløbige konklusion, MacKenzie drager af sin gennemgang af eksisterende undersøgelser af terapeutiske faktorer i gruppeterapi, nemlig at:

»The brief groups may be considered to still be in the process of developing a cohesive nonthreatening atmosphere, while the longer term groups value interpersonal learning and introspection, characteristics of the 'working phases' of the group« (17, s. 30).

Imidlertid må der erindres om, at Kivlighan & Mullison (30) jo rent faktisk var i stand til at dokumentere en klar ændring i den relative betydning af forskellige terapeutiske faktorer i grupper, der løb over 11 sessioner. Og studier af lidt længerevarende tidsbegrænsede grupper (20-30 sessioner) peger ganske overbevisende på, at den ovenfor beskrevne udvikling, hvor støttende faktorer har størst betydning i starten af gruppens liv, mens arbejdsfaktorer bliver mere centrale i senere faser, rent faktisk også kan iagttages i sådanne grupper (17, 31). På denne baggrund synes det mest rimeligt at forstå MacKenzies konklusion således, at der eksisterer et kontinuum mellem korttidsgrupper og længerevarende grupper, hvor de støttende faktorer alt andet lige har en større relativ betydning i korttidsgrupper, samtidig med at også korttidsgrupper gennemløber en udvikling, hvor egentligt terapeutisk arbejde med tiden bliver mere dominerende.

## **Terapeutiske faktorer: Udvikling og interaktion**

Inddrager man den litteratur om korttidsgrupper, der i højere grad tager udgangspunkt i kliniske erfaringer end egentlige empiriske forskningsresultater, finder man konklusioner, der i udstrakt grad er samstemmende med de ovennævnte. Jeg skal i det følgende behandle visse terapeutiske faktorer, der i den kliniske litteratur oftest fremhæves som centrale i korttidsgruppeterapi. Jeg vil i denne sammenhæng lægge vægt på at redegøre for de terapeutiske faktorerers skiftende rolle og karakter igennem gruppens udvikling samt for interaktionerne mellem de forskellige faktorer. Fremstillingen bliver i overvejende grad baseret på klinisk litteratur, men da centrale forfattere som Yalom og MacKenzie har en stærk placering som såvel klinikere som forskere, er en sådan skelnen i nogen grad kunstig, og jeg vil referere til relevante forskningsresultater i den udstrækning sådanne findes.

### **Grppesamhørighed**

Et meningsfuldt udgangspunkt for forståelsen af de terapeutiske faktorer i korttidsgrupper kan være en nærmere bestemmelse af begrebet gruppesamhørighed og en indkredsning af den rolle, dette fænomen spiller i en korttidsgruppe. At begrebet samhørighed er centralt fremgår med al ønskelig tydelighed af litteraturen om korttidsgrupper, hvor mange centrale teoretikere og forskere (f.eks. 4, s. 102; 32, s. 431; 33, s. 328ff) fremhæver samhørighedsfølelsen som en afgørende forudsætning for, at gruppen overhovedet kan arbejde. Imidlertid er det i denne forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at samhørighed (*group cohesion* eller *cohesiveness*) notorisk er et af de mest omstridte begreber inden for teorien om gruppeterapi. Der findes et utal af definitioner og analyser af begrebet gruppesamhørighed, og selvom det vil ligge uden for denne fremstillings område at gå ind i en mere omfattende diskussion af disse<sup>3</sup>, må det i hvert fald pointeres, at samhørighed ofte opfattes som et flerdimensionelt fænomen, der i høj grad savner begrebsmæssig enhed. Jeg skal følgelig kort referere centrale forsøg på at foretage specificeringer af de forskellige aspekter, der indgår i fænomenet gruppesamhørighed.

En første central sondring vedrører forskellen mellem på den ene side samhørighed i *hele* gruppen og på den anden side det *enkelte* gruppemedlems oplevelse af at være accepteret af og høre til i gruppen. Det er i denne forbindelse oplagt, at der kan være store individuelle forskelle såvel imellem gruppemedlemmernes oplevelse af samhørighed i hele gruppen som imellem gruppemedlemmernes oplevelse af selv at høre til i gruppen. Yalom (4, s. 48) skelner i denne forbindelse mellem »total esprit de corps« og »individual member cohesiveness«, mens Bloch & Crouch som nævnt i den foregående artikel skelner mellem »cohesiveness« som betegnelse for den globale grad af forbundethed mellem deltagerne og »acceptance« som betegnelse for individets oplevelse af at høre til i og blive støttet af gruppen.

Ud over denne sondring ser mange (for eksempel 36, 37) gruppesamhørighed som bestående af to underliggende komponenter, nemlig en dimension, der vedrører den *emotionelle kontakt* mellem deltagerne, og en dimension, der vedrører det terapeutiske *arbejde*. Budman et al. (36) ser denne opdeling som værende i overensstemmelse med Bordins inddeling af den terapeutiske alliance i individuel psykoterapi i tre dimensioner: *Agreement on goals, assignment of tasks* og *development of bonds* (38). Budman et al. anfører, at mål- og opgavedimensionerne hos Bordin under et svarer til det ovenfor omtalte arbejdsaspekt af samhørigheden, mens Bordins tilknytningsdimension svarer til det aspekt af gruppesamhørigheden, der vedrører den emotionelle kontakt mellem gruppedeltagerne. På baggrund af denne forståelse definerer Budman et al. gruppesamhørighed som:

»the connectedness of the group, demonstrated by working together towards a common goal, constructive engagement around common themes, and an open, trusting attitude which allows members to share personal material« (s. 341).

Det synes indlysende, at denne definition ud fra en klinisk betragtning har mange fordele, idet den specificerer aspekter af gruppeklimaet, der er særligt

relevante ud fra en terapeutisk betragtning. Samtidig åbner definitionen og Budman et al.'s empiriske forskning for, at man kan studere delaspekter af gruppesamhørighed, og for eksempel skelne mellem den emotionelle forbundethed og det terapeutiske arbejde i gruppen. Herigennem bliver det muligt at belyse nogle af de pointer, som for eksempel Yalom har præsenteret, om at samhørighedsfølelsen ændrer kvalitet fra i starten overvejende at være funderet i en rent følelsesmæssig tilknytning til senere at omfatte tilfredsstillelsen ved at være en del af et arbejdsfællesskab.

Samtidig må det dog pointeres, at gruppesamhørighed defineret så bredt som Budman et al. gør det ikke kan indordnes som en terapeutisk faktor sideordnet med de øvrige, som er beskrevet ovenfor. I Budman et al.'s definition indgår således aspekter af flere terapeutiske faktorer, for eksempel *universalitet*, *accept* og *interpersonal learning*, og det synes derfor mere rimeligt – på linje med Bloch & Crouch (39) – at forstå gruppesamhørighed som en baggrundsfaktor, der er en forudsætning for at en gruppe kan arbejde, men som ikke i sig selv kan forstås som en terapeutisk faktor. Til gengæld vil gruppesamhørigheden som et globalt fænomen i gruppen indgå i et komplekst dynamisk samspil med de egentlige terapeutiske faktorer. Karakteren af dette samspil vil ændres igennem gruppens udviklingsproces, således at forskellige terapeutiske faktorer (og andre aspekter af interaktionerne i gruppen) på forskellige tidspunkter har særligt stor betydning for fremvæksten og opretholdelsen af en samhørighedsfølelse i gruppen. I den efterfølgende redegørelse for de enkeltstående terapeutiske faktorer vil jeg løbende vende tilbage til den gensidige dynamiske relation mellem disse og udviklingen af samhørighed i gruppen som helhed. Først vil jeg dog redegøre for nogle undersøgelser, der kan belyse relationen mellem gruppesamhørighed og forskellige karakteristika ved terapigrupper i forskellige faser af gruppens liv.

Indledningsvis kan det nævnes, at Dierick & Lietaer (7, s. 763f) sammenlignede klienters angivelser af vigtige episoder af terapien fra den tidlige fase i terapien med tilsvarende angivelser fra senere faser. De fandt, at klienterne

signifikant hyppigere omtaler fænomener, der er relateret til gruppesamhørighed og -klima i de tidlige sessioner end i de senere. Også stimulerende og strukturerende interventioner fra terapeuten blev hyppigere omtalt i de tidlige sessioner. Til gengæld var der en (non-signifikant) tendens til, at kategorier, der vedrører intra-psykisk og interpersonelt arbejde, optræder hyppigere ved de senere sessioner.

Et interessant forskningsresultat, der peger i samme retning, finder man i MacKenzies studie (40) af 75 gruppedeltagere med neurotiske problemer eller personlighedsforstyrrelser, som deltog i gruppeforløb af gennemsnitligt 35 sessioners længde. Klienterne udfyldte efter hver session MacKenzies Group Climate Questionnaire (GCQ), som rummer spørgsmål, der søger at indfange deltagernes oplevelse af klimaet i gruppen som helhed. MacKenzie fandt gennem faktoranalyser, at der var en markant forskel mellem skalaens faktorstruktur, når dataene fra de første fem sessioner analyseredes, og faktorstrukturen for de senere sessioner. I de tidligste sessioner kunne der kun findes en faktor. Denne havde en bipolær struktur med spørgsmål vedrørende deltagernes oplevelse af positive følelser i gruppen i den ene ende og spørgsmål vedrørende interpersonelle spændinger i den anden. I de senere sessioner viste der sig derimod tre faktorer, som i øvrigt er blevet eftervist i en række andre undersøgelser (se 41). Disse faktorer betegnes af MacKenzie som Engaged (vedrørende deltagernes engagement i gruppeprocessen), Conflict (forekomsten af konflikter) og Avoiding (tilbøjeligheden til at undgå at forholde sig til ubehageligt materiale i gruppen). MacKenzie fremhæver, at hvis man søger at beskrive de tidlige gruppefaser ud fra de tre dimensioner, der altså viser sig i de senere sessioner, så vil der vise sig en tydelig negativ korrelation mellem på den ene side Engaged-subskalaen og på den anden side Conflict- og Avoiding-subskalaerne. MacKenzie tolker dette fund som en underbygning af antagelsen om, at det afgørende vigtige for deltagerne i de tidligste sessioner er at opnå en basal følelse af, at gruppen fungerer som en social enhed præget af positive følelser, og at forekomsten af konflikter i denne tidlige fase ses som antitetisk til engagement i gruppen. MacKenzie

mener, at en sådan relativt unuanceret positiv oplevelse af gruppen er en nødvendig forudsætning for udviklingen af en mere nuanceret oplevelse, hvor forekomsten af konflikt tolereres, samtidig med at engagementet i gruppens arbejde opretholdes. Dette svarer til Yaloms og andres pointe fremhævet ovenfor om, at kvaliteten af samhørighedsfølelsen i den velfungerende gruppe ændrer sig over tid, således at der gives stadig mere rum for individuelle forskelligheder og uenighed, uden at dette truer den grundlæggende fællesskabsfølelse i gruppen.

MacKenzie et al. finder i en senere undersøgelse (42) et vist empirisk belæg for den afgørende betydning af en stærk grad af gruppesamhørighed tidligt i korttidsgruppers liv. I en stor undersøgelse omfattende 53 træningsgrupper med i alt 525 deltagere viser det sig, at graden af engagement målt på GCQ efter de første 3½ times gruppedeltagelse er en meget stærk prædikator for gruppernes generelle succes ved afslutningen af forløbet. Da man kan argumentere for, at Engaged-skalaen på GCQ i høj grad svarer til et samhørighedsbegreb som Budmans præsenteret ovenfor, synes dette resultat altså at understøtte, at det er af afgørende betydning for en korttidsgruppes videre udvikling, at samhørighedsfølelsen i gruppen etableres hurtigt.

Herudover fremgår det af MacKenzie et al.'s undersøgelse, at man i de sene faser af de mest succesrige grupper finder en ændret faktorstruktur på GCQ. Der viser sig nu én særligt stærk bipolar faktor, der har to items vedrørende henholdsvis aktiv deltagelse i gruppen og selvførelse i den ene pol og to items vedrørende tilbagetrækning fra og mistillid til gruppen i den anden. MacKenzie et al. konkluderer, at der tilsyneladende i disse grupper er et stærkere fokus på egentligt terapeutisk arbejde, hvor det afgørende tilsyneladende ikke er om stemningen er præget af enighed eller uenighed (idet items vedrørende disse aspekter ikke indgår i faktoren), men om medlemmerne tør investere sig selv aktivt i gruppens arbejde. Dette fund synes helt overensstemmende med antagelsen om en udvikling i velfungerende korttidsgrupper fra et fokus på en basal sikring af gruppen som et trygt socialt rum til en åben-



hed over for en udforskning af de interpersonelle relationer og en markering af forskelligheder og individualitet.

Ideen om, at samhørighedsfølelsen ændrer kvalitet igennem gruppens forløb, synes at blive understøttet af en meget interessant undersøgelse foretaget af Budman et al. (43). De finder, at samhørighed i de første fem sessioner i 15-sessioners grupper korrelerer positivt med diskussion af temaer fra livet *uden for* gruppen, mens diskussion af temaer inden for gruppen – specielt relationen til terapeuten – korrelerer negativt med samhørighed. I de midterste fem sessioner ses denne sammenhæng derimod ikke, mens der i de seneste fem sessioner er en *positiv* korrelation mellem diskussion af relationer i gruppen og graden af samhørighed. Dette tyder på, at gruppen i den tidlige fase så at sige ikke er klar til at forholde sig til de emotionelle relationer i gruppens her-og-nu, og at diskussioner af sådanne relationer, hvis de finder sted, ofte vil være forbundet med negative følelser af utilfredshed og vrede, som opleves som truende for samhørigheden. Derimod ser det ud til, at der bliver en stadig større åbenhed i grupperne over for tematisering af disse relationer, uden at dette opleves som truende for samhørigheden.

Det skal bemærkes, at selvom Budman et al. fandt, at diskussioner af forholdet til lederen eller andre gruppemedlemmer tilsyneladende er kontraindicerede i gruppens tidligste fase, var der specielt i denne fase en signifikant positiv relation mellem hyppigheden af mere neutrale kommentarer fra medlem til medlem (spørgsmål til eller tanker om problemer rejst af andre gruppemedlemmer) og graden af samhørighed. Dette indikerer tilsyneladende, at det især i den tidligste fase af gruppens liv opleves som styrkende for gruppefølelsen, at der er en oplevelse af, at gruppemedlemmerne interesserer sig for hinanden – så længe denne interesse holdes på et følelsesmæssigt mere neutralt niveau. Denne sammenhæng bliver stadig svagere igennem gruppens liv. Igen ses en understøttelse af den ovenfor opstillede antagelse om en kvalitativ udvikling i gruppesamhørighedens karakter.

### **Universalitet**

Idet jeg nu vender mig fra temaet gruppesamhørighed mod de enkelte terapeutiske faktorer, er det naturligt at indlede en diskussion af disse med overvejelser om betydningen af fænomenet *universalitet*. Der synes at være bred enighed om, at denne oplevelse af at »være i samme båd« er af afgørende betydning i den tidligste fase af en korttidsgruppes liv. For eksempel skriver Goldberg et al., at ud over de mere specifikke virkningsmekanismer, der karakteriserer en psykodynamisk tilgang til korttidsgrupper, er den måske vigtigste terapeutiske faktor i sådanne grupper:

»The experience of being with a group of people who share a number of basic life circumstances and who are struggling with a similar life problem« (44, s. 424).

Tilsvarende skriver MacKenzie:

»The most pervasive mechanism for the development of engagement in groups is *universality*, the recognition that others in the group have had experiences similar to one's own« (26, s. 159)

Det er i denne sammenhæng vigtigt at erindre om, at størstedelen af klinikere, der beskriver modeller for korttidsgrupper, forudsætter, at der er en vis grad af homogenitet mellem gruppemedlemmerne og deres problemstillinger, sådan at der kan opstilles et fælles fokus for gruppens arbejde. For eksempel skriver Budman:

»It has been my experience in working with short-term groups that the members need to have some way to rapidly view themselves as being 'in the same boat'. If the leader starts with a common theme differences are de-emphasized by the members themselves. (...) This would be less possible under circumstances in which such a central thematic focus was not offered« (45, s. 380f).

Det siger sig selv, at denne oplevelse af universalitet bidrager til en hurtig udvikling af samhørighedsfølelse i gruppen – en pointe, man da også finder i flere kliniske fremstillinger af korttidsgruppeterapi (f.eks. 26, s. 159; 44, s. 423; 46, s. 317; 47, s. 366).

### **Accept**

MacKenzie anfører i sin fremstilling af tekniske aspekter af korttidsgruppeterapi (26, s. 160), at:

»Many patients, in retrospect, identify the experience of acceptance as the single most important factor that allowed them to continue in the hard work of therapy«

Han påpeger i denne forbindelse, at oplevelsen af at være accepteret i sagens natur formidles gennem gruppemedlemmernes kommentarer til hinanden, hvorfor det er af afgørende betydning, at deltagerne rent faktisk får en reaktion, når de har fortalt noget om sig selv – især naturligvis når der er tale om noget, der har stor følelsesmæssig betydning for den pågældende. Dette stemmer formodentlig overens med Budman et al's ovenfor refererede fund af, at hyppigheden af kommentarer fra gruppemedlemmer til andre gruppe-medlemmer om disses problemstillinger især i starten af terapien er positivt korreleret med graden af gruppesamhørighed.

Det følger af den udviklingsforståelse, der blev præsenteret ovenfor, at fænomenet accept vil manifestere sig på forskellige måder igennem gruppens liv. Hvor det i starten synes at være af stor betydning for gruppen, at accepten formidles gennem en entydigt positiv og støttende reaktion på snart sagt alt, der formuleres i gruppen, vil det i velfungerende grupper være muligt at formidle en mere grundlæggende accept, selv i udvekslinger mellem medlemmerne, der er præget af uenighed og konflikt. Som MacKenzie skriver om en senere fase af gruppens liv præget af differentiering mellem deltagerne:

»At first glance it may appear that all those carefully nurtured 'supportive' factors (...) have disappeared. Although not as visible, they are still very much present. The laughter and reconsolidation that occur after a heated interchange, for example, may reveal their presence. It is as if the members are saying, 'We can get away with this heavy stuff, because we know we won't let each other down.'« (26, s. 186).

Også selve det materiale, der lægges frem i gruppen, og som de øvrige medlemmer skal acceptere, ændrer karakter igennem gruppens liv. Dette skal jeg nu redegøre for i forbindelse med en fremstilling af de terapeutiske faktorer selv-afsløring og katharsis.

### **Selv-afsløring/Katharsis**

I sin monografi om korttidsgruppeterapi skriver MacKenzie:

»In early group sessions, self-disclosure tends to be mainly factual and increases in levels of personal sensitivity with time. (...) Self-disclosure (...) has a direct relationship to levels of trust and, in groups, to cohesion. (...) By facilitating a rapid sense of groupness, the therapist is at the same time creating the conditions for increased self-disclosure. (...)

As the group develops, it is to be expected that the nature of self-disclosure will shift into more introspective areas of personal feelings and also into interactional areas of giving feedback to others by revealing personal reactions to what others have to say.« (26, s. 207f).

Vi ser altså igen, hvordan gruppesamhørigheden indgår som en central variabel i gruppeprocessen, der får afgørende betydning for en positiv udvikling af gruppeprocessen. Der findes i øvrigt en række empiriske undersøgelser, der understøtter antagelsen om, at der er en sammenhæng mellem gruppesamhørighed og selvafløring<sup>4</sup>. En del af disse undersøgelser tyder på, at sammenhængen også går den modsatte vej, sådan at også forekomsten af selvafløring og graden af intimitet i disse afsløringer har en positiv betydning

for udviklingen af samhørighed. Her bør man dog nok være opmærksom på risikoen for, at *for* excessiv selvafløring kan have en negativ virkning, især hvis den finder sted i starten af gruppeforløbet (se 26, s. 170ff). Når Slavin (48) således i en empirisk undersøgelse finder, at det er selvafløring omkring følelser relateret til gruppens her-og-nu, der fremmer samhørighed, virker det sandsynligt, at denne sammenhæng forudsætter et vist mål af samhørighed i udgangspunktet – jf. også Budman et al's fund af, at det i startfasen af gruppen er diskussion af temaer fra livet *uden for* gruppen, der er positivt relateret til samhørighed (43).

Når jeg i dette underafsnit behandler fænomenerne selvafløring og katharsis under et, skyldes det både, at visse taksonomier som beskrevet i den foregående artikel kun opererer med det ene af begreberne, og at man kan argumentere for, at det i *klinisk* forstand er relativt meningsløst at skille begreberne ad. Om dette sidste spørgsmål skriver Yalom for eksempel:

»Patients consider an act of self-disclosure important not only, or not primarily, because of the sheer act of disclosing but because of the simultaneous expression of emotion and the interpersonal response to the disclosure. To reveal oneself and *then* to be accepted and supported is deeply confirming.« (4, s. 355).

Yalom lægger altså vægt på den ubrydelige treenighed mellem selvafløring, katharsis og accept, og det vil formodentlig være vanskeligt at finde nogen, der ud fra en klinisk synsvinkel kan være uenig i denne betragtning. Diskussionerne af afgrænsningerne mellem de forskellige terapeutiske faktorer har i højere grad relevans, når målet er konstruktion af spørgeskemaer og rating scales med en begrebsmæssig konsistens.

### ***Interpersonel erfaringsdannelse***

Begrebet interpersonel erfaringsdannelse bruges som alle de øvrige terapeutiske faktorer på forskellige måder af forskellige forfattere. Imidlertid er der

velsagtens en rimelig grad af konsensus om, at kernen i begrebet er en proces, hvor gruppedeltageren:

- interagerer med de øvrige gruppemedlemmer på en specifik uhensigtsmæssig måde
- får en tilbagemelding fra de andre gruppemedlemmer omkring, hvordan de oplever denne adfærd
- søger at ændre adfærden og eksperimentere med nye og mere hensigtsmæssige handlemåder
- erfarer, at denne ændrede adfærd ikke, som frygtet, bliver fordømt af de øvrige deltagere (se f.eks. 4, s. 42ff).

Interpersonel erfaringsdannelse optræder naturligvis igennem hele det terapeutiske forløb, men den får en særlig betydning, når de indledende faser af terapien er vel tilbagelagt. MacKenzie (26, s. 202f) mener for eksempel, at før interpersonel erfaringsdannelse kan blive virkeligt aktiv, skal gruppen have gennemgået såvel en indledende fase præget af en følelse af universalitet og nærmest betingelsesløs gensidig accept (engagementsfasen) som en efterfølgende fase præget af differentiering, hvor individuelle forskelle og uenigheder understreges særdeles kraftigt. Først når begge disse faser er gennemlevet, vil deltagerne – ifølge MacKenzie – føle sig sikre på, at en øget intimitet mellem deltagerne kan baseres på såvel en solid samhørighedsfølelse som en respekt for individuelle forskelle.

Det vil føre for vidt i denne sammenhæng at gå ind i en nærmere redegørelse for det intrikate samspil mellem interpersonel erfaringsdannelse og andre terapeutiske faktorer. En sådan redegørelse vanskeliggøres også af det forhold, at begrebet interpersonel erfaringsdannelse er noget upræcist, idet for eksempel selvafsløring (af følelser omkring andre gruppedeltagere), katharsis (udleven af følelser i forbindelse med konfrontation af andre), indsigt (opnået gennem interpersonel erfaringsdannelse) og flere andre terapeutiske faktorer rent faktisk kan forstås som underordnede interpersonel erfaringsdannelse. Jeg skal derfor indskrænke mig til at referere tilbage til den flere gange tidli-

gere omtalte undersøgelse foretaget af Budman et al. (43), som i nogen grad underbygger MacKenzies opfattelse af interpersonel erfaringsdannelse som et fænomen, der overvejende optræder i en senere fase af en gruppes liv. Som nævnt fandt Budman et al., at mens det i den første tredjedel af gruppeforløbet var beretninger om deltagernes liv uden for gruppen, der var særligt positivt korreleret med samhørighed, blev det i den afsluttende fase af terapien diskussion af de indbyrdes relationer i gruppen, der var korreleret med høj grad af samhørighed. Endvidere fandt Budman et al., at hvor der i de tidlige og midterste sessioner er en klar sammenhæng mellem antallet af udtalelser fra forskellige gruppemedlemmer og graden af samhørighed, kan man ikke konstatere en sådan sammenhæng i den afsluttende fase af de 15-sessioners gruppeforløb, som undersøgelsen bygger på. Dette kunne ses som et indicium på, at der i senere faser af gruppeforløbet er mere plads til fordybelse i enkelte medlemmers situation og oplevelser, uden at dette opleves som truende for gruppefølelsen. I så fald ville det svare til MacKenzies påpegning af, at i den fase, hvor interpersonel erfaringsdannelse finder sted, »the focus shifts to the individual, and the group process takes on more of the characteristics of individual therapy« (26, s. 203).

### ***Indsigt***

Afslutningsvis vil det måske være relevant at sige noget om den rolle, *indsigt* har i korttidsgruppeterapi. Der forekommer mig bekendt ikke undersøgelser, der illustrerer en udvikling i den rolle, som indsigt spiller igennem den terapeutiske proces. Derimod kan det være værdt at erindre om diskussionerne, som blev præsenteret i den anden af artiklerne i denne serie (2), vedrørende karakteren af den indsigt, der kan opnås gennem korttidsgruppeterapi. Her blev det slået fast, at der blandt mange psykodynamisk og interpersonelt orienterede gruppeterapeuter synes at være enighed om, at man i korttidssterapi snarere bør rette opmærksomheden mod terapiens her-og-nu frem for med klienternes fortid eller liv uden for gruppen og endvidere i overvejende grad bør fokusere på interpersonelle snarere end indrepsykiske problemstillinger. Man kan sige, at indsigt hermed forstås som et fænomen, der i alt væsentligt

er et produkt af denne interpersonelle erfaringsdannelse. Dette fremgår blandt andet af Yaloms omtale af begrebet, hvor han er meget skeptisk over for værdien af »genetisk« indsigt, altså en forståelse af hvordan aktuelle handlemønstre er påvirket af erfaringer fra opvæksten, som terapeutisk faktor i gruppeterapi (4, s. 45f). Det må dog samtidig igen påpeges, at der er en vis uenighed mellem terapeuter af forskellig observans med hensyn til, hvor megen værdi egentlige genetiske tolkninger kan have i gruppeterapi. Således vil visse psykoanalytisk orienterede terapeuter være mere tilbøjelige til at fokusere på de aktuelle konflikters rødder i tidlige relationsmønstre (se f.eks. 44, s. 420f).

### **Korttidsgruppeterapi – styrker og begrænsninger**

Det kan måske være relevant at afslutte denne artikelserie med en ganske kortfattet beskrivelse af et typisk udviklingsforløb i korttidsgrupper. Citatet stammer fra Budman et al's redegørelse for deres grupper for yngre, ambulante klienter (20 – ca. 35 år), og det opsummerer for mig at se på glimrende vis centrale aspekter af udviklingen i korttidsgrupper. Samtidig stemmer de fænomener, som Budman et al. beskriver, i særdeles høj grad overens med de processer, jeg har haft mulighed for at iagttage i mine egne studier af korttidsgrupper for klienter inden for det samme aldersinterval – processer, som jeg har beskrevet langt mere indgående andetsteds (49). Budman et al. skriver:

»The group begins around the question, 'Who are we and why are we here?' In the first one or two meetings there is often a good deal of sharing around more superficial symptoms and overt problems. Once this runs out, however, the members focus on the leader, seeking advice and information as to the best way to continue. (...) By about session six the group is quite frustrated by the leader's insistence that they deal with each other. At this point there may be a group crisis, with an angry or depressive reponse on the part of the members regarding the 'ungiving' position of the therapist. (...) The members then turn to one another for



'the answers'. (...) Once the group participants can begin dealing with one another rather than simply depending on the leader, a phase of active work begins. Often this unfolds rather suddenly, with one or another member revealing his 'real' reason for being in the group. This may take the form of an admission of one's profound loneliness or a revelation regarding one's sexual orientation, terrible childhood, etc. During this central phase, there is a good deal of feedback, support, and sharing. This phase continues until about session eleven or twelve, at which time the group often becomes concerned about the approaching ending. (...) It is our experience that working through this ending can be a major experience of growth for members« (50, s. 68f).

Som beskrevet her af Budman et al. fremtræder korttidsgruppeterapi som en nuanceret og mangefacetteret behandlingsmodalitet, der rent faktisk kan tilbyde deltagerne en mulighed for at arbejde med en række centrale psykologiske problemstillinger. Selvom det synes indlysende, at den stramme tidsramme sætter begrænsninger for fordybelsen i den terapeutiske proces, kan tidsrammen samtidig bidrage til en følelse af seriøsitet og dedikation i forhold til det terapeutiske arbejde, som kan gøre korttidsgrupper til en intens og bevægende oplevelse. Jeg har gennem denne gennemgang af den eksisterende litteratur på området søgt at demonstrere, at korttidsgrupper kan være et kvalificeret svar på en situation med begrænsede ressourcer. Det er indlysende, at denne særlige behandlingsform stiller store krav til selektion af klienter og sammensætning af gruppen, og det er næppe realistisk at forestille sig mere omfattende personlighedsændringer som følge af deltagelse i en sådan korttidsgruppe. Men det kan synes rimeligt at antage, at selv korte gruppeforløb i bedste fald kan initiere en udviklingsproces hos gruppedeltageren, som kan være af central betydning for klientens videre udvikling efter terapiens afslutning.

## **Abstract**

### **Therapeutic factors in short-term groups.**

#### **2. Research and clinical practice**

*Following an earlier article about categorizations of therapeutic factors in group psychotherapy the existing empirical research into these taxonomies is reviewed. In spite of several methodological problems a general finding is that when clients in ambulatory groups of longer duration are asked to evaluate the group experience as a whole they rank the therapeutic factors insight, interpersonal learning and self-disclosure / catharsis highest. In contradistinction to this finding both hospitalized psychiatric patients and clients in ambulatory short-term groups seem to find factors of a more supportive nature most helpful. However, it is stressed that such a global evaluation of therapeutic factors tends to obscure the developmental process of the group, where different factors will be of differential importance through the course of the group. Thus, in the early stages of short-term groups it seems to be of importance that group cohesion is built up rapidly through the experience of universality, whereas factors like self-disclosure / catharsis and interpersonal learning will be of increasing importance later on in the group's process.*

#### **Noter**

1. Det skal dog bemærkes, at selve metoden, hvorigennem klienterne sorterede de 60 items, i flere af undersøgelseerne (11, 12) var anderledes end i Yaloms oprindelige undersøgelse.
2. En undersøgelse af unge i teenagealderen indlagt på psykiatrisk afdeling (13) fandt, at klienterne fremhævede universalitet, gruppesamhørighed, katharsis og eksistentielle faktorer som de centrale terapeutiske faktorer. Dette synes at understøtte den generelle tendens i Corder et al.'s undersøgelse.
3. Se for eksempel 4, s. 47ff; 14, s. 271ff; 34. Jeg har selv andetsteds (35) mere detaljeret søgt at afklare de mange problemstillinger i forbindelse med definition og måling af gruppesamhørighed.
4. Se 14, s. 294f for en oversigt over en række af disse undersøgelser.

## Litteratur

1. Poulsen S. Gruppeanalytisk og interpersonel korttidsgruppeterapi – teori og forskning. 1. Almene principper. *Matrix* 2000; **17**(1), 5-25.
2. Poulsen S. Gruppeanalytisk og interpersonel korttidsgruppeterapi – teori og forskning. 2. Terapeutens opgaver i gruppen. *Matrix* 2000; **17**(1), 26-52.
3. Poulsen S. Terapeutiske faktorer i korttidsgrupper. 1. Kategorisystemer for terapeutiske faktorer. *Matrix* 2000; **17**(2), 207-237.
4. Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4. Ed.) New York: Basic Books, 1995.
5. Lieberman M, Yalom I & Miles M. *Encounter Groups: First Facts*. New York: Basic Books, 1973.
6. Bloch S, Reibstein J, Crouch E, Holroyd P. & Themen J. A Method for the Study of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 1979; **134**, 257-263.
7. Dierick P & Lietaer G. Member and therapist perceptions of therapeutic factors in therapy and growth groups. I: Lietaer, Rombauts & van Balen (red.): *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*. Leuven: Leuven University Press, 1990.
8. Rohrbaugh M & Bartels B. Participants' Perceptions of »Curative Factors« in Therapy and Growth Groups. *Small Group Behavior* 1975; **6**, 430-456
9. Freedman S & Hurley J. Perceptions of Helpfulness and Behavior in Groups. *Group*, 1980; **4**, 51-58.
10. Corder BF, Whiteside L & Haizlip TM. A Study of Curative Factors in Group Psychotherapy with Adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy* 1981; **31**(3), 345-354.
11. Marcovitz RJ & Smith JE. Patients' Perceptions of Curative Factors in Short-Term Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1983; **33**(1), 21-39.
12. Butler T & Fuhriman A. Level of Functioning and Length of Time in Treatment Variables Influencing Patients' Therapeutic Experience in

- Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 1983; **33**(4), 489-505.
13. Chase JL & Kelly MM. Adolescents' perceptions of the efficacy of short-term inpatient group therapy. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy* 1993; **3**, 155-161.
  14. Crouch EC, Bloch S & Wanlass J. Therapeutic Factors: Interpersonal and Intrapersonal Mechanisms. I: A. Fuhriman & G.M. Burlingame (red.) (1994): *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis*. New York: John Wiley & Sons, 1994.
  15. Hobbs M, Birtchnall S, Harte A & Lacey H. Therapeutic factors in short term group therapy for women with bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1989; **8**, 623-633.
  16. Bloch S & Reibstein J. Perceptions by Patients and Therapists of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 1980; **137**, 274-278.
  17. MacKenzie R. Therapeutic factors in group psychotherapy: A contemporary view. *Group* 1987; **11**, 26-34.
  18. Maxmen JS. Group therapy as viewed by hospitalized patients. *Archives of General Psychiatry* 1973; **28**, 321-338.
  19. Butler T & Fuhriman A. Patient perspective on the curative process: A comparison of day treatment and outpatient psychotherapy groups. I: *Small Group Behavior* 1980; **11**, 371-388.
  20. Kahn ME, Webster PB & Storck MJ. Curative factors in two types of inpatient therapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy* 1986; **36**, 579-585.
  21. Kapur R, Miller K & Mitchell G. Therapeutic factors within inpatient and outpatient psychotherapy groups. *British Journal of Psychiatry* 1988; **152**, 229-233.
  22. Mushet G, Whalan G & Power R. In-patients' Views of the Helpful Aspects of Group Psychotherapy: Impact of Therapeutic Style and Treatment Setting. *British Journal of Medical Psychology* 1989; **62**, 135-141.

23. Schaffer JB & Dreyer SF. Staff and Inpatient Perceptions of Change Mechanisms in Group Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 1982; **139**, 127-128.
24. Brabender V, Albrecht E, Sillitti J, Cooper J.& Kramer E. A study of curative factors in short term group therapy. *Hospital and Community Psychiatry* 1983; **34**, 643-644.
25. Colijn S, Hoencamp E, Sniijders H, van der Spek M & Duivenvoorden H. A comparison of curative factors in different types of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 1991; **41**, 365-378.
26. MacKenzie KR. *Time-Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications*, Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
27. Corsini RJ & Rosenberg B. Mechanisms of Group Psychotherapy: Processes and Dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1955; **51**, 406-411.
28. Lietaer G & Neirinck M. Client and therapist perceptions of helping processes in client-centered/experiential psychotherapy. *Person-centered Review* 1986; **1**, 436-455.
29. Dickoff H & Lakin M. Patients' views of group psychotherapy: Retrospections and interpretations. *International Journal of Group Psychotherapy* 1963; **13**, 61-73.
30. Kivlighan DM & Mullison D. Participants' perception of therapeutic factors in group counseling: The role of interpersonal style and stage of group development. I: *Small Group Behavior* 1988; **19**, 452-468.
31. Kivlighan DM & Goldfine DC. Endorsement of Therapeutic Factors as a Function of Stage of Group Development and Participant Interpersonal Attitudes. *Journal of Counseling Psychology* 1991; **38**(2), 150-158.
32. MacKenzie KR. Time-Limited Group Theory and Technique. In: A. Alonso & H. Swiller (Eds.): *Group Therapy in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.
33. Budman SH, Simeone PG, Reilly R & Demby A. Progress in Short-Term and Time-Limited Group Psychotherapy: Evidence and Implications. I: A.

- Fuhriman & GM Burlingame (red.): *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis*. New York: John Wiley & Sons, 1994.
34. Bednar RL & Kaul T. (1994): Experiential Group Research. I: AE Bergin & SL Garfield (red.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons, 1994.
  35. Poulsen S. *Existing self-report measures of group cohesion: An evaluation of content validity*. Oplæg præsenteret på Fifth European Conference on Psychotherapy Research, Cernobbio, Italien, 1996.
  36. Budman SH, Soldz S, Demby A, Feldstein M, Springer T & Davis MS. Cohesion, Alliance and Outcome in Group Psychotherapy. *Psychiatry* 1989; **52**, 339-350.
  37. Cota AA, Evans CR, Longman RS, Dion KL & Kilik L. Using and misusing factor analysis to explore group cohesion. *Journal of Clinical Psychology* 1995; **51**(2), 308-316.
  38. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1979; **16**, 252-260.
  39. Bloch S & Crouch E. *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press, 1985.
  40. MacKenzie KR. The Clinical Application of a Group Climate Measure. I: RR Dies & KR MacKenzie (red.): *Advances in Group Psychotherapy*. New York: International Universities Press, 1983.
  41. MacKenzie KR. Der Gruppenklima-Fragebogen (Group Climate Questionnaire, GCQ-S). I: B Strauss, J Eckert & V Tschuschke (red.): *Methoden der empirischen Gruppen-therapieforschung: Ein Handbuch*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1996.
  42. MacKenzie KR, Dies RR, Coché E, Rutan JS & Stone WN. An Analysis of AGPA Institute Groups. *International Journal of Group Psychotherapy* 1987; **37**(1), 55-74.
  43. Budman SH, Soldz S, Demby A, Davis M & Merry J. What is cohesiveness? An empirical examination. *Small Group Research* 1993; **24**, 199-216.

44. Goldberg DA, Schuyler WR, Bransfield D & Savino P. (1983): Focal Group Psychotherapy: A Dynamic Approach. *International Journal of Group Psychotherapy* 1983; **33**(4), 413-431.
45. Budman SH. Review of *Adaptation to loss through short-term group psychotherapy*. *International Journal of Group Psychotherapy* 1993; **43**, 379-382.
46. Klein RH. Some Principles of Short-Term Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 1985; **35**(3), 309-330.
47. Yalom VJ & Yalom I. Brief Interactive Group Psychotherapy. *Psychiatric Annals* 1990; **20**(7), 362-367.
48. Slavin R. The Significance of Here-and-Now Disclosure in Promoting Cohesion in Group Psychotherapy. *Group* 1993; **17**, 143-150
49. Poulsen S. *Afprivatisering – Klienters oplevelse af psykodynamisk korttidsgruppeterapi*. Københavns Universitet: Ph.d.-afhandling, 1999.
50. Budman SH, Bennett MJ & Wisneski MJ. Short-Term Group Psychotherapy: An Adult Developmental Model. *International Journal of Group Psychotherapy* 1980; **30**, 63-76.





# SKAL EFFEKTFORSKNINGEN FORTSAT PRIMÆRT FOKUSERE PÅ TEKNISKE FAKTORER?

## *Håndtering af terapeutfaktorer i effektforskningen 2*

Matrix 2000/01; 17; 4, s. 453-476

Carsten René Jørgensen

*Hidtil har effektforskningen overvejende fokuseret på rent tekniske faktorerets betydning for behandlingsudbytte. Med afsæt i bl.a. Aristoteles' phronesisbegreb argumenteres for, at terapeutens evne til at afstemme anvendelsen af forskellige behandlingsstrategier med den konkrete patients øjeblikkelige tilstand og behov har central betydning for det terapeutiske udbytte – og at sådanne terapeutfaktorer kun i begrænset omfang kan indfanges eller bringes under kontrol med effektforskningens hidtil udviklede metoder. Dette betyder bl.a., at man må være varsom med at generalisere fra den typiske effektundersøgelse til dagligdagen i klinikken.*

»At man, naar det i sandhed skal lykkes En at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.« (Kierkegaard 1848:96f(1))

»[som terapeuter] ... handler vi som regel netop *ikke* regelstyret; hvis vi gør, kommer vi galt af sted, fordi den konkrete handling altid 'kommer an på'. Vi handler i forhold til det partikulære, praktisk og konkret ..« (Fog 1998:38(2))

I artiklens første del (3) er beskrevet en række metoder til håndtering af terapeutfaktorer i den empiriske effektforskning. Den overordnede målsætning for effektforskningen er, at blive i stand til at fastlægge afgrænsede behandlingsmetoders gennemsnitlige effekt over for afgrænsede kategorier af psykiske forstyrrelser. Den hyppigst anvendte metode til dette er det randomiserede kontrollerede eksperiment, hvor patienter med sammenlignelige forstyrrelser (samme diagnose) tilfældigt allokteres til en af flere standardiserede (manualliserede og kontrollerede) behandlingsforløb. Dette forskningsprogram bygger på en række antagelser, man som et minimum bør stille kritiske spørgsmål til. Her skal primært fokuseres på den grundlæggende antagelse i effektforskningen: at man, for at sikre en så vidt muligt ensartet udførelse af de undersøgte behandlingsmetoder, må bestræbe sig på at bringe terapeutfaktorer (der skaber uensartethed i udførelsen af en given behandlingsmetode) under kontrol<sup>1</sup>. Hvorledes påvirker effektforskningens iboende logik og forståelse af psykoterapi de opnåelige resultatets anvendelighed i – og generaliserbarhed til – klinikken?

Man kan skelne imellem tre niveauer i terapeutens bidrag til den terapeutiske proces: (1) type af terapeutadfærd (teknik), (2) kvaliteten af terapeutens udførelse af denne adfærd (specifik kompetence), og (3) terapeutens interpersonelle stil eller bidrag til den interpersonelle proces i terapien (generel kompetence). Hovedparten af den empiriske psykoterapiforskningens effektundersøgelser hviler på to grundantagelser: (A) At tekniske faktorer (pkt.1) for alle behandlingsmetoder har væsentlig betydning for eventuel varians i terapeutisk effekt. Og: (B) At det er muligt og klinisk meningsfuldt at adskille terapeuten (pkt.3) og terapien (pkt.1 og tildels pkt.2) for herefter at udskille disse to faktoreres respektive bidrag til behandlingseffekten. Som det skal uddybes i det følgende, er begge disse grundantagelser problematiske.

Med afsæt i en gennemgang af de seneste metaanalyser af centrale faktoreres bidrag til observerede forskelle i effekten af psykoterapi har Hougaard (1998: 194f(4)) konkluderet, at terapeutens valg af teknik højest bidrager med ca.

10% til de fundne forskelle i behandlingsudbytte, og at terapeutens erfaring og uddannelse bidrager med andre ca. 10%. Terapeutens kompetence og faktorer knyttet til terapeutens person antages derimod at bidrage med hele 30%. De sidste 50% henføres til faktorer hos patienten (forventninger, motivation, grad af forstyrrelse mv.). Sagt på en anden måde, så kan en markant større andel af de observerede forskelle i behandlingseffekt henføres til faktorer hos den enkelte patient og den enkelte terapeut, snarere end faktorer knyttet til de anvendte behandlingsmetoder. I forlængelse af dette har Lambert (1998: 394(5)) problematiseret effektforskningens iboende logik med henvisning til, at de anvendte forskningsdesigns og -metoder er udtryk for en betydelig overvurdering af de tekniske faktoreres betydning for behandlingsudbyttet – på bekostning af de forskellige terapeutfaktoreres antageligt langt større indflydelse på patienters behandlingsudbytte.

Psykoterapi og enhver behandlingsteknik praktiseres af en terapeut som løbende vurderer, hvilken intervention der er optimal for den konkrete patient her-og-nu, hvordan den skal formidles til patienten, hvorledes den interpersonelle proces i terapien skal håndteres osv. Der er således behov for en dybere forståelse af samspillet imellem terapeut og teknik, imellem patient og teknik og imellem patient og terapeut – og for at overskride den noget reduktionistiske adskillelse af disse elementer, som er udgangspunkt for den positivistisk inspirerede effektforskning. Den græske filosof Aristoteles og hans arvtagere har bidraget med refleksioner som er relevante i denne sammenhæng.

### ***Forståelse af psykoterapiens væsen med afsæt i Aristoteles' intellektuelle dyder***

I sit etiske hovedværk »Den Nikomacheiske etik« udskiller Aristoteles (6,7) tre centrale intellektuelle dyder: techné, epistémé og phronesis. Techné henviser til menneskets tekniske og håndværksmæssige færdigheder. Den er et resultat af en indlæringsproces med formaliseret undervisning, lærebøger osv. og

den kræver ingen dybere forståelse for andre mennesker og deres liv. Udøvelsen er nok variabel og afhængig af den aktuelle kontekst – men inden for en relativt snæver ramme. Der sigtes imod en form for materiel produktion eller et produkt, hvor det kun tidvist er nødvendigt at tage stilling til de midler, man har valgt for at realisere sit mål.

Den anden intellektuelle dyd: Epistemé, henviser til menneskets teoretiske viden, viden som er uafhængig af tid og rum – en viden som i princippet er universel. Epistemé kan indlæres og glemmes igen, ligesom den kan blive forældet. Aristoteles taler også om menneskets teoretiske fornuft baseret på analytisk rationalitet – og der er tale om en abstrakt viden, som ikke nødvendigvis har umiddelbar forbindelse til det konkrete her-og-nu.

Phronesis – der ifølge Aristoteles er den centrale af menneskets intellektuelle dyder – er en moralsk viden som er variabel, pragmatisk og afhængig af den til enhver tid aktuelle kontekst. I sit væsen er phronesis – eller dømmekraften – en sensibilitet for den aktuelle kontekst. Der er ikke tale om en objektiv og eksplicit verbaliseret viden – men snarere om en overvejende tavs viden, der ikke umiddelbart og aldrig fuldt ud kan ekspliciteres endsige indfanges i universelle regler. Phronesis kan derfor ikke læres via formaliseret undervisning eller lærebøger. Den væsentligste forudsætning for udøvelse af dømmekraft er menneskelig erfaring og en hermed forbundet evne til at sætte sig ind i og forstå andre mennesker og deres liv. Som Aristoteles udtrykker det, knytter phronesis »sig ikke blot til universelle regler; der må også være tale om en kyndighed i enkelthederne, det partikulære – fordi den virker i handling og handling udspiller sig i forhold til enkeltheder/konkrete omstændigheder. Det er derfor, at folk, som ikke er i besiddelse af teoretisk viden (især hvis de er erfarne), ofte er mere effektive i handling end andre, som besidder denne teoretiske viden« (7:213, min oversættelse). Og »selvom de unge kan udvikle en evne i geometri og matematik og blive viise omkring disse forhold, så udvikler de ikke phronesis. Grunden til dette er, at phronesis involverer en viden om det partikulære som kommer med erfaringen – og

unge mennesker er ikke erfarne, fordi det tager tid at opnå erfaring [...] de unge gentager blot doktrinerne ... uden virkelig at tro på dem ...« (7:215, min oversættelse). Tilsvarende kan de fleste gennemsnitligt begavede mennesker tilægge sig teoretisk viden om psykoterapi og terapeutiske interventionsformer. Den frugtbare anvendelse af denne viden i praksis forudsætter dømmekraft og en viden om det partikulære som – for nogen, men langt fra alle – kommer med erfaringen.

Phronesis ligger i spændingsfeltet imellem det generelle og det konkrete/partikulære her-og-nu – og den angår netop forholdet imellem generelle »regler« eller forskrifter for ageren og den rigtige eller »gode« anvendelse af disse regler og metoder i det enkelte tilfælde. Således indbefatter dømmekraften både anvendelsen af almene regler på det konkrete tilfælde og selve opfattelsen af det konkrete. Udøvelsen af phronesis eller menneskelig dømmekraft kræver løbende overvejelse, skøn og valg – baseret på erfaring. Når man taler om den menneskelige dømmekraft kan man ikke tale om, at subjektet, som en ikke-involveret eller neutral observatør, står over for en situation, hvor der skal træffes et valg. Den enkelte, der skal udlægge, fortolke og anvende generelle regler på det konkrete tilfælde, er direkte involveret i og konfronteret med den aktuelle situation.

Den tyske filosof og hermeneutiker Hans-Georg Gadamer har i sit hovedværk »Wahrheit und Methode« (8) anvendt den juridiske dommers anvendelse og fortolkning af de formelle love til at dømmes i det konkrete tilfælde som et paradigmatiske eksempel på udøvelsen af phronesis. Det er således dommerens fornemmeste opgave at omsætte de formelle love (det principielle, det almene) til det enkelte konkrete tilfælde (det partikulære) – han skal udlægge det almene og principielle i den konkrete situation ved at foretage en afvejning af forskellige faktorer i den konkrete sag og sammenholde dette med de skrevne love. Denne afvejning er nødvendig netop fordi, det almene (de skrevne love) aldrig kan tage højde for alle de mange komplekse faktorer, der er på spil i det konkrete tilfælde. For at kunne handle rigtigt er det ikke tilstrække-

ligt, at dommeren har den rette teoretiske viden – han må tillige – og måske endnu vigtigere – besidde praktisk fornuft (phronesis) for at kunne opfatte og afveje det særskilte i situationen og på bedste vis anvende de almene principper på dette. Gadamer taler også om phronesis som en moralsk viden i den forstand, at den knytter sig til, at det enkelte subjekt må afgøre, hvad den konkrete situation kræver af ham/hende – og at den konkrete situation må ses i lyset af, hvad der kræves af ham/hende generelt (Gadamer 1960:313(8)). Phronesis kan ikke sættes på formler eller indfanges af generelle forskrifter – regler er for nybegyndere, hvor de kan have en vis rimelighed, men erfaringen er helt central for den virkelige udøvelse af dømmekraft.

I udøvelsen af psykoterapi må behandleren til enhver tid trække på alle tre intellektuelle dyder, som de er bekrævet hos Aristoteles; han må have en solid teoretisk skoling (viden om menneskets psykologiske udvikling, personlighedsstruktur, patologiforståelse osv.), han må være i besiddelse af en række tekniske færdigheder (kendskab til og erfaring med en bred vifte af interventionsformer og redskaber til håndtering af forskellige problemer osv.) og endelig må han være i besiddelse af en betydelig portion menneskelig dømmekraft for at kunne vurdere, hvilken interventionsform der er passende i den konkrete situation, hvorledes han selv bør relatere sig til sin patient her-og-nu osv. Terapeutens besiddelse af phronesis eller dømmekraft er forudsætning for den frugtbare anvendelse af de tekniske og teoretiske kundskaber – uden phronesis kan selv den højeste teoretiske skoling være gold i mødet med praksis.

Ud fra en psykodynamisk referenceramme er det en uomgængelig forudsætning for den frugtbare anvendelse af tilegnede tekniske færdigheder, at terapeuten gennemgående er i stand til at leve sig ind i, mærke og forstå patientens aktuelle tilstand og behov – og tilpasse sin håndtering af den terapeutiske relation, og sit valg og udførelse af interventioner, efter dette. Der må løbende foretages afvejringer af forskellige faktorer, foretages en række skøn og træffes nogle valg, som ikke er – og på ingen måde kan være – indeholdt i tekniske forskrifter og behandlingsmanualer. Som den juridiske dommer, der

i sin konkrete anvendelse af de formelle love må vurdere, hvorledes disse skal omsættes til praksis i det enkelte konkrete tilfælde, så må psykoterapeuten til stadighed vurdere, hvorledes hans teoretiske viden kan bidrage til at forstå den konkrete patients vanskeligheder og ageren her-og-nu, ligesom han må tage stilling til, hvordan tekniske forskrifter kan omsættes i praksis her-og-nu på en måde, som bedst tjener patientens udvikling. Endelig må behandleren ikke rigidt holde sig til en bestemt behandlingsmetode – men i nogen udstrækning være parat til at hente inspiration og endog interventionsmetoder fra andre behandlingstraditioner, hvis den konkrete patients tilstand og behov dikterer dette<sup>2</sup>.

### ***Kløften imellem videnskabelig og klinisk validitet***

I forsøget på at opstille lister over empirisk understøttede behandlingsformer henviser den empiriske effektforskning primært til det randomiserede kontrollerede eksperiment som den foretrukne metode til at undersøge effekten af terapeutiske metoder. Der er her tale om et forskningsrationale med rødder i den medicinske model, hvor fokus primært er patientens forstyrrelser og symptomer og afgrænsede behandlingstiltag – imens der kun sjældent er tilstrækkeligt blik for de aktuelle dynamikker hos den konkrete patient og imellem patient og terapeut, der kan diktere, hvad der må gøres her-og-nu (Goldfried & Wolfe 1996:1010(11)). Implicit betragtes psykoterapi på linie med et medikament til behandling af en specifik dysfunktion.

Hovedparten af de i effektforskningen anvendte strategier til håndtering af terapeutfaktorerers indflydelse på udførelsen af en terapeutisk metode (jf. 3) tager implicit udgangspunkt i den antagelse, at udøvelsen psykoterapi i første række skal henføres til Aristoteles' begreb om techné: at psykoterapi primært er et teknisk håndværk, som kan indlæres via formel undervisning, lærebøger (manualer) osv. – og at man meningsfuldt kan adskille behandlingsteknik fra eksempelvis terapeutens person, den enkelte patients unikke problemstilling

og behov og den interpersonelle proces. Hermed henvises den enkelte behandleres phronesis, der må antages afgørende for behandlingsproces og udbytte, i bedste fald til en sekundær position i forståelsen af psykoterapiens væsen. Og man må spørge sig selv, hvorvidt de anvendte kvantificeringer og forsøg på at isolere en række videnskabeligt håndterbare variable i det terapeutiske arbejde (variable som ikke nødvendigvis er centrale eller valide ud fra en klinisk betragtning) gør vold på psykoterapiens kerne i en sådan grad, at der er anledning til at betvivle de pågældende undersøgelser kliniske validitet. Samtidig kan man betragte kløften imellem det kliniske og det videnskabelige blik som et udtryk for kampen imellem en cartesiansk og en aristotelesk logik, hvor førstnævnte fokuserer på det generelle, det almene og på metoden i sin egen ret, imens sidstnævnte snarere retter opmærksomheden imod sansen for det konkrete, det enkelte tilfælde og ser på evnen til frugtbar at anvende det almene i det partikulære. Groft sagt, så er det primære mål for den naturvidenskabeligt inspirerede forskning at formulere almene lovmæssigheder, imens klinikerer i en vis forstand – med afsæt i sin viden om generelle lovmæssigheder – opstiller en ny teori om hver enkelt patient.

Inden for det kontrollerede eksperiments grundlæggende eksperimentelle logik specificeres en uafhængig variabel (behandlingsform, der manualiseres og kontrolleres), imens alle andre variable søges bragt under kontrol eller elimineret – og der anvendes standardiserede mål for bevægelser i den afhængige variabel (patientens forstyrrelse). Målet er således at belyse sammenhængen imellem den uafhængige variabel (behandling) og den afhængige variabel (effekt) – en sammenhæng der implicit antages at være lineær og i den forstand mekanistisk (Bohart 2000(12)). Problemet ved denne forskningslogik er imidlertid, at psykoterapi grundlæggende er en interpersonel eller dialogisk proces, som ikke kan reduceres til en implementering af tekniske interventioner til håndtering af afgrænsede hændelser eller tilstande. Når en sådan videnskabelig logik søges presset ned over den psykoterapeutiske praksis hænger det sandsynligvis bl.a. sammen med, at det er økonomiske



og politiske interesser – snarere end en egentlig erkendelsesinteresse – der har styret store dele af effektforskningen (Jørgensen 2000c (44)).

I samtidens pluralistiske konkurrencesamfund må hver terapeutisk metode forsøge at skille sig ud fra massen af behandlingsmetoder ved at understrege sine særlige kvaliteter (sin særlige behandlingsteknik) og sin evne til at opnå mere end gennemsnitligt gode resultater (behandlingseffekt). I den senmoderne vestlige kultur er den dominerende metode til at markere sin behandlingsforms særlige kvaliteter og til at vinde bred legitimitet (især hos bevilligende myndigheder), videnskabelige undersøgelser – herunder især randomiserede kontrollerede eksperimenter – der dokumenterer en behandlingseffekt ud over, hvad man kunne opnå ved ren tilfældighed – og helst en behandlingseffekt som er bedre end for andre tilsvarende behandlingsmetoder. Denne kappestrid om at dokumentere overlegne effekter af afgrænsede interventionsformer leder opmærksomheden bort fra det faktum, at de mange – tilsyneladende forskellige – behandlingsmetoder har langt mere tilfælles end, hvad der adskiller dem – og at de mere eller mindre trækker på de samme grundantagelser og terapeutiske virkningsfaktorer. I forlængelse af dette har Hubble, Duncan & Miller (37,38) nyligt fremlagt tungtvejende teoretiske og empiriske argumenter for, at psykoterafikforskningen i højere grad bør rette opmærksomheden imod de fælles terapeutiske faktorer (på tværs af specifikke behandlingsmetoder) – frem for de væsentligt mindre betydningsfulde specifikke tekniske faktorer – og på klientfaktorer, der, som tidligere nævnt, kan redegøre for op imod halvdelen af den observerede varians i behandlingsudbytte. Den centrale opgave bliver da at afsøge, hvorledes terapeuten bedst aktiverer og udnytter patientens egne selvhelbredende potentialer.

Når der argumenteres for, at fælles non-specifikke, ikke-tekniske faktorer bør tillægges afgørende betydning for behandlingsudbytte, så betyder dette naturligvis ikke, at psykoterafik skal være teknikløs, eller at terapeutisk teknik er uden betydning for behandlingsudbytte. Ud over, at de i sig selv antageligt bidrager til patientens behandlingsudbytte, kan de terapeutiske ritualer (speci-

fikke tekniske interventioner) bl.a. medvirke til at opbygge og vedligeholde behandlingsalliancen, de giver patient og terapeut noget at lave sammen, styrker patientens forventning om bedring, kan give patienten et nyt perspektiv på sig selv og sin omverden, og give patienten en ramme for at opleve kontrol over sig selv og sit liv, ligesom de i visse tilfælde kan styrke patientens emotionelle involvering i behandlingen. Behandlingsteknik er nødvendig for at aktivere og udnytte de fælles terapeutiske faktorer (Hubble et al.1999:408(37)).

Når man – som i dele af effektforskningen – forsøger at specificere udvalgte behandlingsmetoder med henblik på at sammenligne deres effekt, må man imidlertid – med Krause & Howard (1999:163 (42)) – fastholde, at indtil vi er i stand til at specificere blot tilnærmelsesvist alle betydningsfulde elementer i en terapeutisk metode (hvilket i princippet aldrig vil være muligt med især mere komplekse behandlingsformer), så er alle terapier i princippet at betragte som overvejende non-specifikke – hvilket gør det mindre meningsfuldt at bruge store mængder ressourcer på sammenligninger af behandlingseffekt med fokus på specifikke behandlingsmetoder.

Som fremhævet af Strupp & Anderson (1997:78(13)) har anvendelsen af manualer og ratingskalaer hidtil kun formået at reducere betydningen af terapeutvariabilitet i effektforskningen på bekostning af essentielle elementer i psykoterapien – så som teknisk og relationel fleksibilitet. Med Donald Schön (1983:31(14)) kan man sige, at positivismens tekniske rationalitet er kommet til at dominere effektforskningens forståelse af psykoterapi. Den tekniske rationalitet betragter professionel aktivitet som primært en instrumentel problemløsning understøttet af videnskabelig teori og teknik (Schön 1983:21 (14)). Patienten ses tendentielt som et fejlbehæftet objekt, der skal udsættes for teknologisk intervention. Patienten reduceres til sine symptomer, terapien til teknik og terapeuten til tekniker.

Som en nyligt afsluttet undersøgelse af amerikanske psykologers (n=891) erfaringer med – og holdninger til – anvendelse af behandlingsmanualer har

vist (Addis & Krasnow 2000:336(15)), så er det da også en ganske udbredt opfattelse blandt (i dette tilfælde amerikanske) psykoterapeuter, at brugen af behandlingsmanualer kan true psykoterapien som en humanistisk disciplin og reducere behandleren til en tekniker. I den udstrækning behandlingsmanualen *foreskriver* bestemte interventioner, bliver det terapeutiske håndværk teknologiseret.

Det må erindres, at udgangspunktet for anvendelsen af behandlingsmanualer i effektforskningen er, at disse skal bidrage til at standardisere de undersøgte behandlingsformer. En behandlingsmanual skal således ikke blot ses som et idekatalog, hvor klinikerne kan få inspiration, når der er behov for dette, men som en serie forskrifter for, hvordan den enkelte psykoterapeut skal arbejde for at falde inden for rammerne af det undersøgte behandlingskoncept. Ved at opstille nogle retningslinier for, hvad klinikerne *kan/skal* gøre i bestemte situationer, og eventuelt beskrive en række metoder som *ikke må* anvendes, søges etableret en ensartethed i udførelsen af de undersøgte behandlingsmetoder som er nødvendig for validiteten af det kontrollerede eksperiment – men som i en del tilfælde er ude af trit med, hvad man ud fra en klinisk betragtning vil anse for kompetent behandlingsarbejde.

Hertil kommer, at anvendelsen af adherence- og kompetenceskalaer synes fanget i et uløseligt paradoks: på den ene side må sådanne metoder, for at kunne tilfredsstille krav om reliabilitet og indre (videnskabelig) validitet, operere med et ganske begrænset antal stramt strukturerede analysekategorier. På den anden side medfører sådanne stramt strukturerede analysekategorier, at det kan være vanskeligt at tage tilstrækkeligt hensyn til klinisk betydningsfulde faktorer i den konkrete situation. Samtidig opererer hver terapeutisk skole med sin egen forståelse af terapeutisk kompetence – og selvom man inden for en enkelt skole skulle kunne blive enige om definition, operationalisering og kvantificering af terapeutisk kompetence (hvilket i sig selv er usandsynligt), er det på ingen måde givet, at dette vil være sammenligneligt med, hvad man eventuelt kan komme frem til i andre behandlingstraditioner

(Elkin 1999:24(16)). Endelig er der mere generelt, som Chambless & Hollon (1998:11(17)) konkluderer i deres vurdering af metoder anvendt til undersøgelse af validerede behandlingsformer, stadig kun adgang til meget primitive instrumenter for vurdering af kvaliteten af terapeuters implementering af specifikke behandlingsformer – og hermed af terapeutfaktorerens indflydelse på udførelsen af foreskrevne interventioner.

Den trænede psykodynamiske behandler ved, at arbejdet med patientens eventuelle behandlingsmodstand ofte skal have første prioritet, ligesom man vedvarende må være opmærksom på patientens aktuelle overføring, egne modoverføringer osv. Trods dette, må det i hvert enkelt tilfælde altid bero på en konkret vurdering, om der rent faktisk skal fokuseres direkte på modstanden her-og-nu, om dette eventuelt skal ledsages af en mere eller mindre omfattende og direkte udtrykt forståelse for, at modstanden er nødvendig og en del af patientens forsøg på at beskytte sig selv, eller der snarere skal fokuseres på aktuelle faktorer, som netop nu gør modstanden ekstra nødvendig for patienten – og terapeuten derfor midlertidigt skal acceptere patientens modstand imod at beskæftige sig med bestemte temaer. Som psykodynamisk behandler bliver man konstant sat i sådanne valgsituationer, hvor man med sin dømmekraft må vurdere om den ene eller den anden terapeutiske strategi bedst tjener den terapeutiske proces og patientens samlede udvikling. Dette kræver en veludviklet sensibilitet for den enkelte patient og dennes aktuelle tilstand og behov, for den aktuelle terapeutiske kontekst osv. – en sensibilitet som ikke kan indfanges af manualiserede interventioner endsige læres ved formaliseret terapeutisk uddannelse alene. Og det er et åbent spørgsmål, hvorvidt man kan indfange disse centrale terapeutiske faktorer med formaliserede vurderinger af løsrevne fragmenter fra et behandlingsforløb. Der er således anledning til at problematisere de hidtil udviklede metoders evne til rent faktisk at indfange terapeutisk kompetence. De anvendte metoders validitet synes særligt lav når det gælder vurderingen af generel terapeutisk kompetence<sup>3</sup>.

Hertil kommer, at den gode psykoterapeut – som alle klinikere ved – er selv-korrigerende, fleksibel og mere eller mindre eklektisk i sin teknik i den forstand, at det konkrete valg af interventioner og behandlingsstrategi altid søges tilpasset den enkelte patient og aktuelle faktorer i behandlingsrelationen, ligesom eventuelle tegn på, at behandlingsarbejdet ikke vil bære frugt, giver anledning til overvejelser omkring at revidere den valgte strategi. Med Schön (1983(14)) kan man sige, at den kompetente terapeut er reflekterende i sin handlede – og trækker på et reservoir af tavs eller ikke-ekspliciteret viden, der i hvert enkelt tilfælde er baggrund for valg af tekniske interventioner.

Dreyfus & Dreyfus (1999:56-61 (43)) har beskrevet en række centrale kendetegn ved novicen og eksperten, som kan belyse forskellen imellem psykoterapi baseret på en behandlingsmanual og ekspertens mere intuitive strategi. Novicen er kendetegnet ved, at han/hun har indlært en evne til at opløse og kategorisere patienters vanskeligheder inden for rammerne af en overskuelig mængde velafgrænsede kategorier og generelle træk. Endvidere er novicen i stand til at følge en række indlærte regler for handling eller intervention på basis af denne kategorisering af patientens vanskeligheder og generelle træk i behandlingssituationen. Kort sagt så har novicen lært at placere de fleste patienter og deres vanskeligheder inden for relativt få problemkategorier med tilhørende anvisninger på behandling. Problemet ved dette er naturligvis, at de finere nuancer – der ofte har væsentlig betydning for behandlingen – går tabt i en sådan grov kategorisering – og patienten i visse tilfælde ikke bliver set og hørt, som den han/hun faktisk er (men presses ind i de indlærte kategorier). I modsætning til dette har eksperten – som har overskredet behandlingsmanualens iboende logik – udviklet et stort repertoire af situationelle diskriminationer med tilhørende – næsten intuitive – reaktioner og interventioner afstemt efter den enkelte patient. Hos novicen (og behandleren som holder sig til en behandlingsmanual) er den teoretiske for-forståelse og teknik tendentielt primær, imens den enkelte patients unikke problemstilling og eget narrativ bliver sekundært i den forstand, at det bliver presset ind i behandlerens begrænsede mængde af tilgængelige kategorier. Hos eksperten er pa-

tientens unikke problemstilling og narrativ i højere grad i forgrunden, imens den teoretiske for-forståelse og interventionsmetoder kun er sekundære redskaber til at forstå og hjælpe patienten. Teknik og teori glider i baggrunden og terapeuten er mere intuitiv og mere personligt til stede i det terapeutiske arbejde.

Den gode klinikers arbejde er – og bør altid være – informeret af videnskabelig metode og forskningsresultater – men er ikke – som i det kontrollerede eksperiment – dikteret af effektundersøgelsens iboende (natur)videnskabelige logik. Det kontrollerede eksperiments indre logik – med fokus på kontrol og ensartethed – er således vanskeligt foreneligt med psykoterapiens fokus på fleksibilitet og afpasning af behandlingsmetoden til den konkrete patient.

Inden for rammerne af de eksisterende metoder til udforskning af terapeutfaktorer indflydelse på udøvelsen af en given behandlingsmetode vil fleksibilitet i det terapeutiske arbejde typisk blive betragtet som en potentiel fejlkilde eller som udtryk for manglende evne til at praktisere den manualiserede behandling. De anvendte skalaer til vurdering af, hvorvidt og hvor kompetent terapeuten følger manualens forskrifter, er ikke i tilstrækkelig grad i stand til at tage højde for klinikerens eventuelle evne til at indfange og håndtere faktorer som ligger uden for manualens forskrifter – og i værste fald bliver en sådan evne og fleksibilitet betragtet som udtryk for manglende specifik teknisk kompetence hos terapeuten (der ikke menes i stand til at udføre den manualiserede behandling). I visse undersøgelser (Rounsaville et al.1988:684(18)) bliver sådanne »utilpassede« – og ud fra en snæver betragtning »dårlige« – behandlere endog ekskluderet fra undersøgelsen, fordi de ikke kan indpasses i forskningsdesignets krav om teknisk uniformitet<sup>4</sup>. Den gode behandler case-specifikke tilgang til det psykoterapeutiske arbejde er således vanskeligt foreneligt med videnskabelige krav om kontrolleret behandling (Silberschatz i:Persons & Silberschatz 1998(19)). Samtidig må et forskningsprogram med ambitioner om at belyse de terapeutiske virkningsfaktorer naturligvis kunne udskille terapeuter som »bevidstløst« følger deres egen mere eller mindre

præcise intuition og planløst anvender et sammenrend af interventionsmetoder. Den kompetente terapeuts arbejde er altid præget af systematik, målrettedhed og fokusering.

Samlet kan de udfoldede bestræbelser på at sikre den interne (videnskabelige) validitet i undersøgelser af terapeutfaktorerers indflydelse på udøvelsen af en behandlingsmetode i visse tilfælde betyde, at den eksterne (kliniske) validitet bliver væsentligt reduceret – og der er da grund til at problematisere de hyppige generaliseringer fra det kontrollerede eksperiment til den normale dagligdag i klinikken. Man taler også om kløften imellem efficacy og effectiveness i effektforskningen, der henviser til det fænomen, at de behandlingsmetoder som klarer sig bedst i det kontrollerede eksperiment (i en »laborie«-kontekst) ikke nødvendigvis er sammenfaldende med de metoder, der kan fremvise de bedste resultater i klinisk praksis.

Det er hinsides enhver tvivl, at psykoterapeutiske metoder må gøres til genstand for empirisk afprøvning og validering. I hvert enkelt tilfælde må imidlertid findes en passende balance imellem, at der anvendes kvalificerede videnskabelige metoder og designs – og at de valgte forskningsmetoder ikke øver uacceptabel vold på undersøgelsens genstand; det psykoterapeutiske arbejde. Når vi dokumenterer psykoterapiens effekt mv. må det gøres på måder, som tilpasses psykoterapiens væsen – ikke omvendt. På den måde sikres, at de opnåede resultater kan generaliseres ud over det undersøgte materiale og kun finde reflekteret anvendelse i klinikken.

### ***Forsøg på brobygning***

Man kan tale om tre niveauer i problematiseringen af de hidtil udfoldede bestræbelser på at studere og/eller kontrollere terapeutfaktorer i effektforskningen; for det første kan man stille spørgsmålstejn ved, om det overhovedet er meningsfuldt at ville operationalisere og kvantificere – og dermed forsøge

at udskille – tekniske faktorer som en separat variabel i psykoterapien (adskilt fra terapeutens person, den interpersonelle proces og faktorer hos den enkelte patient). For det andet giver den uacceptabelt lave reliabilitet (og dermed validitet) i anvendelsen af de hidtil udviklede metoder – herunder Barber et al.s klinisk nuancerede skalaer (Barber et al.1995(20)) – anledning til at stille spørgsmålstejn ved deres anvendelighed. Endelig må man, for det tredje, spørge, om de metoder, der anvendes for at kontrollere og belyse terapeutfaktorerens betydning for behandlingsudbyttet, øver vold på psykoterapiens væsen – og de opnåede resultater derfor kun vanskeligt kan overføres på klinisk praksis.

Enhver behandlingsteknik udfoldes altid i en konkret kontekst, i forhold til en konkret patient og af en konkret behandler, som uundgåeligt influerer på den praktiske udførelse. Det kan derfor være problematisk at betragte en given behandlingstekniks betydning for behandlingsudbytte isoleret. Man må altid se den i sammenhæng med hvor, af hvem og over for hvem, den anvendes. Hertil kommer, at patienter ikke er ens, terapeuter ikke er ens og interaktionen imellem dem ikke er den samme – uanset hvor meget man forsøger at manualisere og kontrollere behandlingen. Man kan ikke anvende standard teknikker på den unikke case, som ikke står i lærebøgerne (jf. Schön 1983:41 (14)). Derfor vil det altid være vanskeligt at opstille generelle retningslinier for anvendelsen af en given intervention, som har gyldighed i enhvert konkret tilfælde, ligesom man omvendt ikke præcist kan formulere, hvornår en intervention er kompetent, uden at reducere det terapeutiske arbejdes kompleksitet. Det enkelte tilfælde vil altid indeholde flere variable end der kan rummes i en endelig model (en manual). Der må altid være et betydeligt spillerum for den kompetente behandlers dømmekraft – behandlerens evne til at foretage en afvejning af de mange komplekse faktorer, som er på spil i det konkrete tilfælde. Terapeutens udøvelse af phronesis er i sit væsen uspecifik og kun i begrænset omfang tilgængelig for formalisering.



Ligesom det kræver betydelig dømmekraft at arbejde med psykoterapi af personlighedsforstyrrelser, kræver det også dømmekraft (og behandlingserfaring) at vurdere terapeuters dømmekraft og kompetence i udførelsen af en given behandlingsmetode. Dette lader sig vanskeligt – og aldrig fuldt ud – formulere i ratingskalaer og andre former for strukturerede bedømmelsesmetoder. Hvis man ønsker at vurdere terapeutkompetence bør en sådan vurdering altid foretages af erfarne psykoterapeuter – og ikke af studerende eller forskere uden klinisk erfaring. Især Barber et al.s ratingskalaer forsøger at integrere terapeutens evne til at afpasse sine interventioner efter den enkelte patient og aktuelle faktorer i den interpersonelle proces i vurderingen af specifik og generel terapeutisk kompetence. Som allerede nævnt er disse skalaer imidlertid stadig belastet af en uacceptabelt lav reliabilitet.

Til dato har den empiriske effektforskning ikke fremlagt overbevisende argumenter for, at den terapeutiske teknik skulle have afgørende betydning for behandlingsudbytte. Hertil kommer, at den terapeutiske teknik – ud fra en teoretisk betragtning – i forhold til terapeutens dømmekraft, evne til at vurdere den aktuelle situation og træffe en række valg, kun er af sekundær betydning for det terapeutiske udbytte. Derfor bør dele af de betydelige ressourcer, som i dag anvendes på stort anlagte gruppestudier af terapeutisk effekt, overføres til naturalistiske proces-effektundersøgelser, til intensive studier af kompetente terapeuters arbejde, og til kvalitative og kvantitative enkeltcasesstudier af psykoterapi som den praktiseres i klinikken. Det interessante spørgsmål er ikke, hvorvidt den ene eller den anden terapeutiske metode i enkeltstående undersøgelser kan vise sig bedst i behandlingen af afgrænsede diagnostiske kategorier. I stedet må man på enkeltcase-niveau udforske, hvorledes den enkelte behandler på frugtbar vis håndterer konkrete situationer og hændelser i den terapeutiske proces – herunder, hvordan forskellige terapeutiske metoder omsættes i praksis i lyset af aktuelle faktorer i det konkrete tilfælde – og hvorledes dette influerer på det terapeutiske udbytte (se evt. Jørgensen 2000a(21)). Sådanne strukturerede kvalitative undersøgelser af kritiske begivenheder (f.eks.:Elliott & Shapiro 1992(22), Safran et al.1990(23)) og den

kompetente terapeuts behandlingsarbejde – hans/hendes omsættelse af tekniske forskrifter i praksis – kan samtidig bidrage til at indkredse den centrale terapeutiske dømmekraft. Efterfølgende kan sådanne enkeltcasestudier eventuelt munde ud i udviklingen af nye mere kvantitativt baserede metoder til håndtering af centrale terapeutfaktorer i effektundersøgelser.

Som det bl.a. er blevet fremført af Elkin (16), kan undersøgelser af, hvilke former for terapeutadfærd der adskiller effektive fra mindre effektive terapeuter (f.eks.:Henry et al.24,25), bidrage til udviklingen af mere strukturerede mål for terapeutisk kompetence, ligesom man kan trække på data fra kvalitative enkeltcasestudier af, hvilke former for terapeutadfærd og konkrete interventioner der bidrager til en frugtbar terapeutisk proces og et godt behandlingsudbytte (f.eks.21). I forlængelse af dette kan man trække på undersøgelser af mesterterapeuters (som de allerede foreligger for Milton Erikson m.fl.) arbejde, hvor man forsøger at beskrive deres konkrete interventioner og formulere en del af den tavse viden, som de besidder – og som antageligt er afgørende for deres ekstraordinært gode behandlingsresultater.

Terapeutisk kompetence hænger bl.a. sammen med (og manifesteres ved) evnen til at udvikle, vedligeholde og håndtere brud på behandlingsalliancen. Dette betyder, at man med nogen ret kan udvælge terapeutiske forløb, hvor der over tid udvikles en god behandlingsalliance, til nærmere udforskning af terapeutisk kompetence og terapeutens frugtbare omsætning af en given behandlingsmetode til terapeutisk praksis. Endvidere kan man med fordel inddrage erfaringer fra tidligere udviklede instrumenter til vurdering af terapeutbidrag til behandlingsprocessen – så som Vanderbilt Negative Indicator Scale (beskrevet i Jørgensen 1998b:692ff (26)).

Som udfoldet af Wachtel (1993:2ff(27)) er ethvert fokuseret budskab (herunder anvendelse af tekniske interventioner) ledsaget af et metabudskab, der signalerer afsenderens holdning til det fokuserede budskab og til relationen imellem afsender og modtager. Tilsvarende har filosofen Austin (28) indført en ofte

citeret skelen imellem forskellige niveauer i enhver talehandling. Med Austin indeholder den typiske talehandling tre niveauer: (a) en lokutionær handling (der siges »noget«), (b) en illokutionær handling (der gøres noget – stilles og besvares spørgsmål, bekræftes, gives informationer, beskrives osv. – idet der siges noget), og (c) en perlokutionær handling (den anden påvirkes, idet der siges og gøres noget). Også dette må nødvendigvis lede til den konklusion, at terapeutens anvendelse af behandlingsteknik i praksis ikke kan adskilles fra samspillet imellem patient og terapeut og den terapeutiske proces uden betydelige tab af klinisk validitet – og at udforskningen af terapeutisk teknik og dens indflydelse på behandlingsudbytte må ledsages af intensive studier af den terapeutiske interaktion og proces (jf. Jørgensen 1996 (29), 1998b(26)).

I de senere år har empiriske effektforskere (Grawe et al. 1994(30), Roth & Fonagy 1996 (31), Nathan 1998 (32), Hougaard & Nielsen 1998a,b,c,d (33, 34, 35, 36)) forsøgt at opstille lister over såkaldt evidensbaserede behandlingsformer – lister over behandlingsteknikker som er dokumenteret virksomme over for afgrænsede diagnostiske kategorier. Fokus er da alene tekniske faktorerets betydning for behandlingsudbytte. I lyset af terapeutfaktorerets betydeligt større indflydelse på variationer i behandlingsudbytte – sammenlignet med valg af behandlingsmetode (i det mindste så længe man taler om almindeligt anerkendte terapiformer) – kunne man retorisk spørge, om ikke man snarere skulle give sig til at opstille lister over »evidensbaserede terapeuter« eller »evidensbaserede relationer« til afgrænsede forstyrrelser.

## ***Abstract***

### **Should psychotherapeutic outcome research continue to focus primarily on technical elements?**

*Hitherto psychotherapeutic outcome research has mainly focused on the importance of purely technical elements in psychotherapy. Taking its stand in Aristotle's concept of prudence, it is argued that the ability of the therapist to attune or tailor his/her use of technical interventions to the needs and present*

*state of the individual patient is of major importance for treatment outcome. Further it is argued that currently available research strategies (use of treatment manuals, and adherence and competence scales) are unable to capture and control these highly important aspects of psychotherapy. As a consequence of these methodological shortcomings we must be very careful in generalizing from the typical outcome study to clinical practice.*

## **Noter**

1. Blandt de øvrige problematiske implicitte antagelser eller forudsætninger i effektforskningen bør især nævnes forestillingen om, at patienter som placeres i en given diagnostisk kategori er sammenlignelige, hvad angår alle faktorer af betydning for behandlingseffekt, og at de har behov for samme behandling – eller at eventuelle forskelle vil miste deres betydning for de undersøgte sammenhænge imellem behandlingsmetode og effekt, når blot de undersøgte behandlingsgrupper er tilstrækkeligt store – jf. Kieslers (39,40) refleksioner over uniformitetsmyterne i psykoterapiforskningen.
2. Fremhævelsen af terapeutens dømmekraft er beslægtet med specielt psykodynamiske teoretikers diskussion af terapeutens tekniske responsivitet som en betydningsfuld faktor for det frugtbare behandlingsforløb (se evt. Teicholz 1996(9), Bacal 1998(10)).
3. En metode udviklet af Timothy Anderson (41) til vurdering af terapeuters interpersonelle færdigheder (Facilitative Interpersonal Skills, FIS) illustrerer denne problemstilling. Den enkelte terapeut vises en serie korte videoklip af simulerede patient-terapeut-interaktioner, som hver afsluttes med en på forskellig vis vanskelig håndterbar patientytring. Terapeuten skal da respondere på denne patientytring – hvad ville han sige til denne patient i denne situation? Hans interpersonelle kompetence vurderes da ved, at uafhængige bedømmere tager stilling til kvaliteten af hans respons på hver interaktionssekvens. Ud fra en klinisk betragtning kan man pege på en række problemer ved denne – umiddelbart ganske raf-

finerede – metode: terapeuten skal respondere på en ganske kort – tilmed simuleret – sekvens, som er løsrevet fra sin kontekst. Denne kontekst vil i en del tilfælde være afgørende for, hvad der er et kompetent svar på patientens udspil; hvad er det for en patient, hvad er patientens problemstilling, hvordan forholder den aktuelle hændelse sig til det øvrige behandlingsforløb? Hertil kommer, at terapeuten på godt og ondt ikke er personligt involveret i den afspillede interaktionssekvens – og han/hun svarer således kun i teorien, uden adgang til informationer, man normalt vil have i et terapeutisk forløb, og uden påvirkning fra eventuelle modoverføringer, som kan påvirke terapeutens daglige behandlingsarbejde.

4. Ud fra de anvendte forskningsmetoders iboende logik er det nødvendigt at udelukke behandlere, som af den ene eller den anden grund ikke praktiserer den undersøgte behandlingsmetode tilstrækkeligt rent. Spørgsmålet er imidlertid, om man da samtidig ekskluderer de behandlere, der er bedst i stand til at afpasse deres interventioner til den konkrete patient – og som således illustrerer grænserne for de undersøgte metoders anvendelighed. Eller sagt på en anden måde: er forskningsdesignets iboende (naturvidenskabeligt inspirerede) logik uforenelig med psykoterapiens iboende (humanvidenskabelige) logik.

## **Anvendt litteratur**

1. Kierkegaard S. Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed (1848). I: *Samlede værker bd. 18*. København: Gyldendal 1962: 79-144.
2. Fog J. *Saglig menneskelighed*. København: Reitzel 1998.
3. Jørgensen CR. Hvorledes influerer terapeutens udførelse af psykodynamisk psykoterapi på behandlingsudbytte? Håndtering af terapeutfaktorer i effektforskningen 1. *Matrix, Nordisk tidsskrift for psykoterapi* 2000b; **17** (2), 155-186.
4. Hougaard E. Hvad gør en god terapeut »god«? Perspektiver fra empirisk forskning. *Psyke & Logos* 1998; **19**: 191-220.

5. Lambert MM. Manual-Based Treatment and Clinical Practice: Hangman of Life or Promising Development? *Clinical Psychol.* 1998; **5**: 391-95.
6. Aristoteles. *Den Nikomacheiske etik*. København: Det lille forlag 1995.
7. Aristoteles. *Ethics*. London: Penguin 1976.
8. Gadamer H-G. *Truth and Method* (1960). London: Sheed & Ward 1989.
9. Teicholz JG. Optimal responsiveness: Its role in psychic growth and change. I: Lifson L.E. Understanding therapeutic action. Psychodynamic concepts of cure. Hillsdale: *Analytic Press* 1996: 139-65.
10. Bacal HA (ed). *Optimal Responsiveness. How therapists heal their patients*. New Jersey: Aronson 1998.
11. Goldfried MR & Wolfe BE. Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance. *American Psychologist* 1996; **51**: 1007-16.
12. Bohart AC. *A Passionate Critique of Empirically Supported Treatments and the Provision of an Alternative Paradigm*. Paper præsenteret ved 31. SPR-konference, Chicago 2000.
13. Strupp HH & Anderson T. On the Limitations of Therapy Manuals. *Clin. Psychol. Science and Practice* 1997; **4**: 76-82.
14. Schön DA. *The Reflective Practitioner*. London: Arena 1983.
15. Addis ME & Krasnow AD. A National Survey of Practicing Psychologists Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals. *J.Cons.& Clin. Psychol.* 2000; **68**: 331-39
16. Elkin I. A Major Dilemma in Psychotherapy Outcome Research: Disentangling Therapists from Therapies. *Clin.Psychol.: Science and Practice* 1999; **6**: 10-32.
17. Chambless DL & Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J.Cons.& Clin.Psychol.*1998; **66**: 7-18.
18. 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.
19. Persons JB & Silberschatz G. Are the results of randomized controlled clinical trials useful to psychotherapists? *J.Cons.& Clin.Psychol.*1998; **66**: 126-35.

20. 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.
21. Jørgensen CR. Den »tilstrækkeligt gode terapeuts« håndtering af brud på den terapeutiske alliance – et kvalitativt enkeltcasestudie. *Psyke & Logos* 2000a; **21**: 631-675.
22. Elliott R, Shapiro DA. Client and Therapist as Analysts of Significant Events. I: Toukmanian SG & Rennie OL (red.). *Psychotherapy Process Research*. London: Sage 1992: 163-86.
23. Safran JD, Crocker P, McMains S & Murray P. Therapeutic Alliance Rupture as a Therapy Event for Empirical Investigation. *Psychotherapy* 1990; **27**: 154-65.
24. 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.
25. Henry WP, Schacht TE & Strupp HH. Patient and Therapist Introject, Interpersonal Process and Differential Psychotherapy Outcome. *J.Cons. & Clin.Psychol.*1990; **58**: 768-74.
26. Jørgensen CR. Empirisk indgang til den analytiske tolkning. *Psyke & Logos* 1998a; **19**: 671-707.
27. Wachtel PL. *Therapeutic communication. Principles and effective practice*. New York: Guilford 1993.
28. Austin JL. *How to do things with words* (1955). Oxford: Oxford University Press 1975.
29. Jørgensen CR. Strukturert analyse af social adfærd (SASB). Tilløb til en psykodynamisk empiri. *Agrippa* 1996; **17**: 126-58.
30. Grawe K, Donati R & Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe 1994.
31. Roth A & Fonagy P *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford 1996.

32. Nathan PE & Gorman JM. *A guide to treatments that work*. New York: Oxford Univ. Press 1998.
33. Hougaard E & Nielsen T. Behandling af angst. *Psykolog Nyt* 1998a, nr.1: 6-12.
34. Hougaard E & Nielsen T. Behandling af depression. *Psykolog Nyt* 1998b, nr.3: 3-9.
35. Hougaard E & Nielsen T. Intervention ved skizofreni. *Psykolog Nyt* 1998c, nr.5: 4-9.
36. Hougaard E & Nielsen T. Psykoterapi med personlighedsforstyrrelser. *Psykolog Nyt* 1998d, nr.8: 3-10.
37. Hubble MA, Duncan BL & Miller SD. *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington: APA 1999.
38. Duncan BL & Miller SD. *The Heroic Client*. San Fransisco: Jossey-Bass 2000.
39. Kiesler DJ. Some Myths of Psychotherapy research and the Search for a Paradigm. *Psychol.Bull.* 1966; **65**: 110-36.
40. Kiesler DJ. Research Classic: »Some Myths of Psychotherapy Research and the Search for a Paradigm«: Revisited. *Psychth.Res.* 1995; **5**: 91-101.
41. Vermeersch D, Anderson T, Ogles B, Lambert M & Bringham-Young. *Study of the Efficacy of Therapist Facilitative Skills*. Paper præsenteret ved 31.SPR-konference, Society for Psychotherapy Research, Chicago 2000.
42. Krause MS & Howard KI. Between-Group Psychotherapy Outcome Research and Basic Science Revisited. *J.Clin.Psychol.* 1999; **55**: 159-69.
43. Dreyfus H & Dreyfus S. Mesterlære og ekspertens læring. I: Nielsen K & Kvale S. *Mesterlære. Læring som social praksis*. København: Reitzel 1999: 54-73.
44. Jørgensen, CR. Når den empiriske psykoterapiforskning flirter med den tekniske rationalitet. *Tidsskriftet Social Kritik* 2000c, nr. 71; 94-101.



# MUSKEL OG PSYKE

Matrix 2000/01; 17; 4, s. 477-493

Anne Køppe og Birgitte Bisted

*I det traditionelle behandlersystem bliver kroniske diffuse smertetilstande betragtet som tilstande der skal genoptrænes. Tilbuddet er som oftest maskintræning. Dette til trods for, at årsagen til disse smertetilstande er kronisk overbelastning og stress, som udvikler et meget uensartet muskelspændingsniveau i kroppen. Denne alvorlige ubalance i spændingsniveauet tager man ikke højde for ved maskintræning, hvor man går ud fra at alle muskler vil profitere lige meget og lige hurtigt af træningen.*

*I det følgende vil vi redegøre for en psykologisk tilgang til problemerne, bl.a. med udgangspunkt i oplevelsesorienterede teknikker som forskyder fokus fra styrkelse af muskelmassen til selve årsagen til overbelastningen i den kronisk stressede krop.*

## **Indledning**

I vort arbejde med kroniske diffuse smertetilstande erfarer vi, at den mest udbredte behandlingsform som tilbydes denne patientgruppe, er fysisk genoptræning i form af maskintræning.

Problemet med dette består i, at man anvender et mekanisk princip over for en meget kompliceret psykosomatisk stress-relateret tilstand.

I dag arbejder man i fysioterapien entydigt med at genoptræne og styrke musklerne, idet man forstår kroppen som en maskine der skal smøres, »køres til« og holdes i gang for at kunne fungere.

Omkring århundredskiftet derimod udvikledes fysioterapien med kurbadstanken som grundprincip et princip, som tog udgangspunkt i det afslappende. I øvrigt var kurbadstanken udtryk for en holistisk tankegang. Det betød at der

ikke var en højt specialiseret sammenhæng imellem sygdom og behandling. Man tog derimod udgangspunkt i de overordnede fællesnævner hos umiddelbart forskelligartede sygdomme, nemlig som nævnt i nødvendigheden af at slappe af for at kunne restituere sig.

Man anvendte basis-behandlingsselementer såsom bade, øvelser og hvile over for sygdomstilstande som TB, polio, gigt, hysteri, kredsløbssygdomme, hjerte- og stofskiftelidelser.

Udefra set har man givetvis opfattet mennesker med disse, for datiden uigenemskuelige sygdomme, som skrøbelige, nervøse og sarte. Man behøver blot at tænke på Greta Garbo i Kameliadamen, som ligger patetisk, men også meget feminint henslængt på en sofa, konstant hostende ned i et silkelommelørklæde. Man har altså i lighed med i dag udstyret patienterne med en problematisk psyke, ofte sammenlignelig med indbegrebet af det kvindelige, som kunne tage ansvaret for alle de sygdomme, hvis årsag man ikke forstod. Samme skæbne overgår i dag de diffuse kroniske smertepatienter, som betragtes som hysterikere og hypokondere.

Eftersom man hverken forstod psyke eller soma på et specifikt niveau, fik behandlingstilgangen forståeligt nok en mere generel sundhedsfremmende karakter.

Vi vil i det følgende belyse, at netop den generelle tilgang til sygdom kan have sin berettigelse.

Set med nutidens videnskabsteoretiske briller sætter kurbadstanken derfor spørgsmålstejn ved tidens indiskutable krav om øget specialisering og dermed evidens. Krav som uheldigvis samtidig cementerer forestillingen om det somatisk målbare som det eneste gyldige udgangspunkt for forskning i sygdom. En forestilling som tager udgangspunkt i at sygdomsforståelsen øges, jo mere præcist sygdommen kan måles.

Udviklingen imod øget specialisering harmonerer dog ikke med erkendelsen af, at 80% af alle sygdomme er psykosomatiske (1).

Netop samspillet mellem krop og psyke peger på, at diverse sygdomstilstande er resultatet af en multifaktoriel proces.

I denne proces indgår mange af hinanden afhængige faktorer, men nogle af disse faktorer er mere overordnede, og derfor også mere afledte i forhold til den specifikke sygdomstilstand, end andre faktorer. Et eksempel er psykosociale stress-faktorer som kan optræde upåagtet i det enkelte menneskes liv i årevis, samtidig med at disse faktorer nedbryder organismen ved at ødelægge immunforsvaret. Eftersom immunforsvaret er udviklet til at beskytte os over for alle tænkelige sygdomsangreb, må det samtidig forstås som et princip der arbejder på et overordnet niveau. En sundhedsfremmende holistisk kurbadstanke vil i virkeligheden gå ind på et tilsvarende overordnet niveau som immunforsvaret befinder sig på, hvorved tilgangen til kroppens iboende helingsproces kan blive etableret, ganske enkelt på kroppens egne præmisser.

### ***Skal kroppen sparkes i gang, eller skal den nulstilles?***

Et eksempel på en tidligere meget anvendt behandling er den kolde pakning.

Patienten indpakkes i et hårdt opvredet lagen som har ligget i isvand. Herefter indpakkes patienten i ca. 7 uldne opvarmede tæpper, hvorved opnås en hydrotermisk effekt (svedekasse). Den omtalte hydrotermiske effekt bevirker at blodcirkulationen øges, musklerne afslappes og affaldsstofferne svedes ud. Det bevirker samtidig at den generelle spændingstilstand i musklerne nulstilles.

Ovennævnte svarer til at musklerne bringes i en dvaletilstand sammenlignelig med en gipset legemsdel ved f.eks. en tendinittilstand (irritation i den del af senen der vokser ind i knoglen). Dette bevirker at spændingsniveauet i muskelmassen stabiliseres, hvorved en mekanisk påvirkning af musklerne generelt kan have sin berettigelse.

Mange gamle behandlingsformer der bygger på det hydrotermiske princip er gledet ud, eksempelvis den nævnte kolde pakning. Dermed mistes mulig-

heden for at udvikle viden og erfaring om det nødvendige i en afstemt stabilisering af spændingsniveauet i muskelmassen som udgangspunkt for en mekanisk påvirkning af musklerne. Yderligere overses den pointe at den syge passivt må overgive sig til en proces som i virkeligheden nedsætter det generelle stress-niveau i kroppen, hvorved musklerne bliver modtagelige for en behandling. Da muskelmassen allerede er nulstillet, kan man nu med fordel intervenere på et generelt sundhedsfremmende niveau i form af det man dengang kaldte sygegymnastik eller individuel øvelsesterapi. De nævnte bade og pakninger kaldte man forbehandlinger i forhold til selve øvelsesterapien.

Men i dag er disse forbehandlinger gledet ud. Dette er ganske vist problemfrit i forbindelse med genoptræning af gipsede og periodevis lammede legemsdele, hvor muskulaturen i forvejen er nulstillet på grund af passiviseringen. Men i forhold til de stress-relaterede sygdomstilstande ville en forbehandling stadig være aktuel. Vi skal senere vende tilbage til, at en daglig afspænding i forbindelse med en smertebehandling i virkeligheden kan betragtes som de nævnte forbehandlings arvtager.

Problemet opstår, når man overfører den mekaniske påvirkning af musklerne på komplekse stress-relaterede smertetilstande, hvis muskelspændingsniveau som udgangspunkt er i alvorlig ubalance.

Ovennævnte peger på det uhensigtsmæssige i ukritisk at benytte maskintræning over for kroniske smertepatienter.

Tankegangen bag maskintræning er, at man i forlængelse af apparatfejlsmodellen mener, at man specifikt kan (styrke-) træne et afgrænset muskelområde f.eks. mavemuskulaturen, uden at det påvirker de resterende muskelgrupper i kroppen.

Dette udgangspunkt bevirker, at man bliver så konkret og mekanisk tænkende, at resten af ens viden om kroppen passiviseres, hvorved træning af en muskelgruppe bliver forstået som en isoleret, selvigangættende evighedsmobile. Dette vil i praksis betyde, at alle muskler vil profitere lige meget og lige hurtigt af træning, uafhængig af den resterende muskelmasses ikke afstemte spændingsniveau. Men denne oversete ubalance udvikler en tilsvarende

skæv ernæringstilstand i muskelvævet. Den skæve ernæringstilstand mindsker samtidig muskelvævet's udholdenhed, den udholdenhed som er grundlaget for hvor stor en træningsmængde muskelvævet kan kapere.

I maskintræningen arbejder man således med de enkelte muskelområder uden hensyn til, at ernæringstilstanden og dermed udholdenheden i disse muskler kan være forskellig. Dette bevirker at nogle muskler overtrænes, hvorved smertetilstanden øges.

### ***Skal kropsgrænser respekteres eller trodses?***

Ovennævnte problem understreges af at den kroniske smertepatient er hyperaktiv med utilstrækkelig grænsesætning. Dette bevirker en tilbøjelighed til at man på grund af sin personlighed, med en i forvejen dårlig kropskontakt, har stor risiko for at overbelaste kroppen. Den hyperaktive personlighed vil således kunne opfatte et træningsprogram med 10 repetitioner som en udfordring om at kunne tage 20 gentagelser, idet 20 af slagsen må være dobbelt så godt som 10. Dvs. at maskintræning over for denne patientgruppe yderligere kan forværre smertetilstanden.

Smertetilstanden er i sig selv en subjektiv oplevelsesmåde, hvilket bevirker at oplevelsesplanet i behandlingen af de kroniske smertetilstande i første omgang bliver vigtigere end selve udviklingen af muskelstyrken i kroppen. Det skyldes at det er psyken der bestemmer kvaliteten af kropskontakten, og hvis psyken skal rumme for megen samtidig trods-smerte, vil udviklingen af øget muskelstyrke alligevel ikke være stabil.

Eftersom muskelsmerter, uanset om de stammer fra muskler der begynder at slappe af, eller fra muskler der trodses, reflektorisk øger spændingstilstanden i den berørte region og derved yderligere producerer smerter, er det afgørende at formidle til patienten, at hensyntagende muskelsmerter hører op, hvorimod trods-smerter hos en smertepatient kronificeres.

Derudover er det uhensigtsmæssigt at indlede en behandling med en negativ smerteoplevelse som bekræfter smertepatientens iboende selvdestruktive logik, hvorefter man systematisk tilsidesætter kroppens advarsler om at grænsen for belastning er nået.

Således kan smertepatienten i årevis bygge en forestilling op om, at jo flere smerter hun kan lukke af for og jo flere grænser for kroppen hun kan flytte, desto stærkere er hun blevet.

I værste fald sætter behandlingen derfor ind med en ny overbelastning af kroppen, som en afløser for den belastning som smertepatienten har udsat sig selv for i årevis. En anden mulighed er naturligvis at smertepatienten slet ikke vil træne.

For smertepatienten vil smerten som faresignal derfor fortsat kunne blive misforstået som en gene man må udholde og så længe kroppens grænser tilsyneladende stadig er flytbare, kan man fortsætte med at (over)træne med stigende smertetilstand til følge, for nu arbejder man jo på at styrke muskulturen. Dette understreges desværre af medicinsk smertebehandling, idet den smertestillende medicin er med til at usynliggøre kroppens naturlige grænser. Smertepatienten anvender således også sin medicin som redskab for en yderligere grænseoverskridelse, frem for som en mulighed for at give kroppen fred til at hele.

Processen hen imod en hensigtsmæssig grænsesætning og en forbedret kropskontakt kan dog være lige så frustrerende og forvirrende for smertepatienten, som dengang det gik den modsatte vej. I første omgang bevirker denne behandling nemlig også øget smerteudvikling. Dels fordi kronisk opspændte muskler reagerer med øget smerteudvikling, når de begynder at spænde af, en proces som sættes i gang ved systematisk egen-afspænding, dels begynder kroppen på et tidspunkt at reagere hurtigere på overbelastning end tidligere, som resultat af den øgede grænsesætning i det daglige. Men denne nyvundne og nødvendige sårbarhed, vil smertepatienten umiddelbart opfatte som en forværring af tilstanden. Hvorimod en smerteudvikling skabt af

overbelastning ved overtræning, som nævnt vil blive opfattet som positiv, fordi den bekræfter smertepatientens egen grænseoverskridende logik.

I stedet for at bekræfte denne grænseoverskridende logik må man i behandlingsøjemed systematisere smerteoplevelsen på en måde, som smertepatienten kan handle konstruktivt på, hvorfor smerteoplevelsen skal bygge på en respekt for kroppens naturlige grænsesætning. En respekt som samtidig danner grundlag for udviklingen af en forbedret kropskontakt generelt.

### ***Psykosomatik – grænser – psykiatri***

Det vil i denne forbindelse være vigtigt at påpege, at når vi omtaler smertepatientens utilstrækkelige, nogen gange selv-destruktive mangel på grænsesætning, så er der grundlæggende ikke tale om en psykiatrisk problemstilling. Vi mener således ikke, at smertepatienten har vanskeligt ved at afgrænse sig selv fra andre, sådan som den psykiatriske patient har det. En patientgruppe som også har vanskeligt ved at indgå i sociale relationer, som følge af dens voldsomme projektioner som forvirrer og tilslører, hvorvidt påvirkninger enten er indefra- eller udefrakommende. En sådan forvirring illustrerer således en grænseproblemstilling, som er langt mere grundlæggende psykodynamisk set end smertepatientens grænseproblemstilling. Således kan smertepatienten sagtens begå sig i sociale situationer, og har ofte succes med det pga. sin tendens til overansvarlighed og identifikation med hjælperollen. Men det er netop disse kendetegn i kombination med den hyperaktive handlekraft, som danner grundlaget for en ofte invaliderende overbelastning af kroppen.

Netop smertepatientens præsentation af en invalideret hverdag med et meget lavt funktionsniveau, en invaliditet som ikke kan påvises objektivt, leder tanken hen på en psykiatrisk patient, som lider af indbildt syge. En person som invaliderer sin krop som beskrevet, må derfor nødvendigvis være tilsvarende invalideret i psyken.

Denne kollaps i forståelsen af smertepatienten betyder derfor, at man enten henviser hende til psykiater eller forsøger at overbevise hende om, at de beskrevne smerter ikke er nogen hun dør af, hvorved man forestiller sig, at de nok vil forsvinde af sig selv.

Tilstanden er jo blot noget hun bilder sig ind.

I forlængelse af dette kan fremkomme en anden kollaps i forståelsen af smertepatienten, idet man kan mistænke hendes symptomfremstilling som et forsøg på at opnå sekundærgevinst, hvorved hun bliver kategoriseret som neurotisk. Men smertepatienten er hverken neurotisk eller grænsepsykotisk. Alligevel oplever vi ofte en bastant mistænkeliggørelse af denne gruppe, henholdsvis fra sundhedsvæsenet og det sociale system.

Vi mener at den beskrevne mistænkeliggørelse er historisk bestemt, idet psykoanalysens oprindelige præsentation af hysterierne stadig dominerer de sygdomstilstande, hvor der tilsyneladende ikke er overensstemmelse imellem objektive fund og subjektive klager. I forlængelse af ovennævnte forstås patienten som en ambivalent, appellerende og følelsesmæssigt konfliktfyldt person. Det nævnte udgangspunkt udgør efter vor erfaring en fejlagtig forståelsesramme, en forståelse som i øvrigt modsvarer systemernes forsøg på usynliggørelse og fornægten af det psykosomatiske.

Man forstår således ikke den af os beskrevne smertepatient (2), hvis mangel på grænser hverken bygger på voldsomme projektioner eller følelsesmæssige konflikter og intrigeren, men på grundlæggende traumer som har forhindret etableringen af såvel en mental som en kropslig grænsesætning.

Ovennævnte peger på, at man i virkeligheden implicit sætter lighedstegn imellem psykosomatik og psykiatri (indbildt syge). En kollaps i forståelsen som begrænser udviklingen af adækvat behandling til denne patientgruppe.



## **Smerteoplevelsen som grænsesætning**

Som nævnt var vi tidligere inde på at smerteoplevelsen skal bygge på en respekt for kroppens grænsesætning frem for på en negligerig af den. Dvs. at smerten skal have genetableret sin signalværdi og forstås som en advarsel.

En forøgelse af smerteudvikling, enten som resultat af træning eller som resultat af overbelastning pga. smertestillende medicin SKAL respekteres, og den skal respekteres gentagne gange som grundlag for at kroppen på længere sigt kan blive i stand til at reagere spontant på overbelastning her og nu.

Dvs. at jo oftere man stopper op når man mærker øget smerteudvikling, desto hurtigere reagerer kroppen af sig selv med advarsler om mulig overbelastning. I begyndelsen stopper man som regel stadigvæk op for sent, men den begyndende bevidsthed om grænsesætning i stedet for grænse-trods over for kroppen vil alligevel være begyndelsen på en afgørende ny handlemåde.

Ovennævnte proces imødegår således den forskydning i kropsreaktion som mange smertepatienter giver udtryk for, hvor de beklager ikke at kunne handle hensigtsmæssigt i situationen, fordi det viser sig at deres krop først reagerer op til flere dage efter at de har udsat den for overbelastning. De VED således ikke hvor deres kropsgrænse er, før det er for sent.

Vores årelange behandlererfaring har vist os at den begyndende opmærksomhed på, at kroppen reagerer forskudt også er et resultat af behandlingen.

Tidligere blev forskydningen således forstået som en bekræftelse på den manglende logik i smertemønstret, hvorefter smerterne blev opfattet som styret af sygdom og diagnose og ikke af egen handlemåde.

Et andet forhold, som gør sig gældende handler om selve kontakten mellem behandler og patient. Denne kontakt skal indeholde informationer om kroppen som kan være billeddannende. Dvs. danne grundlag for patientens aktive visualisering af kroppens indre, med det formål yderligere at støtte det konstruktivt handlende oplevelsesplan.

Et eksempel på ovennævnte illustreres af patienten som ikke kan bringes til at forstå, at han ikke må have øgede smerter op til to dage efter en træning.

Først da han gøres opmærksom på, at smerterne i virkeligheden er udtryk for små blodsprængninger i musklerne på grund af overbelastning under træningen, ophører hans distancerede fastholden af den selvdestruktive smertepatient-logik, som handler om at det skal gøre ondt før det gør godt.

Der etableres nu en helt anden og mere bæredygtig kontakt mellem behandler og patient, som sagtens kan forestille sig den øgede smertetilstand som resultat af de sprængte blodkar. Han ophører samtidig med at forsvare sin uhensigtsmæssige træningsadfærd.

### ***Systematisering af den subjektive oplevelsesmåde***

Vi har tidligere været inde på at oplevelsesplanet i behandlingen er centralt. Dette kan også illustreres med forskningsresultater inden for psykoneuroimmunologien, hvor man bl.a. har målbare resultater ved anvendelse af visualisering med kræftpatienter (3, 4).

Ovennævnte handler om at man instruerer kræftpatienten i at aktivere sit immunforsvar ved at visualisere en kræftcelle, som bekæmpes af en dræbercelle fra immunforsvaret.

Efterfølgende kan man objektivt måle at immunforsvaret er blevet styrket ved at antallet af dræberceller er øget.

Det interessante er at det i denne proces er selve den subjektive billeddannelse i patientens psyke, som sætter en kemisk helingsproces i gang.

Hver patient kreerer således hver sin udgave af en dræbercelle, hvorved kræftpatienten i lighed med smertepatienten får gavn af den aktive forholden sig til sin krops indre.

Hermed illustreres samtidig endnu en generel sundhedsfremmende behandlingstilgang, som påvirker tilsyneladende substantielt forskelligartede sygdomstilstande.

Det er i øvrigt tankevækkende at denne behandling ikke har vundet større udbredelse i kræftbehandlingen end tilfældet er. Den er således lavteknologisk, den er sundere for patienten og kunne formindske omfanget af den traditionelle kræftbehandling og endelig tager den udgangspunkt i et »hjælp til selvhjælps«-princip. Et princip som såvel kræftpatienten, som andre patienter i øvrigt, spontant efterspørger. Som kræftpatienten selv udtrykker det: »Min sygdom er kun for specialister«.

Udtalelsen illustrerer tydeligvis at patienten selv er hægtet af, samt at psyken som helende samarbejdspartner ikke blot ignoreres, men mistænkeliggøres. Et andet eksempel er den nærmest tabubelagte erfaring om spontanhelbredelse hos enkelte kræftpatienter.

Hvorfor er man ikke interesseret i at systematisere netop disse patienters samlede situation såvel som deres psykiske konstitution?

Endelig kan man undre sig over at placeboeffekten i de (natur)videnskabelige sammenhænge, hvor det positivistiske videnskabsideal anvendes universelt, nærmest bliver opfattet som en fejlkilde man må tage højde for, frem for som et interessant fænomen man kunne alliere sig med. Men fænomenet minder for meget om at »troen kan flytte bjerge«, og denne tro kan man ikke underkaste de traditionelle kriterier for videnskabelig målbarhed, hvorfor det psykiske pr. definition må mistænkeliggøres som en fejlkilde man så vidt muligt må neutralisere.

Den positive effekt ignoreres i øvrigt også når det gælder erfaringer om livslørlængende psykoterapi med kræftpatienter.

## **Psykologisk smertebehandling**

Vi vil i det følgende skelne imellem to oplevelsesorienterede tilgange i den psykologiske behandling af smertepatientens opfattelse af egen sygdom. Den ene tilgang omhandler den nævnte systematisering af menneskets evne til at danne indre billeder. Den anden tilgang omhandler smertepatientens mulighed for at vende en defensiv forholden sig til sine symptomer til en mere offensiv og systematisk aktiv forholdemåde.

Som udgangspunkt forklarer den kroniske smertepatient, forståeligt nok alle sine symptomer som resultat af en sygdom. Patienten er opdraget til dette via det somatiske sundhedsvæsen, som til stadighed tilbyder nye speciallægeundersøgelser i jagten på den somatiske diagnose. Denne jagt kan fortsætte i årevis. Resultatet bliver at patienten til sidst forklarer hele sit liv ud fra denne sygeliggørelsesproces. En sygerolleidentitet er skabt.

Med det formål at imødegå denne udvikling tilbydes patienten nogle værktøjer såsom smertedagbog og egen-afspænding. Smertedagbogen skal som udgangspunkt synliggøre og systematisere forandringerne i symptom billedet. Disse forandringer tager udgangspunkt i egen-afspændingen.

Ovennævnte skal sætte en proces i gang, hvorved smertepatienten erfarer på egen krop at der ingen væsentlig forklaringsværdi ligger gemt i at opleve sine symptomer som resultatet af en sygdom. En sygdom med en diagnose hvis betegnelse udelukkende gemmer på sin egen selvopfyldende profeti. Den peger således hverken på en årsag, eller anviser en behandling. Diagnoser som karpaltunnelsyndrom, seneskedehindebetændelse eller en »frossen skulder« peger udelukkende på en irritationstilstand et eller andet sted, men siger intet om hvorfor irritationen udvikles. Behandlingen man får tilbudt må derfor koncentrere sig om symptomet med risiko for tilbagefald, frem for at fokusere på en årsag. Efterhånden som det gennem egen-afspænding bla. bliver stadig tydeligere for patienten, at symptomerne kan påvirkes af hende selv, forekommer det fortsat mere sekundært hvad sygdommen måtte hedde.

Smertepatienten bevæger sig derfor kognitivt fra en defensiv forestilling om at sygdom styrer hendes liv – til en aktiv medvirken omkring synliggørelse – påvirkning – opfattelse af sammenhæng og logik i symptomerne, samt begyndende kontrol over symptombilledet.

Parallelt med ovenstående forskydes fokus gradvist fra opfattelsen af smerter som resultat af sygdom, til smerter som resultat af spændinger og dårlig ernæring i muskelmassen med deraf følgende »skrumpling« og udtørring af muskler og sener, samt væskeophobning og irritation af led. Dertil kommer den alvorlige kroniske stress, som kan udvikle sig til posttraumatisk stress og derved samtidig true hele kroppens immunforsvar.

Mange kroniske smertepatienter har derfor ofte forekommende betændelsestilstande som underlivsbetændelse, forkølelse, halsbetændelse, pandehulebetændelse osv., de har allergiske reaktioner, mave/tarm sygdomme og dårligt hjerte, samt pseudo-demens-problemer som hukommelses- og koncentrationsproblemer, synsforstyrrelser, støjfølsomhed og kronisk træthed.

I første omgang er det ikke omfanget af forandring der har betydning, det afgørende er det principielle i, at FORANDRING overhovedet er mulig ved egen hjælp. Smertepatienten skal nu på tæt hold følge med i og systematisere, hvordan smertebilledet går i opløsning, forandrer sig, flytter sig og afgrænser sig, samt hvordan arten af smerter forandrer sig i takt med ovenstående, f.eks. fra en diffus mudrende og uafgrænselig smerte, til en jagende, men samtidig mere afgrænselig smerte på et tilsvarende mindre smerteområde.

Da smertepatienten er tilbøjelig til at misforstå signaler fra kroppen i begyndelsen, er det vigtigt at processen guides og afmystificeres af en smertepsykolog.

Som nævnt skal en ny symptom-logik implementeres i patientens psyke. Processen udvikler sig med udgangspunkt i synliggørelse via FORANDRING i symptombilledet i forbindelse med egen-afspænding. Denne startfase udgør for nogen smertepatienter en nærmest uoverstigelig barriere, idet de skal forandre reaktionsmåde, fra et årelangt og systematisk forsøg på at udelukke

smerten fra bevidstheden, til det stik modsatte – nu skal de lukke smerten ind med det formål at kunne systematisere den.

Man går altså fra en synliggørelse af symptomerne med det formål at kunne påvirke disse – til en begyndende opfattelse af sammenhæng og logik i symptomerne, men nu en logik som giver mulighed for en langt mere konstruktiv kontrol over symptomerne end den hidtil anvendte, som primært benyttede sig af en ophobning af muskelspændinger og stress i kroppen.

Den begyndende nyvundne kontrol bygger således på at forhindre øget smerteudvikling i kroppen, frem for at kunne kapere så megen smerte som muligt, altså trodse kroppen. I øvrigt kan nogen smertepatienter blive så dygtige til afspænding at de kan komprimere en seance til 5 min. hvor de zoomer lige ind på de muskelgrupper som er i færd med at spænde for voldsomt op og udvikle smerte. Kroppen på sin side reagerer nu omgående ved at give slip igen og slappe af.

Ud over at forandre logikken i symptombilledet har vi talt om en anden oplevelsesorienteret tilgang til psykologisk smertebehandling, nemlig en tilgang som tager udgangspunkt i menneskets fabelagtige evne til at danne indre billeder.

Denne evne kan, som allerede illustreret, udnyttes i behandlingsøjemed på flere måde, og i alle faser af behandlingsprocessen. Den kan f.eks. bruges når man taler om musklen, hvor man kan bede smertepatienten forestille sig en udpint og kronisk opspændt smertende muskel – for derefter at forestille sig resultatet efter afspænding, hvor musklen fyldes med blod og bliver smidig og spændstig i stedet for stiv og tør, den bliver varm i stedet for kold osv.

Ved at knytte en positiv udvikling i musklen sammen med et værktøj (afspænding) – som man selv har fuld adgang til og derfor kontrol over, stimulerer man flere principper i bevidstheden – nemlig det billeddannende sanselige og det mere aktive, men også logisk handleorienterede, (det logiske kommer af, at afspændingen er grundlaget for udvikling af konstruktiv logik i symptombille-

det) dvs. man forener det sanselige princip med det logiske princip i en aktiv handling.

At give smertepatienten værktøjer som hun selv har fri adgang til, imødegår i øvrigt også smertepatientens tendens til udvikling af depression.

Idet hun således vender sig fra en defensiv og stadig mere handlelammet holdning til sin tilstand, hen imod en aktivt reelt kontrollerende begrænsning af sine smerter, vil den depression, som ofte følger af kronisk smerteudvikling, automatisk mindskes for til sidst at forsvinde sammen med smerterne.

Man skal dog være opmærksom på, at den tidshorisont som vi opererer med ved de alvorligste kroniske smertetilstande som fibromyalgi, livslange diffuse rygsmerter, kronisk bækkenløsning, whiplash osv. – kan være op til 1½ år.

I den mellemliggende tid vil det af smertepatienten opleves som om processen går frem og tilbage. Et eksempel på et tilsyneladende tilbageskridt i behandlingen er en anden ressourcekrævende fase, ud over den nævnte start-fase, hvor evt. patologiske sorgprocesser, hidtil forklædt som alvorlig stress-barhed over for visse faktorer i den enkeltes liv, begynder at blive synlige.

For at disse sorgprocesser kan få et sundt forløb, skal sorgen forløses i en klassisk psykodynamisk psykoterapi, en proces som kan sno sig ind og ud af den symptom-systematiserende proces – og ikke mindst sætte processen skakmat i en periode, idet såvel den fysiske som den psykiske smerte kan bryde ud på en gang.

Den fysiske smerte giver dog hurtigt slip igen for så vidt som den psykiske side forløses, men netop i denne fase er smertepatienten ikke overraskende meget meget sårbar og skal derfor i nogle tilfælde have intensiveret psykologkontakten.

Eftersom påfaldende mange kroniske smertepatienter gemmer på patologiske sorgprocesser, og eftersom de ofte har haft en start på tilværelsen der har

været alt for barsk, og som derfor har krævet såvel mental som kropslig grænseoverskridelse fra begyndelsen, kan man tale om at smertepatienten i virkeligheden ofte konverterer psykisk smerte til fysisk smerte, idet fysisk smerte alt andet lige er mere accepteret i et følelsesforskrækket vestligt samfund som det danske.

## **Afrunding**

Vi skal ikke komme nærmere ind på den psykodynamiske del af teori og behandling i denne sammenhæng, men håber at vi har kunnet illustrere, hvilken kompleks problemstilling de kroniske smertetilstande repræsenterer til trods for deres manglende gyldighed i det somatiske sundhedsvæsen, som stædigt fastholder den somatiske forståelse – såvel som den ofte utilstrækkelige somatiske behandlingsmodel, hvis forståelse og behandling, som vi har antydnet, direkte kan stigmatisere og forværre smertetilstanden.

At denne inert i systemet må belaste sundhedsvæsenet med mange milliarder årligt, for slet ikke at tale om de menneskelige omkostninger, er utroligt at tænke på i et samfund, som opfatter sig selv som fremsynet.

Desværre får man den tanke som psykolog, at der kan være interesser i samfundet som ønsker at usynliggøre psykologiske teorier, tankegange og behandlingsmetoder, eftersom disse er så ringe repræsenteret i den primære sundhedssektor som tilfældet er, sammenlignet med behovet.



## **Abstract**

### **Muscle and psyche**

*In public health service, chronic non malignant pain patients are perceived as patients who need strengthening the muscles by training them. The treatment offered is training with exercise machinery in a physiotherapy. This practice goes on in spite of the fact that chronic non malignant pain is the result of an overstrained body suffering from chronic severe stress, developing a serious unbalanced tonus and nutrition in the body. This unbalanced tonus deteriorates by training in exercise machinery, following the illusion that all muscles will profit equally from the training. In this article we introduce some psychological cognitive techniques, which move the focus from strengthening the muscles, exclusively by training them – to the very core of the overstrainment and the chronic stress of the body.*

## **Referencer**

1. Fink P. *Kronisk Somatisering*. Janssen-Cilag, 1996.
2. Køppe A. & Bisted B. »Psykologisk behandling af psykosomatiske kroniske smertetilstande«. *Månedsskrift For Praktisk Lægegerning* 1999; nr.8.
3. Zachariae R. *Mind and immunity psychological modulation of immunological and inflammatory parameters*. Copenhagen. Munksgaard, 1996.
4. Moyers B. *Psyke og helbredelse*. Lindhart og Ringhof, 1994.



## BOGANMELDELSER

Matrix 2000/01; 4, s. 495-506

### ***Lundsbye, Maths m.fl.: Familjeterapins grunder. Ett interaktionistisk perspektiv. Natur og kultur 2000***

Anmeldt af Hanne Larsson

»Familjeterapins grunder« er udkommet første gang i 1982, revideret i 1991 og igen i år 2000. Bogens kapitler er oprindeligt skrevet som undervisningsmateriale til Göteborg Socialpsykologiska Institutets introduktionskursus i familjeterapi bl.a. i den hensigt at efterkomme et behov for en svensksproget introduktionsbog hos de, der ikke mestrede det engelske tilstrækkeligt. Bogen er skrevet af et forfatterkollegium på syv med Maths Lundsbye som fælles pennefører.

I indledningen angives bogen primært at være et studiemateriale, der sigter mod at give en god helhedsforståelse som grundlag for videre studier. På trods heraf er bogen både omfangs- og indholdsrig, og forfatterne anbefaler da også at læse den i bidder og bruge den som opslagsbog – samt at læsningen følges af undervisning, hvilket jo er tilfældet, når den anvendes i den sammenhæng, hvor den er blevet til. I bogens afsluttende kapitler advares mod den opfattelse, at man ved læsning alene kan uddanne sig til terapeut, så der tages de forbehold, der gør det muligt at vurdere den inden for sin tilsigtede ramme. Den teoretiske ramme er eksistentiel og strukturel, og betegnes som en synsvinkel på livsproblemer mere end en teknik og metode.

Inden for den angivne ramme fungerer bogen. Man får netop dette helhedsindtryk af, hvad denne retning inden for familjeterapi indeholder. Og som sådan fungerer den også som en god oversigtsbog for læsere, der allerede er bekendte med området.

Der indledes med tre kapitler, hvor det valgte overordnede interaktionistiske perspektiv præsenteres, familierapiens historiske rødder skitseres og der redegøres for teoriens placering i en hierarkisk kontekst, forstået som dens relation til metateoretiske referensrammer. Det grundlæggende menneskesyn præsenteres og synet på nødvendigheden af en eklektisk teorianvendelse, en grundig og ordentlig redegørelse for forfatternes eget ståsted i forhold til emnet og samtidig en afgrænsning af, hvilke teoretiske modeller, der anvendes og hvilke ikke. Psykodynamisk teori nævnes blandt de sidste, enkelte forældede eksempler gives (Eric H. Eriksen og Eric Berne), men så kortfattet, at det egentlig mere forvirrer end bidrager til forståelsen. Det er en vanskelig indledning til en introduktion, og det må for begynderen ofte være svært at se, hvad det har med familierapi at gøre, men al begyndelse er svær, siges det, og man kan jo følge forfatternes anbefaling og starte med en skimmelæsning og med de lettere tilgængelige afsnit.

Anden del handler om teori. Det overordnede teoretiske grundlag er generel systemteori, bygget op omkring begreberne system (struktur), kommunikation og proces og hertil knyttes et væld af supplerende teorianvendelser til forklaring af forskellige fænomener i menneskeligt samvær og til anvendelse som terapeutiske metoder og teknikker. Både indhold og form er introducerende, eksemplerne er konkrete og dagligdags banale, hentet fra det sociale område mere end fra terapeutisk praksis. Især er afsnittet om familiens udvikling causerende og ateoretisk og virker ikke velplaceret i et afsnit om processer som teoretisk grundbegreb. Der tales meget om funktionelle og dysfunktionelle processer mellem mennesker. På det teoretiske niveau forklares udmærket hvorledes systemteorien og den eksistentielle tænkning danner grundlag for at arbejde med terapeutiske mål og evaluering af forløb, men eksemplerne virker værdiladede, og sammenhængen mellem teori og praksis forekommer ikke tydelig her. Som jeg i afslutningen skal komme ind på, mener jeg, at udeladelsen af en psykodynamisk teori i denne sammenhæng medfører nogle begrænsninger.

Tredje del handler om terapi. Vi bevæger os stadig inden for systemteorien, men bredt, således at en vifte af terapeuter, forfattere, begrebssæt, meto-

der og teknikker præsenteres, grupperet omkring strukturel, strategisk og systemisk terapi. Der præsenteres en række familiediagnostiske redskaber (f.eks. Olsons circumplekse model, familiestamtræ, -kort og -skulpturer). Skønt diagnostik forkastes på det individuelle plan, og det pointeres, at en familie er i en stadig proces i samspil med sine omgivelser, er der altså behov for at kunne beskrive/diagnosticere dens særlige karakter og udpege de dysfunktionelle aspekter. Tredelingen: system, kommunikation og proces fastholdes her i analyse og beskrivelse af familien ligesom i de efterfølgende kapitler, der handler om interventioner. Ligesom i teoridelen suppleres med en række mere snævre teoretiske modeller og begreber. Eksemplerne er mere vedkommende og hentet fra terapeutisk praksis. Niveaue i denne del spænder vidt, fra teoretiske modeller til praktiske anvisninger og huskelister, og kan give hele fremstillingen et præg af, at enten har alt skullet med eller også er det lidt tilfældigt, hvad der er valgt, et fænomen der ikke er ukendt, når man har meget stof at øse af. Den omfattende gennemgang af teknikker virker overvældende. Især må begynderen gøre sig mere end udfordrende forestillinger om, hvordan alt dette skal læres, og hvordan man finder ud af, hvornår man skal bruge hvad. Parallelt til min tidligere bemærkning vil jeg spørge: hvordan kan man i en given situation vide, hvilke teknikker og hvilke forandringer der er funktionelle og hvilke der er dysfunktionelle? I kapitlet om aktivitetsteknikker bevæger forfatterne sig ud i metoder, som rækker langt ud over det systemteoretiske. Således nævnes f.eks. psykodrama og bioenergetiske teknikker. Et sidste kapitel handler om den første session og indeholder mange relevante og nyttige forhold, man bør betænke, uanset hvilket terapeutisk retning man dyrker.

Fjerde del handler om terapeuten. Der omtales fordele og ulemper ved co-terapi, egenerapi som forudsætning for terapeutisk arbejde og myter, bl.a. om den perfekte terapeut, også overvejelser, der er almene, og især interessante hvad angår sammenhænge mellem professionalisme, nysgerrighed og evnen til at rumme usikkerhed og forvirring. Jeg kunne dog godt savne en uddybende diskussion af neutralitetsbegrebet i stedet for den blotte afvisning af, at neutralitet er muligt.

Femte og sidste del handler om uddannelse og drejer sig om specifikke svenske forhold.

Især er forfatterne optaget af den nye svenske »psykoterapilegitimation« og statens omtrentlige monopol på uddannelse af psykoterapeuter samt de krav og muligheder (eller hvad det sidste angår nærmere mangel herpå) som det medfører specielt på det familierapeutiske uddannelsesområde. Man får altså to slags terapeuter i Sverige, de »legitimerede«, som har myndighedernes godkendelse, og de »ikke-legitimerede«, som også praktiserer bl.a. fordi der er alt for få af de første, og der ikke er penge til at uddanne tilstrækkeligt i statens regi. Derfor er der grunde til, at der fortsat findes et uddannelses tilbud til folk, som ikke har eller får forudsætninger for at blive »legitimerede«, men som arbejder med terapi. Så spørgsmålet er, hvad det er for et ansvar, myndighederne påtager sig med sådanne regler om godkendt uddannelse og »legitimation«, når ressourcerne ikke er der. Nå men det er jo svenske tilstande, og vi behøver jo ikke efterligne dem, men det kan jo godt give anledning til refleksion over, hvorledes man sikrer et kvalitativt og kvantitativt tilstrækkeligt terapeutisk tilbud – også i Danmark.

Litteraturlisten er suppleret med en anbefaling af yderligere læsning samt et afsnit om litteratur udkommet i 90'erne. Dette giver anledning til at nævne, at bogen trods en ny udgave virker »klassisk« i valg af referencer inde for det systemteoretiske område og specielt de få henvisninger til og kommentarer ang. psykoanalytisk teori drejer sig om meget gammelt materiale, så gammelt, at også denne retnings udvikling m.h.t. forståelsen af individets udvikling som betinget af relationer ikke fremgår. Hverken tilknytningsteori, objektrelationsteori eller affektteori nævnes, ligesom heller ikke andre systemteoretikers anvendelse af f.eks. Sterns udviklingsteori berøres.

Afslutningsvis vil jeg anføre nogle overvejelser over, hvad det betyder for en model for familierapeutisk arbejde, når man som i denne bog vælger at udelade psykodynamisk teori og helt specielt, når man udelader udviklingspsykologien. Jeg har et par gange været inde på, at når man anvender generel systemteori, har man kun abstrakte systemteoretiske holdepunkter for at afgøre, hvad der er funktionelt, og hvad der er dysfunktionelt i en familie. Mere

konkrete holdepunkter kan man få, hvis man beslutter sig for, hvilken slags system en familie er. Med andre ord, hvad er familiens mål og formål? Dette er ikke givet på forhånd, men hører med til terapeutens valg af metateoretisk referensramme. Spørgsmålet kan afgøres på mange niveauer herunder familiens eget eksistentielle valg samt en forståelse ud fra en valgt teoretisk referensramme. Ud fra en biologisk referensramme kan man f.eks. sige, at familiens formål er reproduktion. Ud fra en psykologisk referensramme kan man sige familiens mål er opretholdelse af et system, hvor mennesker har mulighed for at få dækket grundlæggende behov for intimitet og omsorg, og hvor dette giver mulighed for at børn kan udvikle sig til selvstændig funktion uden for familien (systemet). Forfatterne er faktisk inde på en lignende tanke, men uden at drage konsekvensen heraf i deres teoretiske grundlag. Med en sådan forståelse har man imidlertid et andet udgangspunkt for at afgøre om en transaktion i familien er funktionel eller dysfunktionel: opfyldes individernes behov, og er der udviklingsmuligheder for børn? Og man har et andet holdepunkt for at afgøre, om en interventions effekt er at bedre familiens funktion. Men det kræver en teori om børns psykiske udvikling og en teori om menneskets behov, følelsesliv og motivation, hvis man anlægger en sådan synsmåde!

Det er tydeligt i bogens sidste kapitler om terapeuten at forfatterne anvender psykodynamisk tænkning i deres forståelse af udvikling af terapeutens kompetencer, ligesom de hele vejen igennem accepterer, at der findes bevidste og ubevidste processer, uden at anvende det i deres teori- og terapibeskrivelser. Jeg vil rejse det spørgsmål, om det ikke netop er de funktioner, der beskrives ved hjælp af begreberne empati, overføring, modoverføring, som forfatterne nævner, der skal arbejdes med i egenterapien, der gør det muligt at vælge den rette timing for anvendelsen af en terapeutisk teknik og derved undgå den teknificering, som jeg undertiden synes, at systemisk terapi har fare for at ende i. I afsnittet om Aktivitetsteknikker siges tillige (side 297), »Til skillnad från analytiska modeller är vi mindre intresserade av varför kommunikationen är som den är, och mer inriktade på hur familjemedlemmarna bättre kan kommunicera i framtiden«. Denne udeladelse af overvejelser over ube-

vidste processer, symptomudviklingen og den familiehistoriske kontekst mener jeg kan være farlig specielt i en begynders forståelse. Faren er, at relationen symptom/behandlingsmetode bliver en teknik, der begrænser ens overvejelser og sensitivitet over for andre væsentlige faktorer og sammenhænge af betydning for valg af intervention.

Forfatterne er selv opmærksomme på disse forhold, så den kritik skal ikke rettes mod dem, ligesom de heller ikke skal kritiseres for at foretage en stofudvælgelse for at kunne give en overskuelig fremstilling (en udvælgelse som måske med fordel kunne være strammet endnu mere op), men det er jo altid værd at overveje hvad man – uvægerligt – mister, når man vælger. Og det er også værd at overveje, hvordan man med en bredere teorianvendelse kan beskrive sammenhængen mellem individets udvikling, den dyadiske relation, familien, gruppen og den samfundsmæssige kontekst – og hvilke perspektiver dette giver for terapeutisk virksomhed. Vi mister alle noget med de forståelsesmåder, vi afviser, men vi kan jo heller ikke spænde over alle på en gang, så kunsten må være at finde en balance, der giver god mening og mulighed for hensigtsmæssig handling – i denne sammenhæng familierapi.

Set under denne synsvinkel kan jeg anbefale bogen til alle, der gerne vil danne sig et overblik over, hvad systemteoretisk funderet familierapi er. Jeg synes den har nået det mål, hverken at være for teoretisk tung og vanskelig tilgængelig eller for overfladisk og dagligdags, som forfatterne ganske rigtigt karakteriserer en del af litteraturen på området, men har en balance mellem det teoretisk begrundede og konkret anskuelige, som gør den oplysende og tankevækkende.



**Inger Aanderaa: Relationer i teamarbejde  
– et psykodynamisk perspektiv. Hans Reitzels forlag, 2000.  
Oversat fra norsk (orig.1999).**

Anmeldt af Randi Luggin

Inger Aanderaa, som er psykiatrisk sygeplejerske og cand.polit. og studieleder på den norske videreuddannelse i psykiatrisk sygepleje, tager i denne bog fat på samarbejdsrelationer i professionelle arbejdsgrupper – især inden for hjælperprofessionerne. Bogens primære målgruppe er således personale i psykiatrien, men forfatteren ønsker dog også at henvende sig til andre faggrupper. Dette er måske grunden til at hun – efter min mening – har lidt svært ved at finde et konsistent niveau for forventede teoretiske forudsætninger hos læserne.

Indledningsvis understreges at relationer i et team er afhængige af en række faktorer, som ikke kan studeres isoleret. Ens forståelse af relationerne er yderligere knyttet til det perspektiv man lægger til grund. Ud fra dette går forfatteren videre med først at præsentere sine overordnede filosofiske og psykodynamiske referensrammer, derefter at beskrive hvordan henholdsvis patienternes patologi, gruppeprocesser og patologi hos enkeltmedlemmer af teamet kan påvirke samarbejdsrelationerne.

De første 2 kapitler er helliget hhv. Heideggers filosofi og selv-psykologien, som den fremstilles af den norske psykolog Anne-Lise Løvlie Schibbye. Nøgleordene i de 2 kapitler er relation og interaktion, og i gennemgangen af Schibbyes teorier er der en god grafisk fremstilling af (og praktiske eksempler på) hvordan såvel hjælper som patient har både afgrænsede og uafgrænsede dele af selvet, og at sammenblanding i »det uafgrænsede os« medfører at følelser udageres i stedet for at afgrænses så man kan forholde sig til dem. Gennemgangen af hvordan patienternes patologi påvirker teamet, bygger overvejende på Sverker Belins bog »Galskabens magt«, hvorfra flere sider er næsten direkte citat. Begreberne induktion, resonans og parallelprocesser gennemgås, og i den forbindelse understreges hvor kompliceret det kan være

at analysere de reaktioner der opstår i en personalegruppe. Dette betyder, at man tit i supervisionen nøjes med at konstatere patientens splitting og projektion, og ikke forholder sig til hvad der rent faktisk sker med personalets indbyrdes relationer.

I det følgende kapitel gennemgås teori om gruppeprocesser, og storgupper anbefales som et sted hvor man kan lære at opdage og genkende de processer der også kan finde sted i et team. Det velfungerende team beskrives som fungerende på arbejdsgruppeniveau, med balance mellem opgaveorientering og følelsesorientering, med struktur og accept af lederskab. Der er tryk, så kreative kræfter kan komme til udfoldelse, medlemmernes kapacitet udnyttes, og der er respekt for forskellighed. Som modsætning hertil gives en grundig beskrivelse af team præget af basale antagelser, og forfatteren refererer også til Karteruds modifikation af Bions teori, hvor han ser afhængighedsgruppen som udtryk for et idealiseret gruppeselv, mens kamp-/flugtgruppen og pardannelsesgruppen er forskellige udtryk for et grandios gruppeselv.

Et af bogens længste kapitler er helliget enkeltpersoners påvirkning af processer i teamet. Dette kapitel er mindre teoretisk og mere eksempelmættet end de øvrige, og kommer også derfor til at fylde meget. Der beskrives »vanskelige personer« og problemskabende adfærd, og selv om forfatteren adværer mod at diagnosticere eller sætte etiketter på kolleger og samarbejdspartnere, kan det være svært helt at lade være med dette mens man læser eksemplerne. Der beskrives herskertechnikker og straffereaktioner fra både leder- og medarbejderside, og specielt frugtbar er diskussionen af hvordan man forholder sig når man begynder at fornemme at der er noget galt – hvilket godt kan tage tid. Den enkelte kan undervejs godt komme i tvivl hvorvidt ens egen virkelighedsforståelse svigter, og om det er en selv eller kollegaen der skaber problemer. Der lægges vægt på at en arbejdsplads ikke er et terapeutisk forum, og at det drejer sig om at vurdere adfærden snarere end personen. Dette kapitel kan dog blive for individ- og adfærdsorienteret, så gruppeprocesserne nedtones urimeligt.

Det sidste kapitel hedder »At bidrage konstruktivt til arbejdskulturen«, og handler om at skabe et klima med plads til selverkendelse og erkendelse af

andre, og løbende at arbejde med spørgsmål der vedrører teamets måde at fungere på.

Bogen henvender sig som anført primært til tværfagligt psykiatrisk personale, og jeg vil tro at den vil kunne give anledning til mange frugtbare diskussioner i personalegrupper – måske specielt hvis man koncentrerer sig om den sidste halvdel af bogen. Bogen er meget ujævn, med et ret højt abstraktionsniveau i de indledende kapitler, for senere til tider at forfalde til rene banaliteter. Forfatteren føler sig tilsyneladende forpligtet til at redegøre indgående for alle teorier hun bygger på, og dette kan gøre det svært at finde en rød tråd i bogen. Specielt kommer det første, filosofiske, kapitel til at virke tungt, og efter min mening direkte malplaceret. Forfatteren råder da også til at man evt. kan springe det over, og jeg mener ikke der er nogen grund til, som hun foreslår, at vende tilbage til det efter at resten af bogen er læst.

Alt i alt en væsentlig problemstilling, og mange gode betragtninger, men en lidt rodet og ujævn fremstilling.

***Martin Lotz: Udvikling og analyse. Teorien bag psykoanalytisk psykoterapi. Hans Reitzels Forlag, 2000. Kr. 248,00.***

Anmeldt af Hans Henrik Hoff

Martin Lotz (ML) har skrevet en bog om psykoanalytisk psykoterapi om psykiatri, om udvikling og om den nyeste viden inden for neurofysiologi og empirisk psykologisk forskning og om psykoanalytisk teori.

Det er et stort projekt båret af tanken om, at det i dag er nødvendigt for psykiaterne at have kendskab til mere end en side af psykiatrien. »Kun de, der er orienteret i alle grene af faget, kan siges at være veluddannede«, står der i forordet.

Den viden, der formidles, er delt op i de tre fagområder; neurofysiologi, empirisk psykologisk forskning og psykoanalysen. Indledningsvis argumenteres for denne opdeling. De tre områder holdes klart adskilt ud fra videnskabsteoretiske overvejelser. ML argumenterer ud fra den neutrale monisme. Her ses mentale og fysiske fænomener som to sider af samme sag, som to måder at beskrive et fænomen. Der er ingen årsags-/virkningssammenhæng mellem de to, og et mentalt fænomen kan således ikke siges at påvirke det tilsvarende fysiske fænomen, men siges at korrelere til det. Et psykologisk tab kan ikke siges at forårsage en depression set som et biologisk fænomen, men man kan sige, at et tab kan føre til en subjektiv oplevelse af depression – og det fænomen kan korrelere til den biologiske depression.

De to fagområdet neurofysiologi og empirisk forskning har samme videnskabsteoretiske grundlag og søger ved reproducerbare forsøgsopstillinger at sikre en objektiv viden, medens psykoanalysen beskæftiger sig med menneskets subjektive oplevelser. Psykoanalysens erkendelser er således ikke sikret objektiv sandhedsværdi, hvilket ikke er det samme som at sige, at psykoanalysen ikke er videnskabelig. Den hviler på en selvstændig videnskabsteori beslægtet med de humanistiske videnskaber.

Ved således at adskille psykoanalyse fra empirisk psykologisk forskning adskiller ML de dele af den traditionelle psykoanalytiske forskning, som ikke tager udgangspunkt i menneskers subjektive sfære, men som anvender objektiv iagttagelse, fra psykoanalytisk teori *stricto sensu*. Det gælder således megen spædbarnsforskning, f.eks. Margaret Mahlers.

Denne opdeling forekommer klar og logisk og sikrer psykoanalysen et bæredygtigt videnskabsteoretisk grundlag.

Den viden ML – således rustet – præsenterer os for, er først og fremmest viden om udvikling set i neurofysiologisk, empirisk psykologisk og psykoanalytisk perspektiv. Bogen har tre afsnit om udvikling, det første leveår, 2. og 3. leveår og den videre tidlige udvikling, som i bogen kaldes den ødipale alder. Tilsammen kalder ML denne periode for de formative år.

Der er i disse afsnit af bogen en mængde oplysninger, spændende ny viden sammen med gammelkendt stof. Det hele må nødvendigvis præsenteres

summarisk. Ideen med at fremstille udviklingen i tre tidsperioder med materialet opdelt på tre fagområder er teoretisk god, men svær i praksis og lykkes ikke altid.

Dertil kommer yderligere to afsnit i bogen om angst og om depression, hvor materialet fortsat er opdelt i viden fra de tre fagområder. Igen præsenteres vi for en imponerende mængde spændende viden. Enhver, der har forsøgt sig med blot nogenlunde dækkende at præsentere psykoanalytisk teori om et af disse emner angst eller depression, ved, at det er en frygtindgydende opgave.

Ideen, at holde disse fagområder klart adskilt teoretisk, men at præsentere dem sammen på udvalgte emner, er bogens bærende ide. ML skriver (s. 27): »Når man læser de tre teorier sammen, kan man desuden få en dimension ind i sin forståelse, som giver mere end hver tekst for sig. Det er som med kontrapunktisk forståelse af flerstemmig musik: Hver melodilinje følger sit eget forløb, men helheden giver mere end hver linie for sig.«

Spørgsmålet er så, hvor god musikken bliver i denne bog. Kun sporadisk sammenskriver ML resultaterne fra de tre fagområder. For det meste beskrives resultaterne ved siden af hinanden. Med endnu en musikmetafor er det som at opstille tre orkestre på samme markedsplads. De spiller hver sin melodi og tilhørerne kan gå fra orkester til orkester, men får ikke en samlet musikoplevelse.

De steder i bogen, hvor ML prøver at integrere viden fra de tre fagområder, spiller musikken bedst.

I bogens 7. kapitel, som med ML's egne ord handler om, hvad den nye viden har betydet for moderne psykoterapeuter, gennemgås bl.a. kognitiv adfærdsterapi og kognitiv terapi sammen med nyere udvikling i psykoanalytisk teori og i kapitel 8 diskuteres nogle åbne spørgsmål i den psykoanalytiske teori. Spørgsmålet om psykoanalysen er ved at udvikle sig fra en enpersons til en to-personers teori, spørgsmålet om hvilken vægt man bør lægge på analysen af patientens fortid kontra analyse af patient – terapeutforholdet her og nu, spørgsmålet om sprogets betydning, spørgsmålet om regression i terapien, om neutralitet og om varigheden af terapien.

Igen må fremstillingen nødvendigvis blive meget kortfattet, men ML træder tydeligere frem med sine synspunkter i denne del af bogen.

I det afsluttende kapitel 9 diskuteres bl.a. spørgsmålet om patienternes angst for at søge behandling og spørgsmålet om, hvad der hjælper bedst, psykofarmaka eller psykoterapi.

Denne sidste diskussion er et eksempel på, at påvirkningen fra psykiatriens forskellige fagområder burde føre til en større integration i den måde, vi tænker om psykiatriske forhold. For mig at se har vi ikke så meget brug for diskussionen om medicin kontra psykoterapi. Vi har mere brug for at sige, at det er en psykoterapeutisk opgave at give en patient medicin. At spørgsmålet om god medicin-compliance ikke kun er et spørgsmål om administrationsformer og bivirkninger, men også om overføring og modstand i psykoanalytisk forstand. Sat på spidsen kan kun den psykoterapeutisk uddannede læge give en patient (som objekt) medicin på en måde, der ikke er sårende for ham (som subjekt).

Bogen rummer en mængde oplysninger og for de fleste ny viden. Det er ikke en lærebog og ikke en videnskabelig afhandling. Det kan være svært at bestemme, hvem bogen er skrevet for. På den ene side henvender den sig til en læser, som ikke i forvejen kender til alle disse oplysninger og forskningsresultater; på den anden side kræver den en god portion forhåndsviden især om psykoanalytisk teori af sin læser. Måske er bogen først og fremmest en monografi, et personligt indlæg i den aktuelle debat om psykiatriens forhold og psykoterapiens grundlag. Den er skrevet af en psykoanalytiker med et årelangt virke bag sig i den daglige klinik på en psykiatrisk afdeling. En psykiater med stor erfaring og en kæmpe viden og med et personligt engagement i psykiatridebatten. Det giver bogen vægt og den fortjener at blive læst.

# **GRUPPETERAPI I HOSPITALSREGI**

*Teori, praksis og supervision*

## **KROGERUP KURSUS 2001**

*med professor i psykiatri Howard Kibel, New York*

### **Internatkursus på Krogerup Højskole**

*Mandag den 7. maj til tirsdag den 8. maj*

På mange danske psykiatriske afdelinger er der "Kibel-grupper" for de indlagte. Den internationalt kendte amerikanske gruppeterapeut H. D. Kibel har flere gange holdt seminarer i Danmark.

Foreningen Krogerup Kurser har fået ham til at komme igen og holde oplæg om gruppeterapi i både døgn- og dagbehandling. Noget af det særlige ved dr. Kibels tilgang til psykodynamisk gruppeterapi er betoningen af, hvordan gruppen afspejler, hvad der sker i hele afdelingsmiljøet.

Kurset består af en vekselvirkning mellem oplæg og gruppearbejde med inddragelse af deltagernes egne erfaringer.

Tilmelding sker ved oplysning af navn og adresse til sekretær Vibeke Stender, e-mail adresse: vist@fa.dk eller sekretær Hertha Vosgerau, hevo@fa.dk, evt. tlf. 48 29 33 01 / tlf. 48 29 32 51, hvorefter man vil få tilsendt girokort.

Betalingsfrist fredag den 30. april 2001.

Kursusafgiften er 3.000 kr., som inkluderer fuld forplejning og overnatning på fortrinsvis 2-sengsrum.

Med venlig hilsen

Krogerupkomiteen 2001

## Uddannelse i supervision af psykoanalytisk psykoterapi

IPP Institut for Psykoanalytisk Psykoterapi vil fra efteråret 2001 påbegynde et uddannelsesforløb i supervision af psykoanalytisk psykoterapi. Formålet er gennem et 3-årigt uddannelsesforløb at skaffe deltagerne en øget kompetence i at fungere som supervisorer i individuel psykoanalytisk psykoterapi.

Omfanget af uddannelsen er fastlagt med hensyntagen til de krav der stilles til supervisoruddannelsen i Dansk Psykiatrisk Selskabs og Dansk Psykologforenings betænkninger om psykoterapiuddannelse. Uddannelsen vil blive tilrettelagt som 4 årlige internatkurser à 1½ døgn i 3 år. Stedet bliver kursuscentret Rolighed ved Skodsborg. Første delkursus er planlagt til september 2001.

Indholdet i undervisningen vil bestå af klinisk arbejde i form af supervision af supervision og arbejde med teori om supervision i form af foredrag og litteraturstudier.

Lærere ved uddannelsen er Judy Gammelgaard, Susanne Lunn, Mette Møller og Thorkil Sørensen.

Forudsætning for optagelse på uddannelsen: Ansøgerne skal være psykologer med godkendt videreuddannelse i psykoterapi eller læger med speciallægeanerkendelse i psykiatri eller på vej til at få det. De skal have en rimelig uddannelse i psykoanalytisk psykoterapi (bestående af egenterapi, teori og supervision), have en rimelig erfaring med psykoterapeutisk arbejde og gerne også i et mindre omfang have fungeret som supervisorer. Det er endvidere en betingelse, at ansøgerne aktuelt har patienter i psykoanalytisk psykoterapi og er villige til dels at fremlægge materiale derfra til supervision og dels til at fungere som supervisorer. Uddannelsen er primært beregnet på læger og psykologer, der er i begyndelsen af deres funktion som supervisorer.

Tilmeldingen sker ved henvendelse til IPP's sekretariat. Man vil få tilsendt et ansøgningsskema, der bedes tilbagesendt til sekretariatet i udfyldt stand senest ved ansøgningsfristens ophør 30. april 2001. Det skal bemærkes at der kun er et begrænset antal pladser til rådighed.

**Datoer i 2001:** 6.-7. september og 8.-9. november.

**Sted:** Kursusejendommen "Rolighed", 2942 Skodsborg.

**Tilmelding:** Inden 30. april 2001. Ansøgningsskema rekvireres hos IPP's sekretariat:

v/ Karin Ewald, Anettevej 4, DK-2920 Charlottenlund.

Tlf. 39 64 02 33 – fax 39 64 02 76 – e-mail kewald u@adr.dk

**Betaling:** 3.600,- kr. pr. delkursus. Det skal bemærkes, at tilmelding er bindende for hele det 3-årige forløb.

### Yderligere oplysninger:

Judy Gammelgaard tlf. arb. 3532 8811  
tlf. priv. 3526 0755

Mette Møller tlf. arb. 3338 3974  
tlf. priv. 3 39 9767

Susanne Lunn tlf. arb. 3532 8680  
tlf. priv. 3962 0601

Thorkil Sørensen tlf. arb. 6611 3333  
tlf. priv. 6619 4747