

18. ÅRGANG NR. 4 – DECEMBER 2001

# Matrix



## REDAKTIONELT

Matrixredaktionen har igennem nogen tid ønsket at lade tidsskriftets årgang følge kalenderåret. Dette ønske indfrieder vi med det foreliggende nummer, Matrix 2001, 18. årgang, nr. 4. Fremover vil det være praksis, at det sidste nummer af en årgang udkommer inden årets udgang.

Nummeret indeholder en række artikler inden for de temaer, som er Matrix' kendemærke: gruppeanalytisk terapi og uddannelse, psykoanalytisk psykoterapi og psykoterapiforskning. Som et nordisk tidsskrift er vi glade for at kunne præsentere såvel norske som danske bidrag.

Martin Lotz er psykoanalytiker og overlæge på psykoterapeutisk afdeling, Bispebjerg Hospital og har en omfattende erfaring inden for psykoterapi. Han indleder nummeret med artiklen **Hvad er psykoanalytisk psykoterapi?** Titlen er inspireret af et arbejde af den norske kollega professor Bjørn Killingmoe om dynamisk psykoterapi. I artiklen beskrives såvel den psykoanalytiske psykoterapis særlige karakteristika som variationen inden for feltet i teoretisk, praktisk og forskningsmæssig henseende.

I artiklen **Terapeutisk bæreevne** sætter klinisk psykolog og adjunkt Jan Nielsen fokus på de mentale processer, der finder sted hos terapeuten under dennes arbejde som psykoanalytisk psykoterapeut. Bearbejdning af det terapeutiske materiale fra modtagelse til intervention beskrives som en samlet bevægelse, der forsøges indfanget med begrebet bæreevne, der rummer såvel receptive, refleksive som interventive funktioner.

Ikke mange har beskæftiget sig med patienternes subjektive oplevelse af psykoterapi. Agnete Langagergaard, klinisk psykolog, beskæftiger sig i artiklen **Subjektivitet i psykoterapiforskning – en Akilleshæl?** med kvalitativ forskning i psykoterapi specielt med fokus på anvendelsen af patientoplevelser. Hun tager udgangspunkt i sin ph.d. afhandling og gennemgår litteraturen inden for feltet, samtidig med at hun giver et eksempel på anvendelsen af patientudsagn i en undersøgelse af den terapeutiske alliance ved psykoterapeutisk afdeling, Psykiatrisk Hospital i Århus.

De sidste tre artikler udspringer af et internordisk samarbejde imellem en dansk og to norske gruppanalytikere om etableringen af et gruppeanalytisk træningsprogram i de Baltiske Lande. De tre artikler præsenterer forskellige vinkler på dette udviklingsarbejde.

Lektor, speciallæge i psykiatri og psykoanalytiker Steinar Lorentzen giver i artiklen **Erfaringer fra et uddannelsesprogram i gruppepsykoterapi i de Baltiske stater** en beskrivelse af selve projektet, som omfatter et treårigt bloktræningsprogram. I artiklen **Gruppeanalytisk supervision i et transkulturelt bloktræningsprogram** reflekterer lektor, cand. psyk. Vivi Maar over kulturelle aspekter af overføringen og modoverføringen. Endelig afslutter Tore Sørli, speciallæge i psykiatri og psykoanalytikersykiater og med en artikel om **Mestring af sprogproblemer i et gruppeanalytisk uddannelsesprogram i de Baltiske stater**. Han fremhæver, hvorledes sprogproblemer og løsningen af disse indgår i gruppens matrix og kan anvendes som direkte terapeutisk materiale.

Nummeret indeholder afslutningsvis en enkel boganmeldelse.

Berit Bergström anmelder Bjarne Jacobsens bog »Den helbredende sygdom; Søren Kierkegaard – krise ved somatisk sygdom«, Dansk psykologisk Forlag, 2000. Hun skriver: »Bjarne Jacobsen har skrivit en oppslagsrik och tankestörande bok. Än en gång har den märklige Kierkegaard levandegjorts i ännu en sammanhang. Av omfattande egen erfarenhet av modern kristterapi instämmer jag varmt med Jacobsens kritik av densamma«.

*Susanne Lunn og Anne Lindhardt*

Fra redaktionen skal vi meddele, at Susanne Lunn trækker sig fra posten som medredaktør efter 4 års arbejde. De danske redaktører vil gerne benytte lejligheden til at sige tak til Susanne for både kreativ, arbejdsom og hyggelig indsats.

*Anne Lindhardt og Søren Aagaard*

# HVAD ER PSYKOANALYTISK PSYKOTERAPI?

Matrix 2001; 4, s. 293-314

Martin Lotz<sup>1</sup>

*Artiklen forsøger at definere og karakterisere den psykoanalytiske terapi. Den understreger de egenskaber, som er specielle for teori og praksis. Teorierne samles i to grupper: konflikt-strukturmodellen og relations-strukturmodellen. Der gives et eksempel på, hvad der adskiller en almindelig lægelig behandlers holdning fra den psykoanalytiske psykoterapeuts holdning. Den gængse lægelige diatase-stress-model overspringer hensyn til den individuelle, nuancerede psykologiske bearbejdning af konflikter og defekter. I sammenligning med kognitiv adfærdsterapi har den psykoanalytiske terapi sin hovedvægt på det udviklingsmæssige perspektiv, på ubevidste bevæggrunde og på styrkelse af patientens autonomi. Størstedelen af forskningen består i kasuistiske undersøgelser, men der findes et voksende antal objektive, statistiske undersøgelser, som godtgør den psykoanalytiske terapies effekt som sidestillet med andre psykoterapiretninger.*

Denne artikel skal forsøge at afgrænse og beskrive psykoanalytisk psykoterapi. Hovedformålet er at give en introduktion for læger og psykologer under uddannelse.

Af praktiske grunde vil jeg nærme mig definitionen fra fire synsvinkler:

- 1: Behandlingens praksis, dvs. dens rammer og interventionsformer.
- 2: Den tilgrundliggende teori. Der lægges i psykoanalysen specielt vægt på inddragelsen af det ubevidste og på forståelse for det udviklingsmæssige perspektiv.
- 3: Holdningen til patienterne. I den psykoanalytiske terapi lægges mest vægt på forståelse, indsigt og autonomi, mens rådgivning, anvisninger og optræning overvejende må ses som sekundære hjælpeforanstaltninger.

---

1 Ideen til artiklen stammer fra Bjørn Killingmoe 1984 (1)

4: Forskningen. Der gælder specielle forhold for forskningen, idet der i behandlingsmetoden lægges vægt på den subjektive oplevelse og dens evne til at fremme den personlige udvikling.

### **Den psykoanalytiske terapies praksis**

Situationen i Danmark er i øjeblikket den, at forskellige former for psykoterapi efter psykoanalytiske principper antagelig stadig er de mest anvendte. Man kan opregne de vigtigste former således:

- A) Den individuelle flerårige psykoanalyse. Den anvendes i dag for en stor del som led i uddannelsen af psykologer og psykiatere, men også i en vis udstrækning til behandling af sværere former for angst, fobi og depressivitet af ikke-psykotisk art samt forskellige personlighedsforstyrrelser (2).
- B) Psykoanalytisk psykoterapi (eller psykodynamisk psykoterapi). Hermed menes som regel en mindre indgribende og ambitiøs form for indsigtssorienteret psykoterapi. Den er begrænset i tidsforbrug, ofte en til to timer ugentlig, og terapeutens interventioner sigter i højere grad direkte imod bedring af patologiske fænomener (3).
- C) Familie- og gruppeterapi. Der fokuseres her primært på gruppens interaktionsformer. Men lige som i anden psykoanalytisk psykoterapi drejer det sig om at bevidstgøre ubevidst kommunikation. Takket være gruppepåvirkningen er muligheden for indflydelsen på de enkelte gruppemedlemmer stærk (4).
- D) Psykoanalytiske principper anvendes også i større grupper og sociale sammenhænge. Det kan ske ved storgruppeforløb, som er formaliserede, tilrettelagte møder af større grupper mennesker (5).
- E) De psykoanalytiske principper finder desuden i vid udstrækning anvendelse i den såkaldte miljøterapi på psykiatriske hospitaler og på forskellige institutioner. Også her vil terapeuten interessere sig for påvisning af ubevidste faktorer og for det udviklingsmæssige perspektiv (6,7).

Behandlingen foregår som regel i privat praksis, ambulant eller i dagpatient-regi, men den kan også iværksættes med patienter, som i perioder er indlagt i sengeafsnit. De ydre rammer må have en vis kvalitet (8), terapeuten skal have en vis uddannelse eller være under supervision, og han skal have adgang til at rekruttere patienterne blandt egnede.

### ***Den tilgrundliggende teori***

Psykoanalytisk teori består af såkaldt bløde data. Det indebærer, at det primært er det subjektive felt, dvs. oplevelsen af verden, snarere end den objektivt registrerbare og målelige verden, som er i fokus. Dens videnskabelighed bygger på empiri, men på et narratologisk perspektiv, som stiller betydelige krav til indre konsistens og til troværdighed i den subjektive verden (9,10). Det betyder, at de individuelle hypoteser for hver enkelt patients psykologi kan blive meget nuancerede og udviklede. Den generaliserede psykoanalytiske teori har dog ikke opgivet sin afhængighed af nabo-disciplinerne, den er ofte under kritik, og den udvikler sig under indflydelse af den biologiske eller adfærdsmæssige empiri.

Nu for tiden benyttes i det væsentlige to perspektiver, når et givet psykologisk felt analyseres: konflikt-struktur-modellen og relations-struktur-modellen (jvnf. Greenberg & Mitchell (11)). De to perspektiver kan bruges hver for sig, men det er en stor fordel for terapeuten at være bekendt med begge synsvinkler, så han kan undersøge sit observationsfelt skiftevis eller samtidig i begge perspektiver.

### ***Konflikt-struktur-modellen***

Hele den biologiske, menneskelige organisme ses i dette perspektiv som et felt med en række dynamiske faktorer. Også det mentale område betragtes som et spændingsfelt determineret af dynamiske kræfter. Man betragter alle psykologiske elementer som værende placeret i eller bevægende sig i et spændingsfelt mellem lyst og ulyst. De psykiske funktioner forstås nu som drevet af (biologiske) drifter. For et spædbarn er dette felt subjektivt set for-

holdsvis udifferentieret, og den mentale tavle er relativt ubeskrevet. Men med tiden vil barnet differentiere og strukturere sine driftsimpulser i et kompliceret mønster. Det skaber en række mekanismer og strukturer, som tjener til at formidle driftsimpulsernes udløb mod deres driftsmål.

Hele Freuds oprindelige teori kan indskrives i konfliktmodellen. I den klassiske freudske strukturelle teori regner man med to store drifter, den libidinøse og den aggressive. Betegnelsen »det'et« står for drifterne og driftsimpulserne. Den differentierede formidling af driftsudløsning varetages af »jeg'et«. Jeg'et er en funktionsenhed, som står for den komplicerede, til en vis grad bevidste, forarbejdning og formidling af drifterne med henblik på at opnå kontakt og udløsning i relation til andre mennesker.

Visse oplevelser kan skubbes fra den bevidste oplevelse og ned i det ubevidste ved en fortrængning. Denne funktion kan opfattes som en dynamisk aktivitet, dvs. at kræfter sættes ind imod den bevidste erkendelse. I det ubevidste opretholder den fortrængte driftskonflikt stadig en dynamisk aktiv eksistens.

Der findes en række måder, hvorpå jeg'et kan forholde sig til psykisk spænding, de såkaldte forsvarsmekanismer. Nogle af disse forsvarsmekanismer er relativt modne og andre mere primitive. Den vigtigste modne forsvarsmekanisme er fortrængningen. I opvæksten manifesterer den sig i udtalt grad i 3-5-års-alderen, den såkaldte ødipale alder. Samtidig med, at fortrængningen skaffer pinagtigt psykisk materiale af vejen, hjælper den med til en normal strukturering af psyken, idet den tidlige barndoms mere umaskerede heftige affekter og impulser af aggressiv og seksuel natur sættes på plads og fremover bringes til at virke i en mere censureret og målrettet udgave.

Som censurinstans og til kontrol af driftsstyrken tjener »over-jeg'et«. Denne tredje instans, over-jeg'et, er en funktionsenhed, som dannes under indtryk af personens samspil med forældre-opdragelsen. De mange situationer fra opdragelsen samler sig sædvanligvis hos den voksne til generaliserede erfaringer, som nedfældes som en overvejende ubevidst, men stabil komponent. Den har en væsentlig farvning af moral og etik, og den udøver normalt en kraftig hæmmende virkning over for de andre komponenter i psyken. I løbet



af udviklingen gennem barndommen modnes over-jeg'et i sin funktionsmåde til at rumme et stabilt og realistisk indhold.

***Hvordan forklares de nervøse lidelser set i en  
konflikt-struktur-kontekst?***

Ved psykopatologiske tilstande – som fx panikangst eller fobi – siger man, at pinagtige erindringer fortrænges af jeg'et og over-jeg'et i fællesskab til det ubevidste, hvor de imidlertid med truslen om at vende tilbage i form af impuls-gennembrud fremkalder de nervøse symptomer. Ved de allerfleste lettere nervøse symptomer kan man påvise en sådan vertikal spændingsstruktur, hvor over-jeg og jeg så at sige ovenfra trykker driftstilskyndelsen ned i det ubevidste. For at forstå de nervøse enkeltsymptomers irrationelle form, må man herudover være klar over, at der kan ske en horisontal forskydning af impulserne og deres mål. Fx kan angst for en seksuel, genital impuls forskydes til en mindre forbudt, mere tilladelig, symbolsk ængstelse for at færdes uden for hjemmet, dvs. en situation med en vis associativ forbindelse med udgangspunktet (hjemmefra = udsat for seksuelle fristelser). Symptomet bliver nu et kompromis imellem driftsimpulsen og jeg'ets og over-jeg'ets bearbejdning af driftsimpulsen. Når den neurotiske patient går til læge, kan man fx forstå det som en forskydning af en ubevidst konflikt imellem driftsimpulserne og den fortrængende indflydelse fra jeg'et og over-jeg'et. Patienten finder forskudt udløsning for libidinøse behov ved lægens interesse for kroppens lidelser og for sine aggressive impulser ved at sikre sig aflastning for stressende ydre forhold. Patientens symptomer vil imidlertid kunne bedres, såfremt lægen er i stand til at forstå og tolke den ubevidste mening med symptomerne, og patienten kan acceptere og bearbejde denne indsigt.

En række andre forsvarsmekanismer end fortrængningen findes, men er mindre effektive. I visse tilfælde hjælper de fortrængningen, i andre tilfælde dominerer de billedet frem for fortrængningen. Det gælder fx ved projektion, hvor patientens egne affekter projiceres ud til andre (i ekstrem grad som paranoia), ved splitting, hvor psykisk indhold adskilles i forskellige psykiske områder, uden at de bevarer nogen naturlig forbindelse med hinanden (i ekstrem

grad ved skizofreni), og ved benægten, hvor emotionelle realiteters relevans afvises (som ved melankolien, hvor det gode i tilværelsen afvises). Sådanne forsvarsmekanismer kaldes primitive, og de svækker jeg'et ved at mindske realitetstestningen. Ultimativt kan de betyde afgørende hindringer for terapiens fremgang.

### ***Relations-struktur-modellen***

I det andet væsentlige analytiske perspektiv refererer man ikke så meget til de psykiske funktioner eller til de spændinger, man kan finde der, men snarere til det mentale indhold, dvs. til de billeder af selvet og andre, som i løbet af udviklingen er nedfældet. Disse indre selv- og objektrepræsentationer opnår en vis form og en vis indbyrdes lejring, som har afgørende betydning for den voksnes mentale funktion. Hertil hører de vigtige spørgsmål om egen identitet og om idealisering eller devaluering af de indre billeder. Selvpsykologien beskriver udviklingen af selvbilledet i forskellige stadier, mens objektrelations-psykologien lægger vægt på barnets relation til både indre og ydre objekter. Væsentlige selvbilleder er et primitivt ideal-selv, som har kvaliteter fra 2-3-års-alderen. Et sådant selv kan opfattes som perfekt og opblæst eller fragmenteret, defekt og falsk. I løbet af udviklingen overlejreres det af et mere modent ego-ideal, som er en blivende del af over-jegets indhold. Væsentlige objektrelationer er primitive forestillinger, hvor selvet trues af fusion med objektet, selvet forfølges af objektet eller et selv, som er forladt af det livsvigtige objekt. Disse relationer overlejreres i den normale udvikling af mere sunde og gensidigt givende objektrelationer.

### ***Psykopatologi beskrevet med relations-struktur-modellen***

Både selvpsykologien og objektrelations-psykologien tillægges i nogle tilfælde større betydning for fremkomsten af psykopatologi end driftskonflikterne. Det gælder især ved diagnosegrupper som posttraumatiske tilstande, narcissistiske tilstande og borderline forstyrrelser. Man kan sige, at det, der er fælles for disse forstyrrelser, er, at selvet og objekterne enten er fejlvurderede, idealiserede eller devaluerede, eller opfattes som specielle, fx falske eller

defekte. Også grænserne i denne selv-objektverden kan være abnorme, permeable, ustabile eller fraværende.

Relations-struktur-synspunktet har i høj grad medvirket til at gøre hele den psykoanalytiske teori mere differentieret og brugbar over for en variation af psykiske lidelser. En anden konsekvens, som med tiden er blevet mere tydelig, er af teknisk art. Den afgørende vægt, man tidligere har lagt på tolkning af ubevidst konfliktmateriale, har i nogen grad tabt terræn. Selvom tolkning er den væsentligste interventionsform over for fortrængt konfliktmateriale, behøves der en bredere indfaldsvinkel, når det drejer sig om de mange psykiske lidelser, hvor der er væsentlige udviklingsmæssige defekter, eller hvor realitetssansen har lidt skade. Også i disse tilfælde er en viden om ubevidste forhold vigtig, men interventionerne fokuserer her snarere på fejljuder og realitetsbrist end på selve driftsimpulserne.

### ***Terapeutens holdning til patienterne***

For at sætte den specielle psykoterapeutiske holdning i kontrast til den sædvanlige lægelige holdning vil den terapeutiske holdning blive beskrevet ud fra følgende synsvinkler:

1: relationen, 2: processen, 3: graden af intensitet, 4: varighed., 5: autonomi. Problemstillingen illustreres under hver enkelt synsvinkel med et eksempel på en kort dialog mellem patient og behandler. Eksemplet er konstrueret og skal kun tjene til at belyse principperne. Det er forudsat, at der er tale om en samtalebehandling, der er kommet i gang.

Patienten: »Jeg havde som sædvanlig meget at se til i går. Om aftenen, da jeg ville slappe af foran fjernsynet, fik jeg igen et angstanfald. Tror du, jeg skal sætte tempoet ned?«

– Lad os overveje to behandleres svar med hver sin indstilling. Den første er en alment orienteret læge, den anden er en psykoterapeut, som er indforstået med sin specielle opgave i psykoterapien.

– Lægen: »Lad os prøve at se på det. Har du mulighed for at give noget ansvar fra dig eller holde fri et par dage?«

– Psykoterapeuten: »Jeg har forstået, at du stadigvæk kan blive angst. Lad os overveje, om der kan være noget, du ikke selv har tænkt på. Gad vist om du måske var nervøs for at skulle til samtalen her i dag. Kan der være noget om det?«.

### **1. Relationen**

Begge behandlere reagerer på patientens spørgsmål. Lægen forholder sig konkret til forespørgslen og går videre med spørgsmål om aflastning. Han går med det samme ind for, at han har en særlig ekspertise og en særlig viden om diatese-stress-balancen (13). Han går med til at dosere det generelle stressniveau, uden at patientens angst i øvrigt problematiseres, og uden at patientens oplevelse af hele relationen bliver belyst. Psykoterapeuten har en anden strategi for samtalerne. Han afviser i og for sig ikke patientens klage, men foreslår ham i stedet at se på noget, patienten ikke selv har set på. Patienten vil måske føle sig skuffet eller frustreret over ikke at få svar på sit spørgsmål, men psykoterapeuten er klar over, at patienten bliver urolig, og han er med det samme indstillet på at få patienten til at tale om de følelser, hun har både over for terapeuten som person og over for hele den psykoterapeutiske metode. Han ønsker i den sidste ende at vende tilbage og se nærmere på de følelser, patienten har ved at komme og fortælle om sig selv.

Lægen stiller sig som en faglig autoritet, psykoterapeuten stiller sig som et spejlende, oplysende alter ego.

Vores udgangspunkt er her, at patienten har oplevet, at hans impulser er blevet bearbejdet på en bestemt måde i en længere periode eller gennem visse dramatiske begivenheder i opvæksten. Her dukker forskellige spørgsmål op, dels om der overvejende er tale om konfliktuelle problemer fra den ødipale alder, hvor fortrængningen har været det vigtigste, eller om der er tale om andre, måske tidligere konflikter. Har patienten i sin tid været frustreret eller måske forført i sine driftsønsker? Har der været tale om en blanding, hvor patienten har været forført på visse punkter, men svigtet på andre. Man kan videre spørge om forstyrrelser af identitetsdannelsen og relationsområdet: er selvet krænket, er objektrelationerne belastet af primitiv angst? osv. Til

disse overvejelser hører overvejelser over graden af påvirkninger. Har patienten fx været svigtet af begge forældre, eller har han/hun måske i høj grad været tæt bundet og kontrolleret af sin far/mor? Kan vi få indtryk af patientens medførte ressourcer, virker han/hun energisk og aggressiv af temperament, eller er det en ængstelig astenisk person? Der er altså brug for en vurdering af samspillet mellem kvalitative og – ikke mindst – kvantitative dynamiske faktorer.

Når terapeuten spørger, om angsten kan have noget at gøre med samtalerne, holder han sig til et vigtigt princip for al psykoanalytisk psykoterapi. Han regner med, at patienten i forholdet til terapeuten vil reproducere samme slags begivenheder, som hun har været ude for gennem hele opvæksten. Netop fordi terapeuten forholder sig relativt afventende, åben og undersøgende, vil patienten blive kastet tilbage til den måde, hun plejer at forholde sig til andre mennesker på. Når patienten således overfører sine erfaringer og tager dem i brug i terapien, er der en mulighed for at tydeliggøre konflikterne og bevidstgøre patienten om, hvad det er, der giver hende det nervøse symptom.

Denne brug af relationen imellem patient og terapeut er en af de vigtigste kendetegn for psykoanalytisk psykoterapi.

## **2. Processen**

Når psykoterapeuten spørger patienten, om hun er nervøs for selve terapien, åbner han op for introspektionen. Der kunne fx være tale om utilfredsstillende behov, som ubevidst er i centrum for de psykopatologiske reaktioner. Disse behov vil gentage sig over for terapeuten, hvor de imidlertid bliver frustrerede. Hvorfor? Fordi de ubevidste behov har den form, som de oprindeligt fik, da de blev skubbet væk fra bevidstheden. De indgår i mønstre, som stammer fra en række tidligere begivenheder og er infantile i deres oprindelse og i deres ubevidste betydning.

Lad os eksempelvis sige, at den patient, vi taler om, er en kvinde, som har været meget ambivalent og nært knyttet til den ene af forældrene fx moderen. Lad os sige, at hun af moderen aldrig har kunne få at vide, om moderen var

tilfreds med det, hun gjorde eller det, hun kunne. Moderen har dermed ikke givet hende nogen positiv oplevelse af at være en pige, der engang skulle blive voksen ligesom moderen. Patienten gentager nu sin egen frustrerede reaktion og presser alle autoriteter til at tage stilling. Det infantile objekt er den mor, som hun længes efter og er frustreret af. Alle autoriteter kommer derefter til at stå for denne mor. Uden at tænke over det, overfører hun nu sin følelsesmæssige infantile rolle til terapeurrelationen. Dette kompleks er ubevidst, og hendes relation til senere autoriteter er dømt til at blive frustrerende og angstprovokerende.

Erfaringsmæssigt vil der i patient/terapeut-relationen efterhånden kunne genfindes en række af de konflikter, denne patient har haft med vigtige personer. Dermed er terapiens proces også givet, idet der er brug for skridt for skridt at gøre hende bevidst omkring hendes driftsønsker og den stærke følelse af afvisning og straf, hun gemmer i sin erindring, og få det bearbejdet.

Hvis der har været tale om tidlige krænkelser af selvet, vil patienten måske i nye relationer ubevidst teste, om hun bliver anset for defekt, eller om man godtager hendes forsvar: et perfekt idealiseret selvbillede. For at holde processen i gang, må terapeuten være indstillet på først at rumme og derefter aktivt, men gradvist, desillusionere disse urealistiske selvbilleder.

Den konstante afvejning af processen i arbejdet er et centralt kendetegn for psykoanalytisk psykoterapi.

### **3. Intensitet**

Så længe en terapeut går ind på en almindelig samtale med patienten om praktiske forhold, om medikamenter, om undersøgelse af somatiske symptomer osv., vil der ikke opstå nogen fornemmelser af intensitet i relation mellem patient og relation. Derved mister terapeuten et af sine vigtigste midler til at opnå en forandring. Når terapeuten imidlertid gør bemærkninger, som tjener til at undersøge og lukke op for flere forskellige muligheder, kan det i sig selv medføre, at nærværet mellem de to mennesker bliver mere intenst. Hver gang en tolkning er vellykket, vil patienten føle sig forstået, han vil blive opmærksom på ting, han ikke har tænkt over, og det forstærker også kontaktforholdet.

Dette gælder især for relativt velstrukturerede, velfungerende patienter (lettere angst-depressionstilstande); men så snart vi taler om lidt dårligere strukturerede patienter (borderlinetilstande, følger efter incest etc.) er der problemer. Vore patienter møder ofte op med svære frustrationer og traumer i deres tidligere tilværelse. De er skuffede over sig selv og deres egen manglende evne til at klare problemerne. Det vil være smertefuldt for en sådan patient at nærme sig rødderne til lidelsen, og han vil derfor holde sig tilbage. Hvad selve terapien angår, er patienterne angste for at miste kontrol, for at blive overvældet af deres impulser og for på ny at få det dårligt uden at få tilstrækkelig hjælp. De frygter næsten altid, at det skulle vise sig, at de ikke har deres fornufts fulde brug eller ligefrem er psykotiske. Alle patienter vil gøre, hvad de kan, for at holde terapeuten væk fra uforløste, faretruende, indre konflikter, fra pinagtige sår eller fra den skamfulde følelse af egne mangler. Dette forsvar indgår i deres samlede personlighed. Det har stor betydning, at terapeuten er klar over, at terapien aktiverer hele patientens personlighed med dens skjulte sider og forsvaret mod afsløring, bearbejdelse og forandring af disse. Patienterne frygter desuden ofte, at hvis de afslører deres svagheder, vil de miste deres selvstændighed. Den angst, der er tale om, er en angst for en livslang binding i ringeagt og afhængighed (fx af medikamentel behandling) eller endog et definitivt tab af egen identitet.

Det er karakteristisk for psykoanalytisk psykoterapi, at terapeuten altid vil arbejde meget målrettet og bevidst med rammerne for, at intensiteten i terapien afbalanceres. I sine forsøg på at få kontakt med patientens ubevidste sider, og i sin bevidste brug af de terapeutiske rammer, vil terapeuten på en gang søge at opnå den intensitet, der skal til for at få kontakt med patientens centrale konflikt- eller defektområder samtidig med, at intensiteten ikke må overstige, hvad patienten kan bære.

#### **4. Varighed**

Hvis behandleren vælger diatese-stress-modellen, er det muligt, at hans opgave kan klares inden for en kortere fastlagt tid. Der kan være tale om at udstede en sygemelding, eller der kan være tale om at ordinere medikamen-

tel hjælp. Vælger vi derimod den psykoanalytiske model, bliver det mere nødvendigt at overveje terapiens varighed, idet den vil være forbundet med den målsætning, man har i terapien.

Visse patienter fx af angst/fobi-typen har indstillet sig på en balance i deres konfliktløsning, hvor de bremser deres egne driftsønsker. Hele deres personlighed har et præg af hæmning, og denne hæmning løsnest gradvist gennem terapien. Terapeuten vil i så fald være indstillet på at gå ind i en proces sammen med patienten omkring en bevidstgørelse af ubevidste konflikter.

Hvis man tilbyder en tidsbegrænset terapi, giver man samtidig patienten en chance for på et ubevidst plan at udskyde de mest pinagtige spørgsmål. Der kan fx være tale om en fortrængt autoritetskonflikt. Patienten genfinder den strenge autoritet i selve tidsplanen og får dermed ikke bearbejdet den i den personlige relation til terapeuten. For at overvinde dette problem, vil det være hensigtsmæssigt at fastlægge en bestemt fokusering ved terapiens start. Det vil sige, at man sammen med patienten umiddelbart ved terapiens indledning peger på nogle væsentlige vanskeligheder, han har i sit samvær med andre mennesker. I denne fokusering skal der helst indgå faktorer, som er ubevidste for patienten. Patienten med autoritetsproblemer kan således i sin målsætning have inkluderet, at han netop skal bearbejde sin holdning til autoriteter set i lyset af relationen til tidligere autoriteter.

En anden mulighed er at tilbyde en tidsubegrænset terapi. Her vil man ikke på samme måde have behov for fokusering. I klassisk teori siger man, at patienten skal have så megen tid, som han behøver for at få kontakt med de ubevidste konflikter i alle deres derivater. Terapeutens opgave er hele tiden at forsøge at åbne op for ubevidste sider af konfliktområdet og gennemarbejde dem, indtil sådanne ubevidste sider ikke mere trænger sig på.

Nogle patienter vil være prægede af belastningssvaghed og tendens til angst ved nær, ansvarlig, gensidig kontakt med andre. I disse tilfælde kan patienterne have etableret strukturelle defekter eller opbygget erstatningsstrukturer, som er uden indre dynamik. Patienten har her i højere grad brug for en blanding af tolkning af ubevidste fænomener og en hjælp til strukturering og optræning af nye objektrelationer og nye funktioner. Hvis man har med



denne sidste slags patienter at gøre, vil tidsbegrænsningen igen være afhængig af en målsætning. Terapeuten kan vælge at fokusere på en begrænset del af problemstillingen, fx ophjælpning af identitetsfølelsen (bedring af selvværd) og i så fald koble dette til en passende tidsramme. I visse tilfælde kan man arbejde med en ubestemt tidsramme og en målsætning, der går på gennemarbejdning af både konflikter og traumer. Afslutningen vil i sådanne tilfælde som regel ikke kunne aftales med nogen stor præcision, og der vil ofte være behov for aftrapning.

I specielle tilfælde kan man have en målsætning om et mangeårigt forløb. Der kan da være tale om at substituere visse sider af patientens jeg og overjag-funktioner og visse sider af hans identitet. En sådan varig terapeutindsats betegnes støttetterapi. Der kan være en indikation for en sådan terapiform til personer, som kun er i stand til at opretholde et højt funktionsniveau, for så vidt som de varigt kan regne med støtte.

## **5. Autonomi**

I psykoanalytisk psykoterapi har man fra første time den målsætning, at patientens autonomi skal øges. Hvis man uden videre accepterer diatese-stressmodellen og tilbyder aflastning, har man samtidig godtaget patientens præmisser, nemlig at han helt generelt ikke tåler stresset. Holdningen er uheldig, fordi den lader patienten forblive i en passiv rolle over for problemerne. Hvad enten man tilbyder patienten almindelig aflastning, medikamenter eller et træningsforløb, opgiver man at tage kontakt med patientens subjektive oplevelser af egne vanskeligheder og at hjælpe patienten til selvstændigt at arbejde sig igennem problemerne. Det er et kendetegn for psykoanalytisk psykoterapi, at terapeuten hele vejen beholder en strategisk position over for patienten, som et menneske med et eget centrum og et eget initiativ.

Spørgsmålet om autonomi berører naturligvis både konflikt-struktur-området og relations-struktur-området. Hvad konflikt-struktur-området angår, vil en autoritær terapeutattitude føre til, at patienten ikke får den tilstrækkelige kontakt, hverken med sine frustrerede følelser af vrede og bitterhed eller længsel efter kærlighed. Han får heller ikke kontakt med den angst, han har for at

følge sine egne behov. Behandleren kan altså derved komme til at understøtte patientens patologiske forsvar. De forsvarsmekanismer, patienten har taget i anvendelse, bliver ikke fuldt ud bearbejdet, og lægens hjælp bliver på den måde en ny kilde til passivitet og angst. Hvad relations-struktur-problemer angår, vil patienten ikke få bearbejdet sin egen følelse af svag identitet, af usikkerhed omkring, hvad han egentlig står for, eller hvordan hans relation til andre mennesker skal bedømmes. Så længe hans selv billede og kerne på den måde ikke er tydeliggjort for ham, vil hans initiativer også fremover savne både styrke og præcis retning. Den psykoanalytiske psykoterapeut beskrives ofte som en relativt passiv og tilbageholdende person. Man skal dog ikke tro, at tilbageholdenhed i sig selv er væsentlig eller altid er gavnlig. Man kan fx se, at en terapeut, som er for passiv og afventende, på en uheldig måde kommer til at repræsentere passive, traumatisk svigtende figurer fra fortiden.

Det er vigtigt for terapeuten at fastholde sit fokus på patientens autonomi, men hvis han ikke har en god teoretisk ballast og dermed en vis fornemmelse af patientens udviklingsmuligheder, vil han let komme til at tabe overblikket over komplicerede forhold, og den kliniske situation vil blive uoverskuelig for ham. På et mere ubevidst niveau kan der ske det, at terapeuten både ved at demonstrere tilbagetrukkethed og ved at demonstrere overlegenhed i viden, i energi eller i karismatiske evner, kan komme til at forstærke patientens passivitet og afhængighed.

Det væsentligste problem ligger dog hverken på det teoretiske plan eller i overføring/modoverføringen, men i patienten selv. Gennem hele den forudgående udvikling har han selv så godt, som han kunne, indrettet sig med sine fortrængninger og svagheder. Denne del af hans psykologi er ubevidst for ham, og han vil i sin relation til andre mennesker være tilbøjelig til at gentage de relationer, som i sin tid var problematiske. Når patienten går ind i terapien, vil han således bruge mange af sine ressourcer på at løse konflikter på den måde, han er vant til. Når han fx nærmer sig vanskelige konfliktområder, vil han være tilbøjelig til at fortrænge. Det vil kunne manifestere sig som en tendens til at komme for sent, aflyse osv. Hvis der er tale om traumatiske områder, vil patienten med sikker hånd holde opmærksomheden borte fra disse

områder og i hele sin holdning lægge op til en forventning om at blive forstået på et overfladisk plan og få terapeutens opmærksomhed flyttet bort fra de mere pinagtige og patogene indre billeder. Det hører med til terapeutens træning og talent, at han kan mærke, hvis patienten skubber ham ind i en bestemt rolle, således at den fælles opmærksomhed låses fast. Terapeuten vil samtidig miste sin autonomi, og patientens grundlæggende passive rolle forbliver urørt.

Autonomi er i denne forstand et centralt begreb i psykoanalytisk teori, både som et værdigrundlag og som udtryk for en psykologisk funktionsmåde og et arbejdsområde i terapien. Autonomiprincippet gennemsyrrer terapeutens holdning og handlemåde fra det overordnede strategiske plan ned til hvert enkelt detalje.

## ***Diskussion***

Opsamlende kan følgende hovedpunkter bruges til at beskrive teorien for psykoanalytisk psykoterapi:

- 1) Al psykopatologi regnes for at være dannet gennem en udviklingsproces (se fx 12).
- 2) De i psykiatrien gældende diagnostiske klassifikationer er utilstrækkelige i forhold til at bedømme patienter med henblik på psykoterapi. Det er afgørende vigtigt at tage hensyn til den komplicerede og ofte ubevidste måde, hvorpå den individuelle psyke har udviklet sig og fungerer.
- 3) Både inden for konflikt-struktur-området og indenfor relations-struktur-området findes psykologiske strukturer, som har afgørende betydning for de psykopatologiske fænomener. Ofte vil begge synspunkter, drifts-struktur- og relations-struktur-teoriene, kunne gøres gældende over for et givet patologisk fænomen.

Terapeutens redskaber i psykoanalytisk terapi er analyse, bevidstgørelse og hjælp til bearbejdning af patologiske intrapsyke og interpersonelle funktioner. Det kan dreje sig om at bevidstgøre ubevidst konfliktmateriale ved tolk-

ninger, eller det kan dreje sig om at hjælpe patienten til at revurdere sig selv og andre mennesker (objekter) og styrke de indre billeder. Man kan her tale om revurderende, strukturbyggende interventioner.

Terapeutens holdning er karakteriseret ved en fokusering på patientens selvstændighed og forsøg på at fremme patientens udvikling gennem en proces.

### **Sammenligning med kognitiv adfærdsterapi og andre terapiformer.**

Der findes selvsagt en naturlig konkurrence mellem forskellige terapiformer. Dette er, hvad man kan forvente og også ønske sig. Psykoanalytisk psykoterapi er således i disse år kommet ind i en konkurrenceposition i forhold til kognitiv adfærdsterapi. Der er tale om to meget forskellige terapiformer med betydelige forskelle i de tekniske anbefalinger, men dog også med fælles træk. I moderne kognitiv adfærdsterapi påbegyndes terapien – ligesom i den psykoanalytiske terapi – med en omhyggelig kortlægning af patientens grundlæggende (eventuelt ubevidste) patogene skemata. Man fokuserer på patogene automatiske tanke sæt og går så videre efter en omhyggeligt tilrettelagt målsætning. Man har systematiseret det pædagogiske og optræningsmæssige element og giver gerne patienterne specifikke opgaver til hjemmearbejde. Træning i hensigtsmæssig tænkning og adfærd kommer i første række, mens oplevelse, indsigt og erfaring kommer i anden række. Imidlertid fremgår det af moderne kognitiv adfærdsterapis litteratur (se fx 14), at terapeuterne også i denne terapiform skal have et godt kendskab til patientens mere ubevidste sider. Visse moderne former for kognitiv terapi, hvor man bearbejder patientens vanemæssige misforståelse vedrørende sig selv og andre, kan formentlig i praksis komme til at ligne visse former for psykoanalytisk psykoterapi, hvor man arbejder bevidst med målsætning, tidsramme og diskussion af aktuelle objektrelationer,

Ud over den individuelle psykoanalytiske psykoterapi findes en række psykoterapiformer, som er afledt af denne, og som ofte går under betegnelsen dynamisk psykoterapi. I alle disse terapiformer arbejder man også med patientens relation til terapeuterne og til en større bevidsthed om patientens reak-

tionsmåde. Herudover kan teknikken og rammerne variere i betydelig grad. Det skal nævnes, at individuel terapi er en relativt kostbar behandlingsform, og at megen psykodynamisk terapi i praksis foregår i grupper. Her bruger man i mere eller mindre vid udstrækning psykoanalytisk teori, som desuden er suppleret med teorier om gruppeprocesser og med specielle tekniske anbefalinger for grupper. Når vi taler om behandling på større psykotераapeutiske behandlingssteder, vil man ofte se, at de dynamiske gruppeterapier suppleres med et hjælpeprogram i form af psykoedukative grupper, kreative grupper, kropsterapi o.a. En anden væsentlig afvigelse fra almindelig psykoanalytisk gruppeterapi er, at man til specifikke problemområder skræddersyr terapien. Det kan fx dreje sig om kvinder, der har været ude for incest, om spiseforstyrrelser og om fobisk angst, hvor man ud over gruppeterapien som et supplement kan tilbyde praktiske øvelser, evt. optræning før eller undervejs i det psykotераapeutiske forløb.

Blandt psykoanalytiske psykoterapeuter er der forskellige syn på, hvorvidt en psykoanalytisk psykoterapi skal tilrettelægges efter bogen med stor vægt på overholdelse af rammer og tolkning af ubevidste konflikter, eller mindre stringent. Nogle terapeuter er meget konsekvente med hensyn til de regler og rammer, de opsætter til beskyttelse af terapien. De vil fx modstå enhver form for praktisk rådgivning for ikke at forstyrre neutraliteten, og de vil afvise supplerende træning. Der lægges i det hele stor vægt på at gøre terapien til et lukket rum og et meget præcist og fintmærkende instrument for ubevidst konfliktmateriale. Overføring og modoverføringsimpulser vil blive nøje afvejet og til tider brugt meget detaljeret i tolkningerne. Denne fremgangsmåde forudsætter veluddannede terapeuter og et klientel, der kan bære den frustration, som terapien indebærer.

I modsætning til dette arbejder mange terapeuter med en mere bred og mindre sofistikeret form for dynamisk psykoterapi. I sådanne forløb vil der blive lagt mindre vægt på udredningen af psykogenese og af overføring/modoverføring. Man vil snarere lægge vægt på påvisning af tydelige impulser i overføringen, og man vil også være langt mere tilbøjelig til at kommentere

aktuelle ydre objekt-relationer med henblik på at hjælpe patienten til større forståelse af hans egne relationer til de mennesker, der er omkring ham (jvnf. Klerman's 'Interpersonal Psychotherapy' (15)). Spørgsmålet om, hvorvidt man overvejende vil arbejde med patientens relationer eller med konfliktområdet, er muligvis først og fremmest et spørgsmål om, hvad slags psykopatologi, man har med at gøre; men det kan naturligvis også være et spørgsmål om, hvad terapeuten mestrer.

Hvis man vil hjælpe et menneske med en bestemt slags problemer og har forskellige metoder til rådighed, bør der ske en overvejelse og stillingtagen på et kvalificeret niveau. De spørgsmål, man må tage stilling til, kan fx være: om en patient overhovedet kunne medvirke til en bestemt terapiform, om den vil være effektiv over for hans lidelse, om den vil indebære risiko for uheldige eller skadelige bivirkninger, og om den vil være inden for ressourcemæssig rækkevidde.

Af og til møder man en uheldig blanding af forskellige ingredienser, som uden hensyn til indre konsistens, anvendes med vekslende held og naturligvis med stærk afhængighed af terapeuten og patientens talent. Det er ikke umuligt, at disse terapiformer opnår resultater, men hvis psykoterapeuter bliver alt for pragmatiske og forsøger at trække principper og tekniske regler ind fra forskellige terapiformer, vil de få svært ved at redegøre for sig selv, hvad de egentlig foretager sig. Forvirringen vil forplante sig til patienten, og den vil medføre, at terapeutens evne til at tænke rationelt over patientrelationen vil degenerere. Han vil også miste evnen til at redegøre for sin behandling over for offentligheden.

### **Definition**

Ud fra det foregående kan man nærme sig en definition af psykoanalytisk psykoterapi. Psykoanalytisk psykoterapi er en terapiform, som systematisk bruger både den emotionelle og kognitive relation mellem patient og terapeut som terapeutisk middel. I processen tager man hensyn til hele personligheden, og man forsøger i samarbejde mellem patient og terapeut at bevidstgø-

re patienten om hans ubevidste og uhensigtsmæssige funktioner. Det betragtes endvidere som et væsentligt arbejdsredskab at sætte patientens nutid i relation til fortiden og gennem repetitionen vise ham, hvordan hans oplevelse både af ham selv og andre kan revideres og beriges. Det er yderligere en målsætning at styrke hans indsigt både i egen og andres psykologi, således at hans evne til at arbejde selvstændigt og træffe kvalificerede beslutninger i medmenneskelige forhold forbedres.

### ***Psykoterapiforskning***

Der stilles i disse år krav om legitimering af psykoterapi. Man fordrer, at det ved hjælp af moderne skalerings teknik kan påvises, at terapien har effekt. Det forventes endvidere, at metoden er beskrevet med tilstrækkelig klarhed og tilstrækkeligt detaljeret til, at man i en videnskabelig opgørelse kan påvise, om metoden rent faktisk har været anvendt.

Den psykoanalytiske psykoterapi voksede frem fra begyndelsen og hen over midten af det 20. århundrede. I hele denne lange periode var det ikke almindeligt at foretage større systematiske effekt opgørelser. Moderne computerteknik er først blevet tilgængelig inden for de sidste par årtier, og de psykoanalytiske forskere har været forholdsvis sene til at tage sådanne undersøgelser i brug. I dag foreligger der imidlertid en ganske omfattende dokumentation af virkningen af psykoanalytisk psykoterapi (16,17,18). Det synes nu at være klart dokumenteret, at psykoanalytisk terapi har en effekt, som i det store og hele er lige så god som andre intensive systematiske terapier. Nogen simpel sammenligning fx mellem effekten af medikamentel behandling og psykoanalytisk psykoterapi, eller mellem kognitiv adfærdsterapi og psykoanalytisk psykoterapi, kan der dog aldrig blive tale om. Killingmoe understreger (1), at den statistiske effekt forskning stort set altid vil undervurdere betydningen af den individuelle patients egen forståelse for hans psykiske lidelse og hans muligheder for at udvikle sig til et mere bevidst og selvstændigt menneske. Dette essentielle træk ved psykoanalytiske psykoterapi studeres bedst ved de kasuistiske metoder. Sådanne studier må også gælde for empiriske

metoder, og der findes et meget righoldigt udvalg af dem både i form af bøger og tidsskriftartikler i psykoanalytiske og psykoterapeutiske tidsskrifter.

Uanset om en psykoanalytisk psykoterapi er relativt kortvarig, vil man altid satse på langtidsperspektivet. Man vil forsøge at give patienten sådanne oplevelser, at de gør et varigt indtryk og får ham til at opgive gamle uhen-sigtsmæssige holdninger og fremover føle sig fri til at opsøge forandringer og ny udvikling. En effektforskning vi have vanskeligheder med at udmønte denne gevinst i tørre tal.

Man støder til tider på det argument imod psykoanalytisk psykoterapi, at den ikke lader sig vurdere med objektive midler, fordi den bygger på bearbejdning af ubevidste faktorer. Dette er til en vis grad en misforståelse. Mange af de moderne opgørelser har taget hensyn til bearbejdning af ubevidste forhold, og man kan med moderne skaleringsteknik og fx ved kvantificering af Rorschach give et vist skøn over forandringen af ubevidste forhold.

Når det drejer sig om effektundersøgelser i gruppen af lettere nervøse tilstande, skal man nok regne med, at disse lidelser har en vis evne til spontan bedring (om end ofte ledsaget af livsindskrænkninger). Man må derfor forlange, at en terapi har en forholdsvis markant effekt. Hvis man arbejder i psykoterapeutiske klinikker, som har et relativt stort patientflow, må man anbefale, at der findes løbende effektopgørelser, dels for at kunne dokumentere behandlingens værdi, dels for at ineffektivitet kan påvises. Får man meget dårlige resultater ved effektopgørelserne, kan det skyldes de kriterier, man bruger ved den primære evaluering af de patienter, der optages i terapiprogrammet, eller der kan være tale om forkerte metoder til visse patientgrupper eller om terapeut-ineffektivitet fx pga. manglende uddannelse.

## **Afslutning**

Beskrivelsen og afgrænsningen af psykoanalytisk psykoterapi er kompleks, både hvad angår forståelsen af patienterne, med hensyn til den psykoterapeutiske teknik og proces og med hensyn til forskning. Baggrundsteoriene omhandler den subjektivt oplevede sfære og tager et betydeligt hensyn til



ubevidste elementer. Psykoanalytisk psykoterapi bygger på terapeuter, som har en speciel teoretisk og praktisk uddannelse, og på patienter, der kan etablere en følelsesmæssig intensitet i en tæt relation til terapeuten. Den satser dels på bedring af symptomer, dels på bevidstgørelse og på personlig udvikling og selvstændiggørelse. Den objektive forskning af den psykoanalytiske terapies effektivitet sidestiller den med andre almindelige psykoterapiretninger, men de bløde data kan vanskeligt vurderes med statistiske midler. Den praktiske effektivitet vi altid afhænge af, hvordan patientklientellet er udvalgt, hvilke krav, man har stillet til terapeuterne, og hvilke rammer man har givet terapien.

## **Litteratur**

1. Killingmo B (1984). Hva er dynamisk psykoterapi? *Nord. Psykologi*, 36: 129.
2. Thomä H & Kächele H (1985). *Psychoanalytic Practise*. Springer Verlag.
3. Sigrell B (2000). *Psykoanalytisk orienterad psykoterapi*. Natur og Kultur.
4. Aagaard S, Bechgaard B & Winther G (1994). *Gruppenanalytisk psykoterapi*. Hans Reitzels Forlag, København.
5. Aagaard S (1994). Storgruppen. I: S Aagaard, B Bechgaard & G Winther. *Gruppenanalytisk psykoterapi*. Hans Reitzels Forlag, København .
6. Lotz M (1987). En integrerende kreds. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 41: 285-290.
7. Lotz M (1996). The Interaction of the Schizophrenic and the Millieu in the Acute Psychiatric Ward. *Psychoanalytic Psychotherapy* 10: 109-123.
8. Lunn S (1997). Det psykoanalytiske rum. I: J Gammelgård og S Lunn. *Om psykoanalytisk kultur*. Dansk Psykologisk Forlag, København.
9. Spence D (1984). *Narrative Truth and Historical Truth. Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*. N.Y. and London, W.W.Norton.

10. Schafer R (1983). *The Analytic Attitude*. London: Hogarth Press.
11. Greenberg JR & Mitchell SA (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard University Press. Massachusetts and London.
12. Lotz M (2000). *Udvikling og analyse. Teorien bag psykoanalytisk psykoterapi*. Hans Reitzels Forlag, København.
13. Reisby N, Parnas J, Hemmingsen R (2000). Psykiatisk sygdomsopfattelse, diagnostik og klassifikation. I: R Hemmingsen et al. *Klinisk Psykiatri* (s. 57) Munksgaard. København.
14. Linehan M (1993). *Cognitive Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, N.Y.
15. Klerman GL (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books N.Y.
16. Gabbard GO (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiat. Press, Washington DC.
17. Hougaard E. (1996). *Psykoterapi, teori og praksis*. Dansk Psykologisk Forlag, København.
18. Fonagy P (1999). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. [www.IPA].

# TERAPEUTISK BÆREEVNE

Matrix 2001; 4, s. 315-328

Jan Nielsen

*Artiklen sætter fokus på de mentale processer, der finder sted hos terapeuten under dennes arbejde. Det er især terapeutens forarbejdningsproces fra modtagelse af terapeutisk materiale (fra sin klient) og frem til formulering af intervention der belyses (1). En bærende ide i artiklen er, at terapeutens funktion ikke er en række adskilte og af hinanden logisk følgende aktiviteter, men at der nærmere er tale om en samlet bevægelse, der transformerer psykisk materiale frem mod en intervention. Det er denne mentale arbejdsproces, der er forsøgt indfanget via begrebet bæreevne, der rummer en dynamisk opfattelse af terapeutens arbejdsfunktioner.*

*En anden af artiklens gennemgående ideer er, at psykiske processer er baseret på associationsforløb (2, 3), hvilket har principiel betydning for psykoterapeutisk behandling og ikke mindst for terapeutens teknik og holdning. At mental aktivitet er baseret på associative processer betyder bl.a., at der, i modsætning til den fysiske verden, ikke eksisterer absolutte begyndelses- eller slutpunkter, men at der altid vil være mere. På det psykologiske område vil der, igen i modsætning til fysiske processer, aldrig være et egentligt nul-punkt, altså en tilstand hvor de psykiske processer står stille.*

*Med begrebet terapeutisk bæreevne gøres et forsøg på at undersøge og beskrive de associative udfoldelsesprocesser, der finder sted hos terapeuten. Målet er at anvende ét begreb, bæreevne, der via en række konnotationer, kan tydeliggøre de delprocesser, der fører terapeuten fra en receptiv til en interventiv position. Begrebet bæreevne indfanger således terapeutens overordnede funktionsmåde, såvel som receptive, refleksive og interventive delfunktioner, begrebsliggjort som hhv. bære på (rumme), bære oppe (reflektere) og bære frem (præsentere).*

*Afslutningsvis præsenteres en integreret model, der skal opfattes som en slags prototype, bestående af de ovennævnte tre delfunktioner, der både rummer fænomenologiske og hermeneutiske aspekter.*

**Bære:** slæbe, bringe, føre, transportere, døje, lide, tåle, udholde, have på, gå med...

**Bæreevne:** bærekraft, styrke, lasteevne, kapacitet...

**Bære frem:** præsentere, frembringe, tilbyde, vise, forelægge, fremsætte, anføre...

Gads Synonymordbog 1999

## Indledning

Det overordnede tema for denne artikel er *terapeutens identitet og kompetencer*. Der vil blive givet nogle bud på, hvad en psykoterapeut bør kunne, og dermed hvilke egenskaber som er vigtige at stimulere under uddannelsen af psykoterapeuter. Dermed kommer uddannelsesperspektivet i fokus, idet faglig identitet og kompetencer netop stimuleres gennem uddannelse.

Integration af teoretiske og praktiske aspekter i psykoterapi er et velkendt problem, der ofte volder vordende psykoterapeuter og deres supervisorer en del vanskeligheder. Det er derfor overraskende, at man så relativt sjældent støder på didaktiske modeller, der forsøger at anskueliggøre og dermed at lette tilegnelse og integration af disse områder.

Ved at indføre begrebet *terapeutisk bæreevne* ønsker jeg for det første at give et bud på, hvordan de teoretiske og praktiske elementer fungerer sammen, og desuden at undersøge, hvilke typer af kompetencer der er brug for med henblik på udvikling af terapeutens faglige identitet.

Med *bæreevne* ønsker jeg desuden at rette opmærksomheden mod den forvirrende dikotomi, der er imellem de modtagende-passive aspekter (i litteraturen tematiseret som *containing*, *holding* eller *rummelighed*) og interventive-aktive aspekter (tematiseret som *tolkning*, *klarificering*, *konfrontering*) af terapeutens funktion. Sigtet med det delvist hjemmegjorte begreb *bæreevne* er således et forsøg på at anskueliggøre og integrere receptive og interventive processer i en overordnet funktion, der afspejler de psykologiske arbejdsprocesser, der finder sted hos terapeuten.

## Rationale

Psykologiske og dermed psykoterapeutiske processer bygger i deres basis på et dialektisk princip. Det dialektiske princip kan i korthed beskrives som modsætningspar, der sammenstillet skaber ambivalens eller som en spænding mellem psykiske modsætninger (4). Man kan også anskue det dialektiske princip som en *integrativ tension*, idet *integrativ* peger i retning af enhed, mens *tension* sigter mod dualitet. Psykiske problemer vil typisk rumme denne dobbelthed, og det er derfor væsentligt, at psykoterapeuter er fortrolige med håndtering af sådanne fænomener – teoretisk såvel som teknisk. I denne artikel vendes det dialektiske princip så at sige mod terapeuten selv i et forsøg på bedre at begribe hans funktion i den psykoterapeutiske proces.

I psykoterapi er det som nævnt ikke usædvanligt at betragte klienters materiale ud fra et dialektisk princip. Terapeuten vil typisk lytte efter det, der *ikke* bliver udtalt eller efter forhold, der entydigt beskrives i positive *eller* negative vendinger. Terapeuten lytter både efter det manifeste og det latente – efter det nærværende og det fraværende, hvilket kan udtrykkes som: *terapeuten må være loyal over for det, der er, men sigte mod det der ikke er.*

I klinisk praksis ser man jævnligt, at klienter søger psykoterapi, fordi der er noget, som de ikke kan komme i kontakt med eller skabe mening i, hvilket kan være forbundet med stor psykisk smerte. Det meningsløse eller det ikke-forståede synes dermed at fungere som en motiverende faktor. Klienternes klager er ofte karakteriseret ved beskrivelser af forskellige former for lidelse (det være sig kriser, livsproblemer eller symptomer), men de vil ikke sjældent gå i stå på et tidspunkt i deres beretning, typisk ledsaget af bemærkninger som »jeg forstår det simpelthen ikke« eller »jeg har tænkt og tænkt, men jeg kan ikke komme frem til en løsning«.

Man kan i sådanne situationer iagttage, hvordan associationsprocesserne standser under beskrivelsen af problemerne – de kan ikke forbindes til andre områder af klientens liv og dermed blive meningsbærende. Tværtimod præsenteres problemerne oftest som uforståelige, ufattelige eller uforklarlige. Der er ingen refleksion over vanskelighederne, men nærmere en ufrugtbar repetition.

Mange psykoterapier har derfor *mangel på mening* som udgangspunkt og betingelse, og især for de psykoanalytiske terapier synes denne situation på paradoksalt vis at være et velegnet vilkår. Groft sagt kan man sige, at et af formålene med en psykoterapeutisk behandling vil være at (gen-)oprette de associative forbindelser mellem de vanskeligheder, der præsenteres under behandlingsforløbet, og klientens øvrige psykiske liv – det historiske såvel som det aktuelle.

Reetableringen af de associative forbindelser sker via arbejdet mellem terapeut og klient i deres dialog og den fælles refleksionsproces. I begyndelsen af en psykoterapi vil refleksionsprocessen netop være karakteriseret ved bestemte blokeringer af associationsprocessen hos klienten. Disse blokeringer vil typisk blive gjort til genstand for bearbejdning, der afdækker og sætter fokus på mentalt »døde« områder (der kan ligne absolutte nulpunkter), men disse vil terapeuten udfordre ud fra en forståelse af, at der *altid er mere*.

Som udgangspunkt vil den psykoterapeutiske proces altså være karakteriseret ved *forskelle* mellem klientens og terapeutens associationsforløb, især omkring de af klienten præsenterede problemer, idet der set fra terapeutens perspektiv ikke er et absolut nulpunkt (hvor alt mentalt liv står stille). Det betyder, at vi vil møde vores klients direkte eller indirekte påstand om, at de *ikke kan komme videre* med en vis skepsis. Denne skepsis afspejler derfor et *latent udviklingspotentiale*, som hver enkelt terapi må forsøge at forløse – altså gøre manifest.

### ***Associationsprocessen i psykoterapi***

Et af de fundamentale kendetegn ved menneskets mentale processer er evnen til at associere. Uden denne evne er det svært at forestille sig, hvordan tænkning kan finde sted, og hvordan en tanke eller en ide forbindes til og erstattes af den næste (2, 3). Hvis bevægelse i form af associationer er et grundlæggende træk ved psykisk liv, formuleret som *der er altid mere* eller som fravær af et *absolut nulpunkt*, så kan mangel på bevægelse (igen meget

generelt formuleret), i form af fravær af associationer, tages som udgangspunkt for en generel forståelse af psykiske problemer (psykopatologi).

Associationsprocessernes centrale betydning for menneskets psykiske liv er der betydelig konsensus omkring, hvilket bl.a. afspejles rent metodologisk inden for testpsykologien, hvor netop associationsprocesserne gøres til genstand for betydelig udforskning. Flere af de klassiske psykologiske tests forholder sig netop eksplicit til associationsprocesserne (f.eks. Rorschachtesten, ordassociationsprøven og objektsorteringsprøven).

Blandt de psykoterapeutiske retninger træder psykoanalysen frem som en terapeutiske metode, hvis fundament er baseret på menneskets evne til at associere (5). Freud beskrev med udgangspunkt i associationsprocesserne to generelle principper, der skulle gælde for henholdsvis terapeut og klient, nemlig terapeuten *fritsvævende opmærksomhed* (6) og klientens brug af *frie associationer* (7).

Terapeutens principielle indstilling, den såkaldte fritsvævende opmærksomhed, har forskellige funktioner og begrundelser, der ofte tematiseres under begrebet *neutralitet*. Et væsentligt element heri er, at terapeuten oprettholder en vis distance til det præsenterede materiale, uden dog at miste kontakten med de betydningsbærende dele. Pointen er, at terapeuten skal kunne forholde sig frit til det af klienten præsenterede materiale, hvilket i denne forbindelse betyder, at han skal kunne tænke og føle (d.v.s. associere) *uden* forudbestemt indstilling eller mening. Dette er selvfølgelig en idealtilstand, men risikoen er, at den forudfattede mening blokerer den frie associationsproces.

Et andet element ved den fritsvævende opmærksomhed er terapeuten behov for at iagttage sine egne associationsforløb. Principielt iagttager terapeuten både sin klients og sine egne associationsforløb. Refleksion over disse associationsforløb er krævende og vil typisk blive gjort til genstand for *efterarbejde* (8, 9). Terapeutens associationer vil uvægerligt beskæftige sig med mening, i dennes forsøg på at forstå sin klients adfærd og motiver, og disse er dermed principielt meningsgenererende.

### **Udfoldelsesprocessen – det kliniske sigte**

Den psykoterapeutiske proces kan grundlæggende betragtes som en *udfoldelsesproces*, nemlig som udfoldelse af psykisk materiale. Udfoldelsesprocessen hviler som nævnt på et særligt karakteristikum ved psykisk liv og psykologiske fænomener, nemlig *associationsforløbene*. Den tekniske pendant til udfoldelsesprocessen er den frie associationsproces eller med Freud og psykoanalysen *de frie associationer* og *den fritsvævende opmærksomhed* (10).

Tænkning, forestillinger, fantasier og drømme har en underliggende associativ struktur, hvilket vil sige, at de enkelte elementer i et tanke- eller forestillingsforløb er sammenkædet via en bagvedliggende meningsbærende struktur. Psykiske problemer i bred forstand og psykopatologiske fænomener i særdeleshed kan dermed underkastes en *associativ kontekstanalyse* med det formål at identificere forankringspunkter for de præsenterede vanskeligheder. Dette er en velkendt arbejdsmetode i psykoanalytisk orienterede psykoterapier og af Freud tematiseret under mottoet *gentagelse, erindring og gennemarbejdning* (10).

Hvis den psykoterapeutiske proces anskues ud fra *udfoldelsesperspektivet*, er det terapeutens opgave at stimulere og påskynde *den udfoldende bevægelse*. I praksis vil man på den ene side acceptere, at klienten ikke har kunnet komme videre ved egen og sine nærmestes hjælp, og på den anden side sætter vi vores lid til, at klienten, gennem *sine* associationsforløb, vil udstyre terapeuten med ideer og brudstykker, der vil kunne være med til at skabe forståelse og selvindsigt hos klienten.

Dette er en del af rationalet bag psykoanalytisk terapi, nemlig at klienten må tale om det, han ønsker, eller som falder ham ind – at han må associere frit. Den psykoanalytiske metode implicerer dermed, at man ikke strukturerer og tematiserer det psykoterapeutiske materiale »for hårdt« på forhånd, f.eks. gennem fastlæggelse af et eller flere temaer eller foci. Hvis dette gøres, kan man muligvis på kort sigt vinde noget i klarhed og overblik, men på længere sigt risikerer man at miste nogle meget afgørende muligheder for, via *associationsprocessen*, at udføre det nødvendige meningsgenererende arbejde.

Når den psykoanalytisk orienterede terapeut, som en del af rammeaftalen,



opfordrer klienten til at tale om, hvad der falder ham ind og undgå at holde materiale tilbage, er pointen, at terapeut og klient i fællesskab kan få adgang til materiale, der vil kunne bringe klienten videre i forståelsen af sine vanskeligheder. Udgangspunktet for en sådan type psykoterapi bliver altså ikke blot, at klienten ikke forstår, men også at klient og terapeut *tilsammen* ikke forstår. Dette er et væsentligt udgangspunkt for det terapeutiske samarbejde som kaldes *arbejdsalliancen*.

Det er ikke, som man umiddelbart skulle tro, klientens *ikke-forståelse* og terapeutens *forståelse*, der danner udgangspunkt, for det begyndende samarbejde, men derimod den fælles placering i en position og situation præget af *ikke-forståelse*. Dette er det fælles udgangspunkt som arbejdsalliancen må bygges på. Terapeuten møder derfor ikke sin klient med en form for forceret (pseudo-) forståelse, men derimod med sin metode, baseret på associationsprocessen, som terapeuten er fortrolig med. Sigtepunktet er en øgning af klientens selvforståelse og dermed mindskelse eller accept af lidelse.

Klienten møder, på sin side, terapeuten med en mængde ikke-viden, der på vitale områder afspejler vanskeligheder med at leve eller udfolde vitalitet. I første omgang må det derfor være terapeuten, der stiller *sine* frie associationer til rådighed for klienten, rettet mod en fælles refleksionsproces på sigt. Man kan dermed sige, at terapeuten stiller sig til disposition (åbner sig) for sin klients ikke-viden. *Det må derfor være terapeutens fortløbende opgave at tænke det utænkelige og tale om det uudtalte.*

Terapeuten er ikke en ekspert (som mange tror, og endnu flere forventer), der straks gennemskuer og hjælper klienten ud af dennes vanskeligheder. Terapeuten vil derimod lægge op til en fælles undersøgelse af problemfelter *sammen* med sin klient.

Dermed er begge, både klient og terapeut, placeret i en situation præget af ikke-viden, hvilket er et principielt udgangspunkt for psykoanalytisk orienteret terapi og altså ikke en forhindring eller et uovervindeligt problem (8).

På paradoksalt vis ved terapeuten, at han ikke ved særligt meget (om sin klient), men dette udgangspunkt er han parat til at acceptere som en (arbejds-)betingelse og som startpunkt for undersøgelses- og behandlingspro-

cessen. Man kan dermed sige, at refleksionsprocessen i form af terapeutens associative bestræbelser netop bør være *svaret* på klientens problemer og på dennes begrænsninger i sin livsudfoldelse. Refleksion har spejlet eller spejling som symbolsk pendant, og det er netop en undersøgelse af de forskellige betydningsmuligheder, der kan ligge latent eller indfoldet i klientens materiale (symptomer, karakterologiske eller adfærdsmæssige vanskeligheder), som terapeuten ønsker at genspejle over for sin klient, med udgangspunkt i sin associationsproces.

Dette *point of departure* for den psykoanalytisk orienterede terapeut betyder, at han i høj grad baserer sit arbejde på associative og refleksive processer. Det har som konsekvens, at terapeuten har tillid til sine egne kreative evner og dermed *tør vente*, indtil der dukker ideer og tanker op, som han finder relevante at meddele. Terapeuten bliver ikke (i teorien) bange for at »tørre ud« mentalt set eller, som tidligere beskrevet, for at ramme det (psykologiske) absolutte nulpunkt. Terapeuten ved (igen i teorien), at et sådant ikke eksisterer, og *hvis* det gør, da kun momentant, idet der altid vil dukke tanker og ideer op – der vil altid *være mere*.

Hvorvidt den enkelte klient kan profitere af en sådan metode, kan kun tiden vise, men hvis terapeuten er fortrolig med *sin* metode (herunder rammeadministration og tekniske elementer), vil han ikke overbelastes (med tiltagende beskyttelsesbehov til følge) ved konfrontationen med klientens ikke-forståelse. Terapeuten vil, som svar på klientens vanskeligheder, tilbyde sin (psykoterapeutiske) metode som et fælles udgangspunkt. Fortrolighed med sine egne psykoterapeutiske metoder er derfor et *sine qua non* for terapeuter, idet de skal kunne arbejde og fungere under belastende forhold, som man kortfattet kan betegne *kaossystemer* (11).

### ***Blokeringer – indfoldelse***

At betragte psykoterapi som en udfoldelsesproces implicerer, at psykopatologiske processer kan opfattes som det modsatte af udfoldelse, nemlig som blokering af associationsforløbene eller *indfoldelse*. Sådanne blokeringer kan

på sin side betragtes som udtryk for livsbegrænsninger, det være sig i form af symptomer, karakterdannelse eller adfærdsforstyrrelser. Dette perspektiv på psykopatologi indeholder den forståelse, at associationsprocessen, som en del af den generelle livsbegrænsning, også er hæmmet eller afspejler hæmning. Psykoanalytisk orienterede psykoterapier arbejder derfor ud fra den erfaringsbasis, at en styrkelse af klientens refleksive evner via den psykoterapeutiske dialog har kurativ effekt i retning af øget vitalitet.

Blokering af associationsforløbene lægger op til en undersøgelse af, hvilke hæmmende mekanismer der spiller ind. Her er det oplagt at inddrage begrebet forsvars- eller *beskyttelsesmekanismer*. Der findes ingen udtømmende oversigt over forsvarstyper, hvilket bl.a. skyldes, at de forskellige psykologiske retninger bruger divergerende betegnelser om de samme forsvarsfunktioner. Der er dog enighed om at opdele forsvarstyperne efter modenhedsgrad, hvorved både udviklingspsykologiske og psykopatologiske dimensioner afspejles.

Begrebet forsvarsmekanismer bliver ofte opfattet som noget negativt. Men det er vigtigt at fremhæve, at alle har et forsvar og har brug for det. Der er dog store variationer med hensyn til sammensætning, intensitet og fleksibilitet. Forsvars- eller beskyttelsesmekanismer værner os mod indefra- og udefrakommende belastninger, typisk i form af angst (4). Den fordel, der opnås i form af aflastning for angst, kommer man så at sige til at betale tilbage, idet de forskellige forsvarsmekanismer i høj grad formgiver personligheden og den enkeltes oplevelsesmønstre. Formgivning skaber struktur (og vaner) og dermed også begrænsninger. Hvad der vindes i effektivitet (angstundgåelse), kan dermed sættes over styr som følge af indskrænkninger i livsudfoldelsen, der i en psykoterapi vil vise sig som blokeringer i associationsprocessen.

Hvis forsvaret anvendes selektivt, form- såvel som styrkæssigt, tales om en fleksibel person(-lighed). Hvis derimod én type forsvar anvendes ekstensivt og ufleksibelt, kan det medføre betydelige indskrænkninger i livsudfoldelsen. I sådanne tilfælde betales en høj pris for angstundgåelsen. Vi vil da tale om, at en persons karakter er stridbar, tør, pligtopfyldende, antiaggressiv, impulsiv eller (over-)venlig.

Personlighedsstruktur og forsvarsorganisation kan dermed betragtes som to sider af samme mønt. Det giver derfor både teoretisk og klinisk mening at bearbejde beskyttelsesmekanismerne, med henblik på øget vitalitet, via genoprettelse af de associative forbindelser.

### **Om oplevelse og fortolkning**

Som tidligere nævnt er psykoterapi karakteriseret ved en række dobbeltheder eller paradokser, der både gør professionen udfordrende og vanskelig. Ét af disse paradokser består i at anerkende og respektere klientens oplevelser, samtidig med at terapeuten forholder sig til disse – ud fra *sit* perspektiv. Respekten for eller anerkendelsen af den *andens* oplevelser er noget helt fundamentalt og udgør grundstammen i en relation. Oplevelser kan ikke reduceres eller rationaliseres til noget andet, uden at netop oplevelseskvaliteten forringes. Oplevelser er derfor unikke psykologiske begivenheder, der ikke lader sig overtrumfe af andre former for evidens. Udsagnet »jeg var til stede« har derfor den højeste autoritet. Man kan dermed sige, *at oplevelser aldrig kan være ugyldige*.

Inden for den psykoterapeutiske ramme gælder denne respekt for oplevelsens unikke natur også, og det er derfor vigtigt, at terapeuten forsøger at sætte sig i sin klients sted og lader dennes oplevelser blive det fælles udgangspunkt og dermed indgangen til det terapeutiske arbejde.

At oplevelser er grundlæggende, er ikke det samme som at sige, at de er sande eller endog objektive. Den subjektive oplevelse er noget helt personligt og bærer dermed også personens mentale signatur. Oplevelser organiseres omkring de dominerende personlighedstræk (inklusiv beskyttelsesstrukturer) og afspejler således også disse. Derfor bliver beretningen om oplevelser ikke blot fortællingen om *eksterne* begivenheder, men indeholder også information om, hvordan personen selv har struktureret disse begivenhedsforløb – hvordan de er blevet *formgivet*. Implicit i beretningen ligger væsentlige aspekter af selvbilledet, objektrelationer, emotionalitet og beskyttelsesbehov.

På den ene side er det terapeutens opgave at anerkende sin klients oplevelser som unikke og principielt gyldige. På den anden side er det lige så vigtigt, at terapeuten ikke lader det blive derved. Der er både behov for *anerkendelse* og *udfordring*. Hvis terapeuten blot anerkender klientens oplevelser, kan det skabe den illusion, at de begge har oplevet det samme, hvilket implikerer, at de lever i en symbiose – forskellighed eksisterer altså ikke. Når terapeuten eksplicit forholder sig til sin klients materiale, introduceres individualiteten og forskelligheden, og dermed grundlaget for (fælles) refleksion. I en symbiose er der ingen refleksion, idet begge føler, tænker og mener det samme. Først med individuationen skabes mulighed for at se forskelligt og dermed for at kunne beriges og udfordres af den andens perspektiv.

Terapeuten skal altså ikke blot forholde sig anerkendende til sin klients præsentationer, men også forsøge at tilskrive disse mening – give dem betydning og retning. Men meningstilskrivning er ikke nogen let sag og vil ofte skabe flere problemer (for terapeuten) end den mere receptive position, hvor det umiddelbart forekommer lettere at være et godt (passivt) objekt for sin klient (container). Når terapeuten begynder at formulere sig om sin forståelse, bryder han ikke blot sin momentane tavshed, men også illusionen om overensstemmelse og enhed (symbiose).

I det øjeblik terapeuten begynder at formulere sig, påbegyndes der i og for sig en ny psykoterapeutisk proces, hvor der (pludselig) er to subjekter til stede. Man kan næsten parafraserende sige, at den psykoterapeutiske relation bevæger sig fra en én-personers psykologi til en to-personers psykologi. Så længe terapeuten er lyttende, er det klientens oplevelser, der har det fulde råderum, idet der ikke bliver stillet spørgsmål ved baggrunden for disse oplevelser eller ved disse oplevelsers subjektive aftryk. En ny proces begynder derimod at tage form, når terapeuten bærer *sin* forståelse af det præsenterede materiale frem. Denne *frembæring* eller præsentation er et møde mellem klientens oplevelse og terapeutens forståelse eller sagt mere komplekst: terapeutens oplevelse af klientens oplevelse.

Men frembæring er ingenlunde nogen let proces. Som den fænomenologiske psykologi har lært os, er meningstilskrivning, noget der foregår umid-

delbart og spontant. Med fænomenologerne kan man sige, at oplevelser i sig selv er meningstilskrivende (12). Når vi oplever, skaber vi på samme tid forståelse og mening – i en og samme bevægelse. Terapeuten kommer dermed til at sidde i en dobbelt-position: han lytter til sin klients oplevelser, samtidig med at han forsøger at iagttage sin egen meningsgenererende proces, der løber parallelt med klientens beretning.

### **Bæreevne**

Vi kan altså se, at terapeuten benytter sig af to forskellige, men alligevel integrerede strategier i sin bevægelse fra en receptiv til en interventiv position. Lidt slagordsagtigt kan man sige, at i den receptive position arbejder terapeuten på et *fænomenologisk* grundlag, hvilket vil sige, at han som hovedregel anerkender og erkender klientens præsentation. Her er det respekten for den andens perspektiv, der er dominant, og materialet tages i princippet for *face value*. Dette første trin i den terapeutiske proces vil, ud fra ideen om bæreevne, blive opfattet, som at terapeuten **bærer på** klientens materiale, i betydningen opbevarer, rummer eller container.

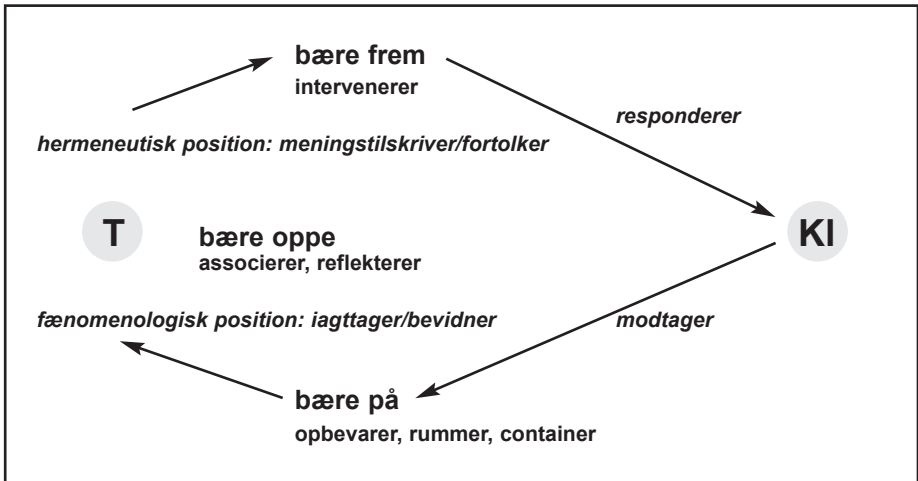
Den anden del af processen, hvor terapeuten så at sige tilsætter sine egne associationer til materialet, betragtes som en indre refleksions- eller associationsproces, hvor terapeuten bearbejder materialet med sigte på meningstilskrivning. Denne mellemste del af den terapeutiske proces kan forstås som det led, hvor terapeuten ikke blot rummer eller opbevarer materialet, men aktivt bearbejder dette ved hjælp af sin egen associationsproces. Materialet bliver **båret oppe** af terapeutens refleksioner og associationer.

Det tredje og sidste trin i den terapeutiske cirkel har intervention som sigt punkt, og det er her terapeuten **bærer sin forståelse frem** for klienten. Frembæringsprocessen kan altså betragtes som en integration af klientens beretning og terapeutens forståelse, og på et mere overordnet plan som en delikat balance mellem fænomenologiske og hermeneutiske elementer. Terapeuten indtager som udgangspunkt en fænomenologisk inspireret position (neutralitet), men hans associationsforløb i sig selv er meningstilskrivende og

dermed fortolkende. Dermed er frembæringsprocessen tilendebragt – en ny kan påbegyndes: *der er altid mere*.

### Afrunding

I figur 1 er artiklens hovedpointer forsøgt anskueliggjort via en grafisk analyse og præsentation af begrebet terapeutisk bæreevne. Terapeutens forarbejdning af materiale fra klienten er grupperet i tre delfunktioner, nemlig *den receptive proces* (bære på), *den reflektsive proces* (bære oppe) og *den inter-ventive proces* (bære frem). I alle tre positioner er den psykologiske drivkraft baseret på associationsprocessen, fremført under overskriften *der vil altid være mere*. Figuren demonstrerer tillige, hvordan terapeuten benytter sig af fænomenologiske og hermeneutiske positioner i sin arbejdsproces.



Figur 1: **Terapeutisk bæreevne** opdelt i tre delprocesser: den receptive, den reflektsive og den inter-ventive. T = terapeut; KI = klient.

## Referencer

1. Nielsen, J. (2000): Før terapeuten taler – om tolkningens forløbere. *Matrix*, vol. 17, no. 2: 187-206.
2. Rapaport, D. (1951): *Organization and Pathology of Thought*. Columbia University Press, New York.
3. Gill, M.M. (1967): *The Collected Papers of David Rapaport*. Basic Books, New York.
4. Sørensen, T. (1997): Psykisk forsvarsorganisation. I: J. Gammelgaard & S. Lunn (red.): *Om psykoanalytisk kultur – et rum for refleksion*. Dansk psykologisk Forlag, København.
5. Freud, S. (1900): *Drømmetydning*. Hans Reitzels Forlag, København, 1982.
6. Freud, S. (1912e): Råd til lægen ved den psykoanalytiske behandling. I: Ole Ankjær Olsen & Simo Køppe (red.): *Afhandlinger om behandlingsteknik*. Hans Reitzels Forlag, København, 1992.
7. Freud, S. (1913c): Om indledningen af behandlingen. I: Ole Ankjær Olsen & Simo Køppe (red.): *Afhandlinger om behandlingsteknik*. Hans Reitzels Forlag, København, 1992.
8. Frølund, L. & Nielsen, J. (1997): Om tilegnelsen af den psykoanalytiske tænke måde set fra den lærendes perspektiv. I: J. Gammelgaard & S. Lunn (red.): *Om psykoanalytisk kultur – et rum for refleksion*. Dansk psykologisk Forlag, København.
9. Ogden, T.H. (1994a): The Analytic Third – Working with Intersubjective Clinical Facts. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 75: 3-20.
10. Freud, S. (1914g): Erindren, gentagen og gennearbejden. I: Ole Ankjær Olsen & Simo Køppe (red.): *Afhandlinger om behandlingsteknik*. Hans Reitzels Forlag, København, 1992.
11. Vitger, J. (1999/00): Kurative faktorer ved psykoanalytiske terapier. *Matrix*, vol. 16, no. 3: 188-201.
12. From, F. (1953): *Om oplevelse af andres adfærd*. Nyt Nordisk Forlag, København 1970.



# SUBJEKTIVITET I PSYKOTERAPIFORSKNING - EN AKILLESHÆL?

Matrix 2001; 4, s. 329-349

Agnete Langagergaard

*Artiklen giver eksempler på, hvordan kvalitetssikring og kvalitetsudvikling inden for psykoterapi kan implementeres gennem en undersøgelse af patientoplevelser af psykoterapi. Forskellen på kvalitativ og kvantitativ forskning – muligheder og begrænsninger ved begge – belyses. Kravene til validitet, reliabilitet og generaliserbarhed ved kvalitativ forskning beskrives. Der redegøres for, hvorfor patientoplevelser af psykoterapi har været relativt sparsomt beskrevet i litteraturen. Den terapeutiske alliances historiske oprindelse og dens aktuelle anvendelse i psykoanalytisk orienteret psykoterapi skitseres, herunder hvilke patient- og terapeutegenskaber der kræves, hvis terapien skal få et vellykket forløb og resultat. I fortsættelse af dette gennemgås de fund, som empiriske undersøgelser af den terapeutiske alliance har vist. Psykoterapeutisk Afdeling E's projekt »Den terapeutiske alliance«, som undersøgelsen er udgået fra, operationaliserede de patientvariable, som blev anvendt i assessmentinterviewet, som gjorde det muligt at inddele patienterne i henholdsvis høj- og lavalliance-patienter. I undersøgelsen indgik 10 høj- og 10 lavalliance-patienter. Litteratursøgning til undersøgelsen tog udgangspunkt i patientoplevelser af psykoterapi. Fundene i litteraturen sammenholdes med egne fund. Undersøgelsens hovedresultat viser, at både patient- og terapeutegenskaber influerer på forløb og resultat, men også at terapeutens kompetence og personlige egenskaber har væsentlig betydning. Patientudsagn illustrerer dette. – Selv om materialet er lille, er der god indikation for at anvende psykoanalytisk orienteret psykoterapi ved personlighedsforstyrrelser. – I relation til subjektivitet ved kvalitativ forskning i almindelighed og ved patienttilfredshedsundersøgelser i særdeleshed diskuteres sådanne undersøgelseres udsigelsesværdi. Subjektivitetens treenighed, som udgøres af patienten, terapeuten og forskeren, er umiddelbart en akilleshæl i psykoterapiforsk-*

*ning, men er samtidig den kvalitative forsknings cardo (omdrejningspunkt). Det er forfatterens opfattelse, at subjektiviteten ikke skal elimineres, men tøjles.*

Kravet om kvalitetsudvikling og kvalitetssikring inden for sundhedsvæsenet, fokus på sundhedspersonalet og større lydhørhed over for patienter blev præciseret af Sundhedsstyrelsen i 1992 (1). Med udgangspunkt i WHO blev nøgleordene for 1990'erne: 1. høj professionel standard 2. effektiv ressourceudnyttelse 3. minimal patientrisiko 4. høj patienttilfredshed og kontinuitet i patientforløbet. Undersøgelsen »Patientoplevelser af psykoterapi. En kvalitativ interviewundersøgelse af patienter i psykoanalytisk orienteret psykoterapi« (2) skal ses som et led i denne målsætning. Undersøgelsen er et delprojekt af projektet »Den terapeutiske alliance«, som blev gennemført på Psykoterapeutisk Afdeling E, Psykiatrisk Hospital i Århus. Projektet begyndte den 01.03.1991 og sluttede med nyindtag af patienter den 01.10.1992. Hovedprojektet havde behandlingsalliancen mellem patient og behandler som fokus. Den præsenterede undersøgelse tager udgangspunkt i patienters oplevelse og vurdering af dels deres egne forventninger og motivation, dels deres syn på terapien, terapeutens indsats og deres oplevelse af psykoterapiens effekt respektive manglende effekt på deres psykiske tilstand. Data er således subjektive patientudsagn.

Patienter såvel indlagte som ambulante patienter er i dag mere synlige i den offentlige debat og ytrer sig mere kritisk om den behandling, som de har fået, også inden for psykiatrien, end det tidligere har været tilfældet. Kvalitetssikring måles blandt andet på patienttilfredshed. Kvalitetssikring kan være enten *intern* (konferencer, kliniske konferencer, litteraturkonferencer, efteruddannelse) eller *ekstern* for eksempel Sundhedsstyrelsens almene tilsynsfunktion, psykiatrilovens 'god sygehusstandard' og Dansk psykiatrisk Selskabs retningslinier for behandling. Undersøgelsen søger især at belyse den eksterne kvalitetsvurdering set fra patientside.

### ***Forskellige anvendelsesområder af kvantitativ og kvalitativ forskning – ved undersøgelse af patienttilfredshed***

Kvantitative undersøgelser kan være informative, hvis man skal danne sig et billede af, hvor mange personer der går i psykoterapi, og hvor lang behandlingsperioden er. Udbyttet opsummeres typisk i meget tilfreds-, tilfreds-, nogenlunde tilfreds- og ikke tilfreds-kategorier. Men det kan være svært at udlede af kvantitative undersøgelser, om et godt eller dårligt udfald af en psykoterapi skyldes patientens patologi, forventninger, motivation og evne til at arbejde psykologisk eller terapiformen, terapeutens kompetence og eventuelt særligt gode forudsætninger for at etablere og fastholde et tillidsfuldt forhold til patienten.

Lunde (3,4) argumenterer for den humanistiske forsknings centrale placering inden for sundhedsvæsenet ud fra dels patienthensyn, dels behandlerhensyn. Juul Jensen (5) belyser sundhedsvidenskabernes dilemma i forbindelse med ønsket om at inkorporere etik, humanistisk indstilling og menneskelig forståelse i forskning samt anerkendelsen af humanistiske forskningsresultater som videnskabelige.

I princippet behøver der ikke være en modsætning mellem det subjektivt oplevede og det objektivt registrerbare, men mange nuancer og facetter lader sig vanskeligt rubricere i den såkaldt objektive forskers armamentarium. Alligevel har det været hævdet fra tilhængere af den positivistiske forsknings-tradition, at kvalitativ metode ikke er videnskabelig. Desværre er diskussionen om kvalitativ metode versus kvantitativ metode ofte lidet frugtbar. Hvis tilvejebragt viden via brug af kvalitativ metode giver en berettiget tro på, at noget er rigtigt, vil den have bidraget til større indsigt inden for det undersøgte område og dermed være videnskabelig. Det har blandt andre Holm præciseret (6). Et andet aspekt, som ofte medfører kritik af kvalitativ forskning, er, at det kvalitative forskningsinterview ikke lever op til objektivitetskravet, idet intervieweren indgår i samspillet med den interviewede. Validiteten anfægtes. Forskningen angribes for at være udtryk for forskerens subjektivitet. Imidlertid tilsigter kvalitativ metode ikke at eliminere forskerens bias, men tværtimod at fastholde dobbeltheden mellem den umiddelbare, intuitive forståelse og for-

tolkningen af en interaktion, hvorefter den differentierede analyse af de forskellige interaktionselementer følger (7).

Efter dataindsamling og analyse vil konklusionen ved kvantitativ forskningsmetode have som mål at sandsynliggøre rigtigheden af det konkluderede. Blev de opstillede hypoteser bekræftet eller falsificeret (8)? Ved kvalitativ forskningsmetode er det vanskeligere at nå til en endegyldig konklusion, fordi flere variable ofte interagerer. Her vil målet snarere være, at forskeren ud fra de mange forskelligartede data forsøger at finde den forklaring, der illustrerer størst overensstemmelse med de foreliggende data (6).

### **Validitet, reliabilitet og generaliserbarhed**

Et af kvalitetskravene til kvalitativ forskningsmetode er, at der er stringens og sammenhæng i hele forskningsprocessen fra undersøgelsens teoretiske udgangspunkt til udvælgelse af personer, dataindsamling, analyse, fortolkning og formidling.

Validiteten, gyldigheden, af en given undersøgelse skal blandt andet sandsynliggøres ved, at undersøgelsen faktisk undersøger det, den intenderer. Kvale (9,10) opstiller følgende kvalitetskrav: Der skal være 1. Relevans, som implicerer, at de anvendte metoder er relevante i forhold til undersøgelsens problemstilling og formål. 2. Analytisk validitet, som indebærer, at den fortolkning, som forskeren fremlægger, er logisk i forhold til data. 3. Kommunikativ gyldighed, som angår spørgsmål, om en given rapport er en valid redegørelse for en undersøgelses hovedresultater, og den rolle læseren af undersøgelsen skal spille ved valideringen af resultaterne. 4. Pragmatisk validitet vedrører muligheden for, at den viden, undersøgelsen har givet, kan bruges af andre. Reliabilitet (11) indebærer pålidelighed af observationer, således at andre forskere, der anvender samme metode, ville komme frem til samme resultat.

Med hensyn til generaliserbarhed er kvalitativ forskning ofte karakteriseret ved et begrænset antal personer, som til gengæld studeres intensivt. Ofte er datakilderne ikke udvalgt som et statistisk repræsentativt sample, men snarere således, at de dækker det undersøgte felt bredest muligt (6). Det betyder,

at man ikke kan generalisere fundene til baggrundspopulationen, hvilket i reglen heller ikke er målet. Der er således ikke tale om, at fundene har generaliserbarhed (almen gyldighed) den lille undersøgelsespopulation taget i betragtning. Derimod tilsigtes en begrebsmæssig generalisering, således at man bliver bedre i stand til at forstå de undersøgte fænomener og dermed får større forståelse for lignende fænomener i andre tilsvarende sammenhænge. For eksempel vil det være vigtigt, hvis de fund, der gøres ved kvalitativ undersøgelse af patienters oplevelse af psykoanalytisk orienteret psykoterapi, har en berebsmæssig generaliserbarhed til andre kontekster inden for psykoanalytisk orienteret psykoterapi.

### ***Patientoplevelser af psykoterapi belyst ved eksempler fra litteraturen***

Der foreligger relativt få undersøgelser inden for psykoterapiforskning, hvor patientudsagn vægtes. Forskere har været tilbøjelige til at ignorere vigtigheden af patienters oplevelse og vurdering af psykoterapi blandt andet ud fra betragtninger om, at de ville være præget af subjektivitet og forvrængede opfattelser, eller fordi man har skønnet, at undersøgelser, der tog udgangspunkt i patientperspektivet, ikke ville føje en nyttig dimension til forståelse af ændringsprocesser i psykoterapi (12).

Der er imidlertid ikke kun en enkelt grund til, at 'brugeren' så sjældent kommer til orde i litteraturen. Der øves fra en del forskningsinstitutioner et vist pres på forskere i retning af at følge naturvidenskabens antagelser og praksis – at foretage reliable og objektive målinger af variable afledt af teorier og modeller og at føre eksperimentel kontrol med de undersøgte fænomener med det formål at teste hypoteser.

Psykoanalytisk teori har ligeledes influeret den negative holdning til patient- og klientudsagn, idet disse blev tolket som udtryk for forsvar, fantasi eller overføring. Adfærdsterapeuter har traditionelt fokuseret mere på klientens adfærd, og hvordan den kunne ændres, end de har været optaget af indre begivenheder som for eksempel oplevelser. Selv om spørgsmål til patien-

ter/klienter om deres oplevelse af terapi kan synes naturlige og fornuftige, kan de samtidigt opfattes som en trussel imod nogle af de mest fundamentale antagelser, som terapeuten har om terapeutisk virke, og imod forskeres opfattelse af forskningsgenstanden.

Som terapeut kan man være tilbøjelig til at tilskrive et tilfredsstillende resultat egen indsats, mens et negativt forløb skyldes patientens patologi, manglende motivation eller urealistiske forventninger til terapien. Det er terapeuten, der skriver journalnotaterne og tolker patientens reaktioner. Det er hans opgave. Det forventes af ham, at han har samme agtpågivenhed over for sig selv som over for patienten, men kan man regne med det?

Udviklingen har bidraget til, at patientens autonomi nu vægtes højere end den overvejende paternalistiske holdning, som tidligere især var karakteristisk for lægers arbejde. I samme periode har der metodologisk været en større betoning af kvalitative metoder inden for samfundsvidenskaberne, som i højere grad end kvantitative metoder tilgodeser patientperspektivet og dermed giver mulighed for nye og ofte uventede svar fra patienterne.

Lundes kvalitative undersøgelse (13) af ligheder og forskelle i sygdomsopfattelse hos patienter og praktiserende læger kan ses som et led i denne innovative proces inden for lægevidenskabelig praksis. Hun fandt belæg for, at patientperspektivet kan give nye indfaldsvinkler. Lunde konkluderede, at kvalitativ forskning ikke skal erstatte den naturvidenskabelige forskning, men de to forskningstyper bør sidestilles.

### ***Den terapeutiske alliance belyst ved eksempler fra litteraturen***

Den terapeutiske alliance benyttes i nyere psykoterapiforskning især om relationen mellem patient og terapeut. Det er en almindelig antagelse blandt såvel klinikere som forskere, at kvaliteten af relationen mellem patient og terapeut har afgørende indflydelse på såvel proces som udfald af en psykoterapi. Men hvilke komponenter der indgår i en terapeutisk alliance, hvordan de interagerer, og hvordan de bidrager til effekt af en psykoterapi, har været mere upræcist, blandt andet fordi det er vanskeligt at operationalisere komponenterne

særskilt. Det er svært eksakt at definere, hvilke patientegenskaber og terapeutegenskaber der skal til, for at en psykoterapi får et gunstigt forløb og resultat.

Forskere har anvendt forskellige betegnelser om allianceaspektet i patient-terapeut-relationen, bl.a. '*egoalliancen*', '*den terapeutiske alliance*' og '*arbejdsalliancen*'. De forskellige benævnelser synes også at dække over en forskellig vægtning af patientens og terapeutens bidrag i et terapiforløb.

Historisk har *den terapeutiske alliance* sin oprindelse i psykoanalytisk teori. Freud anerkendte betydningen af terapeutens attitude. Han omtalte den bevidste del af den positive overføring som vigtig. Han differentierede den positive overføring i en realistisk, bevidst del og i en neurotisk, ubevidst del (14). Den realistiske del af overføringen er den, der senere bliver til *alliancen*.

Sterba brugte termen '*egoalliance*' for at understrege betydningen af patientens evne til at arbejde i analysen ved en svingen mellem oplevelse og observation (15). Han anså denne type alliance som udtryk for patientens modne egofunktion og partielle identifikation med terapeutens arbejdsmåde. Fra begyndelsen opfordres patienten til at 'samarbejde' med terapeuten *mod* noget i sig selv. '*Vi*' bliver så at sige instrumentet.

Zetzel (16) introducerede begrebet '*den terapeutiske alliance*' og pointerede dens vigtighed. En effektiv analyse afhæng af etableringen af en sund terapeutisk alliance, ellers kunne mere modne egofunktioner ikke analyseres. For svært forstyrrede patienter, der ikke ville kunne etablere en terapeutisk alliance, ville traditionel psykoanalytisk terapi ofte være udelukket.

Greenson (17) udforskede og definerede aspekter af den terapeutiske relation, der ligger uden for overføringsområdet og var dermed på linie med Sterba og Zetzel. Han anså '*arbejdsalliancen*' for at være lige så betydningsfuld for psykoanalytisk teori som overføringen. Han understregede patientens evne til at arbejde *med* i terapien.

Kernen i arbejdsalliancen er ifølge Greenson patientens motivation for at overvinde sine problemer, hans bevidste og rationelle villighed til at samarbejde samt evne til at følge terapeutens tolkninger. De patienter, som ikke kan udskille et rationelt observerende jeg, vil således ikke være i stand til at fast-

holde en arbejdsrelation. På samme måde kan idealisering af terapeuten være befordrende for arbejdsrelationen i begyndelsen af terapien, men kan senere vise sig at blive en kilde til stor modstand, når patienten bliver skuffet over terapeuten.

Alliancens kvalitet er således en afgørende komponent for det psykoterapeutiske forløb. Den gode alliance medvirker til, at patienten tør involvere sig og uddybe sine problemer og indgå i en egentlig overføring, men den kan også hos nogle ubevidst bruges til at holde mere konfliktfyldte områder ude fra det terapeutiske arbejde.

Patientens egenskaber, patologi og motivation udgør den ene del af alliancens forudsætninger. Men terapeuten må også bidrage til etablering og fastholdelse af en terapeutisk alliance. Greenson fremhæver vigtigheden af, at terapeuten er human. Patienten skal føle, at det betyder noget for terapeuten, hvordan han har det, og at det er terapeutens hensigt at hjælpe ham med at overvinde sine problemer.

Det ser ud til, at de forskere, der taler om 'arbejdsalliance', inddrager patienten og terapeuten mere ligeligt, mens tilhængere af 'egoalliance' og 'den terapeutiske alliance' primært fokuserer på patientens kapacitet.

Empiriske undersøgelser af den terapeutiske alliance viser, at relationen mellem arbejdsalliance og effekt kan forudsige udbyttet af en række forskellige terapiformer, Horvarth & Symonds (18). Andre f.eks. Orlinsky et al. (19) fandt, at patientens oplevelse af empati og varme hos terapeuten er positivt relateret til udbytte af behandlingen. Resultaterne er mest konsistente, når patienterne foretager bedømmelsen.

Det er interessant, at undersøgelser vedrørende psykoanalytiske alliance-skalaer i almindelighed har fundet, at det primært er patientens bidrag til arbejdsalliancen, der korrelerer med udbyttet af behandlingen, når uafhængige bedømmere rateralliancen (20, 21). Forklaringen kan være, at der er større spredning blandt patienter end blandt terapeuter på de dimensioner, der relaterer sig til alliancen. Terapeuter i en given undersøgelse er oftest udvalgt med henblik på sammenlignelighed med hensyn til metode og kompetence.

»Allianceprojektet« operationaliserede de variable, som de fandt væsent-



lige i forhold til patienters eventuelle egnethed til at indgå i en psykoanalytisk orienteret psykoterapi. Der foreligger beskeden viden på dette område.

Projektet var en prospektiv undersøgelse med ca. 80 patienter. Patienterne blev interviewet før behandlingen og udfyldte en række selvrapporteringskemaer/test. Forskellige demografiske og anamnesticke oplysninger blev indhentet og overført til et registreringsark, som afdelingen havde udformet. Første assessmentinterview blev optaget på video, andet på lydånd. Der blev foretaget lydåndsoptagelser af terapiens 4. og 5. session og af 17. og 18. session med henblik på alliancerating. Patienter og terapeuter udfyldte alliancespørgeskemaet efter 4./5. og 17./18. session. Terapeuterne foretog personlighedsdiagnosticering (DSM-III-R) ud fra symptomchecklister efter 10. og 20. session. Effekten bedømtes af patienter og terapeuter efter behandlingen. En postbesørget follow-up-undersøgelse fandt sted et år efter behandlingen. En selekteret gruppe af patienter interviewedes ca. 1/2 år efter behandlingens ophør angående deres vurdering af terapiens forløb og resultat. Undersøgelsen knyttede sig til den psykodynamiske forskningstradition i udforskningen af alliancen og havde som formål at få større viden om alliancens prædiktive værdi i længerevarende psykoterapi.

Assessmentmetoden ved forsamtalerne var The Dynamic Assessment Interview – DAI (22). – DAI inkluderede dels data fra patientens tidligere og nuværende historie, udvikling af psykiske problemer og generelle funktionsniveau, hvorved her-og-nu-perspektivet blev belyst. I første halvdel af assessmentinterviewet relaterede interviewer systematisk patientens narrativ til her-og-nu interaktionen mellem patient og interviewer. I anden halvdel af interviewet skiftede interviewer fokus fra interaktionen til patientens objektrelationer. Udforskningen af objektrelationer fortsatte i det andet, og om nødvendigt i et tredje interview. Afsluttende formulerede interviewer en dynamisk hypotese til videre bearbejdning i den kommende terapi.

DAI ses som en metode til at vurdere patientens modne egofunktioner, evne til at oscillere mellem oplevelse og observation samt kapacitet til at identificere sig med terapeutens arbejds måde.

De ni variable som assessmentinterviewene fokuserede på var:

1. Motivation – 2. Psykologisk tankegang – 3. Tåler frustration – 4. Evne til selviagttagelse – 5. Evne til empati – 6. Emotionel frihed – 7. Reaktion på prøvetolkninger – 8. Patientens tiltrækning – 9. Patientens tiltro til terapien

Ud fra en klinisk vurdering af personlighedsorganisationen blev patienterne inddelt i patienter med Neurotisk Personlighedsorganisation (NPO) og Borderline Personlighedsorganisation (BPO) (23).

I projektet defineredes patientvariable som det, der må efterlyses med henblik på fremover at have et mere fintfølede instrument til måling af patienters egnethed til psykoanalytisk orienteret psykoterapi.

Det konkluderer, at de prædiktive variable for den terapeutiske alliance må beskrives som konsistente med Sterba's *egoalliance* og Greenson's *arbejdsalliance*, som begge understreger patientens psykiske kapacitet.

Assessmentinterviewets mulighed for in vivo at studere patienten, som om han/hun var i en behandlingssituation, rummer et både spændende og interessant perspektiv, men samtidig tyder det også på en mere statisk opfattelse af *terapeuten*. Terapeuten ved assessmentinterviewet var således ikke nødvendigvis den samme terapeut, som den patienten fik i terapien. En terapeut er en terapeut, – er det så enkelt? Er terapeutens teoretiske færdigheder, erfaring, personlighed, stil og attitude underordnet metoden? Dette belyses blandt andet i egen undersøgelse.

### **Litteratursøgning til egen undersøgelse**

I litteraturen er patienters oplevelse af psykoterapi blevet beskrevet ud fra forskellige metoder. Åbne interview efter terapiens afslutning er blevet benyttet af Lipkin (24), Feifel & Eells (25), Kamin & Caughlan (26) og Elsass et al. (27). Strukturerede spørgeskemaer efter terapiens afslutning blev anvendt af Strupp et al. (28), Sloane et al. (29), Cross et al. (30) og Murphy et al. (31). Ustrukturerede og strukturerede spørgeskemaer under det terapeutiske forløb blev brugt hos Litaer & Neirinck (32) og Llewelyn et al. (12). Orlinsky et al. undersøgte terapeutrepræsentation hos patienter (33). De fandt blandt andet,

at erfarne terapeuter med større sandsynlighed skabte multimodale, sensorisk fyldige og detaljerede repræsentationer hos deres patienter, mens terapeutrepræsentationer, der blev skabt af mere uerfarne terapeuter, havde en tendens til at blive relativt forarmet sensorisk og overvejende domineret af den terapeutiske dialoges verbale indhold. Deres undersøgelse viser, hvor betydningsfuld den terapeutiske relation er for det terapeutiske udbytte både på kort og lang sigt. Albeck & Goldman beskrev en fælles dokumentationsmetode (34). Metoden består af 5 trin: 1. Patienten og terapeuten er enige om at dele ansvaret for dokumentation af behandlingen 2. De sidste 5-10 minutter af terapisessionen indtaler patienten på diktafon sine synspunkter om vigtige emner, der er blevet berørt, mens terapeuten lytter 3. Terapeuten indtaler sine kommentarer i patientens nærværelse 4. Noterne transskriberes mellem sessionerne 5. De maskinskrivne transskriptioner er tilgængelige for fælles betragtning af patient og terapeut i den følgende session.

Artiklerne tager alle udgangspunkt i patienters oplevelse og vurdering af deres psykoterapi. Terapeuters vurdering indgår også i flere af artiklerne. Det er interessant, at der ofte er udtalt forskel på det, som terapeuter og patienter/klienter vægter. Relationens betydning for patienternes oplevelse af terapien fremhæves af patienterne, hvad enten terapien er psykoanalytisk orienteret, kognitiv-adfærdsterapeutisk eller klientcentreret/-oplevelsesorienteret. Terapeuternes svar tyder derimod på, at de i højere grad vægter overføring, tolkning og problemløsning.

Artiklerne peger således på forskelle med hensyn til det, patienter og terapeuter værdsætter. Det er forståeligt, at terapeuter med en teoretisk baggrund også i deres vurdering af en terapi lægger stor vægt på teoretisk funderede begreber som overføringsrelationer, dårlig timing af tolkninger og konfrontationer, kommunikation til patienten om negative følelser (31), det psykodynamiske indhold (27) og processer med dyb og kathartisk selveksploring (24). Patienterne, som ikke har en teoretisk baggrund at gå ud fra i deres vurdering af psykoterapi, giver udtryk for andre præferencer. De lægger vægt på terapeutens kompetence, personlighed, varme, respekt, forståelse, empati, attitude og tillidvækkende holdning (2). Ud fra en metodekritisk betragtning kan

man spørge, om den subjektive udsigelsesværdi har større validitet, når det er terapeuten, der udtaler sig om en terapi, end når patienten evaluerer.

For egen undersøgelse er denne metodekritiske betragtning meget væsentlig, idet valget var kun at høre den ene part, patienterne. Terapeuterne er ikke blevet spurgt, og jeg har heller ikke set journaloptegnelser med terapeuternes notater. Det er derfor vigtigt at fastslå, at undersøgelsens validitet skal vurderes ud fra patienternes evne til at give et validt billede af deres oplevelser i en psykoterapi. I undersøgelsen bliver det 'makroskopiske' niveau belyst efter terapiens afslutning. Terapien 'set' fra patientens synsvinkel giver mulighed for at øge forståelsen for rationalet bag patienters anderledes opfattelsesmåde (6). De tilsyneladende store forskelle mellem patienters vægtning af vigtige faktorer i en psykoterapi bør derfor ikke betragtes som modsatrettede oplysninger, men snarere som supplerende. Det kunne implicere kvalitetsudvikling inden for psykoterapi, at patienters oplevelse også bliver anset for værdifulde informationer.

I undersøgelsen medvirkede i alt 20 patienter, hvoraf 10 patienter ved assessmentinterview var kendetegnet ved forventning om at ville indgå en høj alliance, mens 10 andre patienter var karakteriseret ved forventning om en lav alliance. Ni patienter havde Neurotisk Personlighedsorganisation (NPO), mens 11 patienter havde Borderline Personlighedsorganisation (BPO). Ville alliancen få implikationer for forløb og resultat af deres psykoterapi? Patienterne er ikke udvalgt som et statistisk repræsentativt materiale, men sektionsprincippet, 10 høj- og 10 lavalliance-patienter fra projektet »Den terapeutiske alliance«, har været at dække det undersøgte felt bredest muligt ved at have et lige stort antal patienter fra hver af de to grupper (en hensigtsbestemt udvælgelse).

Undersøgelsens metode var et semistruktureret kvalitativt interview, hvor der på forhånd var udvalgt temaer til belysning af patienternes oplevelse af deres psykoterapi. Temaerne, som var nedskrevet i en interviewguide, var udformet som åbne spørgsmål med henblik på at få forskellige relevante temaer inden for psykoterapiforskning belyst på en detaljeret måde. Der var ikke lagt op til bestemte svartyper. – Det kvalitative interview er ikke en terapivurdering, men en metode til at klarlægge, hvordan patienterne oplevede terapien.

## **Konklusion på egen undersøgelse »Patientoplevelser af psykoterapi«**

Undersøgelsens hovedresultat var: 1. Både patient- og terapeutvariable influerer forløb og resultat af terapien 2. Terapeutens kompetence og personlige egenskaber har væsentlig betydning.

Hypotesen, at en høj alliance er prædiktiv for et udbytterigt og tilfredsstillende behandlingsforløb, mens en lav alliance er prædiktiv for et mindre udbytterigt og tilfredsstillende forløb og resultat blev umiddelbart bekræftet, idet flere h-patienter end l-patienter gav udtryk for, at de havde haft udbytte af terapien. Analyse af data viste imidlertid, at andre variable end alliancen interagerede. Sammenfaldende for begge patientgrupper var det terapeutens indsats, der blev vurderet som mest virkningsfuld, men terapeutens holdning blev også anført som det *værste* i terapien af l-patienterne. En terapeutprofil af de faktorer, som patienterne værdsatte mest hos deres terapeut, kunne udformes: 1. Faglig dygtighed 2. Aktiv lytten 3. Respekt 4. Neutralitet 5. Tillidvækkende holdning 6. Positiv attitude.

Undersøgelsen viser, at det især er den terapeutiske relation mellem patient og terapeut, der synes afgørende for den psykotераapeutiske proces og dens udfald. De otte terapeuter, der indgik i projektet, havde ret forskellig erfaringsgrundlag. De erfarne terapeuter havde i højere grad end de mindre erfarne en terapeutisk holdning, der virkede befordrende for patienternes autonomi. En mere virtuos behandling af den psykoanalytiske teori synes nogle terapeuter mere beskåret end andre.

Patientudsagn om *noget særligt virkningsfuldt i terapien* var blandt andet »Min terapeut var snu. Jeg kunne ikke løbe om hjørner med hende. Da det var slået fast, kunne jeg være mig selv og smide alle masker«. – »Jeg profiterede af terapeutens evne til at få mig til at anlægge alternative synsvinkler på mine problemer«. Om *terapiens rammer* fremhævede en patient: »Det er vigtigt, at terapien foregår hver uge, at det er meget fastlagt, og at jeg kender tidspunktet lang tid frem«. – »Kontinuitet og regelmæssighed var centralt for mig«. *Det værste i terapien* blev også belyst. »Jeg var meget berørt af, at terapeuten kom for sent eller sluttede før tiden. Det var særdeles ubehageligt.

Jeg opfattede det som ligegyldighed fra terapeutens side«. – »Hvis der ikke skete noget, begyndte tilliden til terapeuten at smuldre, selvværdet dalede, og jeg følte, at jeg spildte tiden og andres tid«. *Noget der savnedes i terapien* blev besvaret med ønske om mere omsorg og aktivitet fra terapeutens side. »Det var for klinisk«. – »Jeg savnede mere aggressivitet fra terapeutens side, især når jeg i visse situationer reagerede mere følelsesmæssigt, og så nåede at kæmpe mig ud af det. Da ville jeg gerne, at hun havde holdt mig fast«. *Aflysninger* blev også undersøgt. Det var et gennemgående mønster, at de fleste patienter havde få aflysninger. De fire patienter, der havde aflyst mere end 4-5 gange, begrundede det med manglende lyst, manglende tillid til terapeuten og tvivl om nytten af at gå i terapi. Udsagnene viser, at kontinuitet, regelmæssighed, mødepræcision, overholdelse af rammerne og få aflysninger fra terapeutside vægtes af patienterne og fremstår som vigtige faktorer i den terapeutiske relation. *Enighed om afslutning af terapien* var ikke tilfældet for 1/3 af patienterne. »Det svarer til at lære nogen at svømme, og når kurset er halvfærdigt, så er kurset slut«. *Tillid* til terapeuten gav 2/3 af patienterne udtryk for. Oplevelsen af tillid syntes mere genuin hos h-patienterne, mens der hos l-patienterne sporede mere skepsis, tvivl og frustration. Om *den aktivt lyttende terapeut* sagde en patient: »Det tilbagespil, jeg fik, var meget præcist, selv om jeg var utydelig i mine formuleringer eller veg udenom«. Især l-patienterne fandt terapeuten for passiv. »Jeg var frustreret over, at terapeuten bare lod mig sidde og snakke én gang om ugen uden at stille krav til mig. Jeg ville gerne, at han havde været bedre til at fokusere«. *Respekt* respektive *manglende respekt fra terapeutens side* blev også oplevet af patienterne. »Jeg følte, at han tog mig alvorligt«. – »Han tog mig ikke seriøst. Jeg opfattede, at han så på mig som en pubertetspige. Jeg følte mig overset, som jeg var blevet tidligere«. *Noget der værdsattes hos terapeuten* blev eksemplificeret af alle 20 patienter. – »Jeg betragtede hende som en rolig, fast klippe, man kunne klamre sig lidt til engang imellem. Alt andet var kaos, men hun var den samme«. *Noget negativt hos terapeuten* blev omtalt af 16 patienter. »At hun kiggede på sit ur, syntes jeg, var enormt flabet«. – »Jeg savnede en mere tydelig person«. *Terapeutens køn* blev kommenteret af otte patienter i både positiv

og negativ henseende. »Jeg havde nok et eller andet sted et faderkompleks over for ham, men han var lige så vag på nogle områder, som min far er. På den måde havde jeg vel mistillid til ham«. – »Jeg havde et meget problemfyldt forhold til mænd, hvilket af og til fik mig til at reagere meget voldsomt over for terapeuten. Derfor var det specielt virkningsfuldt, at jeg hele tiden følte, at terapeuten havde omsorg for mig«. *Terapeutens neutralitet* blev værdsat af nogle patienter, mens andre var frustrerede. »Hvis jeg prøvede at sidde og studere, hvad hun havde på væggene, eller det tøj hun havde på, gav hun mig ikke mange hints. Jeg tror, at hun ville fremstå så anonymt så muligt, og det tror jeg egentlig var godt, selv om jeg var nysgerrig efter at lære hende at kende«. – »Hun var ikke sådan menneskelig. Hun var alvorlig. Hun viste ikke noget subjektivt, bare en genstand«. *Terapeutens manglende neutralitet* blev oplevet ved rammebrud og uhensigtsmæssige overføringstolkninger. »Han var personlig på en ubehagelig måde. Han var meget interesseret i, om jeg var forelsket i ham, kommenterede mit udseende og fandt mig for lidt kvindeligt«. *Terapeutens faglighed* blev især anført af h-patienterne. »Jeg var imponeret af min terapeuts hukommelse og hans evne til at sammenholde og trække problemstillinger frem«. *Terapeutens attitude* blev af halvdelen af patienterne opfattet som positiv, 1/3 anså terapeuten for at være for anonym, og 1/3 fandt terapeutens attitude negativ. »Jeg følte en omsorg fra min terapeut, at han tog mig alvorligt, og at han var til stede hele tiden«. – »Der manglede en person bag terapeuten« – »Han fik mig til at føle mig mere syg af at gå her, fordi han brugte en vending: 'Tror du, at du bliver rask?' – Jeg har nogle store identitetsproblemer, men jeg er jo ikke syg. Han fik mig nogle gange til at føle, at jeg var syg og ikke bare én, der gik til en ekspert med et problem«.

Undersøgelsen viser, at det især er den terapeutiske relation mellem patient og terapeut, der synes afgørende for den psykoterapeutiske proces og dens udfald. De otte terapeuter, der indgik i projektet havde ret forskellig erfaringsgrundlag. De dygtige terapeuter var karakteriseret ved, at de kunne få patienterne til at indgå en terapeutisk alliance, tolkede såvel positive som negative overføringsreaktioner, gennearbejdede problemer med deres patienter og bibragte dem dermed større såvel intellektuel som affektiv indsigt.

Patienternes forventninger og motivation blev dog også undersøgt. Der var ingen forskel på h- og l-patienters forventninger forud for terapien, men 11 patienter ændrede forventninger. H-patienterne fik primært mere positive forventninger, mens l-patienterne overvejende fik mere negative forventninger. Motivationen var ens for h- og l-patienter ved terapiens begyndelse. 1/3 af patienterne ændrede ikke motivation. Ca. 2/3 ændrede motivation i positiv retning, mens fire patienter ændrede motivation i negativ retning. De havde alle den samme terapeut.

### ***Psykoanalytisk orienteret psykoterapis effekt på patienter med personlighedsforstyrrelser***

Et væsentligt spørgsmål i forbindelse med opgørelse af et psykoterapiforløb er: »Hjalp det?« – Selv om der var patienter i undersøgelsen, som oplevede deres terapi negativt, giver undersøgelsen belæg for at svare bekræftende på dette spørgsmål. Terapien hjalp mange patienter ganske markant. Et andet spørgsmål kunne være: »Er det luksusproblemer, der behandles?« – Med truende udsigt til afbrudt uddannelse, manglende kapacitet til at gå i gang med eller færdiggøre en uddannelse, problemer på arbejdspladsen på grund af følelsesmæssig ustabilitet eller svære angstsymptomer kan man næppe tale om luksusproblemer. Psykoanalytisk orienteret psykoterapi må derfor ses som en både brugbar, nyttig og udbytterig behandlingsform til patienter med neurotisk eller borderline personlighedsorganisation.

### ***Patienttilfredshedsundersøgelser udsigelsesværdi***

Patienttilfredshedsundersøgelser kan primært bruges til at belyse, hvordan patienter oplever en terapi, og hvilke faktorer de vægter. Derimod giver en patienttilfredshedsundersøgelse ikke nødvendigvis et validt billede af, hvad psykoanalytisk orienteret psykoterapi er.

Man kan stille spørgsmål ved værdien af patienters beskrivelse af deres oplevelse af et psykoterapiforløb. Kritikere af patientudtalelsers værdi kunne



påpege, at deres udsagn er subjektive. De mangler de teoretiske forudsætninger for at vurdere en psykoanalytisk orienteret psykoterapi. De benytter begreber, der ikke er dækkende for de videnskabelige teoretiske begreber inden for psykoanalytisk teori. De ignorerer deres egen patologis betydning for terapiforløbet, har urealistiske forventninger og en skiftende motivation. Umiddelbart kan disse indsigelser forekomme rigtige. Terapeuter eller observatører ville sikkert give et anderledes billede end det skildrede, men uanset deres udsagn kunne tillægges større teoretisk sandhedsværdi (validitet), er det ikke ensbetydende med, at de i højere grad end patienternes udsagn ville belyse alle de variable, der interagerer i en psykoterapi. Deres sandhedsværdi (validitet) er en anden. Der findes heller ikke inden for psykoterapi endegyldige sandheder, men der findes sandsynligheder.

Det har hidtil primært været terapeutens prærogativ at have 'udtaleretten', når en terapi skulle evalueres, men der er en begyndende erkendelse af, at patienters ofte anderledes, ateoretiske og subjektive oplevelser kan føje relevante og betydningsfulde aspekter til, hvis kvalitetsudvikling på det psykoterapeutiske område skal sikres. Patientoplevelser af psykoterapi skal således ikke erstatte, men supplere den allerede eksisterende viden inden for psykoterapiforskning med det formål at gøre praksis bedre.

### ***Subjektivitetens treenighed***

Subjektivitetens treenighed – patient, terapeut og forsker – kan umiddelbart hævdes at være psykoterapiforskningens akilleshæl. Forskere, som anvender kvantitative metoder ud fra det naturvidenskabelige paradigme, tillægger kontrol, allokering, blindhed, repræsentativitet og reproducerbarhed afgørende videnskabelig værdi. Disse forskere er tilbøjelige til at anskue kvantitative metoder med statistiske procedurer som værdifrie, neutrale og dermed videnskabelige. Men statistiske teknikker former ikke alene svarene på spørgsmålene, men kan også influere udformningen af de stillede spørgsmål. Den objektive metode bygger således på en eller flere forskeres opfattelse af, hvad der er relevant. Det komplekse samspil mellem psyke og soma bliver reduce-

ret til, hvad der kan måles og vejes. Dette klassiske dogme af Galilei betragtes som grundlaget for en stor del af nutidens naturvidenskab, men dogmer kan og bør anfægtes. Inden for psykoterapiforskning ville det implicere et minimalistisk menneskesyn. Intentionaliteten i et menneskes handlinger lader sig vanskeligt rubricere i kvantitativt udformede spørgeskemaer. Åbne spørgsmål, som psykoterapiforskning ofte anvender enten udelukkende eller som supplement til mere strukturerede spørgeskemaer, giver mulighed for at der genereres ny og uforudset viden, og det må være det primære mål for videnskabelige undersøgelser.

Det forekommer meningsløst at se bort fra subjektivitetens eksistens og værdi i forskning, der tager udgangspunkt i den enkelte. Patienten har subjektive opfattelser. Terapeuten er på den ene side subjektivt involveret i patientens subjektivitet, men arbejder på den anden side inden for en teoretisk referenceramme, som skulle tilsige større objektivitet. Forskeren, som repræsenterer tredjepart-perspektivet, tilstræber objektivitet og neutralitet i sin fremstilling, men vil selv med et solidt kendskab til psykoterapiprocesser stilles over for en vanskelig opgave i analysen af data. Det er derfor vigtigt, at forskeren gør sit værk gennemskueligt. En frugtbar videnskabelig dialog indebærer, at man søger de svage punkter i den etablerede viden.

## Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. *Kvalitetsudvikling. Hvorfor og hvordan*. København: Sundhedsstyrelsen, 1992.
2. Langagergaard, A. Patientoplevelser af psykoterapi. En kvalitativ interviewundersøgelse af patienter i psykoanalytisk orienteret psykoterapi. *Psykologisk Skriftserie*, Vol. 24, No. 1, Aarhus Universitet, 1999.
3. Lunde, I.M. Sundhedsvidenskab – mellem restriktion og ekspansion. I: Lunde, I.M., Ramhøj, P. (eds.) *Humanistisk forskning i sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag, 1996: 17-28.

4. Lunde, I.M. Om behovet for humanistisk forskning i sundhedsvidenskab. *Ugeskr Læger*, 1997; 159/14: 2077-81.
5. Jensen, U.J. Humanistisk sundhedsforskning – Videnskabsteoretiske perspektiver. I: Lunde, I.M., Ramhøj, P. (eds.) *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag, 1996: 41-69.
6. Holm, S. Kvalitativ forskning. *Bibl Læger*, 1997; 256-67.
7. Reisby, N. Principper i psykiatrisk forskning og etik. I: Hemmingsen, R., Parnas, J., Gjerns, A., Bolwig, T. Reisby, N. (eds.) *Klinisk Psykiatri*: Munksgaard, 1994.
8. Popper, K.R. *The Logic of Scientific Discovery*. New York: Basic Books, 1959.
9. Kvale, S. Den sociale konstruktion af validitet. I: Lunde, I.M., Ramhøj, P. (eds.) *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag, 1996: 295-314.
10. Kvale, S. *Den kvalitative forskningsintervjuen*. Lund: Studentlitteratur, 1997.
11. Kvale, S. The qualitative research interview: a phenomenological and hermenutical mode of understanding. *J Phenomenological Psychol*, 1983; 14: 171-96.
12. Llewelyn, S.P., Elliott, R., Shapiro, D.A., Hardy, G., Firth-Cozens, J. Perceptions of Significant Events in Prescriptive and Exploratory Periods of Individual Therapy. *Br.J Clin Psychol*, 1988; 27: 105-14.
13. Lunde, I.M. Patienters egenvurdering – et medicinsk perspektivskift. *Særtryk af Månedsskrift for Praktisk Lægegering*, 1992.
14. Freud, S. Zur Dynamik der Übertragung. *G.W. VIII (364-374)*, S. Erg., S.E. XII 1912 b.
15. Sterba, R. The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *Int J Psychoanal*, 1934;15:117-26.

16. Zetzel, E.R. Current Concept of Transference. *Int J Psychoanal*, 1956; XXXVII: 369-76.
17. Greenson, R.R. The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanal Q*, 1965; 34: 155-181.
18. Horvarth, A.O., Symonds, B.D. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Counsel Psychol*, 1991; 38:139-49.
19. Orlinsky, D.E, Howard, K.I. (1986). *Process and outcome in psychotherapy*. I: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311-381). New York: Wiley.
20. Hartley, D, Strupp, H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. I: J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Vol. 1, pp. 127). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
21. Marmar, C.R., Weiss, D.S., Gaston, L. (1989). Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment*, 1, 46-52.
22. Selzer, M.A. et al. The personality assessment interview: Preliminary report. *Psychiatry*, 1987; 50: 142-53.
23. Kernberg, O.F. The structural diagnosis of borderline personality organization. I: Hartocollis P. (ed.). *Borderline personality disorders*. New York: International Universities Press, 1977: 87121.
24. Lipkin, S. The Client Evaluates Nondirective Psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 1948; 12: 137-46.
25. Feifel, H., Eells, J. Patients and therapists assess the same psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 1963; 27: 310-18.
26. Kamin, I., Caughlan, J. Subjective Experiences of Outpatient Psychotherapy. *Am J Psychother*, 1963; 17: 660-68.

27. Elsass, P., Rosenbaum, B., Kaasgaard, K., Lauritsen, P. Klientoplevelsen af psykoterapi. En undersøgelse af narrativer, hvor psykologers og lægers fortælling om samtaleforløb sammenlignes med deres klienters. I: *Agrippa – psykiatriske tekster*, nr. 3-4. København, Århus, Odense: FADL, 1994.
28. Strupp, H.H., Fox, E.F., Lessler, K. *Patients View Their Psychotherapy*. London: The Johns Hopkins Press, 1969.
29. Sloane, R.B. Staples, F.R., Whipple, K., Cristol, A.H. Patients' Attitudes Toward Behavior Therapy and Psychotherapy. *Am J Psychiat*, 1977; 134: 2: 134-37.
30. Cross, D.G., Sheehan, P.W., Khan, J.A. Short- and Long-Term Follow-Up of Clients Receiving Insight-Oriented Therapy and Behavior Therapy. *J Consult Clin Psychol*, 1982; 50: 103-12.
31. Murphy, P.M., Cramer, D., Lillie, F.J. The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. *Br J Med Psychol*, 1984; 57: 187-92.
32. Litaer, G., Neirinck, M. Client and Therapist Perceptions of Helping Processes in Client-Centered Experiential Psychotherapy. *Person-Centered Review*, 1986; 1: 436-55.
33. Orlinsky, D.E., Geller, J.D., Tarragona, M., Farber, B. Patients' Representations of Psychotherapy: A New Focus for Psychodynamic Research. *J Consult Clin Psychol*, 1993; 61: 596-610.
34. Albeck, J.H., Goldman, C. Patient-Therapist Codocumentation: Implications of Jointly Authored Progress Notes for Psychotherapy Practice, Research, Training, Supervision, and Risk Management. *Am J Psychother*, Vol. XLV, No. 3, 1991.



# ERFARINGER FRA ET UTDANNINGSPROGRAM I GRUPPEPSYKOTERAPI I DE BALTISKE STATER

Matrix 2001; 4, s. 351-362

Steinar Lorentzen, Vivi Maar & Tore Sørli

*Artikkelen beskriver et utdanningsprogram i gruppepsykoterapi/analyse for psykologer/psykiatere fra de Baltiske land. Programmet startet i 1995 som et samarbeidsprosjekt mellom Institutt for Gruppeanalyse, Norge og Den Gruppeanalytiske Seksjon av Litauens Psykoterapiforening. Kandidater og lærere møtes 5 weekender pr. år og kurset foregår i Vilnius, Litauen. Utdannelsen har tre nivåer: Grunnleggende (1 år), videregående (2 år) og kvalifiserende (2 år). Her beskrives erfaringene fra de første tre år.*

Bruk av blokk-utdanning (at alle elementer i utdannelsen presenteres samlet flere ganger pr. år) gjør det mulig å utdanne kolleger fra forskjellige områder av et land, også om de selv mangler erfarne lærere. Denne modellen reduserer antall reiser både for kandidater og lærere. De siste 20 år er en rekke slike kurser arrangert over hele Europa (Østerrike, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Norge, Sveits, De Baltiske land, Tsjekkia), og det har vært en livlig debatt hvorvidt dette formatet er like bra som den tradisjonelle, kontinuerlige utdannelsen (1-11). Det foreligger ingen sammenlignende forskning, men to blokk-treningsprogram som er evaluert (6,11), tyder på at de gir en tilfredsstillende utdanning i gruppepsykoterapi.

## **Begynnelsen**

I 1991 ble Psykoterapiutvalget i Norsk Psykiatrisk Forening spurt om mulighetene for hjelp til å starte og drive et utdanningsprogram for psykologer og psykiatere av den Litauanske Gruppeterapiforeningen. En plan ble raskt utviklet, men først i 1995 var det mulig å starte, idet Rådet for Psykisk Helse bevil-

get penger til et ettårig, grunnleggende kurs for deltakere fra alle tre baltiske land. Vi startet med 3 smågrupper, ledet av tre norske gruppeanalytikere (og psykiatre), en kvinne og to menn.

### ***Erfaringer fra Norge***

Det Baltiske programmet er modellert etter det norske som startet i 1984 som et samarbeidsprosjekt mellom Institute of Group Analysis, London og Norsk Psykiatrisk Forening (6). All utdanning ble gitt i «blokker», i løpet av 5 week-ender pr. år. I Norge startet man med fire grupper på et grunnleggende trinn, ledet av britiske gruppeanalytikere. Utdannelsen ble gradvis påbygget, slik at det til sist hadde 5 års varighet: grunnleggende (1 år), videregående (2 år), kvalifiserende (2 år). Hvert nivå utgjorde en enhet i seg selv, men hele utdannelsen pluss produksjon av en klinisk, teoretisk rapport var nødvendig for å bli kvalifisert som gruppeanalytiker. Fra 1987 ble norske fagfolk gradvis inkludert i lærerstaben, i 1992 ble programmet overtatt av det nyetablerte Norske Institutt for Gruppeanalyse, og året etter var hele lærerstaben norsk, mens en av britene fortsatte i noen år til som veileder for den norske staben.

### ***Programmet i Vilnius***

Vi ønsket å bidra til en tilsvarende utvikling i de Baltiske Stater, forutsatt at mer penger etterhvert kunne skaffes tilveie. Det var imidlertid også viktig å kunne avslutte programmet, dersom dette viste seg å bli umulig. Vi var opp-tatt av å samarbeide og er, at en lokal komite som kjente forholdene ble opre-tet. Denne skulle både ta ansvaret for det praktiske arrangementet, men også sikre at lokale krefter med tiden ville kunne ta ansvaret for utdannelsen, når tilstrekkelig kompetanse var oppnådd. Fra begynnelsen av var det en klar for-ankring til organisasjoner utenfor kurskomiteen: I Norge var det Psykoterapi-utvalget i Norsk Psykiatrisk Forening og Institutt for Gruppeanalyse, mens den lokale komiteen hadde representanter fra gruppeterapiseksjonen i den Litauanske Psykoterapiforeningen, Vilnius Universitet, den Litauanske Psy-



kiatriske Foreningen og Vilnius Psykoterapisenter. Den lokale komiteen sørget for lokaler, distribuerte litteratur, korresponderte med deltagere, forberedte sammensetning av grupper osv. Vi deltok i diskusjoner om grupper, struktur av kurs, praktisk arrangement osv., men hadde som representanter for Institutt for Gruppeanalyse, overordnet ansvar for undervisning, valg av litteratur, gruppesammensetning, smågruppeterapi og godkjenning av kurset.

### **Struktur og framgang**

De forskjellige nivå har egne opptakskrav og målsetning. Deltagerne må være psykiatre (eller utdanningskandidater) eller psykologer engasjert i klinisk arbeid. På *grunnleggende kurs* er kravene interesse for gruppeterapi, villighet til å arbeide med seg selv i en liten gruppe og tilstrekkelig kunnskap i engelsk. Målet for kurset er «å gi basal kunnskap i gruppepsykoterapi og gruppedynamikk til deltakerne, slik at de kan lede grupper innenfor psykisk helsevern og utdannelsesinstitusjoner, og å fungere som koterapeuter i psykoterapigrupper».

På videregående kurs er det et krav at kandidaten selv driver kliniske grupper med innlagte eller polikliniske pasienter, kort- eller langtids, neurotiske eller psykotiske.

I tillegg må de delta i lokale kollegagrupper hvor man arbeider med teori og veileder hverandre mellom weekendene.

Målet er «å trene deltagerne til å arbeide selvstendig og systematisk med gruppepsykoterapi med innlagte pasienter, i poliklinikker og privatpraksis». Deltagerne på de forskjellige nivå er blandet i de tre selverfaringsgruppene og i storgruppen (median), men har teori og veiledning i egne grupper. Smågruppeterapeutene veileder ikke medlemmer fra sin egen smågruppe.

Kurset startet med 31 deltagere (4 estlendere, 6 latviere, 21 litauere) i tre smågrupper, og når 22 av disse fortsatte på videregående kurs året etter, ble nye kandidater tatt opp på et nytt grunnleggende kurs. Det samme skjedde i det tredje året når kandidater beveget seg ett trinn opp,

## **Timeplan**

Timeplanen er den samme for alle weekender de første tre årene (På kvalifiserende kurs blir den utvidet med en hel dag for å gi tid til mer veiledning og teori).

**Tabell 1. Timeplan for en weekend**

<b>Torsdag</b>	<b>Fredag</b>	<b>Lørdag</b>
1500-1530 Informasjon	0900-1030 Smågruppe	0900-1030 Smågruppe
1530-1700 Smågruppe	1030-1100 Kaffe	1030-1100 Kaffe
1700-1715 Pause	1100-1230 Veiledning	1100-1230 Veiledning
1715-1815 Storgruppe	1230-1345 Lunch	1230-1345 Lunch
1815-1845 Kaffe	1345-1515 Smågruppe	1345-1500 Teori
1845-2015 Smågruppe	1515-1530 Pause	1500-1515 Pause
	1530-1630 Storgruppe	1515-1615 Storgruppe
	1630-1700 Kaffe	1615-1645 Evaluering
	1700-1830 Smågruppe	1645-1715 Kaffe
		1715-1845 Smågruppe
<b>Søndag</b> 1030-1200	Planlegging og forhandlinger med lokal arrangementskomite.	

## **Antall timer på grunnleggende og videregående kurs**

På grunnleggende kurs er det til sammen 35 sesjoner (hver 1,5 time) smågruppebehandling, 15 timer selverfaring i storgruppe, 10 sesjoner (hver 1,5 time) veiledning og 5 sesjoner (hver 1,25 time) teori. Antall timer på videregående kurs som varer i to år, er rimeligvis det dobbelte av dette.

## **Lærerstab**

Første året besto staben av tre norske psykiatere, en kvinne og to menn. Av personlige grunner måtte en slutte etter ett år og ble erstattet av en erfaren dansk psykolog. Det tredje året hadde vi 3 årganger av kandidater og treng-

te flere teorilærere og veiledere (kandidater på 1. og 2. videregående år kunne veiledes sammen, men måtte ha teori hver for seg). To litauanske kolleger som var utdannet i Polen av Heidelberg-instituttet, begynte da som veileder og teorilærer på grunnleggende kurs.

### ***Tidsskjema***

Første år fant sted fra mars 1995-februar 1996, andre år fra juni 1997-juni 1998 og tredje år fra september 1998-juni 1999. Kurset er nå inne i sitt 5. år.

### ***Økonomi***

Det har tatt mye tid å skaffe penger. Hovedutgiftene har vært reise- og oppholdsutgifter for staben, selv om det har vært mulig med noe refusjon av tapt arbeidsfortjeneste og et «symbolsk» honorar. Det første året ble hovedsakelig finansiert gjennom midler fra Rådet for Psykisk Helse i Norge, deltagerne betalte litt, og norske kolleger donerte en sum til bøker. Andre og tredje år ble finansiert av Nordisk Ministerråd, Den Norske Lægeforening og deltagerne selv, som betalte fem ganger mer enn første år.

### ***Evaluering***

#### ***Metode***

Kurset har blitt løpende evaluert av stab og lokal arrangementskomite, og hver weekend har vært avsluttet med et evalueringsmøte som har ført til små justeringer underveis. I tillegg har hvert år blitt avsluttet med en spørreskjemaundersøkelse hvor vi har brukt samme skjema som i det norske programmet (appendix 1). Deltagerne ble bedt om å skåre utbyttet av 13 av bestanddelene på kurset på en 7-punkts skala (fra «veldig dårlig»-«veldig bra»), og i hvilken grad språkvansker hadde betydning for utbyttet av kurset. Utfyllingen skjedde anonymt. Til sist ble deltagerens ferdigheter i engelsk skåret etter konsensus i staben. Hovedhensikten med dette var å diskutere hvorvidt alle

ble ansett å ha tilstrekkelige språkkunnskaper til å kunne gå videre i utdannelsen.

### **Erfaringer**

Til tross for flystreiker, ombygginger på kursstedet, tap av pener p.g.a. konkurs i banken, ble det første året gjennomført etter planen. I løpet av de tre første årene mistet vi bare en gang (av 15 mulige) flyet i København og kom en dag for sent til Vilnius. Dette førte selvsagt til fantasier om å bli forlatt og bekymringer om vårt ve og vel. Usikkerhet m.h.t. finansiering førte til stor avstand mellom første og andre kursår, men det syntes ikke å få store konsekvenser for deltagelsen. Hvor mye hver deltager kunne (ville?) betale og hvorfor staben var villig til å arbeide nesten gratis har vært ladete emner som har bidratt til dynamikken i kurset.

### **Deltagelse**

Tjueni fullførte første år på en tilfredsstillende måte (< 20% fravær). Tjueto fortsatte på det videregående kurset, og seksten begynte på nye grunnleggende kurs det andre og tredje året. Totalt 5 (11%) droppet ut de første tre årene. Motivasjonen for å fortsette har vært god, siden omtrent 80% har fortsatt etter grunnleggende kurs. I løpet av videregående kurs har imidlertid bildet blitt litt mer sammensatt. Ved slutten av det andre året på videregående kurs ble det klart at 8 kandidater hadde problemer. Vi vurderte at to av disse ikke hadde nytte av kurset og de måtte slutte. Fem måtte ta et ekstra år fordi de formelle krav ikke var oppfylt, eller deres framgang ikke kunne vurderes fordi de deltok for lite eller var uklare og utydelige i diskusjoner.

## **Resultater fra spørreskjemaene**

**Tabell 2.**

**The participants' scores on the different elements of the course.\***

<b>The course as a whole and components</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Range</b>
Personal benefit from the large group	3.7	1.5	1-7
Professional benefit from the large group	3.8	1.4	1-7
Theory seminar	5.1	1.3	2-7
Practical arrangement	5.2	1.2	3-7
Benefit in conducting groups	5.6	1.0	3-7
The social climate of the course as a whole	5.4	0.9	4-7
Professional benefit from the small group	5.7	1.1	3-7
Personal benefit from the small group	5.8	1.1	3-7
The work of my theory teacher	5.8	0.9	3-7
The course as a whole	5.8	0.8	4-7
The work of my small group therapist	6.2	0.8	4-7
The benefit from the supervision group	6.0	1.1	3-7
The work of my supervisor	6.3	0.94	3-7

\*Disse resultatene er fra første grunnleggende kurs. Resultatene fra de to neste årene er referert i resultatavsnittet

Deltagerne vurderte det faglige og personlige utbyttet fra storgruppen minst, mens utbyttet fra veiledning på eget gruppearbeid og arbeidet til egen smågruppeterapeut og veileder ble vurdert høyt. Kurset som et hele, personlig og faglig utbytte av smågruppen, og teorilærerens arbeide ble også skåret høyt, og enigheten blant kandidater var høy (lav varians). Det sosiale miljø, teori-seminaret og det praktiske arrangementet kom i en mellomstilling. En lignende evaluering av deltagerne i det norske programmet viste samme tendens til å vurdere storgruppen lavt (6).

Hvis vi sammenligner skåren for kandidater på grunnleggende kurs fra forskjellige år, viser det seg at de som startet det andre og tredje året var mer fornøyde med små- og storgruppen enn de som startet første året. Dette kan forklares med at de kom inn i en etablert, mer velfungerende gruppekultur enn de som måtte starte fra begynnelsen av. Stabens vurdering av deltageres språk etter grunnleggende kurs viste at seks hadde utilstrekkelig kunnskap. De måtte selv ha lidd under dette, idet ingen av dem søkte opptak på videregående kurs. Dette er det samme antallet på grunnleggende kurs som mente at kvaliteten på kurset led under av at det ble holdt på engelsk (19%), selv om dette ikke nødvendigvis var de samme personene. Senere har denne prosentandelen øket en god del, noe som sannsynligvis betyr at deltagerne føler det er lettere å innrømme problemer, når de har blitt mer involvert i kurset. Vi har ikke funnet at det er noe systematisk forskjell i språkkunnskaper mellom deltagerne fra de tre landene og heller ingen sammenheng mellom at deltagerne opplever språkproblemer og deres tilfredsstillelse med programmet. Når vi sammenligner skåren til deltagerne på de forskjellige nivå, ser vi flere interessante ting: For det første skårer «kurset som helhet» høyere etter andre videregående år enn det første. Det synes rimelig at verdien av kurset stiger etter som man oppnår et visst kompetansenivå. Vi hadde imidlertid også inntrykk av at dette året var et spesielt godt arbeidsår idet sentrale dynamiske temata som hadde vært benektet tidligere, ble mer åpne og kunne bli gjenstand for bearbeidelse.

Et annet funn var at «personlig utbytte av smågruppen» sank betraktelig fra grunnleggende til første videregående år, men steg igjen etter andre videregående år. Vi ser dette som et bortfall av en initial idealisering, og mulig skuffelse og sinne i forbindelse med dette. Sterk motstand i gruppene på kursets andre år kan også ha ført til motoverføringsproblemer, og til et mer anstrengt forhold mellom lederne og deres grupper. Vi hadde en hypotese om at gruppen som mistet sin kvinnelige terapeut sørget over dette og viste motstand mot den nye. Det viste seg imidlertid at denne gruppen skåret utbyttet av smågruppen høyere enn de to andre. Reduksjon av idealisering kan gjøre det mulig å arbeide med personlige emner på en mer autonom, realistisk måte,

og vi tror at en økende erkjennelse av dette førte til en høyere skåre etter det andre videregående året. Et tredje framtrødende funn var en betydelig økning i «personlig utbytte av storgruppen» over tid, og til og med en tendens til å skåre personlig utbytte høyere enn den faglige. Dette kan dels forklares med en bedre fungerende storgruppe, men også at det tar noe tid å forstå de læringsmulighetene storgruppa byr på, og til å mobilisere det motet som trengs for å eksperimentere med den. Det var en lavere skåre på «min veileders arbeide» etter første videregående år enn etter grunnleggende kurs. Igjen tror vi dette beror på tap av initial idealisering: Bare noen av deltagerne ledet selv grupper da de var på grunnleggende nivå, mens første videregående år åpnet opp for et mer realistisk samarbeid om egne pasienter, noe som i større grad viste veileders begrensninger.

### ***Samarbeidet med den lokale arrangementskomite***

Samarbeidet mellom den lokale komite og de skandinaviske lærere har svingt fra «glimrende» til «det er så vidt det går». Noe «overføringsmateriale» (og motoverføringsmateriale) bringes selvsagt med til samarbeidsmøtene, siden alle der, bortsett fra to, også er deltagere på kurset. Dessuten har vi i samarbeidsmøtene forsøkt å utvikle «a culture of enquiry», noe som til tider har vært vanskelig, særlig på grunn av autoritetsproblemer (alt som blir sagt av oss er blitt oppfattet som ordre som skulle utføres, eller som man kunne trosse). Det har også tidvis vært for mye handling og mangel på refleksjon. Andre kompliserte forhold har vært at dimensjonen aktivitet/passivitet har vært ujevnt fordelt i gruppen, og en følelse av at maktkonstellasjoner fra «det virkelige liv» i noe for høy grad har fått betydning for arbeidet i gruppa. Vårt ønske om å få representanter fra Latvia og Estland i komiteen har det vært vanskelig å få til, siden disse da måtte oppholde seg en ekstra dag i Vilnius. Et ubehagelig problem inntraff da det viste seg at et av komitemedlemmene hadde tatt initiativ til å starte et grunnleggende kurs på egenhånd i Estland. En av de andre medlemmene i komiteen samt en av deltagerne på kurset hadde vært engasjert i planleggingen av kurset. Kurset ville delvis finne sted i konkurranse

med vårt kurs som helt klart var for deltagere fra alle Baltiske land. Dette syntes å vise noe av den misunnelsen og konkurransen, som dessverre ikke ble verbalisert (den gang), men direkte omsatt i handling bak vår rygg. Selv om misunnelse, konkurranse osv. selvsagt også har vært mer eller mindre åpne temaer på selve kurset, må men her også se etter forklaringer både på individuelt nivå, og på samfunnsnivå, hvor det nå kan synes som om alle «må klare seg som best de kan» i et vanskelig økonomisk og arbeidsmessig klima.

### **Konklusjon**

Deltagerne har stort sett verdsatt programmet høyt, og det har vist seg både i evalueringsmøter og den skriftlige evaluering som har funnet sted ved slutten av hvert år. Vi har imidlertid noen drop-outs og noen som har sluttet etter første eller tredje år og som ikke har sagt alt de mener om kurset. Vi har sett en initial begeistring både hos oss selv og andre, som gradvis er forandret til en alvorstung forståelse av hva som kreves både personlig, faglig, økonomisk osv. for å gjennomføre utdannelsen. Realitetene i dette ble også tydeliggjort da vi måtte nekte to av deltakerne å fortsette i utdannelsen, og fem måtte ta ett ekstra år etter 2. videregående fordi de ikke hadde oppfylt utdanningskravene. Etter det første grunnleggende kurset var det 22 som ønsket å gå videre. Vi var da klar over at alle ikke hadde anledning til eller var egnet til å fullføre hele utdannelsen. Elleve i denne gruppen startet imidlertid senere på kvalifiserende kurs, og vi synes dette er lovende med tanke på å utdanne en lærerstab som med tiden kan drive utdanningsprogrammet videre på egen hånd.



## **Referanser**

1. Behr H. Block Training: The influence of the modified setting on the group-analytic process. *Group Analysis* 1990;23:347-52.
2. Hearst L. Transference, countertransference and projective processes in training course block sessions. *Group Analysis* 1990;23:341-46.
3. Hearst L, Sharpe M. Training for and trainees in group analysis. In: Roberts J, Pines M, editors. *The Practice of Group Analysis*. London and New York: Tavistock/Routledge; 1991. p.148-54.
4. Behr H, Hearst L. Commentary: Block training in group analysis. The debate continues. *Group Analysis* 1991;24:475-77.
5. Knauss W, Rudnitzki G. Block training in Heidelberg: Historical and contemporary influences. *Group Analysis* 1990;23:367-75.
6. Lorentzen S, Herlofsen P, Karterud S, Ruud T. Block Training in Group Analysis: The Norwegian Program. *International Journal of Group Psychotherapy* 1995;45:73-89.
7. Lorentzen S. Block training in Oslo: The experience of being both organizer and participant. *Group Analysis* 1990;23:361-66.
8. Olivieri-Larsson R. Commentary: Block Training in Group Analysis. *Group Analysis Special Section*, 23:339-66. *Group Analysis* 1991;24:335-37.
9. Reik H. A Changed Time Structure: The Effect on the Analytic Group. *Group Analysis* 1989;22:325-30.
10. Reik H. Commentary «Block Training in Group Analysis». *Group Analysis* 1991;24:85-86.
11. Lorentzen S, Kuriene A, Laurinaitis E, Lyngstad K, Petkute, E, Sørлие T, Zilieniene S. Block Training in Group Psychotherapy in the Baltic States. *Group Analysis* 1998;31:351-61.

## Appendix 1.

	very bad						very good
1. The course as a whole.	1	2	3	4	5	6	7
2. The professional benefit from the small group.	1	2	3	4	5	6	7
3. The benefit from the small group in self-understanding and personal development.	1	2	3	4	5	6	7
4. The professional benefit from the large group.	1	2	3	4	5	6	7
5. The benefit from the large group in self-understanding and personal development.	1	2	3	4	5	6	7
6. The professional benefit from theory seminary.	1	2	3	4	5	6	7
7. The professional benefit from the supervision group.	1	2	3	4	5	6	7
8. The work of my small group therapist.	1	2	3	4	5	6	7
9. The work of my supervisor.	1	2	3	4	5	6	7
10. The work of my theory teacher.	1	2	3	4	5	6	7
11. The social climate of the course as a whole.	1	2	3	4	5	6	7
12. The practical arrangement of the course.	1	2	3	4	5	6	7
	very little						very much
13. Did it affect the quality of the course that the Norwegian staff and you had to speak English?	1	2	3	4	5	6	7

Please note if there is anything you think can be improved in the course:

---

---

Will you terminate after the basic course or do you want to continue on an advanced course (if possible)

I will terminate  I will continue

# GRUPPEANALYTISK SUPERVISION I ET TRANS-KULTURELT BLOKTRÆNINGSPROGRAM

## Overvejelser over sociale, kulturelle og politiske forholds indvirken på deltageres overføring og på modoverføringen

Matrix 2001; 4, s. 363-374

Vivi Maar, Tore Sørli & Steinar Lorentzen

*Artiklen beskriver nogle af de faktiske og oplevede forhold, som er medvirkede til at præge et gruppeanalytisk supervisionsforløb i et transkulturelt bloktræningsprogram.*

*I 1995 startedes et uddannelsesprogram i gruppeanalyse i Vilnius, Litauen med 31 psykologer og psykiatere fra de tre baltiske stater. Programmet er udgået fra Norsk Institutt for Gruppeanalyse, Oslo.*

*Efter det første år var der en pause på knapt 1½ år på grund af problemer med den eksterne finansiering. Siden har uddannelsen været kontinuerlig med fem årlige træningsblokke, bestående af gruppeterapi, storgruppe, supervision, teori og evaluering.*

*Supervision af deltageres eget gruppearbejde udgør en væsentlig del af uddannelsens faste struktur.*

*På et tidspunkt viser der sig øgede praktiske problemer, modstand og emotionelle spændinger i supervisionsgruppen og i det kliniske materiale, som bringes til supervision. Parallelprocesser, hvor klienters forhold og reaktioner afspejles i supervisionsprocessen, bliver påpeget og bearbejdes. Dette skaber mulighed for en øget forståelse hos supervisander og hos supervisor af, hvordan deltageres basale sociale, politiske og kulturelle matrix kan påvirke overføring, modoverføring og indlæring i supervisionen. En erkendelse, som synes at have bidraget til øget professionel åbenhed, indsigt og indlæring.*

## **Indledning**

Det baltiske uddannelsesprogram i gruppeanalyse har eksisteret siden 1995, hvor omkring 30 psykiatere og psykologer startede deres uddannelse. Af disse har 10 nu fuldført den femårige uddannelse. Det skaber mulighed for at rekruttere nye baltiske lærere, således at uddannelsen gradvist vil kunne overtages af disse, hvilket har været et mål fra træningsprogrammets start. Samtidig er nye deltagere kommet til (1).

Hver af de fem årlige blokke i uddannelsen består af gruppeterapi, storgruppe, supervision, teori og evaluering, heraf udgør den gruppeanalytiske supervision en integreret og væsentlig del.

I de første år, hvor der kun var tre lærere, måtte supervisionsgrupperne ofte være relativt store, hvilket betød, at ikke alle fik lejlighed til at præsentere deres terapeutiske arbejde, og at nogle måtte henvises til at fortælle kort om afgrænsede problemer. Selv om deltagerne gav et resume af deres terapeutiske arbejde, kunne det undertiden være vanskeligt for supervisionsgruppen at følge med i de terapeutiske processer over tid og dermed at give den nødvendige feedback og støtte. Hertil kommer, at nogle havde vanskeligt ved at udtrykke sig på engelsk, hvilket dog med tiden bedredes væsentligt for de flestes vedkommende.(2)

Supervisorerne fandt det ofte vanskeligt at stå alene med de terapeutiske problemer mellem de enkelte træningsblokke. Nogle viste deres frustration herover ved kun at fremlægge meget sparsomt materiale og i øvrigt trække sig emotionelt fra supervisionsgruppen.

I forsøg på at imødekomme behovet for øget tid til supervision blev der, som i det norske træningsprogram, oprettet »peer groups«, dvs. mindre grupper af deltagere, som mødtes ca. hver 14. dag med henblik på gensidig supervision og gennemgang af på forhånd fastlagt litteratur. Grupperne blev fortrinsvis dannet ud fra deltagernes geografiske placering. De sikrede dermed deltagerne et professionelt netværk i perioderne mellem træningsblokkene og har siden i forløbet, efterhånden som deltagernes terapeutiske kompetence er vokset, fået stadig større betydning. Derudover kan de, som Behr, Hearst, Føyn og Schwarzenbach (3) gør opmærksom på, have en kraftigt korrigeren-

de indflydelse på idiosynkratiske teknikker og eventuelle misopfattelser forårsaget af terapeutens modoverføring.

### ***En vanskelig start***

Ofte kræver supervision i forbindelse med bloktræning en særlig modifikation af både indhold og teknik i forhold til supervision på kontinuerlig ugentlig basis. Hvis det derudover drejer sig om transkulturel supervision, må supervisor søge at medtænke supervisandernes særlige kulturelle, socio-økonomiske og politiske baggrund og den indflydelse, denne baggrund kan have, for eksempel på deres opfattelse af autoriteter og af egne professionelle muligheder.

Ved begyndelsen af uddannelsesprogrammets andet år havde der været en uforudset pause på knapt 1½ år på grund af utilstrækkelig ekstern finansiering. Samtidig havde en hidtidig supervisor måttet forlade programmet af personlige grunde.

Det gav denne supervisionsgruppe og den nye supervisor vanskelige betingelser:

Supervisionsgruppen, som havde deltagere fra alle tre baltiske lande, virkede tydeligt påvirket af den lange pause og af at skulle forholde sig til en ny supervisor.

I begyndelsen viste gruppen tegn på passivitet, modvilje og forvirring, kun gradvis blev der udtrykt en vis vrede og usikkerhed i forbindelse med den manglende stabilitet i supervisionsforløbet. Der udtryktes fornemmelser af at være blevet forkastet og forladt uden varsel.

Selv om nogle få havde været i stand til at fortsætte deres terapigrupper, havde de fleste ikke arbejdet med grupper i den lange pause og fandt det vanskeligt bare at tænke på at starte igen. Hvordan kunne man være sikker på, at supervisionsforløbet nu ville blive stabilt?

Beslutninger om at starte terapigrupper blev udskudt. I lang tid syntes der at være en vis tøven og modvilje. Supervisor måtte vedholdende opfordre deltagere til at komme i gang igen, bekymret over, at de blot lod tiden gå.

Deltagerne gav mange grunde til ikke at kunne etablere terapigrupper. Nogle fortalte om unge på institution, som tilsyneladende havde mere behov for, at de professionelle fungerede som erstatnings-forældre, andre arbejdede med kronisk syge psykiatriske patienter, som kun var interesserede i at bevare deres pension og ikke var motiverede for behandling. Mangel på økonomiske ressourcer betød samtidig, at flere institutioner ikke udbetalte løn til de ansatte terapeuter. Private patienter var ofte ikke i stand til at betale for at deltage i en terapigruppe.

Supervisor, som på dette tidspunkt havde meget lidt konkret viden om deltagernes basale sociale, politiske og kulturelle forhold, måtte i mangel heraf fortrinsvis støtte sig til sine modoverføringsreaktioner. I forbindelse med beretningerne om afsavn, krænkelser og afvisning, følte hun sig som supervisor yderst krævende, absolut hverken givende eller empatisk, snarere som en kontrollerende »stedmoder« eller en »kvindelig kommissær« – en metafor, som dukkede op i en af storgrupperne. Deltagernes passivitet, tendens til opgiveness og oplevelse af ikke at få det, de havde brug for, skabte en overgang også tvivl hos supervisor om, hvorvidt gruppeanalytiske grupper ville kunne etableres under de beskrevne forhold. Supervisor oplevede et dilemma mellem på den ene side at vise solidaritet og forståelse for deltagernes vanskeligheder og på den anden side at skulle stille krav til dem om at arbejde sig frem mod en faglig kompetence, som ville kunne måle sig med internationale standarder.

De fleste terapeuter føler sig usikre, når de skal starte deres første terapigruppe. De kan være ambivalente og ængstelige, have store ambitioner og samtidig nære stærk tvivl om, hvorvidt de vil kunne fungere godt nok i en gruppe. I dette tilfælde syntes tvivlen og modstanden dog at være langt mere udtalt.

En overgang mindede de følelser og holdninger, som dukkede op i supervisionen, om antigruppefænomener, som Nitsun (4) beskriver dem, – hvor destruktive og passivt aggressive tendenser ikke kun er til stede i den enkelte eller mellem deltagerne, men rettes mod selve gruppen (og dens eksistens). Nitsun understreger imidlertid også, at antigruppefænomener, når de

behandles adækvat, kan bibringe gruppen en fornemmelse af at kunne overleve, hvilket kan medføre konstruktive ændringer i og af gruppen.

Nogle af supervisanderne gav udtryk for, at ledelsen i deres institution ikke ville forstå eller acceptere den gruppeanalytiske arbejdsform. De syntes i nogen grad at projicere deres egen skepsis og ambivalens over for den gruppeanalytiske teori og metode over på ledelsen.

I forsøg på at tilfredsstille både den gruppeanalytiske supervisor og en behavioristisk orienteret chef havde en deltager således besluttet at anvende disse to teoretisk/metodisk meget forskellige retninger i sin terapigruppe i alternerende uger. En anden fandt det nødvendigt at indlede hver session i sin gruppe på en hidtil anvendt, mere lederstyret måde, da han tvivlede på, at den mindre strukturerede gruppeanalytiske metode ville være tilstrækkeligt effektiv. En havde startet sin terapigruppe med sytten deltagere ud fra en forventning om, at en del nok ville forlade gruppen i utide.

Disse eksempler syntes at udtrykke den forvirring, ambivalens, vrede og afmagt, som nogle af supervisanderne oplevede, da de blev stillet over for professionelle krav, som på det tidspunkt forekom dem alt for omfattende, urealistiske, uretfærdige og umulige at imødekomme.

Nogle viste en klar tendens til at agere disse følelser ud, mens andre gav mere indirekte udtryk for deres følelser og holdninger. For eksempel afspejledes disse i den måde, hvorpå en lidende patient, som ikke blev forstået af nogen i terapigruppen, blev empatisk og detaljeret beskrevet. Supervisionsgruppen opholdt sig ligeledes længe ved en isoleret, ofte misforstået patient, som var ude af stand til at meddele sig, men havde ekstremt brug for omsorg og hjælp. En terapigruppe blev beskrevet som meget passiv og præget af tavshed i lange perioder, indtil der direkte blev udtrykt frygt for, at terapeuten ikke ville kunne klare den stærke vrede og frustration, patienterne hver især sad med.

Ovennævnte problemer var naturligvis reelle og aktuelle i de enkelte terapigrupper, men ved nærmere eftertanke syntes de også at afspejle følelser, som var relaterede til og relevante i forhold til supervisionsgruppen og den nye supervisor. Da supervisor delte disse tanker med supervisionsgruppen,

hjalp det deltagerne til at få øje på deres egen frustration og på deres identifikation med patienterne og den situation, disse sad i.

Efterhånden som de aktuelle problemer i supervisionsgruppen blev sat ind i en gruppeanalytiske sammenhæng, og de aktiverede parallelprocesser mellem klienter og supervisander blev analyset, blev det muligt for deltagerne at forholde sig mere aktivt til processen.

Det blev for eksempel mere acceptabelt at tale åbent om egne oplevede vanskeligheder og tvivlen om mulighederne for at leve op til uddannelsens krav. Noget som tidligere syntes at have været tabubelagt Deltagerne blev mere aktive og skarpere, men støttede samtidig hinanden ved at søge at skabe håb om at kunne etablere nye terapigrupper. De spurgte mere interesseret, og bidrog samtidig med forslag, som tog udgangspunkt i deres viden om lokale forhold og institutionelle arbejdsrutiner. Dette skabte nye muligheder for at finde konstruktive løsninger, ikke kun ved supervisors hjælp, men nu i højere grad ved hjælp af en mere udforskende, aktiv dialog blandt deltagerne.

### ***Hyppe problemer i forbindelse med supervision i bloktræningsuddannelser***

Undertiden vil supervisander gennem ubevidst ageren i supervisionen, verbalt eller nonverbalt, afspejle karakteristiske træk hos deres patienter eller i den gensidige terapeutiske relation. På denne måde kan et terapeutisk problem undertiden indirekte blive kommunikeret til supervisor og supervisionsgruppen. Sådanne parallelprocesser kan gå begge veje, som det understreges af Szecsody (5) og Ekstein (6). Processen i supervisionsgruppen kan således på forskellige niveauer påvirke det, som sker i terapigrupperne.

I forbindelse med bloktræning er det særligt vigtigt, at supervisor bliver opmærksom på sådanne mulige parallelprocesser og sammen med terapeuten nærmere udforsker disse, da de lange intervaller mellem blokkene ikke giver mulighed for mere regelmæssig korrektion (3).

Supervisander vil ofte føle sig usikre og sårbare, når de i en indlæringsituation skal fremlægge materiale, de måske ikke helt forstår. I begyndelsen vil



de ofte efterlyse råd fra supervisor om, hvad de skal gøre, og der kan være en tendens til at undgå selv at tage beslutninger. Den ikke ualmindelige antagelse om, at der kun er een måde at gøre tingene på, kan forårsage passivitet og ængstelse for at improvisere og for spontant at give udtryk for egne meninger (7). I træningsprogrammets to første år var dette meget udtalt både i storgrupperne og i supervisionsgrupperne.

De forskellige elementer i bloktræning: gruppeterapi, storgruppe, supervision, teori og evalueringsmøder, kræver med deres mange skiftende relationer et konstant rolleskift.

Behr og Hearst (3) beskriver, hvordan deltagerne må bære presset af de hurtige skift mellem regression, overføring og modoverføring i terapigrupperne – og den mere didaktisk prægede funktionsmåde i teori og supervision. Det kræver i hurtig rækkefølge ændringer i holdning og i måden at lytte og relatere sig på.

Undertiden synes der at være tydelige tendenser til at overføre følelser eller holdninger, som er aktiverede i een sammenhæng til den næste. Det har for eksempel til tider været slående, hvorledes processen i storgruppen har givet resonans i supervisions – eller terapigruppen, således at der kunne eller måtte arbejdes videre med de samme temaer og problemer på en anden måde.

Selv om den gruppeanalytiske supervision har indlæring af professionelle færdigheder som et af sine primære formål, kan man også her iagttage, hvorledes processen skifter mellem arbejdsgruppe og basale gruppeantagelsers mere regressive niveauer, som beskrevet af Bion (8).

Ofte er gruppeanalytisk supervision en kompliceret proces, som er personligt og fagligt engagerende -og lærerig såvel for supervisander som supervisor. Sharpe og Blackwell (9) beskriver denne proces som en »subtle sharing«, hvor supervisand, supervisor og supervisionsgruppen bevidst og ubevidst kommunikerer med hinanden. En proces som gradvis udvikles i forbindelse med etableringen af en bæredygtig lærealiance i supervisionen.

Supervisander i bloktræning må gennem længere tid rumme de følelser, som klienterne og det terapeutiske arbejde fremprovokerer, før de omsider får lejlighed til at få supervision. Det kan til tider skabe øget angst såvel hos

supervisander som hos supervisor. Sidstnævnte kan føle sig udfordret, usikker på problemernes omfang og måske ængstelig for at fremkalde negative reaktioner med mulig stagnation til følge. I sådanne tilfælde kan der være behov for yderligere fordybelse eller eventuelt kollegial supervision i forsøg på at nå til en bredere mere fuldstændig forståelse.

Spændinger vil som regel forekomme i forbindelse med en supervisionsproces. Szecsödy (5) fremhæver, at spændinger kan være udtryk for supervisandens modstand mod at lære, men samtidig også kan være et produkt af den nødvendige udvikling, som skal finde sted. Gross-Doehrmann (10) betragter spændinger i supervisionen som en mulig modstand mod at lære eller som en angst for afhængighed, tæt forbundet med autoritetskonflikter i forhold til supervisor. Samtidig understreger hun, at dette ikke behøver at være et problem, som man skal prøve at undgå, men opfordrer til at modstand i supervision betragtes på linie med modstand i psykoterapi: som en vej til at opnå yderligere indsigt og vækst.

### ***Den sociale, kulturelle og politiske histories indflydelse***

Selv om hver supervisand har sin egen måde at bruge supervisionen på, sit særlige indlærings- og udviklingsmønster, syntes der i de baltiske supervisionsgrupper samtidig at herske en udbredt, muligvis socialt eller kulturelt betinget autoritetsfrygt i supervisionsgruppen. Denne afspejledes i en passiv afventen af supervisors svar, men også i en vis modstand og ængstelse for selv at påtage sig ansvar og den autoritet, som terapeutfunktionen også kræver.

Det at påtage sig rollen som autoritet viste sig for flere at være særligt vanskeligt, ikke blot fordi denne rolle på grund af tidligere oplevelser under det totalitære styre kunne være forbundet med forestillinger om omnipotens og destruktivitet, men også fordi det at acceptere rollen som autoritet for nogle kunne opleves som en form for svigt, et forræderi mod tidligere overbevisning. Således var det tidligere under det totalitære styre almindeligt at overtræde og trodse regler i det skjulte, ligesom det at bryde love ofte var værdsat og beundret.

Flere forfattere har beskrevet, hvordan mange års svær politisk, social og kulturel undertrykkelse i mange tilfælde har skabt frygt for åbent at afsløre egne tanker, ønsker, følelser og ressourcer (11,12,13). Det tidligere totalitære styre synes at have medført vidtrækkende selvrepressive tendenser med tendens til underkastelse og utydeliggørelse, et forhold som på grund af frygt også har eksisteret i mange familiers opdragelse af deres børn og undertiden har kunnet tage form af personlighedsændringer hos voksne. I mange tilfælde udtrykkes basal frygt for at tage ansvar, for offentligt at tilkendegive egne ønsker og meninger. Befolkningerne i de baltiske lande har i mange år set det som deres vigtigste opgave at overleve og at undgå at blive straffet for uafhængige, mere selvstændige tiltag (11). Den undertrykkelse, som sker i forbindelse med totalitære regimer, kan medføre en dannelse af indre totalitære objekter, som derefter kan fortsætte med at præge personligheden, også i en posttotalitær virkelighed (12).

Det er sandsynligt, at tidligere traumatiske erfaringer, forbundet med 50 års politisk, social og kulturel undertrykkelse, på flere planer er blevet aktualiseret i forbindelse med bloktræningsprogrammet, hvor intense overføringsreaktioner erfaringsmæssigt ofte opstår.

Ud over et stærkt ønske hos deltagerne i træningsprogrammet om at tilegne sig en nyere vestligt præget behandlingskultur som den gruppeanalytiske, kan »invasionen« af tilrejsende udenlandske eksperter sandsynligvis have befordret forestillinger om lærerne som uforstående og diktatorisk autoritære. Dette kan have affødt en oplevelse af utryghed og af egen afmagt og have provokeret tendenser til underkastelse, utydeliggørelse og devaluering af de implicerede.

### ***Den igangværende udvikling***

I de baltiske supervisionsgrupper ses der efterhånden mange tydelige eksempler på faglig og personlig udvikling og vækst. Et stort antal af deltagerne giver nu udtryk for egne synspunkter, såvel i storgruppen som i supervisionen. Flere har vist interesse for at påtage sig organisatoriske opgaver i forbindelse

med bloktræningsprogrammet. Samtidig har de vist sig villige til at betale mere for deres deltagelse i uddannelsen på et tidspunkt, hvor dette var nødvendigt, til trods for at det for en del betød ret store økonomiske opofrelser.

Gennem årene er deltagerne generelt blevet mere aktive, ansvarsbevidste og initiativrige, også i supervisionsgruppen. Der er tegn på større tilfredshed og åbenhed, både emotionelt og socialt. Som en udtrykte det: »Det er rart, når der bliver stillet krav til en, man oplever, at man virkelig betyder noget. Tidligere var vi vant til at skulle opfordres tre gange, før nogen reagerede«.

Supervisanderne har gradvis opnået større sikkerhed og viser klart et engagement i deres terapeutiske arbejde, ligesom evnen til refleksion og selv-supervision i forbindelse med det terapeutiske arbejde stadig synes at udvikles, stærkt befordret af supervisionsgruppen som helhed. Det er blevet acceptabelt at være mere åben og for eksempel udtrykke sig om egne stærke og svage sider.

## **Afslutning**

Knapt en tredjedel af de 33 deltagere, som i 1995 startede på træningsprogrammets første basale trin, har nu afsluttet deres femårige kvalificerende gruppeanalytiske uddannelse.

En gruppe på otte vil kunne afslutte næste år. Andre har behøvet mere tid. En af vanskelighederne herved har været, at bloktræningsprogrammets stramme rammer ofte har sat tempoet, så der kun i begrænset omfang er blevet mulighed for at tilbyde ekstra tid til dem, som syntes at behøve det.

Nogle supervisander har måttet kæmpe med mange både ydre og indre barrierer og vanskeligheder, men der sker gradvist en udvikling af indsigt, selvrefleksion, åbenhed og håb, stærkt hjulpet på vej af samtlige deltagere i de forskellige grupper, som træningsprogrammet indeholder.

## Referencer

1. Lorentzen, S, Maar, V and Sørliie, T. (2001) Erfaringer fra et uddanningsprogram i gruppepsykoterapi i de Baltiske Stater. *Matrix*, 18, 4: 351-362.
2. Sørliie, T., Maar, V. and Lorentzen, S. (2000) Coping with language problems in group analytic block-training programme in the Baltic States. *Ricerche sui Gruppi*, 10, p. 75-81.
3. Behr, H. & Hearst, L. (1995) Supervision in trans-cultural block training courses, p. 94-103. In: *The Third Eye, Supervision of analytic groups*. Meg Sharpe (ed), Routledge, London
4. Nitsun, M. (1996) *The Anti-Group*, London, Routledge
5. Szecsödy, I. (1990) *The learning process in psychotherapy supervision*. Stockholm.
6. Ekstein, R. (1981) On the Supervision of the Supervisor. In: Wallerstein, R.S. (ed.) *Becoming a Psychoanalyst. A Study of Psychoanalytic Supervision*.
7. Olivieri-Larsson, R. (1993) Superego Conflicts in Supervision. *Group Analysis* 26(3):195-208.
8. Bion, W.R. (1961) *Experiences in Groups*. Tavistock Publications, London
9. Sharpe, M. & Blackwell, D. (1987) Creative Supervision through Student Involvement. *Group Analysis* 20(5): 195-208 .
10. Gross-Doehrman, M.J. (1976) Parallel Processes. In: *Supervision and Psychotherapy Bull. Menninger Clinic*, 40, p.3-104.
11. Laurinaitis, E. (1997) »Homo Sovieticus« as a patient and as a therapist, Stensil.
12. Sebek, M. (1999) Posttotalitarian identity: Inner totalitarian objects in posttotalitarian reality. *Revue psychoanalytiske psykoterapie*, vol.1.1., p.8-15.

13. Lorentzen, S. (2000) Authority in Leadership Issues in Block-training programmes in Group Analysis. E.G.A.T.I.N. study days, Vilnius.

# MESTRING AV SPRÅKPROBLEMER I ET GRUPPEANALYTISK UTDANNINGSPROGRAM I DE BALTISKE STATER

Matrix 2001; 4, s. 375-383

Tore Sørli, Vivi Maar & Steinar Lorentzen

*Et gruppeanalytisk utdanningsprogram med omtrent 30 deltakere fra alle de tre Baltiske stater har siden våren 1995 vært drevet i Vilnius, Litauen. Deltakerne er på ulike nivåer av den femårige utdanningen. Det norske gruppeanalytiske instituttet godkjenner utdanningen og lærerstaben. De fleste deltakerne kommer fra Litauen, men det har også vært deltakere både fra Latvia og Estland i alle de tre terapigruppene. Ettersom de skandinaviske lærerne verken behersket russisk eller baltiske språk, ble engelsk valgt som fellesspråket i utdanningen. Etter det første grunnleggende året ble deltakernes engelskferdigheter evaluert på grunnlag av konsensus blant lærerne. Disse ble vurdert som utilstrekkelige hos seks deltakere. Hos alle deltakere som ble anbefalt å fortsette utdanningen etter tre år så vi en vesentlig bedring i engelskferdighetene. Gruppen ble tilbudt som »oversetter« og »fortolker« når deltakerne hadde behov for hjelp til å verbalisere sine tanker og følelser. Utførelsen av denne fellesoppgaven involverte både deltakere og gruppeterapeuter og forsterket samspillet mellom deltakerne, bidro til utvikling av gruppesamhold og fremmet læring både på det individuelle og transkulturelle plan. Den enkelte deltakers måte å håndtere kommunikasjonsutfordringen på i gruppen representerte typiske samspillmønstre som den enkelte også benyttet seg av i møtet med lignende utfordringer i dagliglivet. Fokuseringen på hvordan språkproblemet ble løst av den enkelte i gruppen bidro også ofte til en bedre forståelse av overføringsforholdet til terapeutene og forskjellene mellom kulturer og deltakere. Noen eksempler blir presentert og diskutert.*

Et gruppeanalytisk utdanningsprogram med omtrent 30 deltakere fra alle de tre Baltiske stater har siden våren 1995 vært drevet i Vilnius, Litauen. Deltakerne er på ulike nivåer av den femårige utdanningen. Det norske gruppeanalytiske instituttet godkjenner utdanningen og lærerstaben. De fleste deltakerne kommer fra Litauen, men det har også vært deltakere både fra Latvia og Estland i alle de tre terapigruppene. For tiden er det to mannlige lærere fra Norge og en kvinnelig fra Danmark. Høsten 2000 har over halvparten av deltakerne fullført tre års utdanning (1).

Store språkforskjeller mellom de tre baltiske språk gjorde at enten russisk eller engelsk måtte benyttes for samtidig kommunikasjon mellom deltakere fra alle tre land. Av historiske grunner var de tilbakeholdne med å benytte russisk. Med lærere uten russiskkunnskap, var engelsk det eneste språk som kunne deles av deltakere og lærere. Deltakerne hadde uttrykt et ønske om å bedre sine engelskkunnskaper både med henblikk på litteraturstudier og verbal kommunikasjon.

Løpet av de siste to tiårene er gruppeanalytiske blokktrainingsprogrammer på engelsk gjennomført i en rekke europeiske land. Sammenlignet med Øst Europa, har engelskferdighetene vært bedre i Vest Europa hvor de fleste av disse programmene er blitt gjennomført. I et utdanningsprogram i Ukraina (2) har man prøvd ut bruk av tolk i gruppeanalysen. Dette opplegget gjør den verbale interaksjonen mellom deltakere og terapeuter sterkt avhengig av tolken og innebærer ulike begrensninger i bruken av gruppeanalytisk teknikk. Ikke minst vil den spontane og direkte interaksjon mellom deltakere og terapeut bli begrenset. Avhengigheten til tolken vil også innvirke på forholdet mellom deltakere og terapeut på en måte som ikke uten videre vil være tilgjengelig for analyse.

Vi besluttet å bruke engelsk i utdanningsprogrammet. Samtidig ble gruppen tilbudt som tolk når deltakerne trengte hjelp til å finne engelske ord for sine tanker og følelser. Denne felles oppgaven involverte både deltakere og terapeuter og bidro til å fremme gruppesamholdet. Den enkelte deltakers håndtering av denne kommunikasjonsutfordringen her og nå i gruppen representerte ofte typiske mellommenneskelige mønstre som den enkelte også benyttet



seg av i møtet med lignende utfordringer i dagliglivet. Selv om terapeutene stort sett behersket engelsk bedre enn deltakerene, var det ikke var morsmålet til noen av partene og representerte derfor en relativt nøytral språklig grunn å møtes på.

Etter det første grunnleggende året ble deltakernes engelskferdigheter evaluert på grunnlag av konsensus blant lærerne. Disse ble vurdert som utilstrekkelige hos seks deltakere mens resten ble skåret over midtpunktet på en skala fra 1 til 7 hvor 1 tilsvarte meget dårlig og 7 meget bra. Vi så en vesentlig bedring i engelskferdighetene hos alle deltakere som ble anbefalt å fortsette utdanningen etter tre år.

De følgende to kasushistorier illustrerer hvordan språkproblemene til den enkelte aktiverte dynamisk materiale med dets utviklingsmessige innhold og tilsvarende muligheter for erkjennelse og bearbeiding i gruppen. Etter kasuspresentasjonene vil vi fremheve noen språkrelaterte fenomener som ofte oppstod i gruppen og diskutere hvorledes disse kunne forstås og arbeides med.

### ***En vekstbefordrende utfordring***

En av de seks deltakerne som etter det første grunnleggende år hadde utilstrekkelige engelskferdigheter, var en kvinne med psykosomatiske reaksjoner og liten evne til å uttrykke følelser. Under de første par weekendene sa hun nesten ikke et ord og fremsto som svært somatisk stresset. Hun klarte ikke å kommunisere sin tilstand verbalt og ville heller ikke bruke morsmålet. Utenfor gruppen fikk hun uttrykt hvor stresset hun var og at hun av den grunn ønsket å slutte. Etter at hun var blitt møtt på sine somatiske stressreaksjoner og gjennom det til en viss grad viste evne til emosjonelt uttrykk, bestemte hun seg for å fortsette. Etter dette tok hun med seg en ordbok til gruppen for å kunne være sin egen oversetter.

På et tidig tidspunkt i gruppens liv hadde flere kvinnelige medlemmer vist evne til åpen personlig eksponering og naturlig bruk av gruppen som oversetter når det var behov for klargjøring og reformulering. Ettervert som denne kvinnen ble påvirket av de andres eksempel, la hun fra seg ordboka. I stedet

begynte hun på sitt eget morsmål å engasjere en annen deltaker fra samme land som tolk. Denne ble etterhvert forventet å skulle oversette hennes tanker og opplevelser til engelsk og videreformidle dem til gruppen. Mens de fleste andre henvendte seg til gruppen for å få hjelp, brukte altså denne deltakeren denne spesielle kollegaen som et talerør eller delegat for seg selv.

Dette mønsteret ble analysert og erkjent som en repetisjon av sider ved hennes forhold til moren som hadde vært usikker og overbeskyttende i sin rolle. Moren hadde ofte signalisert at datteren ikke kunne klare seg selv og at hun måtte stole på henne og hennes beslutninger. Gradvis kom denne kvinnen i kontakt med sin usikkerhet og følelse av mindreverd som hun hadde forsvart seg mot i sin tilbakeholdenhet og ved ikke å representere seg selv. Ettervert kom hun også i kontakt med sitt sinne overfor dem hun hadde underkastet seg – og overfor sitt eget selvundertrykkene mønster. Over tid utviklet hun gradvis evnen til å snakke direkte og viste en bemerkelsesverdig forbedring i sitt engelsk. Samtidig som evnen til å uttrykke følelser bedret seg avbleket de psykosomatiske trekkene. Ved gradvis å stole på og relatere seg til gruppen ble selvsikkerheten også større. Dette representerte virkelig ego-trening i praksis.

Uten den stressende eksponeringen av språkproblemet i gruppen med alle dets mellommenneskelige implikasjoner og tilhørende dynamiske materiale forankret i tidlig barndom, ville dette personlige problem sannsynligvis ha forblitt utilgjengelig for intervensjon over mye lengre tid.

### ***En utfordring som ble for krevende***

En av de andre deltakerene med dårlig engelsk språkferdighet var en stille og heller tilbaketrukket mann. Han prøvde ikke spontant å uttrykke sine opplevelser eller meninger og ba heller ikke åpent i gruppen om klargjøring eller nærmere forklaring av noe som var blitt sagt av andre. Av og til kunne han på en sky måte hviske spørsmål til sidemannen om hva som hadde vært sagt. Vanligvis satt han med et vennlig smil og en kroppsholdning som formildet et ønske om å vise at han hadde full oversikt over det som foregikk i gruppen. Han inviterte andre til å tro at han var innenfor en sammenheng som han på

andre måter ikke gjorde noe aktivt forsøk på å bli en del av. Når han av og til direkte ble spurt om hva han følte eller mente, kunne han nikke på en vennlig måte for derved å gi det inntrykk at han hadde det helt fint. Når terapeuten henvendte seg til ham direkte kunne det inngi opplevelsen av å være invaderende og krenkende. Kunne disse motoverføringene reflektere denne mannens egen benektete skyhet og krenkbarhet? Alle forsøk på å nå ham gjennom empatiske tilnærminger var mislykkede. Et eksempel på dette kunne være: »Jeg lurer på hvordan du har det, men jeg merker at jeg ofte lar være å spørre fordi jeg blir redd for at du skal oppleve det som en form for ubehagelig utspørring som du selv ikke har noen interesse av. Jeg lurer på om noen av disse fantasiene jeg har ligner på noe du eventuelt tenker og føler«. Hans reaksjon på slike tilnærminger var oftest nonverbal i form av et vennlig smil eller en noe brydd holdning. Terapeut og deltakere ble gradvis lei av denne »vennlige« avvisningen og irritasjonen over hans ikke-delende tilstedeværelse øket.

Hans bortgjemte indre verden ble fremprovosert i en spesiell situasjon. Grunnet strømbrydd gikk lyset i terapirommet og gruppen ble sittende i tussmørke. Han ble ganske raskt urolig og ble oppfordret til å sette ord på hva som skjedde med ham. Med støtte og hjelp til å formulere seg kom det frem at »morens onde øye« som ellers pleide å forfølge ham, nå også hadde dukket opp i gruppen. Intellektuelt forstod han at dette øyet ikke var en del av den ytre verden. På den annen side var den erfaringsmessige bakgrunnen for forestillingen dårlig integrert og ikke mulige å nærme seg i denne situasjonen hvor opplevelsen fant sted. Etter at lyset kom tilbake formidlet han først og fremst en anklage over at denne hendelsen overhodet hadde funnet sted. Gjentatte senere forsøk på en nærmere utforskning av hendelsen førte ikke frem. Han droppet ut av utdanningen den siste weekenden av det første året.

Nok en gang hadde den enkeltes mestring av språkproblemer i gruppen tydeliggjort personlighetsmessige problemer. Til forskjell fra det første eksemplet, medførte stresset for denne personen at defensive benektings- og prosjeksjonsmekanismer ble sterkere aktivert enn kontakten med de mellommenneskelige erfaringer som kunne ligge til grunn for sårbarheten. I noen grad hadde gruppen oppfattet de benektete følelser, men den foreliggende situa-

sjon tillot ikke noen form for reinternalisering. Bedre engelskkunnskaper kunne ha gjort det mulig for ham å dele mer av sin opplevelsesverden og til å fremme en intellektualisert forståelse av den. Dette kunne ha vært et betydningsfullt steg i retning av bedre integrering. Uten denne muligheten ble han et offer for sine mer umodne avvergemekanismer.

I tilknytning til denne erfaringen assosierte terapeuten til sin egen opplevde sårbarhet i den engelskspråklig terapigruppe han deltok i under sin gruppeanalytiske utdanning. Oppstart i gruppeterapien medførte umiddelbart en helt annerledes opplevelse av sårbarhet enn det en forutgående langvarig individuell psykoanalytisk behandling hadde gitt grunnlag for. Denne forskjellen var betinget i ulike forhold, men det var ikke minst viktig at mulighetene for intellektualisering var mye mindre i den engelskspråklige terapigruppen. Sammenlignet med pasienten hadde terapeuten vært begünstiget av bedre engelskferdigheter og en større tiltro til seg selv og sine omgivelser.

### ***Dynamisk ladede språkfenomener i gruppa***

Den engelsken som ble brukt av deltakerene hadde en del fellestrekk som kunne virke forvirrende. Han- og hunnkjønn og nåtid, fortid og fremtid ble hyppig forvekslet, hjelpeverb ble ofte utelatt og intonasjon typisk for deres eget språk ble brukt på en måte som kunne tildekke meningen av de engelske ordene. Det siste fenomenet kunne åpne for muligheten av ulike, ofte helt motsatte fortolkninger av det som ble sagt. Dette synes å være et trekk som er karakteristisk ved mange ord og uttrykk i deres egne språk og mer fremtredende der enn i skandinavisk. Det ble etter hvert også tydelig at det kunne være et poeng, spesielt i potensielt konfliktfylte situasjoner, å etterlate andre i en viss usikkerhet – og at dette også hadde historiske røtter. I forvirrede situasjoner opptrådte deltakerene ofte som om de hadde full oversikt. Ikke desto mindre, når terapeutene ble forvirret og trengte mer informasjon, var det som regel også nødvendig for deltakerene.

I gruppeanalysen vektlegges toleranse for usikkerhet og evnen til å tre mest mulig fordomsfritt inn i grupper. Når uklarhet er et uttrykk for en defen-

siv stil på gruppenivå er det imidlertid viktig med klargjøring og konfrontasjon. Den empatiske kapasitet hos terapeuter og deltakere kan bli overbelastet dersom klargjøringer ikke gjøres når tiden er moden for det. De språklige uklarhetene i gruppene kunne gi assosiasjoner til psykotiske prosesser hvor fellesspråket ikke lenger har den tilstrekkelige kapasitet til å symbolisere vanlig individuell erfaring og mening. Som en del av gruppeprosessene må det ikke-uttalte materialet contains inntil det kan symboliseres.

Nonverbal kommunikasjon kan ofte bidra til å klargjøre og fortolke forvirrende verbal kommunikasjon. Men også denne hadde en del andre trekk enn det som er vanlig i norske og danske grupper. Det var mye større innslag av taushet som ble fremhevet som svært vanlig i deres kultur. Fravær av aktiv verbal og nonverbal respons på personlige ytringer var vanlig særlig til å begynne med. Spontan utforskning av uklare ytringer eller mer fritt assosierende kommunikasjon forekom sjelden.

Introduksjonen av engelsk som fellesspråk ga assosiasjoner til tidligere undertrykkelser. Svak engelskkunnskap ble av den enkelte opplevd som en indre begrensende faktor når opplevelser og meninger ikke kunne formidles til andre. Samtidig ga denne begrensningen opphav til en følelse av hjelpeløshet og avhengighet som kunne være regresjonsfremmende. På denne bakgrunn var de initiale overføringsreaksjoner både farget av straffende superego projeksjoner og idealiserte foreldrebilder. Dette bidro til den ikke-kommuniserende stilen i gruppene. Språkbegrensningene vanskeliggjorde også utviklingen av en kommuniserende og utforskende kultur og hemmet intellektualisering.

### ***Mestring av disse fenomenene på gruppenivå***

Gruppeterapeutenes rolle som modeller i utviklingen av en utforskende kultur var helt grunnleggende for at nye standarder for mellommenneskelig samspill skulle kunne læres. Terapeutene måtte lære seg den kulturelle betydningen av deltakerenes nonverbale adferd for å motvirke tendensen til antroposentriske fortolkninger hvor vestlige europeiske tradisjoner ble antatt å ligge til

grunn for den observerte adferd. Et eksempel på dette var vår tendens til å fortolke taushet som et uttrykk for underliggende sinne, frykt eller angst i overføringsforholdet til terapeut som autoritetens representant i gruppen. I et historisk baltisk perspektiv må det ha vært tilsvarende farefullt å uttrykke seg fritt i nærvær av naboer og søsken eller i det hele tatt i det offentlige rom. I »Prossessen« av F. Kafka er det heller ikke lett å identifisere motstanderen eller trusselen, den bare er der i uidentifiserbar form.

Deltakerene ble oppfordret til å bruke gruppen som oversetter og fortolker når det oppstod behov for hjelp til å finne de rette ord. Etter hvert som gruppesamhold og allianse utviklet seg, ble enkeltpersonenes lidelse og tap knyttet til tidligere undertrykkelse og forfølgelse kommunisert. Den »indre fiende« ble gradvis tydeligere og tilgjengelig for kommunikasjon.

Terapeutenes kunnskaper om den »kulturelle matrix« utviklet seg parallelt med utviklingen i deltakerenes engelskkunnskaper. Foulkes (3) definerte dette begrepet som »den basis som ligger til grunn for alle relasjoner og interaksjoner og som på en grunnleggende måte bestemmer mening og betydning av alle verbale og ikke-verbale interaksjoner.« »Gruppe matrix« definerer han som retningsgivende for alle gruppeprosesser som på godt og på ondt berører den enkelte deltaker. Foulkes skiller mellom »grunnleggende gruppe matrix« og »dynamisk gruppe matrix«. Den grunnleggende matrix er sammensatt av basale medfødte, kulturelle, sosiale og kjønnsrelaterte erfaringer som de enkelte gruppemedlemmer bringer med til gruppen mens den dynamiske matrix er resultatet av interaksjonene i gruppen dannet gjennom overførings- og resonansprosesser. Han gir eksempler på hvordan den dynamiske gruppe matrix midlertidig setter den grunnleggende matrix til side.

Vår erfaring er at den grunnleggende og dynamisk gruppe matrix kontinuerlig samspiller og at det dynamiske innhold i eller mening av en hendelse ikke kan ble forstått fullt ut uten innsikt i den grunnleggende matrix og visa versa. Denne innsikten hos terapeuter og deltakere i gruppene er først og fremst et resultat av den direkte interaksjon mellom deltakere og mellom deltakere og terapeuter i gruppene – og den medfølgende utforskning av denne interaksjonen.

## **Konklusjon**

Introduksjonen av engelsk som felles språk i utdanningen må ha representert en kraftig utfordring av den kulturelle delen av den grunnleggende matrix og truet med å devaluere både den reelle og den symbolske betydning av deltakerenes morsmål. Deres erfaringer med russere og det russiske språk må ha blitt aktivert på godt og på ondt. På den annen side, engelsk var ønsket og valgt av deltakerene. Deres investering i personlig, profesjonell og språklig utvikling var innbyrdes avhengig. På realitetsplanet representerer det engelske språk en invitasjon til deltakelse i et samfunn hvor deltakerene var invitert inn på egne premisser. På et individuelt plan kunne personlig dynamikk aktivert gjennom det mellommenneskelige samspill i gruppene bli arbeidet med på en fruktbar måte. En grunnleggende forutsetning for dette var bruken av gruppen som oversetter og tolk.

Men som alltid når gruppeanalyse utøves, alle parametre som brukes ut over standard fremgangsmåte må analyseres med hensyn til deres realitets- og prosessperspektiver. Deltakerenes overføringer på terapeutene utkrystalliserer seg rundt deres synlige deler, deres adferd, holdninger, klær, navn og ikke minst deres måte å snakke på. Overføringsreaksjoner kan håndteres fruktbart dersom terapeutene kan leke med sine respektive sider. Dersom dette ikke er tilfelle og en følelse av å bli angrepet og krenket ofte melder seg i stedet, er det viktig hjemmearbeid som må gjøres.

## **Referanser**

1. Lorentzen S, Maar V & Sørli T (2001), »Erfaringer fra et utdanningsprogram i gruppeanalytisk utdanningsprogram i de Baltiske Stater«. *Matrix*, 18, 4; 63-74
2. Mahler-Bungers A. (1999), »Group analysis in the Ukraine«, *Group Analysis*, 32, 195-206.
3. Foulkes S,H. (1964), *Therapeutic group analysis*. London: George Allen Unwin, Reprinted, London: Karnac .





## BOGANMELDELSE

Matrix 2001; 4, s. 385-389

***Bjarne Jacobsen: Den helbredende sygdom;  
Søren Kierkegaard – krise ved somatisk sygdom.  
Dansk psykologisk Forlag, 2000.***

Anmeldt av Berit Bergström

I Bjarne Jacobsens bok »*Den helbredende sygdom; Søren Kierkegaard – krise ved somatisk sygdom*« syftar han till att belysa fenomenet kris med hjälp av Søren Kierkegaard, sidobelyst av den svenska psykoanalytikern och psykiatriprofessorn Johan Cullberg samt Davidsen-Nielsen & Leick, tongivande kristereapeuter i Danmark. Jacobsen avgränsar sitt fokus på kris till att gälla kris i samband med somatisk sjukdom. För klinikern är det inte något som är helt genomskinligt, eftersom klinikern vet att bland hjälpsökande människor i kris är det bara ett fåtal som söker för kris i samband med somatisk sjukdom. Långt fler är i kris för att de förlorat någon viktig person, blivit djupt kränkta eller traumatiserade av t ex krigshändelser. Varken Kierkegaard, Cullberg eller Davidsen-Nielsen & Leick snävar in på detta sätt. Avgränsar Jacobsen sitt fokus helt enkelt för att han har arbetat just med somatiskt sjuka personer?

Eftersom Jacobsen har en hel del intressant att säga om kris just vid somatisk sjukdom, kanske det skall förstås som i talesättet »var och en är sig själv närmast«: att den kris som drabbar en själv hårdast/närmast är den som drabbar den egna kroppen, just den krisen är speciellt fruktbar att studera utifrån ett Kierkegaardskt perspektiv, där kropp och själ ska førenas, även själ och

sjuk kropp, där att vara sig själv är centralt och där självet förstås som förhållandet till sig själv: kropp och själ.

Hos Kierkegaard är livet självt en kris eftersom det inte är givet en mening. Mening skapar den enskilde genom tro, hopp och kärlek. Cullbergs syn på krisen ligger nära; han menar att vägen ur krisen går genom insikt och återövrande av en upplevelse av helhet i tillvaron. Om krisen fastlåses, förväntar sig Cullberg av en eventuell kristerapeut huvudsakligen en stödjande hållning som ett ställföreträdande hopp genom vilka patienten kan komma att tro på tillvaron igen och se den som meningsfull.

Jacobsen vänder sig emot Davidsen-Nielsen & Leicks kristerapi med dess alltför styrande och konfronterande principer. Där psykoanalysen ser sorgen som något som arbetar i människan ser Davidsen-Nielsen & Leick sorgen som något människan ska arbeta med. Terapeuten antas ha en klippfast tro på att kristerapin fungerar och styr den i enlighet därmed. Jacobsen menar att den livsförståelse som terapeuten leder sin patient in i sannolikt inte motsvarar den nivå där den krisdrabbade människans liv knutit sig. Den klippfasta tron, den som inte lämnar plats för tvivel, gäller bl a tron på den djupa gråten som det som förlöser den krisdrabbade människan och som något absolut nödvändigt under behandlingsförloppet. Jacobsen menar att de lämnar sina läsare helt i sticket när det gäller att teoretiskt förklara hur i all världen gråten skulle kunna vara ett svar på några av livets mest grundläggande frågor.

Intresseväckande hos Davidsen-Nielsen & Leick är deras användning av Yaloms grundvillkor som nycklar till att förstå den krisdrabbade: 1) döden som faktum; 2) tillvaron utan inneboende mening; 3) människans grundläggande ensamhet; 4) friheten och valet denna ensamma människa ställs inför när hon ska förvalta sitt liv. Dock är det svårt att värdera hur mycket Yaloms grundvillkor förblir existentiella kategorier i deras händer. De står med ett ben i det naturvetenskapliga lägret och med det andra i det humanistiska lägret på ett sätt som de aldrig problematiserar och försöker att teoretiskt belysa.

Medan Davidsen-Nielsen & Leick - som de psykiatriska ingenjörer de är - anser att det krisinterveneras alldeles för lite, betonar Cullberg människans spontana läkande krafter. Annars skulle inte mänskligheten överlevt. Så kal-

lad kristerapi är en mycket ung företeelse som redan presenterar sig som outhärlig. Det är delaktigheten i ett sammanhang, religiöst, politiskt, socialt som hjälper människan att ge mening åt sitt liv och komma ur sin psykiska kris. Här blir Jacobsen kritisk för han menar att Cullberg efter att exponerat detta existentiella tema vrider sitt resonemang tillbaka in i psykoanalysen. Cullberg fortsätter nämligen med att det inte är bristen på mening i tillvaron som är problemet utan tillståndet i skärningspunkten mellan vår inre och yttre värld. Krisen uppstår när den yttre världen inte stämmer överens med den inre världen och tonar bort när det inre och yttre bringats i samklang igen. Cullberg framhäver existentiella dimensioner men ger dem inte teoretisk betydelse utöver att vara bidrag till mekanisk balans, homostas.

Kristerapeuten Kierkegaard är förstas bokens huvudperson. Det talas faktiskt explicit om »Kirkegaardsk terapi«. Men om en sådan existerar i sinnevärlden, får vi inte veta någonting om hur en sådan går till. Och syftet var mycket riktigt att belysa fenomenet kris, inte fenomenet kristerapi. Men man blir nyfiken. Kirkegaard provade aldrig sina idéer i dialog med hjälpsökande patienter. Hur hanterar en Kirkegaardsterapeut de omedvetna fenomen (överföring, motöverföring) som uppträder i alla terapier om man inte förnekar dem genom att vara styrande och konfronterande?

När det talas om Kierkegaards syn på det mänskliga dilemma, människan och existensen är det han säger om krisen djupt relevant och träffande. Ska Kirkegaardsk terapi snarare förstås som den enskildes tillblivelse, lidande bli-vande sig själv i dialog med Kirkegaards insikter? Eller kan man gå genom den Kirkegaardska terapin sig själv ovetande, ensam i dialog med de egna autentiska insikterna? Som vanligt när Kierkegaard är på tapeten infinner sig förvirring. Menas det så? Eller menas det tvärtom? Gäckande glider det undan och förbi.

Den fysiskt skadade som kommer i kris gör inte det på grund sin fysiska skada, förlusten av t ex det bortopererade bröstet eller det tappade håret utan för att hon inte kan stå ut med att vara den hon nu är, utan bröst eller utan hår. Inte det förlorade är det centrala men det som är kvar. Det som jag nu är. Den brist på integritet jag led av innan sjukdomen blir uppenbar i och med sjukdomen.

I dialogen med Den andre som tror på den krisdrabbades möjlighet att genom handling förändra den förtvivalade situationen till en situation med en mening, kan den förtvivalade börja förhålla sig till livet på ett nytt sätt, säger Jacobsen och antyder att »Kierkegaardsk terapi« finns i sinnevärlden.

Döden är inte i sig själv krisskapande - ty där döden är, är inte jag. Däremot är det avgörande hur besked om sjukdom med dödlig utgång, slår tillbaka på det liv som skall levas fram till döden. Det besvärliga blir kalkyleringen av den tid som ingen kan veta något om och hur den dödsdömde förhåller sig till den statiska respektive den dynamiska tiden. Åter verkar det handla om att bli den man är, att välja sitt döende – inte minst av exemplet med Koestler att döma. Koestler valde att stanna kvar som krigsreporter i en stad som han visste skulle erövrats snart och där han låg mycket illa till. Han tyckte nämligen att evenemanget var tillräckligt intressant att leva eller dö för. Han hamnade mycket riktigt i en dödszell.

Jacobsen berättar också om hur den store sentide existentialisten Sartre, tillfrågades om hur han såg på att han förstört sin hälsa genom att skriva *Critique de la raison dialectique*. Han svarade: »Vad ska man med hälsa till? Det är viktigare att skriva något som är långt, tätt och viktigt för en själv än att ha god hälsa«. Några år senare fick Sartre av sin läkare höra att om han inte slutade röka skulle man bli tvungen att amputera först tårna, sen fötterna, sen benen. Sartre svarade att han skulle fundera på saken. Överväga om hälsan och livet var viktigare för honom än tobaken. En av poängerna i dessa exempel är att allvarliga förluster inte alltid måste följas av sorg. Det finns möjlighet för människor att transcendera omedelbara reaktionsmönster.

Kierkegaard avser inte att nervärdera sorgen men han ser människan som sammansatt av själ och kropp buren av ande, som en där sorgen som själslig process inte förstås i sin substantialitet men bara förstås i relation till en dynamik som, redan innan sorgen uppstår, kan få den reducerad till något obetydligt.

Bjarne Jacobsen har skrivit en uppslagsrik och tankestörande bok. Än en gång har den märklige Kierkegaard levandegjorts i ännu ett sammanhang. Av omfattande egen erfarenhet av modern kristterapi instämmer jag varmt med

Jacobsens kritik av densamma. Den krisdrabbade, hjälpsökande människan möts ofta av färdiga mallar och sorgescheman över krisens förlopp i behandlarnas huvuden. Den patient som väljer sin egen väg riskerar att ses som bevärlig och störd. Många patienter lämnar i förtid (eller snarare i rättan tid!) sina kristerapier för att de inte är hjälpta av att bli påtvingade manualen. Betoningen av existentiella teman som frihet, val och ansvar känns mer aktuella än någonsin. Det är retsamt att vi inte får veta mer om hur det går till. Men det var ju inte det boken skulle handla om.



## ABSTRACTS

Matrix 2001; 4, s. 391-395

**Martin Lotz: What is psychoanalytical psychotherapy? *Matrix*, 18, p. 293-314.**

The author gives a short introduction to psychoanalytical psychotherapy. The idea is to underline the special characteristics of the psychoanalytical model. Two theoretical perspectives are presented: the conflict-structure model and the relation-structure model. An example is given of a dialogue between a patient and two different treaters, one of whom holds a traditional medical attitude, the other a psychoanalytical therapist's. The psychotherapist will open up for an examination of the subjective, experiential sphere. The following factors are discussed: the relation, the process, the degree of intensity, the duration of therapy and the autonomy of the patient. Results of recent research are briefly referred to.

**Jan Nielsen: Therapeutic viability. *Matrix*, 18, p. 315-328.**

This article explores some of the fundamental functions of the professional psychotherapist. The focus is on the processing of the client's mental material from the time the therapist receives it until an intervention is established. It is a central idea that the functioning of the therapist constitutes one continuous movement that transforms mental material leading up to an intervention. This total functioning of the therapist is conceptualised as therapeutic viability. The concept is also applied to clarify some of the therapist's underlying working processes, i.e. receptive, reflexive, and interventive.

To shed further light on the concept therapeutic viability, another central idea is introduced, namely that psychological processes are based on asso-

ciations. This means that, in the psychological world, there will be no final starting or end point – there will always be more. This situation is vital for the psychotherapist and his clients, giving ongoing opportunities for exploring and understanding the problems presented.

Finally, a model is presented showing how the therapist, by means of his associative processing, makes use of the three processes (reception, reflection and intervention), containing phenomenological as well as hermeneutic aspects.

**Agnete Langagergaard: Subjectivity in psychotherapy – an Achilles heel? *Matrix 18*, p. 329-350.**

This paper illustrates by examples how quality safeguarding and quality development within psychotherapy can be implemented. The difference between qualitative and quantitative research – potentialities and limitations within both – are pinpointed. The demands on validity, reliability and generalizability in qualitative research are delineated. Furthermore the paper discusses why patients' experiences of psychotherapy have been relatively sparsely accounted for within the literature. The historical origin of the therapeutic alliance and its current application within psychoanalytically oriented psychotherapy are outlined, including what qualities are required within patient and therapist if the therapy is to be successful as process as well as in outcome. Subsequently the findings issuing from empirical studies of the therapeutic alliance are examined. The main project, »The Therapeutic Alliance« at the Psychotherapeutic Ward E, from which the study originates, operationalized the patient variables that were applied in the assessment interview. Subsequently it was possible to classify the patients into high or low alliance patients. In the study, 10 high and 10 low alliance patients were entered. Information retrieval was based on patients' experiences of psychotherapy. The findings in the literature are related to the findings of the project. The main results of the study indicate that both patient and therapist attributes influence process and outcome, but that the therapist's competence and personal attributes matter substantially as well. Patient statements illu-



strates this fact.. – Even if the material is small it renders good evidence of applying psychoanalytically oriented psychotherapy when treating personality disorders. – Related to subjectivity in qualitative research in general and in patient content studies in particular, the value of such studies is discussed. The trinity of subjectivity comprised by the patient, the therapist, and the researcher is on the face of it the Achilles heel within psychotherapy. Simultaneously, however, it is the pivot of qualitative research. The author's view is that subjectivity is not to be eliminated, but curbed.

**Steinar Lorentzen, Vivi Maar & Tore Sørli: Experiences from a training programme in group psychotherapy in the Baltic States. *Matrix*, 18, p. 351-362.**

Since 1995, Institute of Group Analysis, Norway has been responsible for a block-training programme in group psychotherapy for psychologists/psychiatrists from the Baltic states. Participants meet in Vilnius, Lithuania five weekends per year. The course has three levels: basic (one year), advanced (two years), and qualifying (two years). Candidates on different levels are mixed in self-experience groups (three small and one large), but have supervision and theory in separate groups. The language is English. The first basic course started with 31 participants (4 Estonians, 6 Latvians and 21 Lithuanians) with three Norwegian psychiatrists as staff. Later, a Danish psychologist has replaced one of the Norwegians, and two Lithuanian colleagues have been included in the staff. The plan is to educate professionals locally who can continue the training on an independent basis. This paper presents experiences from the first three years of training.

**Vivi Maar, Tore Sørli & Steinar Lorentzen: Group-analytic supervision in a transcultural block-training programme. *Matrix*, 18, p. 363-374.**

This paper describes the actual and experienced conditions of group-analytic supervision in a transcultural block training programme, where supervision during the five yearly blocks forms an important part of the structure consisting of: group therapy, large group, theory, supervision and evaluation meetings.

The Baltic block-training programme started in 1995 with 33 participants, either psychiatrists or psychologists, from the three Baltic states.

During the initial years, practical dilemmas, resistances and emotional tensions appear in the supervision group and in the clinical material presented. Examples are given of how this material was handled in the supervision group by increasing the awareness of parallel processes between clients and candidates. The basic social, political, and cultural matrix of the participants is regarded as having influence on their transference reactions and their learning processes. Working with these external and internal obstacles seems to have stimulated the professional insight and development.

**Tore Sørli, Vivi Maar and Steinar Lorentzen: Coping with language problems in a group-analytic education program in the Baltic States. *Matrix*, 18, p. 375-383.**

Since the spring of 1995, a group-analytic block-training programme with approximately 30 participants from all three Baltic States, has taken place in Vilnius, Lithuania. Participants are on different levels of a five-year programme. The Institute of Group Analysis in Norway has the responsibility for professional standards and for the teaching staff. Most participants are Lithuanians, but Latvians and Estonians have been participating in all three small groups. With Scandinavian teachers without knowledge of Russian or of the Baltic languages, English was chosen as a common language. The knowledge of English was assessed by consensus among the teachers after the first basic year. Six were considered to have insufficient knowledge in English. All participants recommended to continue the training after three years, significantly improved their skills in English. The group was offered as a »translator« and »interpreter« when the participants needed help in verbalising their thoughts and feelings. This common task contributed to the formation of group cohesion and involved both participants and conductors. It reinforced the interaction between all participants and enhanced the potential for learning both on an individual and on a cultural level. The individual member's way of dealing with this communicative challenge here and now in the group often

represented typical interpersonal patterns in which similar challenges were solved in ordinary life. Focus upon the way of dealing with the language topic in the group quite often contributed to a fruitful recognition of aspects of the transference towards conductors and different cultures as well as among members. Some examples are presented and discussed.

## **FORFATTERLISTE**

*MARTIN LOTZ*, overlæge, afd. E., Bispebjerg Hospital, København. Psykoanalytiker, I.P.A. træningsanalytiker.

*JAN NIELSEN*, adjunkt i klinisk psykologi, Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

*AGNETE LANGAGERGAARD*, klinisk psykolog, ph.d., lektor Klinisk psykologisk Afd. M, Psykiatrisk Hospital i Aarhus.

*STEINAR LORENTZEN*, universitetslektor, Psykiatrisk Institutt, Universitetet i Oslo. Han er psykoanalytiker og gruppeanalytiker og holder på med et doktorgradsarbeide med gruppepasienter fra privat praksis.

*VIVI MAAR*, universitetslektor i klinisk psykologi, Institut for Psykologi, København Universitet

*TORÉ SØRLIE* er psykiater og gruppeanalytiker. Siden 1995 har han hatt læreroppgaver i et gruppeanalytisk utdanningsprogram for de Baltiske stater i Vilnius. Høsten 2000 disputerte han over en helsepsykologisk studie av kirurgiske pasienter. Han har siden 1993 vært daglig leder for Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP). Han er leder for psykiatrisk fagutviklingsenhet ved psykiatrisk avdeling ved regionssykehuset i Tromsø.

*BERIT BERGSTRÖM*, författare, privatpraktiserande psykoanalytiker I.P.A., utbildningsanalytiker, Stockholm.