

# Redaktionelt

Matrix har skiftet udseende. Det er blevet større, har fået nyt layout, uden dog at ændre sig radikalt, og skrifttypen er ændret en anelse for at gøre den mere læsevenlig. Vi håber, læserne kan lide forandringen.

Redaktionen ønsker i de kommende numre at sætte fokus på et af de begreber, der fylder meget i de videnskabelige landskaber, nemlig evidens. Inden for naturvidenskabernes empiriske metodik er det næsten blevet et mantra, men anvendes efterhånden ligeledes hyppigt i forbindelse med psykoterapeutisk forskning og klinik.

Det er et værdiladet begreb, der har tendens til at sætte sindene i bevægelse, hvad enten man hører til tilhængerne eller skeptikerne. Evidens har været temaet for to kursusdage i »Fællesforeningen for psykoterapiuddannelserne« og flere af foredragene herfra vil i artikelform blive bragt i dette og det kommende nummer af Matrix.

Esben Hougaard indleder med et overblik over evidensproblematikken med artiklen »Evidensbaseret psykoterapi: Baggrund, problemer og implementeringsformer«. Her opridses historien bag og den aktuelle debat om evidensparadigmet med de vigtigste pro et contra'er, og man får en god hjælp til at orientere sig i et efterhånden ret omfattende og uoverskueligt, men meget aktuelt og påtrængende tema.

Herefter gennemgår Stig Poulsen status quo, hvad angår evidens for »Effekten af psykodynamisk psykoterapi«. Det kommer næppe bag på nogen, at den psykodynamiske psykoterapitradition har været tilbageholdende med at gå aktivt ind i evidensbevægelsen, målt i forhold til andre retninger, men hvordan er status egentlig nu? Det giver artiklen et godt overblik over med sin gennemgang af de seneste undersøgelser og opgørelser på området.

Eet tema er forskning og evidens, et andet, men ikke mindre interessant, er hvorledes disse temaer påvirker klinikken og den kliniske hverdag for den enkelte medarbejder. Randi Luggin beretter i sin artikel »Evidensspøgelset

i dagligdagen« om, hvordan det har præget arbejdet med at organisere og igangsætte en ny dagafdeling i forbindelse med åbningen af det nye Amager Hospital i Ørestaden.

Efter denne række artikler om empiriske og normative problemstillinger bringer den sidste artikel læseren hen i andre luftlag. I »Drømmen som metaforens arnested« (1. del) af Jon M. Stokkeland inviteres læseren på en rejse gennem en række af originale ideer og tænkning fra forskellige traditioner, der tilsammen skaber et inspirerende kalejdoskopisk billede af det stof, drømme, metaforer og tænkning er gjort af.

Der er 3 boganmeldelser. »Distriktspsykiatri – en lærebog« anmeldes af A.G. Birch Pedersen; Johan Cullbergs bog »Psykosser« anmeldes af Lars Burgaard, og Carsten René Jørgensens bog »Psykologi i senmoderniteten« anmeldes af Olov Dahlin.

Sidst i nummeret præsenteres Matrix' nye panel og en meddelelse fra IAGP.

# Evidensbaseret psykoterapi: Baggrund, problemer og implementeringsformer

Matrix 2003; 1, s. 3-26

Esben Hougaard

*Evidensbaseret psykoterapi har været genstand for omfattende debat det sidste årti. Artiklen redegør for evidensbevægelsens baggrund og opgørelser over såkaldte »empirisk validerede« terapiformer. Derefter diskuteres kort hovedkritikpunkter vedrørende evidensbaseret psykoterapi, og der fokuseres på spørgsmålet om, hvordan forskningsresultater kan anvendes i praksis. Det forekommer plausibelt, at evidensbevægelsen vil kunne yde et værdifuldt bidrag til brobygningen mellem forskning og praksis inden for psykoterapiområdet, men der er fortsat mange uafklarede spørgsmål om, hvordan evidensbaseret psykoterapi skal implementeres i praksis.*

Det er den almindelige opfattelse, at psykoterapi er – eller i det mindste bør være – en videnskabeligt funderet profession, men spørgsmålet om, hvordan brobygningen mellem videnskab og praksis skal foregå, er mere omdebatteret (1). Ifølge en idealtypisk, naturvidenskabeligt inspireret model frembringer forskningen almene lovmæssigheder, som kan anvendes på konkrete, individuelle problemstillinger som teknologisk »know how« til at opnå særlige, alment accepterede mål. Selv om denne model generelt er stempet som overforsimplet i moderne videnskabsteori, har den haft stor betydning som en tilnærmet, heuristisk model for forskningsanvendelse inden for en række forskellige fagområder, herunder medicin.

De kvantitative metoder vandt indpas i medicinen omkring 1800, året hvor Philippe Pinel, en af psykiatriens grundlæggere, erklærede, at for at et »eksperiment skal have vægt og fungere som en solid basis for behandling, må det

foretages på et stort antal patienter« (cit. i 2, p. 83). Kravet om empirisk dokumentation ud fra kontrollerede studier var imidlertid omkring et århundrede om at få fast fodfæste i lægevidenskabelig behandling, og det blev først indført i den biologiske psykiatri omkring 1950 (2). Såvel inden for den almene medicin som i psykiatrien skete videnskabeliggørelsen efter omfattende debat; kritikere hævdede, at den »numeriske metode« (brugen af statistik) overså patienternes individualitet og underkendte betydningen af lægens praktiske erfaring. Én opfattelse ser evidensbaseret psykoterapi som udtryk for en tilsvarende videnskabeliggørelse af psykoterapi, der først for alvor er påbegyndt inden for den sidste snes år med forståelig modstand fra områdets praktikere, der kan have betydelige ideologiske, personlige og finansielle interesser i at bevare status quo.

Denne opfattelse er imidlertid ikke enerådende, og der har været omfattende debat om evidensbaseret psykoterapi. Debatten er et led i den standende diskussion af forholdet mellem forskning og praksis. For blot tyve år siden var det ikke ualmindeligt at finde klinikere, som helt tog afstand fra kravet om, at psykoterapi skal underbygges empirisk (3). I en berømt artikel fra 1981 (4) omtalte Morris Parloff, daværende chef for psykoterapi i National Institute of Mental Health, USA, forholdet mellem forskere og klinikere som en »lykkelig og produktiv mesalliance«: Man plejede sine særinteresser upåagtet af hinanden. De seneste årtier har imidlertid i langt højere grad været præget af tilnærmelser. Beutler (5, p. 197) formulerede sig således om de nye tiders gode viljer: »... Hvis et ægteskab mellem ... [videnskab og praksis inden for psykoterapiområdet] ikke bliver fuldbyrdet, kan ingen påstå, at det var fordi, parterne undlod i utvetydige vendinger at give udtryk for deres kærlighed til hinanden«. Samtidig gjorde han dog opmærksom på, at parternes særinteresser afholdt ham fra forudsigelser om en snarlig »honey-moon«. Andre opfatter evidensbevægelsen som udtryk for et tvangsægteskab mellem videnskab og praksis helt på ensidige og forenklede videnskabelige præmisser.

## Evidensbevægelsens baggrund

Betegnelsen »evidensbaseret« er hentet fra lægeverdenen, hvor den særligt knyttes til Archie L. Cochranes navn. Cochrane skrev en indflydelsesrig bog i 1972 (6), hvori han påpegede, at langt de fleste medicinske behandlinger var uden dokumenteret virkning, og at mange behandlinger i omløb endog var dokumenteret uvirksomme eller måtte anses for direkte skadelige. Selv om der

findes omfattende forskning i særlige behandlingsmetoder, er det umuligt for den praktiserende læge at overskue eller vurdere denne forskning. Cochrane foreslog derfor, at specialister påtog sig opgaven. Opfordringen blev taget op, og det første Cochrane Center blev grundlagt i Oxford i 1992. Fra 1993 har der været etableret et internationalt Cochrane-netværk, som har til formål at udvikle systematiske, opdaterede oversigter over randomiserede kontrollerede undersøgelser af interventioner inden for sundhedsområdet (inkluderende psykoterapi). Det nordiske Cochrane Center ligger i København og har Peter C. Gøtzsche som leder.

Evidensbaseret medicin defineres forskelligt. En definition lyder således: Der er tale om et »nyt paradigme, der afsvækker betydningen af intuition, usystematiske kliniske erfaringer og patofysiologisk rationale som tilstrækkelige grunde til klinisk beslutningstagen og vægter undersøgelse af dokumentation fra klinisk forskning.« (Evidence Based Medicine Working Group, 1992; cit. i 7, p. 206). Teori og kliniske erfaringer er utilstrækkelige begrundelser for at anvende en særlig behandlingsmetode. Det almindelige krav er, at der findes positive resultater i velkontrollerede behandlingsforsøg med randomiserede grupper, et krav der også genfindes i Den Amerikanske Psykolog Forenings, APA's, retningslinjer for evaluering af psykoterapi (8).

Som så meget andet inden for psykoterapiverdenen har den evidensbaserede bevægelse sine rødder i USA (9). I slutningen af 1970'erne arbejdede præsident Carter med planer om at tilvejebringe et landsdækkende sygesikringsssystem, der skulle inkludere psykoterapi. Et kongresorgan, Office of Technology Assessment, OTA, foretog et udredningsarbejde om virkningen af psykoterapi. OTA-rapporten fra 1980 konkluderede, at psykoterapi nok i almindelighed er virksom, men den kunne ikke fastlægge, hvilke metoder der var bedst egnede over for særlige problemer, som var det, politikerne efterlyste (10). De havde svært ved at forestille sig, at der kunne ydes tilskud til en bred samling af forskellige psykologiske behandlinger, der tilsyneladende alle havde en vis virkning over for lidt af hvert. Parloff (4) udtrykte synspunktet med en tilføjelse til den berømte dodo-kendelse (»Alle har vundet, og alle skal have præmie«): »Måske er der ikke præmier nok«! Carter-administrationens bestræbelser for at tilvejebringe en sygesikringsordning i USA kuldsejlede med Reagans valgsejr i 1981. En række private forsikringsordninger har imidlertid gennemført sygesikring, som inkluderer psykoterapi, og her har kravet om effektive, kortvarige og veldokumenterede terapiformer været stærkt.

Den øgede mængde af kontrolleret psykoterapiforskning og den stærkt tiltagende efterspørgsel efter psykoterapi har bestyrket interessen for evidensbaseret psykoterapi. I begyndelsen af 1990'erne blev der i APA's afdeling 12 for kliniske psykologer dannet en arbejdsgruppe med det formål at finde frem til og udbrede kendskabet til »empirisk validerede« psykoterapiformer (11). Tilsvarende bestræbelser har fundet sted i England (9) samt i en række andre lande, om end med betydelige forskelle i tempo og ihærdighed.

Baggrunden for fremvæksten af det evidensbaserede paradigme inden for psykoterapiområdet er dels videnskabelige betragtninger, dels almene samfundsmæssige forhold (12,13). Det er veldokumenteret, at klinisk bedømmelse er en skrøbelig undersøgelsesmetode med systematiske fejlkilder, der risikerer at fungere selvbekræftende over for klinikerens teorier og forhåndsantagelser (14). Der findes over 400 forskellige terapiformer, hvis udøvere i almindelighed praktiserer i god tro uden at have fået anfægtet tilliden til deres særlige metoder i den kliniske hverdag. Ud fra en videnskabelig betragtning synes kontrolleret forskning en nødvendig betingelse for at rydde op i den babyloniske forvirring af forskellige psykoterapeutiske tungemål. En af bevæggrundene for arbejdsgruppen i APA's afdeling 12 var netop ønsket om at kunne skelne mellem »lødige« og mere tvivlsomme terapiformer.

Konkurrencen med biomedicinsk psykiatri har også haft betydelig indvirkning på psykoterapiens evidensbestræbelser. En lang række psykofarmaka – ikke mindst de nye SSRI-præparater (»lykkepiller«) – er blevet lanceret meget aggressivt med henvisning til kontrollerede undersøgelsesresultater såvel som ideologisk PR: Psykiske lidelser skulle være »hjernesygdomme« med specifikke medicinske behandlingsformer (jf. 2). Tiltroen til psykoterapiens virkning, har man derimod hævdet, beror alene på »anekdotisk evidens« eller dårligt kontrolleret forskning. Det er naturligvis vigtigt for psykoterapien at kunne tilbagevise en sådan påstand.

Bevægelsen har imidlertid primært grobund i psykoterapiens tiltagende samfundsmæssige betydning. Så længe psykoterapi var en relativt beskedent nichevirksomhed beregnet for klienter blandt de få velbærgede og veluddannede »venner og tilhængere af psykoterapi«, som man har udtrykt det (Kadushin cit. i 15, p. 301), kunne forskning og praksis i fred og ro få lov til at pleje deres særinteresser. Med psykoterapiens udbredelse til en stadigt større kreds af personer og tiltagende privat eller offentlig sygesikringsdækning opstod der imidlertid øgede krav om dokumentation. »Offentligheden og bevilgende myn-

digheder vil med rette kunne spørge: Hvordan kan eksperter være så uenige? Og hvad får man egentlig for pengene?» (12, p. 7).

## Empirisk validerede terapiformer

Arbejdsgruppen i APA's afdeling 12 til fremme og udbredelse af kendskabet til »empirisk validerede« (senere ændret til »empirisk underbyggede«) terapiformer barslede med sin første rapport i 1995 og har senere periodisk opdateret listen over terapiformer med empirisk underbygning (11, 16, 17), en opdatering som nu foregår via afdeling 12's hjemmeside på internettet. Opgørelsen omhandler specifikke behandlingsformer over for særlige lidelser, og der lægges vægt på randomiserede undersøgelser som dokumentationsgrundlag. Andre har fulgt i arbejdsgruppens fodspor, og der findes nu mindst 11 forskellige lister, som til sammen identificerer 108 manualiserede, empirisk underbyggede psykoterapiformer for voksne klienter og 35 for børn fordelt på 51 forskellige diagnostiske kategorier (18).

I den følgende oversigt har jeg set på evidensopgørelser fra tre velrenommerede oversigtsværker. Det drejer sig for det første om Roth & Fonagys (9) engelske kommissionsarbejde (se nedenfor). For det andet om Nathan & Gormans (19) redigerede mammutværk på små 600 sider, der netop har sin rod i evidensbestrebelseerne i APA's afdeling 12. Endelig er der medtaget en oversigtsartikel (20) fra APA's officielle tidsskrift for klinisk psykologi, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vurderingskriterierne i de tre oversigtsværker er ikke helt identiske, men generelt gælder det, at to uafhængige og velkontrollerede randomiserede undersøgelser med samstemmende resultater er mindstekravet, for at en terapiform kan opnå placering som dokumenteret virksom. Hvis der kun er tale om en enkelt kontrolleret undersøgelse eller flere åbne undersøgelser uden kontrolgruppe, er der indicier for metoden som måske virksom.<sup>1</sup> Opgørelsen holder sig til hoveddiagnoser og overordnede kategoriseringer af psykoterapi inden for voksenområdet.

---

1 De tre opgørelser anvender lidt forskellige opdelinger. Medens Roth & Fonagy (9), som her, skelner mellem »dokumenteret virksomme« og »måske virksomme«, foretager Nathan & Gorman (19) en tredeling ud fra kvaliteten af undersøgelserne. Se også oversigtstabel over evidensopgørelser hos Chambless & Ollendick (21).

Tabel 1. Dokumenteret virksomme psykoterapiformer i tre oversigtsarbejder

### Unipolar, ikke-psykotisk depression

- Kognitiv adfærdsterapi + (1, 2, 3\*)
- Interpersonel psykoterapi + (1, 2, 3)
- Adfærdsterapi + (2, 3)
- Psykodynamisk psykoterapi +/- (1, 3)

### Generaliseret angst

- Kognitiv adfærdsterapi + (1, 2, 3\*)
- Afspændingstræning + (3)

### Panikangst

- Kognitiv adfærdsterapi + (1, 2, 3\*?)
- Anvendt afspænding + (1, 3)
- Eksponeringsterapi + (3)

### Agorafobi

- Eksponeringsterapi + (1, 2, 3\*)

### Socialfobi

- Eksponeringsterapi + (1, 2, 3)
- Kognitiv terapi +/- (2)

### Obsessiv-kompulsiv tilstand

- Eksponering og ritualhindring + (1, 2, 3\*)
- Kognitiv terapi +/- (1, 3)

### Posttraumatisk belastningstilstand

- Eksponeringsterapi + (2, 3)
- Eksponeringsterapi og stresskontrol + (1), +/- (2)
- Stresskontrol +/- (2, 3)
- Struktureret psykodynamisk psykoterapi +/- (1)

### Enkelfobi §

- Eksponeringsterapi + (1, 2)
- Eksponering + opspænding ved blodfobi +/- (1, 2)

### Bulimi §

- Kognitiv adfærdsterapi + (1, 2)
- Interpersonel psykoterapi + (1), +/- (2)

### Skizofreni

- Psykoedukativ familieintervention + (1, 2) §
- Social færdighedstræning + (2), +/- (3)
- Kognitiv terapi +/- (1, 2)

### Personlighedsforstyrrelser §

- Social færdighedstræning (ængstelig-evasiv) + (1), +/- (2)
- Dialektisk adfærdsterapi (borderline) + (1), +/- (2)
- Psykodynamisk psykoterapi +/- (1, 2)

### Alkoholmisbrug

- Adfærdsterapi (fokus på social og familiemæssig funktion) + (1, 2), +/- (3)
- Korte psykoedukative programmer + (1)

### Seksuelle afvigelser §

- Adfærdsterapeutisk parterapi (Masters & Johnson) + (1), +/- (2)
- Kognitiv adfærdsterapi ved parafili +/- (2)

+: dokumenteret virksom; +/-: indici for virkning; \*: »specifikt virksom« (dvs. sandsynlig bedre end andre metoder) ifølge oversigt nr. 3; §: indgår ikke i forskningsoversigt nr. 3. (1): Roth & Fonagy (1996); (2): Nathan & Gorman (1998); (3): DeRubeis & Crits-Christoph (1998).



Som det ses af tabel 1, er der rimeligt, om end ikke fuldstændigt, sammenfald mellem de tre forskningsoversigters opgørelser af empirisk underbyggede terapiformer. De kognitive og adfærdsmæssige metoders hegemoni i den meto- disk stringente effektforskning fremgår klart af tabellen. Interpersonel terapi, der nogle steder blander sig på lystavlen, er en psykodynamisk inspireret kort- tidsterapi, som specielt er udviklet til behandling af depression, men hvis an- vendelsesområde senere er blevet udvidet (22, 23). Der fokuseres på aktuelle mellem menneskelige problemer og ikke på barndom eller ubevidste konflik- ter. Metoden har lighedspunkter med nyere interpersonel psykoanalyse (24, 25), men den ligner også kognitiv adfærdsterapi på en række områder, fx ved at være problemfokuseret, indeholde undervisning i lidelsen (psykoedukation) samt ved i nogle tilfælde at anvende social færdighedstræning.

### Kritik af evidenskriterierne

Diskussionen af evidensbaseret psykoterapi har mange facetter, men centrale kritikpunkter, som har været fremført, kan samles under syv overskrifter:

1. Den eksisterende forskning er for begrænset til at kunne vejlede psykoterapiens praksis
2. Den kontrollerede forskning savner ekstern validitet
3. Der er kun fundet små forskelle i virkning mellem velrenommerede og vel- udførte psykoterapiformer
4. Terapeutens faglige og personlige kompetence er vigtigere end valget af sær- lige metoder
5. Psykiatriske diagnoser er mindre relevante for psykoterapi
6. Manualer repræsenterer et overgreb på terapeutens spontanitet og kreativi- tet
7. Evidenslogikken bygger på en forenklet videnskabsmodel og opfattelse af forholdet mellem videnskab og praksis

I det følgende vil vi se lidt på argumenterne inden for hvert af punkterne. Der er alene tale om en ganske kort og overordnet præsentation af hovedsyns- punkter efter en »pro et contra«-skabelon.

*Ad 1:* Psykoterapiforskningen er fortsat begrænset, og den er stærkt skævvred- det i forhold til psykoterapiens praksis. For den kontrollerede effektforskning gælder det således, at kognitive og adfærdorienterede metoder omtrent læg- ger beslag på hele feltet, medens udbredte psykoterapiformer såsom psykody-

namisk og eklektisk terapi kun i beskedent omfang har været genstand for forskning. Det samme gælder for længerevarende psykoterapi, selv om der er bred klinisk konsensus om, at visse lidelser, fx svære personlighedsforstyrrelser, kræver langvarig og intensiv psykoterapi.

Det er selvklart, at vi kun har empirisk viden om behandlingsformer, som har været genstand for empiriske undersøgelser. De kognitive og adfærdsmæssige metoders tilsyneladende sejr i evidenskappestriden kan være sket på udeblivelse af andre metoder. Men hvis problemet kun skyldes den begrænsede mængde forskning, må det kunne løses gennem mere forskning i de forsømte områder.

Det er dertil en almindelig anskuelse blandt tilhængere af evidens, at man i valget mellem behandlingsmetoder med og uden dokumenteret virkning bør foretrække de førstnævnte. Inden for angstområdet er kognitiv adfærdsterapi dokumenteret at være virksom og konkurrencedygtig over for medicinsk behandling, medens der findes ekstremt få kontrollerede undersøgelser af andre former for psykoterapi (26). I lyset af dette forhold er det almindeligt at prioritere kognitiv adfærdsterapi i angstbehandling, selv om der er begrænset evidens for, at metoden virker bedre end anden psykoterapi. Der er imidlertid plads for forbedringer i behandlingen af patienter med angst, og det kan være problematisk for hurtigt at lukke feltet på forskningens nuværende stade.

*Ad 2:* Et af de kritikpunkter, som har størst gennemslagskraft blandt psykoterapeuter med metodologisk indsigt, drejer sig om den manglende eksterne validitet af den kontrollerede psykoterapiforskning (27). Den omhyggelige kontrol, som sker for at sikre designets interne validitet (sikkerheden hvormed man kan konstatere, at det er behandlingen, der forårsager ændringen), kan samtidig bevirke, at man på en række punkter fjerner sig fra den kliniske dagligdag. Der kan således rejses tvivl om, hvorvidt resultaterne for psykoterapi i forskningssammenhæng også gælder for psykoterapi i daglig praksis.

En række kontrolforanstaltninger i randomiserede forsøg vil kunne skabe afstand mellem »forskningspsykoterapi« og »klinisk psykoterapi«:

- a. Tilfældig fordeling til behandling (hverken terapeutens kliniske vurdering af egnet behandling eller klientens præference får lov at spille ind).
- b. Fastlagt behandlingsform (man kan ikke ændre metode undervejs, hvis behandlingen ikke giver tilfredsstillende resultat).

- c. Forhåndsspecificeret varighed af behandlingen (der altså ikke kan varieres efter klientens behov).
- d. Omhyggelig træning og supervision efter manual med kvalitetskontrol af terapiens udførelse (som sjældent ses i almindelig klinisk praksis).
- e. Homogene diagnostiske grupper (klienter med almindeligt forekommende komorbiditet, fx alkoholmisbrug eller svær personlighedsforstyrrelse, udelukkes). For at tilgodese dette krav er det ikke ualmindeligt, at man i en kontrolleret undersøgelse starter med at screene fire gange så mange klienter som det antal, der fuldfører behandlingen.

Martin Seligman, der har været en af de hårdeste kritikere af den ensidige satsning på kontrolleret effektforskning i evaluering af psykoterapi, trak kritikken hårdt op med sin påstand om, at denne type forskning kun er egnet til at undersøge »korte, simple og billige behandlingsformer« (27, p. 1073), hvilket yderligere vil bidrage til at øge tendensen til vægtning af profit frem for kvalitet, som han mener udmønter sig i den såkaldte »managed care«-ordning i USA.

Den mest nærliggende udvej af dette dilemma består i også at satse på naturalistisk forskning, dvs. forskning, der mere naturtro afspejler den kliniske dagligdag. Dette bliver faktisk anbefalet i APA's evalueringskriterier (8), hvor der skelnes mellem to akser i vurderingen: Én for effekt i kontrolleret forskning og én for »klinisk brugbarhed« i naturalistisk forskning (man taler også om hhv. effekt/»efficacy« og effektivitet/»effectiveness«). Der findes allerede en del undersøgelser, som har fundet, at kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer har kunnet anvendes i daglig klinisk praksis over for en mindre selekteret klientgruppe med resultater, som svarer til sådanne, man har opnået i kontrollerede forsøg (fx 28, 29).

*Ad 3:* Det er et tilbagevendende fund i komparativ psykoterapiforskning, at forskellige velrenommerede og veludførte psykoterapiformer fører til omtrent samme effekt, og at der altså ikke er så store forskelle i virkning, som man skulle forvente, selv mellem terapiformer med klare forskelle i teoretiske rationaler (1, 30). Man taler om »dronte-« eller »dodo-kendelsen« med henvisning til Alice i Eventyrland, hvor drontefuglen fløjtede et højst mærkværdigt væddeløb af med afgørelsen: »Alle har vundet, og alle skal have præmie!«

Dodo-kendelsen må imidlertid ses i lyset af, at der er meget få sammenlignende undersøgelser, og at disse som regel omhandler særligt udvalgte meto-

der, som allerede har dokumenteret virkning. Dertil kommer, at praktisk talt alle undersøgelser har alt for få patienter til at dokumentere selv moderat store forskelle mellem metoderne (det såkaldte power-problem) (13). Der er faktisk fundet forskelle mellem forskellige metoder for nogle lidelsers vedkommende (21), selv om listen over sandsynliggjorte »specifikt virksomme« metoder endnu er kort (jf. tabel 1).

*Ad 4:* I forlængelse af punkt 3 har man stillet spørgsmålet om, hvorfor man skal ofre en så stor forskningsindsats på studier af virkningen af forskellige terapiformer, når metodevariabler kun forklarer en beskedent del af psykoterapiens effekt. Gennemsnitligt forklarer den særlige metode måske kun 10-15% af variationen i terapeutisk udbytte, medens terapeutvariabler, særligt terapeutens relationelle kompetencer, ser ud til at yde et større bidrag (31, 32).

APA's afdeling 29 for psykoterapeuter har netop afsluttet et arbejde om »evidensfastlagte« relationelle kompetencer hos terapeuten (33). Fremgangsmåden var den, at man lod ekspertgrupper gennemgå litteraturen vedrørende udvalgte variabler for derefter at lade nye grupper vurdere kvaliteten af den empiriske dokumentation. Konklusionen var, at følgende variabler blev vurderet som »dokumenteret virksomme«: Terapeutisk alliance, gruppesammenhold (i gruppeterapi), empati og enighed om målsætning og samarbejde, medens en række andre blev vurderet som »lovene og sandsynligt virksomme«: Positiv accept, kongruens/genuinitet (æghed), udbedring af alliancebrud, self-disclosure, holden styr på modoverføring og kvaliteten af relationelle tolkninger (men negativ effekt af mange overføringstolkninger).

Det er naturligvis vigtigt at være opmærksom på terapeutfaktorens betydning og at finde frem til, hvori terapeutisk kompetence består, samt hvordan den optimalt fremhjælpes. På den anden side overflødiggør sådanne bestræbelser jo ikke den traditionelle metodefokuserede effektforskning, medmindre man har den ekstreme antagelse, at metoden slet ingen forskel gør. Bestræbelserne for at nå til evidensfastlagte terapeutiske relationskompetencer hos arbejdsgruppen i APA's afdeling 29 (33) opfattes da også blot som et supplement til de metodefokuserede evidensbestræbelser.

*Ad 5:* Det er en almindelig antagelse blandt psykoterapeuter, at den formelle psykiatriske diagnose kun har beskedent relevans for psykoterapi; en opfattelse der også deles af de fleste udøvere af evidensbaseret psykoterapi (34). Kritikken af det psykiatriske diagnosesystem er størst blandt humanistiske terapeuter,

der følgelig er de stærkeste modstandere af kravet om at dokumentere effekt over for bestemte psykiske lidelser (35). Ved lettere psykiske lidelser, som fylder meget i mange humanistiske terapeuters klientel, vil diagnoser kunne bidrage til en uhensigtsmæssig sygeliggørelse af almindelige livsproblemer. Forskningsresultater antyder også, at andre variabler end diagnose, fx klientens motivation og evne til at indgå i et tillidsfuldt forhold til terapeuten, spiller en større rolle for udbyttet af psykoterapi end den pågældendes diagnostiske etikette (36).

Spørgsmålet om diagnosers betydning for psykoterapeutisk behandling afhænger dog i sagens natur af spændvidden i de diagnostiske forskelle; der er få, som vil betvivle, at det gør en ret så afgørende forskel, om patienten fx er skizofren eller lider af en angsttilstand. En eller anden inddeling af psykiske lidelser eller problemtyper er nødvendig for en meningsfuld videnstilvækst på området. En af årsagerne til den traditionelle psykoterapiforsknings begrænsede informationsværdi er netop, at den »blander æbler og pærer«. Med tilstrækkelig spredning i klientmaterialet vil klientvariabler let kunne overskygge betydningen af andre variabler, herunder brugen af særlige teknikker (som tilfældet ville være, hvis man i medicinsk forskning afprøvede behandlingsmetoder på patienter med meget forskelligartede sygdomme, fx influenza og kræft, i samme undersøgelse).

Der er naturligvis ikke noget til hinder for, at man kan anvende andre klientvariabler end diagnoser som inddelingsgrundlag. I det tidligere omtalte værk om terapeutiske relationsfærdigheder (33) inddrages også forskning vedrørende betydningen af bl.a. modstand, copingformer/forsvarsmekanismer, særlige personlighedstyper og tilknytningsstil. Til nu er sådanne alternative opdelingsmåder imidlertid utilstrækkeligt udforskede. Som Roth & Fonagy (9) påpeger, er det vanskeligt at få øje på et gennemarbejdet og veludforsket alternativ til de psykiatriske diagnoser.

Den vigtigste indvending mod »diagnosebaseret« psykoterapi går måske på, at al psykoterapi nødvendigvis må indrettes efter den individuelle klient. Psykoterapi baseret på individuel case-formulering (37) eller på en »teori« om den enkelte klient (38) modstilles ofte psykoterapi ud fra diagnoser. I realiteten behøver der imidlertid ikke at være modsætninger. Diagnoser kan vejlede det første grove valg af metode såvel som være et skridt på vejen mod den idiografiske forståelse af udvikling og aktuel dynamik, som stort set alle terapiretninger er enige om at tilstræbe.

De diagnostiske systemer er naturligvis ufuldkomne taksonomier under stadig udvikling og revision. De er helt klart overelaborerede som basis for behandlingsvalg – ingen forestiller sig, at der vil kunne udvikles en helt speciel behandling til hver enkelt af de over 300 forskellige diagnosekategorier i DSM-IV eller ICD-10. Men hoveddiagnoserne er kendetegnet ved nogen validitet, også med henblik på valg af psykoterapeutisk behandling.

*Ad 6:* Det hævdes ofte, at manualer vil kunne lægge uheldige bånd på terapeutens spontanitet og kreativitet (fx 35, 38, 39). Al god psykoterapi er naturligvis kendetegnet ved, at terapeuten er åben og fleksibel, lytter til klienten og til sin egen intuition og er responsiv over for klientens umiddelbare behov, som de viser sig her og nu i terapitimen. Psykoterapi er sammenlignet med en dans (fx 38), og en manualbaseret dans er måske ikke den mest oplagte æstetiske nydelse for nogen af parterne. Til gengæld er kunstnerisk udfoldelse på højt niveau jo absolut et disciplineret foretagende. Som den norske psykoanalytiker Per Höglend (40), der er en habil jazzmusiker, udtrykker det i forbindelse med spørgsmålet om brug af manual, så skader det normalt ikke at træne nogle skalaøvelser, før man deltager i en spontan jamsession!

Generelt er der ikke forskningsresultater, som tyder på, at manualer skulle have negativ indflydelse på alliancedannelsen i eller udbyttet af psykoterapi, forudsat at de specificerer relevante terapeutiske metoder (21, 41).<sup>2</sup> Der er dog enkelte eksempler på, at en for regelret og rigid efterfølgelse af manualens forskrifter vil kunne have negativ indflydelse på terapiens relationelle aspekter (42, 43). Manualer kan hjælpe terapeuten til at vælge relevante metoder over for særlige lidelser og bidrage til at strukturere terapien på en hensigtsmæssig måde, således at man holder fokus og undgår uheldig slingrekurs. Men de er naturligvis ikke samlesætsinstruktioner. Terapeutens »procesfølsomhed« og »dynamiske perception« (38) er lige så vigtige bestanddele af manualbaseret som af ikke-manualbaseret psykoterapi.

*Ad 7:* Selv om dette punkt har fyldt relativt lidt i diskussionen af evidensbaseret psykoterapi, er det som nævnt i indledningen klart, at evidenslogikken har

---

2 I fire af fem undersøgelser i Haviks (41) oversigt, hvor man fandt negativ sammenhæng mellem graden af manualefterlevelse og udbytte, specificerede manualen hyppig brug af overføringstolkninger i psykodynamisk korttidsterapi, hvilket man nu ved er en problematisk strategi.

sit udspring i en naturvidenskabelig, empiristisk videnskabsforståelse med vægt på teknologisk rationalitet, dvs. handleanvisninger styret af mål-middel-logik. En anden videnskabsforståelse eller et andet syn på vidensanvendelse vil kunne føre til en anderledes opfattelse af forholdet mellem videnskab og praksis (1).

Den norske socialpsykolog Tor-Johan Ekeland (39) har understreget dette punkt i sin kritik af evidensparadigmet. Ekeland taler om to implicitte videnskabsteoretiske antagelser bag evidensparadigmet: Scientisme, dvs. troen på, at praksis direkte kan afledes af videnskab, og »instrumentalistisk fejltagelse« (Skjerveheim), nemlig antagelsen om, at menneskelig samhandlen kan indordnes under en simpel mål-middel-logik. Begge disse antagelser er imidlertid problematiske. I samhandlen med andre mennesker hersker der en anden logik begrundet i, at mennesket er et selvreflekterende subjekt, der ændres af sin erkendelse, og som indgår i et meningsfællesskab med andre mennesker. Det er følgelig ikke muligt at studere eller behandle andre mennesker alene som objekter.

Det er naturligvis vigtigt, at man ikke forfalder til teknisk reduktionisme og glemmer psykoterapiens karakter af spontant medmenneskeligt samvær. Psykoterapiens vel nok mest basale etiske fordring består i, at terapeuten forholder sig til klienten som til et medmenneske eller et andet subjekt (38). Terapeuten må værdsætte klienten som person, indstille sig på empatisk indlevelse i klientens synsmåde og respektere dennes integritet og selvbestemmelse. Men psykoterapi er også et betalt behandlerforhold, hvor klienten har krav på at få den mest effektive hjælp til at bekæmpe lidelsen eller løse problemerne. Terapeuter, der ikke gør opmærksom på, at der findes mere effektive behandlingsmetoder til symptomlindring for særlige lidelser, hvor dette er tilfældet, er klart nok stillet over for etiske problemer (44). At det er vigtigt at værne om psykoterapiens humanistiske værdier betyder ikke, at man skal se bort fra empirisk fastlagte mål-middel-forbindelser mellem terapeutiske teknikker og effekt. Anvendelsen af forskningsresultater inden for psykoterapiområdet er imidlertid forbundet med komplekse problemer.

## Instrumentel eller konceptuel vidensanvendelse

Der er tiltagende samfundsmæssige krav om, at forskning skal anvendes, men samtidig beskeden viden om, hvordan en sådan anvendelse mere præcist skal ske (45). Overordnet kan man skelne mellem tre forskellige former for anvendelse af forskningsresultater:

Evidensbaseret psykoterapi

1. *Instrumentel eller teknologisk vidensanvendelse* består i at anvende viden om særlige metoders eller teknikkers virkninger til at opnå bestemte mål. Denne form for viden kan bygge på empiriske generaliseringer og forudsætter ikke nødvendigvis en dybere teoretisk forståelse af mekanismer eller processer, der forklarer, hvordan metoderne fører til de ønskede resultater. En reliabel taksonomi over problemer og metoder samt et empirisk begrundet regelsæt for deres optimale kombination er alt, hvad man behøver. Sandhedskriteriet for en instrumentel eller teknologisk viden er pragmatisk og bygger på ønsket om at kunne forudsige og kontrollere relevante begivenheder. Instrumentel vidensanvendelse anses normalt for helt central i forbindelse med anvendte eller teknologiske videnskaber.

2. *Konceptuel eller teoretisk vidensanvendelse* består derimod i at opnå erkendelse om eller forståelse af, hvad der kendetegner særlige fænomener, eller hvordan kausale sammenhænge mellem fænomener kan forklares. Denne form for viden bygger på indsigt i indhold, strukturer, mekanismer og processer. Sandhedskriteriet er i almindelighed korrespondens, dvs., at man afdækker virkeligheden, således som den faktisk er beskaffen; evt. kan man dog også tale om kohærens i forbindelse med fænomener, hvis empiriske status er mere diskutabel (jf. den såkaldte hermeneutiske cirkel i studiet af meningssystemer). Frembringelsen af konceptuel viden er traditionelt især knyttet til den såkaldte grundforskning. Konceptuel vidensanvendelse kan indirekte føre til bedre teknologi (man kan bedre gribe ind i mekanismer, man forstår), men der behøver ikke at være en klar eller entydig sammenhæng mellem erkendelsesværdi og praktisk anvendelighed. Forskellen mellem instrumentel og konceptuel anvendelse af viden kan være et spørgsmål om maskestørrelsen i det vidensnet, som udspringes; nogle gange er det vanskeligt at foretage en klar skelnen.

3. *Ideologisk eller politisk vidensanvendelse*, hvor man gør brug af teorier eller forskningsresultater til at overbevise sig selv eller andre om et særligt standpunkt. Teorier kan anvendes til at bestyrke tiltroen til, at man gør det rigtige, uafhængigt af deres sandhedsværdi. Kriteriet for en ideologisk gennemslagskraft er, i hvor høj grad det lykkes at påvirke en selv eller andre til at tro på ideologiens budskab. Den ideologiske vidensanvendelse opfattes ofte som mindre legitim (Wenneberg (45) taler om den »misbrugende vidensanvendelse«).

Jerome D. Frank (46) har i sin berømte bog om psykoterapi som non-specifik behandling argumenteret for, at psykoterapeutiske teorier primært tjener den



ideologiske funktion at styrke tiltroen til metoden blandt behandlere og brugere. Evidensparadigmets mest iøjnefaldende indflydelse til nu har utvivlsomt været på det ideologiske plan i og med, at det på rekordtid har ført til drastiske ændringer i statusforholdet mellem de terapeutiske skoledannelser: Fra at være »underdog« i forhold til psykoanalytisk psykoterapi er kognitiv adfærdsterapi blevet promoveret til en særdeles indflydelsesrig position. Kritikere kan med rette hævde, at ændringerne går langt ud over, hvad vidensfundamentet kan bære. Men al anvendelig viden vil have mere eller mindre berettigede politiske konsekvenser, som må vurderes i forhold til sandhedskriterier knyttet til de to øvrige, mere legitime former for forskningsanvendelse.

Det er klart, at evidensbevægelsen i dens traditionelle udformning særligt knytter sig til den instrumentelle eller teknologiske vidensanvendelse: Det drejer sig om at besvare spørgsmålet om, hvilke metoder der »virker«; jf. titler på evidensværker som »What works for whom« (9) og »A guide to treatments that work« (19).<sup>3</sup> Evidensbaseret psykoterapi hviler på en såkaldt aktuarisk tankegang (48): I valget af metode skal anvendes empirisk baserede formler eller tabeller snarere end teoribaseret klinisk bedømmelse. Begrundelsen har været den (fx 7), at kliniske forudsigelser generelt har klaret sig dårligt sammenlignet med statistiske formler baseret på en simpel lineær kombination af nogle få robuste prædiktorer (49). Deraf følger tankegangen om at vælge metode ud fra evidenstabeller og disciplinere klinikerens subjektivitet gennem manualbaserede terapiprogrammer. Men er en sådan fremgangsmåde ønskelig eller overhovedet mulig?

Det største problem for en instrumentel forskningsanvendelse inden for psykoterapiområdet består antageligt i, at der er meget få undersøgelsesresultater, som tillader en præcis og praktisk brugbar generalisering. Psykoterapiforskning er et område kendetegnet ved små korrelationer. Det er almindeligt, at forskellige undersøgelser opnår forskellige resultater. Dertil kommer, at enkeltundersøgelser også giver varierende resultater for forskellige klienter, selv om de har samme diagnose; ofte med større spredning i form af standardafvigelse end effektstørrelse i undersøgelsen (50). Dette vil gøre empiriske generaliseringer til enkeltklienter upræcise (selv om de måske fortsat er bedre end individuelle forudsigelser baseret på klinisk bedømmelse). Et yderligere problem

---

3 Såvel som på »modværker« som »The heart and soul of change: What works in therapy« (47) og »Psychotherapy relationships that work« (33).

består i, at terapeutfaktorer som nævnt generelt ser ud til at spille en større rolle end metodefaktorer. Det betyder, at der også er begrænsede muligheder for at generalisere på tværs af terapeuter, som betjener sig af den samme metode. Sådanne forhold får nogle til at konkludere, at forskningsanvendelsen inden for psykoterapiområdet primært må være konceptuel.

En konceptuel klinisk anvendelse af viden består typisk i en gradvis og diffus brug af forskningsresultater for at bedre forståelsesgrundlaget; overveje forskellige synsvinkler, muligheder eller interventionsstrategier ud fra en teoretisk forståelse af klientens problem, psykopatologi eller personlighed, af psykoterapiens virkningsmåde og af centrale psykoterapeutiske forandringsprocesser (1). Der anvendes primært løse, heuristiske modeller, og ofte er der tale om case-matchning, hvor man sammenligner klientens problem, tilstand eller særlige forhold i terapien med idealtypiske tilfælde fra litteraturen eller egne eller kollegers erfaringsrepertoire. En klinisk konceptuel forskningsanvendelse er fleksibel og potentielt egnet til at tage hensyn til klientens individualitet og de meget komplekse og dynamiske samspil mellem variabler, som kendetegner psykoterapiområdet. Til gengæld er klinisk bedømmelse som nævnt en usikker strategi med mange fejkilder. Det er anført, at der vil kunne kompenseres for usikkerhedsfaktoren i klinisk bedømmelse, ved at modellerne anvendes tentativt og fleksibelt med løbende tilbagemelding fra klienten (1). Værdien af en konceptuel vidensanvendelse vil naturligvis afhænge af kvaliteten af de anvendte teorier og modeller, som inden for alle terapeutiske hovedskoler må anses for forenklede.

Der findes enkelte fund, som er tilstrækkeligt robuste og overbevisende til, at der kan argumenteres for deres instrumentelle anvendelse; flest vedrørende angsttilstande. Eventuelt vil man i generaliseringerne kunne trække på særlige behandlingskomponenter – og ikke blot på manualernes »pakkelløsninger« – som når der i psykodynamisk terapi inddrages adfærdsterapeutisk eksponering over for fobier (25) eller kognitivpsykoedukation over for panikangst (51) og spiseforstyrrelser (52).

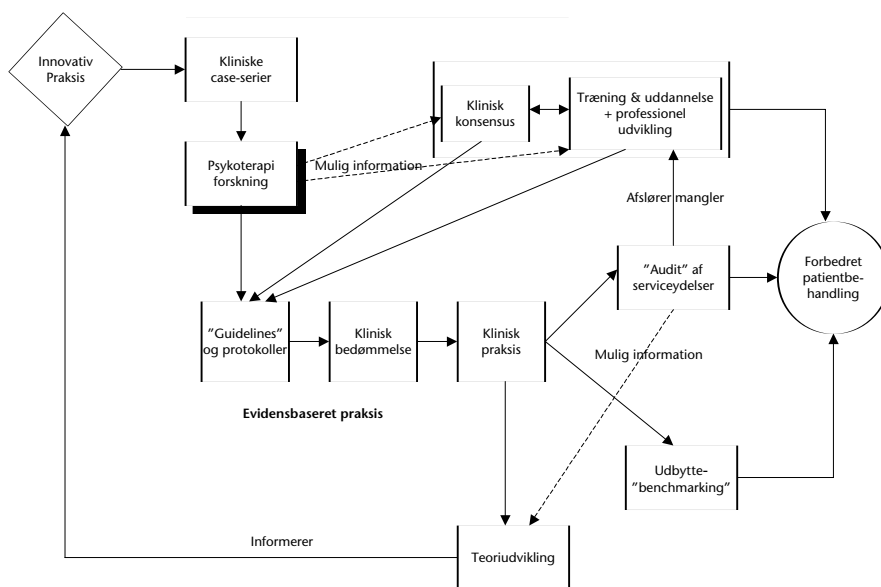
Klinikere foretrækker som regel at bruge deres »hoveder« frem for »køgebøger«, som Paul E. Meehl (53) engang udtrykte det. Der hersker negative eller ambivalente holdninger over for terapimanualer blandt mange praktikere, selv om aversionen kan hænge sammen med klinikernes begrænsede kendskab til manualer (54). En konceptuel ramme giver klinikeren større grad af frihed i anvendelsen af forskningsresultater. Helt at overlade forskningsanvendelsen

til den enkelte klinikers kreative syntese vil på den anden side blot betyde, at man accepterer status quo. Men hvordan tænker man sig evidensbaseret psykoterapi implementeret?

## Implementering af evidensbaseret psykoterapi

Der har været relativt få overvejelser over, hvordan man konkret kan anvende evidensbaseret psykoterapi i praksis. En interessant model er udviklet i et kommissionsarbejde for det engelske sundhedsvæsen (National Health Service), der havde det generelle formål at forbedre tilbuddet om psykoterapi til den almene befolkning (9, 55) (se fig. 1).

Figur 1. Roth & Fonagys (1996, p. 48) model for evidensbaseret psykoterapi



Evidensbaseret psykoterapi foregår inden for rammerne af firkanten i midten: Der er udviklet såkaldte »guidelines«/behandlingsvejledninger og behandlingsprotokoller for særlige lidelser. Det er ikke helt klart, hvad Roth & Fonagy lægger i betegnelsen »protokol«; den inkluderer, men dækker tilsyneladende et lidt bredere felt end de traditionelle manualer (der naturligvis også kan variere meget mht. specificeringsgrad). Guidelines er normalt brede vidensopdateringer uden høj grad af specificitet med hensyn til konkrete behandlingsteknikker. Under alle omstændigheder overlader modellen det konkrete behandlingsvalg til klinikerens bedømmelse.

Behandlingsanbefalingerne får input fra ekspertbedømmelser blandt psykoterapeutiske praktikere og undervisere (»klinisk konsensus«), men det vigtigste informationsgrundlag er kontrolleret forskning (derfor skyggevirksomhed på den kasse). Der kan være tale om såvel effekt- som procesforskning, men kontrollerede gruppeundersøgelser af effekt gives størst vægt som beslutningsgrundlag. Resultater fra psykoterapiforskningen antages naturligvis også at influere den kliniske opinion (de stiplede pile).

Til højre i figuren foregår den praksisbaserede evaluering af psykoterapiens udførelse i vurderingen af: »Om man har gjort det rette, om det er gjort korrekt, og om det har ført til det rette udbytte.« (Roth & Fonagy, 1996, p. 55). Der er dels tale om den dagligdags kvalitetskontrol (»audit« eller tilsyn) i form af registrering, tilbagemelding, indsamling af evalueringsdata fra klienter og supervision fra andre klinikere. Dels om såkaldte »benchmark«-tjek, hvor man undersøger, om behandlingsresultaterne lever op til særlige målestokke, som kan være tilvejebragt i kontrolleret forskning eller andre naturalistiske undersøgelser.

Informationssløjfen til venstre i figuren er Roth & Fonagys bud på, hvordan forskningen kan bidrage til psykoterapeutiske nyskabelser. Teoriudvikling inden for området antages primært at ske på baggrund af klinisk praksis. Nye teori-dannelser kan føre til udvikling af nye behandlingsmetoder eller til anvendelsen af særlige metoder over for nye lidelser eller problemer, der så kan udsættes for præliminær evaluering i en serie af enkelt-case-forsøg. Sådanne forsøg kan dels føre til ændring og raffinering af metoden, dels danne beslutningsgrundlag i spørgsmålet, om det er værd at satse på en mere endegyldig evaluering i et randomiseret kontrolleret forsøg.

Roth & Fonagy (9) skelner mellem almenpraktiserende psykoterapeuter, som varetager en lang række terapeutiske opgaver uden specialforudsætninger, og psykoterapeuter med særlig specialistkompetence knyttet til bestemte opgaver. Der vil kunne oprettes ekspertisecentre for særlige lidelser, som kendes i form af klinikker for bl.a. angst, depression og spiseforstyrrelser, til varetagelse af centrale behandlingsopgaver og forsyning af almenpraktiserende psykoterapeuter med vidensopdatering, videreuddannelse og supervision.

Roth & Fonagys (9) model er fleksibel, og den tildeler en betydelig rolle til psykoterapeuters kliniske og teoretiske bedømmelse både i form af ekspertvurderinger (klinisk konsensus) og i psykoterapiens konkrete udførelse. Der er

naturligvis kun tale om en overordnet skitse, som kan have behov for mange konkrete detaljer.

## Afsluttende bemærkninger

Det forekommer plausibelt, at evidensbevægelsen vil kunne yde et konstruktivt bidrag til brobygningen mellem forskning og praksis inden for psykoterapiområdet. Evidensbaseret psykoterapi har imidlertid endnu ikke fundet sin endegyldige form. Der er fortsat mange uafklarede spørgsmål om, hvordan forskningsanvendelsen skal finde sted. En snæver teknologisk opfattelse af evidens er næppe tilfredsstillende. I sin bredeste forståelse kommer evidens blot til at betyde, at psykoterapi skal foregå på videnskabeligt grundlag, hvilket de færreste vil anfægte.

Evidensbestrebelse vil have forskellig værdi afhængig af lidelsernes eller problemernes natur. Mange klienter i psykoterapi har lettere livsproblemer snarere end egentlige psykiske lidelser, og her er den traditionelle behandlingsmetafor for psykoterapi mindre relevant (44). Evidensparadigmets instrumentelle logik har sin mest legitime anvendelse over for klare psykiske lidelser, hvor behandlingens målsætning er relativt indlysende.

Roth & Fonagys (9) model (fig. 1) er efter min opfattelse en frugtbar forståelsesramme for evidensbaseret psykoterapi. I diskussioner af evidensbaseret psykoterapi har man fokuseret på pilen fra forskning (overvejende forstået som randomiserede kontrollerede forsøg) til praksis i modellen. Den praksisbaserede forskning (højre side af modellen) kan imidlertid vise sig at være mindst lige så vigtig (56). Der er tiltagende forståelse for nødvendigheden af naturalistisk forskning, hvor det kan være nødvendigt at gradbøje metodekravene af hensyn til den eksterne validitet. Også den såkaldte »patientfokuserede« forskning rettet mod løbende evaluering af den enkelte klient (57, 58) er et interessant alternativ eller supplement til den traditionelle gruppesammenligningsforskning, som direkte vil kunne influere behandlingsbeslutninger i praksis: Opnår klienten tilfredsstillende fremskridt, eller er der behov for ændringer i terapien? Man bør heller ikke glemme sløjfen i venstre side af modellen rettet mod innovativ praksis. En række behandlingsprogrammer for særlige lidelser er udviklet i et nært samspil mellem forskning og praksis, og et sådant samarbejde kan betragtes som en lovende mulighed for at frembringe praktisk relevant viden såvel som bedre psykoterapi.

Der er særligt behov for mere forskning i, hvordan man implementerer forbedret psykoterapi i praksis. Vi ved meget om behandling af udbredte psykiske lidelser såsom angst og depression, men kun lidt om, hvordan denne viden optimalt vil kunne komme klienterne til gode. Det er min vurdering, at der er mindre uenighed mellem psykoterapeuter, når man konkret diskuterer spørgsmål om relevante behandlingstilbud for særlige lidelser i lyset af forskningsresultater, end når man deltager i abstrakte diskussioner af evidens.

I 1960'erne foregik der en ophedet diskussion om psykologiske undersøgelsesmetoder mellem klinikere og psykometrikere. I dag er diskussionen omtrent glemt, og der hersker bred konsensus om værdien af psykologiske test til at disciplinere klinikernes subjektivitet. Måske vi tilsvarende kan se frem til en mere afklaret holdning til spørgsmålet om, hvordan forskningsresultater anvendes inden for psykoterapiområdet.

## Litteratur

1. Hougaard, E. *Psykoterapi: Teori og forskning*. København: Dansk psykologisk Forlag, 1996.
2. Healy, D. *The antidepressant era*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997.
3. Morrow-Bradley, D. & Elliott, R. Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist* 1986; **41**: 188-197.
4. Parloff, M.B. Psychotherapy and research: An anaclitic depression: The Twenty-third Annual Frieda Fromm-Reichmann Memorial lecture. *Psychiatry* 1986; **43**: 279-293.
5. Beutler, L.E., Kim, E.J., Davison, E. et al. Research contributions to improving managed health care outcomes. *Psychotherapy* 1996; **33**: 197-206.
6. Cochrane, A.L. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972 (Reprinted 1989 in association with the BMJ).
7. Wilson, G. T. Treatment manuals in clinical practice. *Behaviour Research and Therapy* 1997; **35**: 205-210.
8. Task Force on Psychological Interventions Guidelines. Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders. Albany: American Psychological Association, 1995.
9. Roth, A. & Fonagy, P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford, 1996.

10. Banta, H.D. & Saxe, L. Reimbursement for psychotherapy: Linking efficacy research and public policy making. *American Psychologist* 1983; **38**: 918-923.
11. Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V. et al. An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist* 1996; **49**: 5-18.
12. Hougaard, E. Vidensbaseret psykoterapi: Er vidensbaseret psykoterapi en frugtbar vej for psykoterapiens udvikling? *Psykolog Nyt* 1997; **51**: 6-11.
13. Hougaard, E. Psykoterapiforskning og evidensbaseret behandling. *Agrippa* 1999; **19**: 5-37.
14. Garb, H.N. *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association, 1998.
15. Fisher, S. & Greenberg, R.P. *The scientific status of psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1977.
16. Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H. et al. Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist* 1998; **51**: 3-16.
17. Woody, S.R. & Sanderson, W.C. (eds.). Manuals for empirically supported treatments: 1998 update. *The Clinical Psychologist* 1998; **51**: 17-21.
18. Beutler, L.E., Moleiro, C. & Talebi, H. How practitioners can systematically use empirical evidence in treatment selection. *Journal of Clinical Psychology* 2002; **58**: 1199-1212.
19. Nathan, P.E. & Gorman, J.M. A guide to treatments that work. New York: Oxford University Press, 1998 (2nd ed. 2002).
20. DeRubeis, R.J. & Crits-Christoph, P. Empirically supported individual and group psychological treatment for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; **66**: 37-52.
21. Chambless, D.L. & Ollendick, T. Empirically supported psychological interventions: Controversis and evidence. *Annual Review of Psychology* 2001; **52**: 685-716.
22. Klerman, G., Rounsaville, B., Chevron, E., et al. *Short-term interpersonal therapy for depression*. New York: Basic Books, 1984.
23. Weissman, M.M., Markowitz, J.C. & Klerman, G.L. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books, 2000.
24. Jørgensen, C.R. Den interpersonelle psykoanalyse. *Nordisk Psykologi* 1999; **51**: 297-323.
25. Nielsen, G.H. Dynamisk psykoterapi ved angst og angstlidelser: Med særlig vægt på relationelle og interpersonelle perspektiver. I: Hougaard, E., Rosenberg, R. & Nielsen, T. (eds.) *Angst og angstbehandling* (pp. 156-210). København: Reitzel, 2002.

26. Hougaard, E., Rosenberg, R. & Nielsen, T. (eds.). *Angst og angstbehandling*. København: Reitzel, 2002.
27. Seligman, M.E.P. Science as an ally of practice. *American Psychologist* 1996; **51**: 1072-1079.
28. Persons, J.B. Results of randomised controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy and Research* 1999; **23**: 535-548.
29. Wade, W.A., Treat, T.A. & Stuart, G.L. Transporting empirically supported treatments for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; **66**: 231-239.
30. Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M. et al. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically »all must have prizes«. *Psychological Bulletin* 1997; **122**: 203-215.
31. Asay, T.P. & Lambert, M.J. The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. I: Hubble, M.A., Miller, S.D. & Duncan, B.L. (eds.) *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). New York: APA, 1999.
32. Hougaard, E. Hvad gør en god psykoterapeut »god«? Perspektiver fra empirisk forskning. *Psyke & Logos* 1998; **19**: 191-219.
33. Norcross, J.C. (ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, 2002.
34. O'Donahue, W., Buchanan, J.A. & Fisher, J.A. Characteristics of empirically supported treatments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2000; **9**: 69-74.
35. Bohart, A.C., O'Hara, M. & Leitner, L.M. Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research* 1998; **8**: 141-157.
36. Beutler, L.E. Differential treatment selection: The role of diagnosis in psychotherapy. *Psychotherapy* 1989; **26**: 271-281.
37. Persons, J.B. *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton, 1989.
38. Fog, J. *Saglig medmenneskelighed: Grundforhold i psykoterapien*. København: Reitzel, 1998.
39. Ekeland, T.-J. Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 1999; **36**: 1036-1047.
40. Høglend, P. Psychotherapy Research: New findings and implications for training and practice. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1999; **8**: 257-263.



41. Havik, O. (2002). Behandlingsveiledere og terapimanualer – bedre eller verre enn sitt rykte? In: Holte, A., Nielsen, G.H. & Rønnestad, M.H. (eds.) *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: Teori, empiri og praksis* (pp. 166-189). Oslo: Gyldendal, 2002.
42. Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S.L. et al. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; **64**: 497-504.
43. Henry, W.P., Strupp, H.H., Butler, S.F. et al. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; **61**: 434-440.
44. Hougaard, E. Psykoterapeutiske grundmetaforer, videnskabelighed og etik. I: J. Andreasen (ed.) *Tillid og nærvær: Etik og menneskesyn i terapi* (pp. 66-85). København: Frydenlund, 1998.
45. Wenneberg, S. Forskningsanvendelse: Hvad er det? Papir præsenteret på den 20. Nordiske Sociologikonference i Bergen, 1999.
46. Frank, J.D. *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1973 (2nd ed.).
47. Hubble, M.A., Miller, S.D. & Duncan, B.L. (eds.) *The heart and soul of change: What works in therapy*. New York: American Psychological Association, 1999.
48. Meehl, P.E. *Clinical versus statistical prediction*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1954.
49. Dawes, R.M., Faust, D. & Meehl, P.E. Clinical versus actuarial judgment. *Science* 1989; **243**: 1668-1674.
50. Westen, D. & Morrison, K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; **69**: 875-899.
51. Shear, M.K., Pilkonis, P.A., Cloutier, M. & Leon, A.C. Cognitive behavioural treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry* 1994; **37**: 395-401.
52. Harper-Giuffre, H. & MacKenzie, K.R. (eds.) *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
53. Meehl, P. E. Wanted: A good cookbook. *American Psychologist* 1956; **11**: 263-272.
54. Addis, M.E. & Krasnos, A.D. A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; **68**: 331-339.

55. Parry, G. & Richardson, A. NHS psychotherapy services in England: Review of strategic policy. London: Department of Health, 1996.
56. Lueger, R.J. Practice-informed research and research-informed practice. *Journal of Clinical Psychology* 2002; **58**: 1265-1276.
57. Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.C. et al. Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist* 1996; **51**: 1059-1064.
58. Lambert, M.J. Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; **69**: 147-149.

# Effekten af psykodynamisk terapi – empirisk belyst

Matrix 2003; 1, s. 27-49

Stig Poulsen

*Artiklen præsenterer resultater fra effektstudier af psykodynamisk psykoterapi med fokus på kontrollerede kliniske studier. Indledningsvis diskuteres en række meta-analyser af dynamisk korttidsterapi og herefter redegøres for undersøgelser af effekten af psykodynamisk terapi for en række specifikke lidelser. På baggrund af den eksisterende forskning synes det rimeligt at konkludere, at dynamisk terapi generelt har en effekt, der svarer til den, man finder ved andre veletablerede terapeutiske paradigmer. Endvidere synes effekten af dynamisk terapi at være underbygget inden for visse specifikke diagnostiske kategorier, f.eks. depression og borderline personlighedsforstyrrelse. Der er dog stadig et stort behov for yderligere systematisk empirisk forskning i effekten af psykodynamisk terapi, ikke mindst forskning der fokuserer på længerevarende behandlingsforløb, og som undersøger ændringen inden for funktioner og fænomener af særlig relevans for dynamisk terapi.*

Som psykoterapeut med udgangspunkt i den psykodynamiske<sup>1</sup> tradition har man let kunnet føle sig presset i de senere år. I takt med den voksende mængde kontrollerede kliniske undersøgelser, der demonstrerer effekten af kognitiv adfærdsterapi, har mange givetvis ønsket en tilsvarende dokumentation af den psykodynamiske terapies effekt. Imidlertid har der ikke i nær samme omfang været fokus på forskningen i effekten af psykodynamisk terapi, og det har fremstået som uklart, hvorvidt der overhovedet findes en sådan forskning af betydning, og om den i givet fald kunne demonstrere en effekt. Med til at

---

1 I artiklen bruges termen *psykodynamisk* som en fællesbetegnelse for en lang række terapiformer inspireret af psykoanalytisk teori og praksis.

øge presset mod den psykodynamiske terapi har været fremvæksten af den såkaldte »evidensbevægelse«, som inspireret af principper for empirisk validering af behandlingsformer inden for lægevidenskaben har opstillet kriterier for vurdering af hvilke terapiformer, der er empirisk underbyggede. I de mest citerede oversigter over empirisk underbyggede behandlingsformer glimrer dynamiske terapiformer i høj grad ved deres fravær, hvilket meget let fører til den konklusion, at der er empirisk belæg for, at psykoanalytisk inspirerede terapiformer *ikke* er effektive.

Som det vil fremgå senere, er der imidlertid langt fra grundlag for en sådan udlægning. Samtidig er det evident, at psykodynamiske terapiformer står svagt, så længe det ikke gennem veldesignede studier lykkes at demonstrere en effekt, som i en eller anden forstand står mål med indsatsen. Spørgsmålet er så, hvad status rent faktisk er på dette område. For at bidrage til et mere kvalificeret grundlag for en afklaring af effekten af psykodynamisk terapi præsenteres i denne artikel hovedtræk fra den relevante forskning på området med henblik på at klargøre, hvad der findes af veletableret viden og – ikke mindst – hvilke presserende forskningsopgaver, der ligger ude i fremtiden. I tråd med de krav, der stilles til evidensbaseret terapi, fokuseres på kontrollerede kliniske studier, hvor den behandlede gruppe sammenlignes med enten en ubehandlet kontrolgruppe, en placebobehandlingsgruppe (evt. »treatment as usual«) eller med en anden relevant terapiform – eller eventuelt en kombination af disse muligheder. Dette er ikke fordi sådanne designs anses for at være de eneste relevante – tværtimod er hele projektet vedrørende evidensbaseret terapi som påpeget i mange sammenhænge (f.eks. 1, 2, 3) behæftet med en lang række problemer. Alligevel kan man på ingen måde tillade sig at negligere resultaterne fra sådanne undersøgelser. Rent faktisk udsiger disse resultater noget om sandsynligheden for at opnå en reel symptomlindring med forskellige behandlingsmetoder, hvilket aldrig kan være trivielt. Man kan selvfølgelig diskutere, hvorvidt det er antitetisk til den psykodynamiske terapiprojekt at søge at tilpasse sig til logikken bag kontrollerede kliniske studier. Imidlertid er et ikke uvæsentligt argument for at søge at dokumentere effektiviteten af psykodynamisk terapi, at psykoanalysens overlevelsesmuligheder må formodes at være truede, hvis traditionen helt afviser at gå ind i dialogen på den naturvidenskabeligt orienterede forsknings præmisser. På denne baggrund synes det mere rimeligt at formulere et kritisk udgangspunkt for en dialog med evidensbevægelsen end blankt at afvise at tage dialogen op.

Artiklen er for det første baseret på fire meta-analyser af effekten af psykodynamisk korttidsterapi, som i alt omfatter 35 kontrollerede studier<sup>2</sup>. Herudover er der foretaget en søgning i PsycInfo og Medline på søgeordene (psychoanal\* or psychodyn\*) and research and (outcome or efficacy or efficiency or effectiveness) and (study\* or studi\*). Herigennem – samt ved yderligere mindre systematiske søgninger – lykkedes det at lokalisere yderligere 18 kontrollerede studier<sup>3</sup>. Det er givet, at der findes relevante undersøgelser, der ikke er indfanget gennem disse søgestrategier, men undersøgelserne udgør dog formodentlig størsteparten af dekontrollerede studier af individuel psykodynamisk terapi. I det følgende vil resultaterne fra disse undersøgelser blive præsenteret starten med en gennemgang af de nævnte meta-analyser.

## Meta-analyser af psykodynamisk terapi

Psykoterapieffektforskningen nåede et vandskel ved publiceringen af de første *meta-analyser* af psykoterapieffektstudier (4,5). En meta-analyse er en undersøgelse, der ved at bringe resultater fra et større antal undersøgelser på samme formel søger at gøre det muligt at integrere disse resultater og derved opnå et langt mere omfattende empirisk grundlag for konklusionerne. Essensen i meta-analysens opgørelsesform er, at for hver undersøgelse transformeres resultaterne til standardscores, såkaldte effektstørrelsesmål. Den mest anvendte standardscore er »Cohens d«, hvor resultaterne opgøres i standardafvigelsesenheder, beregnet ud fra formlen:  $d(\text{effektstørrelse}) = M(\text{terapi}) - M(\text{kontrol}) / SD(\text{kontrol})$ <sup>4</sup>. Herved får man en værdi, som let kan omregnes til et mål for hvor mange patienter i behandlingsgruppen, der har klaret sig bedre end dem i kontrolgruppen.

Smith & Glass fandt i deres meta-analyse af 375 studier (4), at den samlede gennemsnitlige d-værdi for alle studierne var 0,68 svarende til, at den gennemsnitlige psykoterapiklient klarede sig bedre end 75% af kontrolgruppekl-

- 
- 2 Det må bemærkes, at det ikke i nogen af de nævnte meta-analyser har været et specifikt inklusionskriterium, at der har været tale om *randomiserede*, kontrollerede studier. Disse analyser lever således ikke op til de mest rigoristiske krav til kvalitet i effektforskning.
  - 3 En fortegnelse over de studier, der danner grundlag for artiklen, kan rekvireres fra forfatteren.
  - 4 M står for middelværdien og SD enten for standardafvigelsen for kontrolgruppen eller for den poolede standardafvigelse for begge grupper.

enterne. De konkluderede endvidere, at der var minimale forskelle mellem effekten af forskellige typer af terapi. Herved lagde de sig i deres konklusioner i forlængelse af den såkaldte »dronte-« eller »dodo-kendelse«, oprindeligt introduceret af Rosenschweig (6), som henviste til den afgørelse, som dronten i *Alice i eventyrland* gav efter et væddeløb: »Alle har vundet, og alle skal have præmie«. Denne kendelse blev genoplivet af Luborsky et al. (7) og har siden været en udfordring og provokation for effektforskere af forskellig teoretisk observans.

Fokus for psykoterapieffektforskningen har efter Smith, Glass & Millers samt andre meta-analyser i mindre grad været at dokumentere, at psykoterapi er virksom, men snarere at forbedre kvaliteten af undersøgelsesmetoderne – og af meta-analyserne. Der er specielt blevet lagt vægt på en større grad af specificering af, præcis hvordan terapien udføres, typisk ved brug af såkaldte psykoterapimanualer, på en præcis beskrivelse af patienterne, for eksempel gennem brug af diagnoser, og på brug af relevante og velafprøvede effektmål. Der stilles endvidere strengere krav til principperne for randomisering af patienterne.

I 1991 blev den første meta-analyse specifikt af effekten af psykodynamisk korttidsterapi publiceret. I denne samlede Svartberg & Stiles (8) resultaterne fra 19 kontrollerede undersøgelser af psykodynamisk korttidsterapi og undersøgelsens hovedkonklusioner satte kraftige spørgsmålstejn ved effekten af dynamisk terapi. Svartberg & Stiles fandt, at:

- ved afslutningen af terapien var dynamisk terapi lidt, men signifikant bedre end ingen terapi ( $d=0,20$ ), men signifikant dårligere end de forskellige andre terapiformer i undersøgelserne taget under et ( $d=0,24$ )
- ved follow-up var effekten af dynamisk terapi over for ingen behandling forsvundet, mens andre terapiformer klarede sig endnu bedre i forhold til dynamisk terapi ved 12 mdr. follow-up ( $d=0,72$ )
- forskellene mellem terapiformerne var mest markante for behandling af depression, hvor især sammenligning mellem dynamisk terapi og kognitiv adfærdsterapi faldt ud til den kognitive adfærdsterapis fordel
- jo bedre kvaliteten af undersøgelsens design var, jo dårligere klarede de dynamiske terapiformer sig.

Dette tilsyneladende voldsomme slag mod troværdigheden af dynamisk korttidsterapi blev imidlertid mildnet markant ved den hurtige tilsykomst af tre

andre meta-analyser, der alle konkluderede, at dynamisk korttidsterapi af forskellig art havde samme effekt som andre veletablerede terapiformer.

Den erklærede intention bag Crits-Christophs meta-analyse fra 1992 (9) var at inkludere samtlige eksisterende kontrollerede studier af dynamisk korttidsterapi, der opfyldte en række kvalitetskriterier. Imidlertid fandt Crits-Christoph kun 11 studier værdige til inklusion, og heraf var kun tre gengangere fra Svartberg & Stiles meta-analyse. Crits-Christoph havde da også væsentligt snævrere inklusionskriterier end Svartberg & Stiles. Han betonedes således for det første – modsat Svartberg & Stiles – at terapierne skal være udført af uddannede og erfarne terapeuter, altså for eksempel ikke terapeuter under uddannelse. Ydermere skal behandlingerne være velbeskrevne, enten i en behandlingsmanual eller i en manuallignende guide. Crits-Christoph understreger, at dette er særligt vigtigt ved psykodynamisk terapi, da mange terapeuter er uddannede i langtidsterapi og derfor kan have svært ved at tilpasse sig til de særlige betingelser, der er gældende for korttidsterapi. Han påpeger endvidere, at studier, der ikke tager udgangspunkt i en manual, i meget højere grad påvirkes af individuelle forskelle mellem terapeuterne mht. personlige kvaliteter og kompetencer (jf. 10). Kravet om manualbaseret er muligvis med til at forringe studierne relevans for almindelig praksis – deres eksterne validitet – men man sikrer til gengæld i højere grad, at det rent faktisk er terapiformen, og ikke terapeuten, der undersøges. Endelig inkluderer Crits-Christoph kun studier, der anvender helt bestemte effektmål inden for tre specifikke områder, nemlig *målproblemer* (målt ved Target Complaints for heterogene patientgrupper og ved lidelsesspecifikke mål, for eksempel Beck Depression Inventory, for undersøgelser af afgrænsede tilstande), *generel symptomstatus* (målt ved SCL-90) og *social funktion* (målt ved Social Adjustment Scale). Her afviger Crits-Christophs fremgangsmåde fra Svartberg & Stiles', som udregnede gennemsnitsmål for alle de forskellige effektmål, der indgik i de forskellige undersøgelser – på linje med Smith, Glass & Miller i øvrigt. Dette er imidlertid temmelig problematisk, da der notorisk er store forskelle mellem de enkelte måls følsomhed over for forandring, således at det, der tilsyneladende er en forskel i behandlingseffekt, i virkeligheden kan vise sig at skyldes forskelle i hvilke instrumenter, der er anvendt.

Resultaterne, som Crits-Christoph nåede frem til var:

- Der var markant effekt af dynamisk korttidsterapi i forhold til venteliste-kontrolgrupper. Således fandt Crits-Christoph, at for målproblemer var

Effekten af psykodynamisk terapi – empirisk belyst

$d=1,10$ , svarende til, at den gennemsnitlige patient efter dynamisk korttidsterapi havde det bedre end 86% af ventelistepatienterne. For SCL-90 var  $d=0,82$  og for Social Adjustment Scale var  $d=0,81$ , hvilket betyder, at for begge mål var gennemsnittet for patienterne i dynamisk terapi bedre end for 79% af patienterne på venteliste.

- Der var begrænsede forskelle mellem dynamisk korttidsterapi og diverse rådgivning, selvhjælpsgrupper mv.
- Der var kun ubetydelige forskelle mellem dynamisk terapi og andre terapiformer.

Endnu en meta-analyse af psykodynamisk korttidsterapi blev udført af Luborsky et al. (11) som en opfølgning af en tidligere meta-analyse (7). Luborsky et al. inddrager i alt 13 studier, som alle sammenligner dynamisk terapi med anden terapi (altså ikke med ubehandlede kontrolgrupper) – heraf fire, som hverken optræder hos Svartberg & Stiles eller hos Crits-Christoph.

Luborsky et al. har som inklusionskriterium en score på 6,5 ud af 10,5 mulige point på en kvalitetskala omfattende en lang række krav til et godt forskningsdesign. Da der er mange måder, hvorpå dette pointtal kan opnås, er der ikke den samme uniformitet i designkravene som hos Crits-Christoph. Der udregnes også gennemsnit mellem forskellige effektmål på samme måde som Svartberg & Stiles gør det. I øvrigt påpeger Luborsky et al. en række konkrete fejl i Svartberg & Stiles studie, som dog næppe har været afgørende for Svartberg & Stiles overordnede konklusioner.

Luborsky et al. laver både opgørelser som »box scores« (tabel 1), hvilket vil sige, at der foretages en simpel optælling af, hvor mange studier, der viser signifikante forskelle, samt i effektstørrelser. Selvom det fremgår af tabel 1, at langt størstedelen af undersøgelsen ikke viser signifikante forskelle i resultaterne mellem dynamisk terapi og andre terapiformer, er dette ikke i sig selv et helt overbevisende resultat, idet der kræves et meget stort antal patienter i undersøgelsen for at undgå en såkaldt type II-fejl, hvor der reelt er en forskel mellem grupperne, som imidlertid ikke findes at være statistisk signifikant. Imidlertid blev der heller ikke fundet signifikante forskelle mellem dynamiske og andre terapier ved beregningen af globale effektstørrelser for samtlige undersøgelser – hverken ved afslutning eller ved follow-up.



Tabel 1

	Afslutning	Follow-up
Dynamisk terapi bedre	1	1
Ikke-signifikant forskel	14	5
Anden terapi bedre	2	2

Den sidste større meta-analyse af korttids dynamisk psykoterapi foretaget af Anderson & Lambert (12) er interessant, fordi den har inklusionskriterier, der i høj grad ligner Svartberg & Stiles' og således er væsentligt mindre restriktive end Crits-Christophs. Kriterierne for inklusion var: a) at en af behandlingsgrupperne af undersøgelsens forfattere blev betegnet som psykodynamisk eller -analytisk, b) at behandlingen sammenlignedes med enten en ubehandlet kontrolgruppe, en »minimal treatment« gruppe, eller en alternativ behandling, c) at behandlingen varede maksimalt 40 uger, d) at undersøgelsen gjaldt ikke-psykotiske ambulante patienter og e) at det var muligt at beregne en effektstørrelsesscore. Undersøgelserne blev inddelt i tre hovedkategorier alt efter om sammenligningsgruppen var en alternativ behandling, minimal behandling eller ubehandlet. For hver kategori blev udregnet effektstørrelser ud fra forskellen mellem den dynamiske behandling og sammenligningsgruppen. Beregningen blev udført således, at der indledningsvis blev foretaget separate beregninger af effektstørrelserne opnået inden for en række forskellige kategorier af instrumenter og design (inddelt efter blandt andet instrumenternes indhold, kilden til oplysningerne, om der anvendtes manual ved undersøgelser m.m.). Herefter blev udregnet en samlet effektstørrelse for de tre hovedkategorier samt for follow-up undersøgelser baseret på et justeret gennemsnit af samtlige effektmål, der indgik i de respektive undersøgelser.

Hovedresultaterne svarede helt til Crits-Christophs og Luborsky et al.'s og stod følgelig i klar kontrast til Svartberg & Stiles'. Således fandt Anderson & Lambert højsignifikante forskelle mellem såvel dynamisk terapi og ingen behandling ( $d=0,57^5$ ) og dynamisk terapi og minimal behandling ( $d=0,30$ ). Derimod fandtes ingen forskel mellem dynamisk terapi og anden behandling hverken ved

5 Anderson & Lambert angiver endvidere uvægtede effektstørrelser, der er mere direkte sammenlignelige med f.eks. Smith & Glass' værdier. Her finder de en effektstørrelse mellem dynamisk terapi og ingen behandling på 0,71 og mellem dynamisk terapi og minimal behandling på 0,34.

afslutning ( $d=-0,02$ ) eller ved follow-up ( $d=0,04$ ). Et interessant delresultat var, at i studier, hvor der blev anvendt manualer, hvor terapeuterne var erfarne, og/eller hvor terapeuterne var specifikt trænedede i dynamisk terapi, var effekten ved follow-up af dynamisk terapi signifikant større end effekten af anden behandling.

Anderson & Lambert diskuterer selv de mulige årsager til, at de med stort set ensartede metoder når til en helt anden konklusion end Svartberg & Stiles. De nævner for det første, at de har ekskluderet fem studier, som Svartberg & Stiles har inkluderet, da de fandt, at den anvendte terapi ikke med rimelighed kunne karakteriseres som dynamisk terapi. De har dog undersøgt betydningen af at inkludere de nævnte studier og fandt, at selv ved inklusion af disse blev ingen af de beregnede samlede effektstørrelser påvirket med mere end 0,01. Herudover inkluderer Anderson & Lambert tolv studier, som ikke var med hos Svartberg & Stiles. Anderson & Lambert anfører, at da disse studier samlet har klare positive effektstørrelser ved sammenligning mellem dynamisk terapi og ingen eller minimal behandling og ingen forskel viser ( $d=0,03$ ) mellem dynamisk terapi og anden behandling, er det sandsynligt, at Svartberg & Stiles ville være nået til en anden konklusion ved inklusion af disse studier. Endelig har Anderson & Lambert ved fem studier foretaget justeringer af effektstørrelsen på grund af forskelle mellem de undersøgte grupper *før* behandlingen.

Alt i alt synes billedet, der tegner sig ved en gennemgang af disse fire meta-analyser, at være forholdsvis entydigt. På trods af diskrepanserne mellem Svartberg & Stiles' undersøgelse og de tre andre, synes alene det større antal undersøgelser, der indgår i de senere meta-analyser at give disse en større troværdighed. Samtidig er det vigtigt at understrege, at Crits-Christoph med mere stringente inklusionskriterier end de øvrige meta-analyser når til det samme resultat som Luborsky et al. og Anderson & Lambert. Hovedkonklusionen må på denne baggrund være, at psykodynamisk behandling generelt set må anses for at være en lige så effektiv behandling som andre veletablerede terapiformer.

## Evidensbaseret terapi

Den næste udvikling i diskussionen om effekten af psykoterapi var fremkomsten af forskellige forsøg på at bestemme, hvilke terapiformer der er specifikt virksomme over for afgrænsede lidelser, eller med andre ord, hvilke terapiformer der er *empirisk validerede* eller *empirisk underbyggede* i forhold til specifikke tilstande. Der har været to helt centrale og meget betydningsfulde bidrag til

denne debat, fra hhv. USA og England. I USA udarbejdede en arbejdsgruppe under den amerikanske psykologforenings sektion for kliniske psykologer en rapport, hvori der blev opstillet en liste over empirisk validerede behandlingsformer (13). Kriterierne for, at en terapiform kan betegnes som empirisk underbygget, er siden hen blevet justeret flere gange, og der er sket flere opblødninger af kravene, blandt andet således at veldefinerede casestudier nu også kan ligge til grund for validering. Hovedkriterierne er dog, at kun undersøgelser af homogene patientgrupper udvalgt gennem veldefinerede kriterier, såsom for eksempel psykiatriske diagnoser, og hvor terapien er velbeskrevet og for eksempel baseret på en psykoterapimanual, kan accepteres. For at blive betegnet som *veletableret* må to uafhængige forskerteam gennem gruppesammenligningsstudier have demonstreret *enten* terapiformens overlegenhed i forhold til alternativ behandling eller placebo *eller* samme effekt som anden vel-etableret behandling samt tilstrækkelig statistisk power. Har ét forskerteam demonstreret effekt på denne måde kaldes terapiformen *formodentlig virkningsfuld* (14). Ud over den seneste version af listen fra arbejdsgruppen under den amerikanske psykologforening foreligger en alternativ version (15) baseret på Chambless & Hollons let justerede kriterier for empirisk underbyggede terapier (16).

Stort set samtidig med arbejdet i den amerikanske psykologforening udarbejdede Anthony Roth og Peter Fonagy i England en rapport (17) bestilt af National Health Service med henblik på afklaring af sundhedsvæsenets politik vedrørende psykoterapiydelse. Rapporten omfatter en meget grundig redegørelse, hvor der tages udgangspunkt i DSM-systemets diagnostiske kategorier. For hver diagnosegruppe gennemgås en lang række empiriske studier af psykoterapi mundtende ud i konklusioner og anbefalinger omkring behandling og fremtidige forskningsstrategier. Også Roth & Fonagy har en liste, hvor de har angivet, hvilke terapiformer der er empirisk validerede. Kriterierne er lidt mildere end APA's, idet Roth & Fonagy ganske vist også kræver, at behandlingen skal være velbeskrevet og gerne baseret på en egentlig psykoterapimanual, samt at patientgruppen skal være veldefineret, men accepterer én randomiseret, kontrolleret undersøgelse af høj kvalitet som nok til, at en behandlingsform kan kaldes empirisk valideret. De opererer endvidere med en gruppe af behandlingsformer, hvor undersøgelser tyder på en effekt uden at give en endegyldig underbygning af, at denne er til stede.

Såvel den amerikanske psykologforening som Roth & Fonagys arbejder har indirekte bidraget til at så tvivl om effekten af psykodynamiske terapiformer.

Effekten af psykodynamisk terapi – empirisk belyst

Det viser sig nemlig, at i begge opgørelser findes over halvdelen af de klart empirisk validerede behandlingsformer inden for gruppen af kognitive og/eller adfærdsterapier, mens kun meget få dynamiske behandlingsformer er med på listerne. På denne baggrund synes det rimeligt for en række af de største diagnoseområder nærmere at belyse, hvilke studier af psykodynamisk orienteret terapi, der faktisk findes. Hermed kan det blive klarere, om psykodynamiske terapier står svagt, fordi de faktisk ikke er effektive, eller om der kan være andre forklaringer.

## Depression

Det største antal relevante studier foreligger inden for diagnosekategorien depression. Og rent faktisk anerkender såvel den amerikanske psykologforening som Roth & Fonagy, at en dynamisk terapiform, nemlig Klermans *interpersonal psychotherapy* er empirisk valideret på linje med adfærdsterapi og kognitiv terapi. Begge grupper henviser eksplicit til den store undersøgelse forestået af det amerikanske National Institute of Mental Health, hvor interpersonel terapi sammenlignes med kognitiv adfærdsterapi og imipramin (18). Det helt overordnede fund var, at der ingen markante forskelle var mellem de tre forskellige behandlingsgrupper, som alle var placebobehandlingen overlegen. Herudover henviser arbejdsgruppen under den amerikanske psykologforening (14) til DiMascio et al. (19), som dokumenterer en signifikant større effekt af interpersonel terapi end af »low contact psychotherapy« (d=0,67 for target complaints).

Man kan diskutere, hvorvidt det er rimeligt at inkludere interpersonel terapi i en oversigt over dynamiske terapier. Selv om dette ofte sker, er det vigtigt at være opmærksom på, at Klerman et al. (20) selv peger på en række forskelle i forhold til traditionelle psykodynamiske tilgange. Fokus ligger således a) snarere på de interpersonelle relationer end på klientens indre verden, b) snarere på aktuelle relationer end på relationer i fortiden og c) snarere på relationer uden for terapien end på relationen til terapeuten.

Det kan derfor være rimeligt tillige at se på mere regelrette psykoanalytisk orienterede terapier. Her finder man rent faktisk, at både den amerikanske psykologforening og Roth & Fonagy placerer psykodynamisk korttidsterapi på »ventelisten« over lovende terapiformer. Ikke desto mindre fremtræder især Roth & Fonagys behandling af dynamisk terapi for depression som noget misvisende. Således indleder de deres gennemgang af dynamisk korttidsterapi (op.cit.,

p. 89f) med at præsentere en række sammenligninger mellem dynamisk terapi og andre terapiformer, som falder ud til de andre terapiformers fordel. De erkender dog, at disse studier er præget af meget korte behandlingsperioder og af terapeuter, der næppe er veluddannede inden for endsige loyale over for psykodynamisk terapi. Hvad Roth & Fonagy ikke nævner er, at to af de studier, de refererer til (21,22), vedrører gruppebehandling, hvilket umiddelbart synes misvisende, når der ellers refereres til individuel behandling. I den tredje undersøgelse, der henvises til (23) var størstedelen af de signifikante forskelle mellem dynamisk korttidsterapi og adfærdsterapi, som blev fundet ved afslutningen af behandlingen, forsvundet ved et follow-up 3 måneder efter afslutningen.

Rent faktisk henviser Roth & Fonagy til flere veldesignede studier (24,25<sup>6</sup>), der finder, at dynamisk korttidsterapi er virksom, og at der ikke er signifikant forskel i effekt mellem dynamisk terapi og andre terapiformer (fx social færdighedstræning, kognitiv og/eller adfærdsterapi). Samtidig undlader Roth & Fonagy i deres særlige omtale af dynamisk korttidsterapi at referere til det andet Sheffield psykoterafi projekt (26), som de har gennemgået i detaljer umiddelbart forinden. Selvom det kan diskuteres om terapiformen i dette projekt, såkaldt *psychodynamic-interpersonal therapy*, bør betragtes som interpersonel terapi eller dynamisk korttidsterapi, er det værd at bemærke, at dette studie kun tyder på ganske små forskelle mellem dynamisk og kognitiv terapi. På denne baggrund kan Roth & Fonagys meget forbeholdne konklusioner i forhold til værdien af dynamisk korttidsterapi for depression nok forekomme let tendentiøse. Dette stilles yderligere i relief af det forhold, at der findes i hvert fald et yderligere velgennemført studie (27), hvor CBT og dynamisk terapi sammenlignes uden signifikant forskel i resultatet, et studie som der i øvrigt henvises direkte til i den amerikanske psykologforenings oversigt (14).

Alt i alt er der meget, der tyder på, at også mere traditionelle dynamiske korttidsterapier rent faktisk kan dokumenteres at være virksomme over for depressive lidelser. Det er dog nødvendigt at overveje, i hvor høj grad resultaterne kan overføres til dagligdags klinisk praksis, i og med at de undersøgte behandlingsformer synes at være væsentligt mere målrettede og strukturerede end »psykodynamisk terapi«, sådan som den typisk praktiseres i den kliniske dagligdag, må formodes at være. Dette behøver i sagens natur ikke nødvendigvis gøre de undersøgte dynamiske terapiformer mere effektive, men det gør det i hvert fald vanskeligere at generalisere resultaterne.

---

6 Det må dog bemærkes, at Thompson et al. undersøgte gruppeterapi.

## Spiseforstyrrelser

Et andet område, hvor der foreligger en vis mængde kontrollerede studier af dynamiske terapiformer, er *spiseforstyrrelserne*, især bulimi. Særlig Christopher Fairburns undersøgelser af interpersonel terapi for bulimi har påkaldt sig opmærksomhed. I en randomiseret, kontrolleret undersøgelse fandt Fairburn et al. (28), at interpersonel terapi på en række områder, blandt andet frekvensen af opkastninger, havde dårligere resultater ved afslutning end kognitiv adfærdsterapi. Imidlertid havde billedet ændret sig markant ved follow-up undersøgelsen (29). Efter 12 måneder viste det sig således, at blandt de patienter, der havde fået adfærdsterapi, var der efter ret kort tid et omfattende tilbagefald, mens patienterne i interpersonel terapi havde gjort bemærkelsesværdige fremskridt igennem tiden efter behandlingens afslutning. Således var andelen af pt., der efter 12 måneder hverken havde overspisningsepisoder, opkastninger eller misbrug af afføringsmidler, 44% for interpersonel terapi, 36% for kognitiv adfærdsterapi og 20% for adfærdsterapi, hvilket indebærer, at der var en signifikant større effekt af såvel interpersonel terapi som kognitiv adfærdsterapi i forhold til ren adfærdsterapi. Derimod var der ingen signifikant forskel mellem effekten af henholdsvis interpersonel terapi og kognitiv adfærdsterapi.

Hertil kommer, at et veldesignet studie af kognitiv adfærdsterapi og interpersonel terapi i gruppe (30) for binge eating disorder ligeledes finder ensartet og signifikant effekt af begge behandlingsformer. Der har således været en tendens til at anerkende interpersonel terapi som en lige så relevant behandling for bulimi som kognitiv adfærdsterapi, og de netop omtalte studier figurerer da også som eksempler på »Probably efficacious«-behandlinger på den amerikanske psykologforenings liste. Imidlertid har et nyt stort anlagt multicenterstudie (31), hvor kognitiv adfærdsterapi og interpersonel terapi for bulimi sammenlignes, sået tvivl om denne konklusion. I denne undersøgelse er der en mere markant forskel i den kognitive terapies favør ved afslutningen end den, der blev fundet af Fairburn et al. (28). Selv om der heller ikke hos Agras et al. (31) findes en signifikant forskel mellem effekten af de to behandlinger ved follow-up 8 eller 12 måneder efter afslutningen, er der dog en ikke-signifikant tendens i den kognitive adfærdsterapis favør, idet 40% af dem, der gennemførte den kognitive adfærdsterapi, var helt symptomfri, mens det samme kun gjaldt for 27% af dem, der gennemførte den interpersonelle terapi. På denne baggrund argumenterer forfatterne for, at man anbefaler kognitiv adfærdsterapi som den foretrukne psykoterapi for bulimi, fordi den virker hurtigere end interpersonel terapi.

Hvis vi vender blikket mod andre former for dynamisk terapi og andre spiseforstyrrelser, finder et nyere studie af den dynamiske terapiform *supportive-expressive therapy* (32), at selvom både CBT og psykodynamisk terapi ved afslutningen af terapien er signifikant bedre end ingen behandling, så er CBT overlegen på visse områder, for eksempel når det gælder reduktion af opkastninger. Her må man dog, som også påpeget af Roth & Fonagy, tage i betragtning, at dette svarer udmærket til billedet umiddelbart efter afslutningen af behandlingen hos Fairburn et al. (28), og at det er uklart, hvad status måtte være ved et follow-up.

Hvad angår øvrige spiseforstyrrelser og alternative dynamiske behandlingsformer, kan der henvises til Bachar et al. (33), som sammenligner en dynamisk terapi baseret på selvpsykologi med en form for kognitiv terapi. Patientgruppen består af både anorektikere og bulimikere, men der er også foretaget analyser kun af de bulimiske patienter. Undersøgelsen viser et markant højere udbytte af den selvpsykologiske behandling end af den kognitive ( $d=0.71$  ved sammenligning af de to behandlingsformer for de bulimiske pt.). Det må dog bemærkes, at både den analytiske og især den kognitive terapiform afveg en del fra mere gængse behandlingsformer.

Dare et al. (34) har sammenlignet analytisk terapi, familierapi og kognitiv analytisk terapi for anoreksi. De fandt en moderat, men signifikant bedring for analytisk terapi og familierapi, og en mindre, ikke-signifikant bedring for kognitiv analytisk terapi.

Alt i alt er det vanskeligt at pege på mere overordnede konklusioner for så vidt angår effekten af dynamiske terapiformer for spiseforstyrrelser. Det synes på den ene side relativt velunderbygget, at kognitiv adfærdsterapi fører til en hurtigere symptomreduktion end interpersonel terapi, men det er samtidig interessant, at der er dokumenteret en betragtelig stigning i bedringsraten gennem i hvert fald det første år efter behandlingen for klienter behandlet med interpersonel terapi. Der er for få undersøgelser af andre former for dynamisk terapi til at drage endegyldige konklusioner omkring effekten af disse behandlingsformer, og yderligere effektstudier må anbefales.'

## Personlighedsforstyrrelser

Lad os nu vende blikket mod personlighedsforstyrrelsesområdet. Her foreligger efterhånden en række undersøgelser, der frembyder lovende resultater, selv om forskellige metodologiske problemstillinger samt undersøgelsesnes relativt nye dato i sig selv udelukker, at psykodynamiske terapiformer kan figurere på den amerikanske psykologforenings liste, og betyder, at dynamisk terapi kun findes hos Roth & Fonagy som »promising (eller limited support) treatment«.

Det til dato mest veludvalgte studie af psykoanalytisk terapi for personlighedsforstyrrelser er Bateman & Fonagys randomiserede kontrollerede undersøgelse af et intensivt hospitalsbaseret behandlingsprogram for borderline forstyrrelser (35). Behandlingen, som varede op til 18 måneder, omfattede individuel psykoterapi en gang ugentligt, psykoanalytisk gruppeterapi 3 gange ugentligt, psykodramaorienteret terapi en gang ugentligt samt et ugentligt »community meeting«. Kontrolgruppen havde almindelige psykiatersamtaler samt adgang til indlæggelse. Effektmål var blandt andet frekvensen af suicidalforsøg, antal hospitalsindlæggelser samt antal dage indlagt, medicinforbrug, samt en række af de mest anvendte selvrapporteringsskalaer til brug for effektivforskning.

På alle mål var der signifikant større bedring i behandlingsgruppen end i kontrolgruppen. Det var ikke mindst bemærkelsesværdigt, at mens ændringerne for de fleste mål allerede var markante efter 6 måneder, blev ændringerne i antal indlæggelser og varigheden af indlæggelserne først tydelige i de sidste 6 måneder af behandlingen, hvilket altså indikerer, at længerevarende behandling også fører til yderligere kvalitative ændringer. Et follow up-studie (36) viste, at på de fleste mål skete der yderligere forbedringer i behandlingsgruppen i modsætning til kontrolgruppen.

Et andet interessant studie af psykoanalytisk terapi for borderline, som ganske vist ikke er baseret på et randomiseret, kontrolleret design, men ikke desto mindre er meget overbevisende, er gennemført af Stevenson & Meares (37). De identificerede 30 patienter med diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse og fulgte dem et år, før de satte behandling ind. Behandlingen bestod i individuel psykoterapi inspireret af Winnicott og Kohut to gange ugentligt i et år. Herefter blev klienterne igen fulgt i et år efter terapiens afslutning. Undersøgelsen viste blandt andet, at hvor patienterne før terapien i gennemsnit var væk fra arbejde i 4,7 måneder pr. år, var de efter terapien kun fravæ-



rende i gennemsnit 1,37 måneder. Endvidere var antallet af selvutilitationsepisoder efter terapien en fjerdedel af niveauet før behandlingen, ligesom antallet af lægebesøg efter terapien lå på  $\frac{1}{7}$  af niveauet før terapien. Endelig var indlæggelsestiden på psykiatrisk afdeling halveret og selve antallet af hospitalsindlæggelser var faldet med 59%.

Ud over disse studier af borderlineterapi findes der en række kontrollerede studier af psykodynamisk terapi for forskellige andre personlighedsforstyrrelser (se f.eks. (17), p. 210ff). Flere af disse omfatter klienter med forskellige personlighedsdiagnoser, hvilket gør resultaterne sværere at bruge i en evidensbaseret sammenhæng, men studierne bidrager til et indtryk af, at psykodynamiske terapier kan frembyde signifikante behandlingsresultater inden for personlighedsforstyrrelsesområdet. Alt i alt kan man sige, at på personlighedsforstyrrelsesområdet må dynamisk terapi betragtes som en lovende behandlingsmetode. Det er p.t. vanskeligt at afgøre, hvorvidt der er forskel i effekten af dynamiske terapiformer og behandlinger på et kognitivt adfærdsterapeutisk grundlag som for eksempel Linehans dialektiske adfærdsterapi, men dette spørgsmål er i fokus ved en igangværende kontrolleret undersøgelse af psykoanalytisk terapi ad modum Kernberg, dialektisk adfærdsterapi og almindelig behandling for borderline, som er igangsat i et samarbejde mellem Harvard og Cornell universiteterne i USA<sup>7</sup>.

## Øvrige lidelser

Der findes kun relativt få undersøgelser af psykodynamisk terapi for andre lidelser end de allerede omtalte, der kan honorere kravene til evidensbaseret behandling. Følgelig vil kun særligt interessante studier blive omtalt. Det kan således for det første fremhæves, at dynamisk korttidsterapi rent faktisk optræder på den amerikanske psykologforenings fortegnelse som en probably efficacious behandling for opiumsmisbrug (38).

Til gengæld glimrer psykoanalytisk orienterede behandlingsformer i markant grad ved deres fravær, når det gælder kontrollerede studier af behandling for angstlidelser. Mens især kognitive og adfærdsterapeutiske behandlinger til overmål har etableret deres virkningsfuldhed, er det kun lykkedes for mig at identificere tre kontrollerede studier af angstlidelser. For det første sammenlignede Pierloot & Vinck (39) dynamisk terapi for angstpatienter med systematisk

---

7 Se [www.med.cornell.edu/news/press/sept\\_19\\_harvard.html](http://www.med.cornell.edu/news/press/sept_19_harvard.html).

desensibilisering. De fandt en signifikant bedring i begge grupper og ingen signifikante forskelle mellem behandlingsgrupperne. Durham et al. (40) undersøgte generaliseret angst behandlet med henholdsvis kognitiv adfærdsterapi, analytisk terapi og *anxiety management* og fandt en væsentligt større effekt af kognitiv adfærdsterapi i forhold til begge øvrige behandlingsformer, især ved follow up. Endelig undersøgte Wiborg & Dahl (41) panikangstpatienter behandlet henholdsvis alene med clomipramin og med clomipramin suppleret med 15 sessioner dynamisk korttidsterapi. De fandt en signifikant lavere tilbagefaldsrate for gruppen, der havde modtaget dynamisk terapi ved follow-up efter 9 måneder.

Har der således indtil videre ikke været mange systematiske forsøg på at udvikle og afprøve dynamisk terapi for angsttilstande, er dette billede muligvis ved at ændre sig. I hvert fald har Crits-Christoph et al. (42) præsenteret en manualbaseret behandling af generaliseret angst, ligesom Milrod et al. (43) redegør for en tilsvarende manualiseret behandling af panikangst.

Spørgsmålet omkring psykoanalytisk orienteret behandling af skizofreni er særligt kontroversielt. Der foreligger heller ikke her mange veludvalgte undersøgelser, og i USA advares der direkte i de såkaldte PORT-anbefalinger (44) mod at anvende psykodynamisk terapi for skizofreni. Disse anbefalinger er imidlertid blevet kritiseret for ikke at være baseret på en gennemgang af eksisterende undersøgelser, men udelukkende på klinisk konsensus i ekspertpanelet, som angiveligt ikke har rummet psykodynamisk orienterede psykiatere (45).

Den mest omfattende kontrollerede undersøgelse af psykoanalytisk orienteret terapi for skizofreni er Boston-undersøgelsen (46), som sammenlignede egentlig dynamisk, indsigtsorienteret terapi med støttende psykoterapi, begge former over to år. Forfatterens egen hovedkonklusion i denne undersøgelse var, at der kunne påvises større effekt af den støttende terapi for så vidt angik recidivfrekvensen samt evne til at udfylde en arbejdsrolle, mens den indsigtsorienterede havde en moderat større effekt på områderne jeg-funktion og kognitiv funktion. Alt i alt konkluderes det, at der kun var små forskelle mellem effekten af de to terapiformer.

Da der ikke foreligger overbevisende undersøgelser, hvor dynamisk terapi for skizofreni sammenlignes med en ubehandlet kontrolgruppe, er det vanskeligt at sige noget entydigt om den generelle effekt af dynamisk terapi på dette område. Det kan nævnes, at i en meta-analyse af Gottdiener & Haslam (47), ba-

seret på 37 studier af individuel psykoterapi for skizofrene, herunder sammenligninger af forskellige behandlinger, klarer den dynamiske terapi sig relativt godt i sammenligning med andre psykoterapeutiske behandlingstilgange, og generelt konkluderes det, at der ikke er forskel i behandlingseffekt mellem psykoanalytisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi. Det må dog bemærkes, at størstedelen af de studier, Gottdiener & Haslam inkluderer, ikke er baseret på randomiserede, kontrollerede designs, hvorfor analysen ikke lever op til de gængse kriterier for meta-analyser af psykoterapeutisk effekt.

## Psykoanalyse

Afslutningsvis skal der gives enkelte bemærkninger om effekten af egentlige psykoanalyser. Selvom der foreligger et større antal undersøgelser heraf<sup>8</sup>, er disse ikke direkte relevante i denne sammenhæng, da det i sagens natur er forbundet med meget store vanskeligheder at foretage egentlige kontrollerede studier af psykoanalyser, der strækker sig over længere årrækker. Imidlertid er to kontrollerede studier nu under udførelse, et i München, hvor psykoanalyse og psykoterapi for depression sammenlignes (50) og et i Helsinki, hvor fire forskellige behandlingsformer, blandt andet korttids- og længerevarende psykoanalytisk terapi samt psykoanalyse sammenlignes (jf. (51), p. 175ff). Samtidig synes der at være en generel opblomstring i interessen for dokumentation af effekten af psykoanalyser, og der er således inden for de seneste år udkommet hele tre større værker omkring problemstillingen (52, 51, 53).

## Konklusion

Den første væsentlige konklusion, der kan drages af denne oversigt, er, at der er solid empirisk evidens for, at dynamisk terapi *generelt set* har en effekt, som ikke adskiller sig fra andre veletablerede terapiformer. Dette synes at være forholdsvis klart på baggrund af de eksisterende meta-analyser, hvor et større antal studier, der sammenligner dynamisk terapi med andre terapiformer, analyseres under et.

Imidlertid synes denne konklusion ikke at være slået igennem for alvor. Dette skyldes givetvis, at med det stærke fokus på kriterierne for evidensbaseret terapi bliver det nødvendigt for de forskellige terapeutiske retninger at doku-

---

8 Blandt andet det meget omfattende Menninger-projekt – se f.eks. (48,49).

mentere specifik effekt i forhold til en lang række forskellige lidelser. En stor del af de studier, som indgår i de omtalte meta-analyser, kan ikke indfri kriterierne for evidensbaseret terapi, for eksempel fordi terapien ikke har været manualbaseret, eller fordi gruppen af behandlede patienter ikke har været tilstrækkeligt præcist defineret. Ligeledes skelnes der i oversigterne over evidensbaseret behandling typisk mellem interpersonel terapi og dynamisk terapi, mens interpersonel terapi defineres som en dynamisk behandling i meta-analyserne.

Selvom dynamiske terapiformer således er stærkt underrepræsenteret i oversigterne over empirisk underbyggede terapiformer, må det ikke glemmes, at der rent faktisk foreligger dokumentation for effekten af dynamisk og/eller interpersonel terapi på en række områder, for eksempel depression, borderline forstyrrelse og til dels bulimi. Og i hvert fald for så vidt angår depression synes det rimeligt at hævde, at interpersonel terapi har en effekt, der ikke kan skelnes fra kognitiv adfærdsterapi.

Samtidig er en nok så væsentlig konklusion, der kan drages af denne oversigt, at der er brug for mere veldesignet forskning i psykodynamisk terapi. Uanset hvad man måtte mene om tendensen til at kræve empirisk dokumentation for effekten af forskellige terapiformer, synes der fortsat at være en reel risiko for, at psykodynamisk terapi ender med at blive betragtet som et esoterisk fænomen forbeholdt særligt indviede, såfremt det ikke lykkes at styrke dokumentationen for, at dynamiske terapiformer har en effekt. Psykoanalysens rolle over de kommende årtier vil efter al sandsynlighed stå og falde med, om den voksende åbenhed over for empirisk forskning blandt psykodynamisk orienterede forskere og behandlere fortsætter og udmøntes i konkrete forskningsprojekter, der både honorerer de krav, der stilles inden for den akademiske mainstream, og samtidig fastholder det unikt psykoanalytiske perspektiv på empirisk forskning.

Dette betyder ikke, at værdien af dynamisk terapi kun afgøres af, hvorvidt denne terapiform kan dokumenteres at være lige så hurtigt virkende og lige så effektiv på specifikke symptommål som for eksempel kognitiv adfærdsterapi. Det kan meget vel vise sig, at dynamisk terapi og måske især egentlig psykoanalytisk terapi som sin særlige force har potentialet til at kunne ændre mere gennemgribende personlighedstræk og -funktioner, og at analytiske behandlingsformer således vil være særlig relevante i forbindelse med klienter med mere gennemgribende personlighedsforstyrrelser. I denne forbindelse må der ikke

mindst efterlyses studier af længerevarende terapi, studier, der vel at mærke ud over at sammenligne effekten på de traditionelle symptommål også inddrager mål for de dimensioner, som altid har været i fokus for psykoanalytiske terapier, såsom forsvarsmekanismer, personlighedsorganisering, indsigt mv.

Samtidig synes der at være en del undersøgelser, der peger på, at for at dynamisk korttidsterapi skal opnå samme eller måske endda større effekt end andre terapiformer, er det nødvendigt, at terapien udføres af terapeuter, der er trænedede i en klart struktureret udgave af dynamisk terapi. Dette behøver ikke betyde, at de mere fritflydende analytiske terapiforløb ikke har sin berettigelse. Men meget taler for, at man i fremtiden vil blive bedre i stand til at differentiere behandlingen, således at også dynamisk terapi, herunder struktureringsgraden og fokuseringen af terapien, i højere grad tilrettelægges specifikt i overensstemmelse med den enkelte klients behov.

## Referencer

1. Henry, W.P. (1998): Science, Politics, and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. *Psychotherapy Research*, 8(2), 126-140
2. Bohart, A.C., O'Hara, M. & Leitner, L.M. (1998): Empirically Violated Treatments: Disenfranchisement of Humanistic and Other Psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8(2), 141-157
3. Hougaard, E. (1999): Psykoterapiforskning og evidensbaseret behandling. *Agrippa*, 19, 5-37
4. Smith, M.L. & Glass, G.V. (1977): Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760
5. Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980): *The benefits of psychotherapy* (Baltimore: John Hopkins University Press)
6. Rosenzweig, S. (1936): Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: »At last the Dodo said, 'Everyone has won and all must have prizes'«. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415
7. Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975): Comparative studies of psychotherapies: Is it true that »Everyone has won and all must have prizes?«. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008
8. Svartberg, M. & Stiles, T.C. (1991): Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 704-714

9. Crits-Christoph, P. (1992): The Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149(2), 151-158
10. Crits-Christoph, P., Baranackie, K. et al. (1991): Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91
11. Luborsky, L., Diguier, L., Luborsky, E., Singer, B., Dickter, D. & Schmidt, K.A. (1993): The Efficacy of Dynamic Psychotherapies: Is It True That »Everyone Has Won and All Must Have Prizes«? In: N.E. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber & J.P. Docherty (Eds.): *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice* (New York: Basic Books)
12. Anderson, E.M. & Lambert, M.J. (1995): Short-Term Dynamically Oriented Psychotherapy: A Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 503-514
13. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995): Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *Clinical Psychologist*, 48(1), 3-23
14. Chambless, D.L., Baker, M.J. et al. (1998): Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16
15. DeRubeis, R.J. & Crits-Christoph, P. (1998): Empirically supported Individual and Group Psychological Treatments for Adult Mental Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 37-52
16. Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998): Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18
17. Roth, A. & Fonagy, P. (1996): *What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research* (London: Guilford)
18. Elkin, I. (1994): The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In: A.E. Berging & S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4. Ed.)* (New York: John Wiley & Sons)
19. DiMascio, A., Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Neu, C., Zwilling, M. & Klerman, G.L. (1979): Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450-1456
20. Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B. & Chevron, E.S. (1984): Interpersonal psychotherapy for depression. In: J.E. Groves (Ed.): *Essential Papers on Short-Term Dynamic Therapy* (New York: New York University Press 1996)
21. Steuer, J. Mintz, J., Hammen, C., Hill, M.A., Jarvik, L.F., McCarley, T., Motoike, P. & Rosen, R. (1984): Cognitive-behavioral and psychodynam-

- ic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 180-192
22. Covi, L. & Lipman, R.S. (1987): Cognitive-behavioral group psychotherapy combined with imipramine in major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 173-176
  23. McLean, P.D. & Hakstian, A.R. (1979): Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836
  24. Hersen, M., Bellack, A.S., Himmelhoch, J.M. & Thase, M.E. (1984): Effects of social skills training, amitriptyline and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15, 21-40.
  25. Thompson, L.W., Gallagher, D. & Breckenridge, J.S. (1987): Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390
  26. Shapiro, D.A., Rees, A., Barkham, M., Hardy, G., Reynolds, S. & Startup, M. (1995): Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains following cognitive behavioral and psychodynamic interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 378-387
  27. Gallagher-Thompson, D. & Steffen, A.M. (1994): Comparative effects of cognitive-behavioral and brief dynamic therapy for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 543-549
  28. Fairburn, C.G., Jones, R. et al. (1991): Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469
  29. Fairburn, C.G., Jones, R. et al. (1993): Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428
  30. Wilfley, D.E., Agras, W.S. et al. (1993): Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 296-305
  31. Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T. & Kraemer, H.C. (2000): A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466
  32. Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M.P. & Eagle, M. (1993): Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150(1), 37-46

33. Bachar, E., Latzer, Y, Kreitler, S. & Berry, E.M. (1999): Empirical comparison of two psychological therapies: Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(2), 115-128
34. Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J. & Dodge, L. (2001): Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178, 216-221
35. Bateman, A. & Fonagy, P. (1999): Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569
36. Bateman, A. & Fonagy, P. (2001): Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36-42
37. Stevenson, J. & Meares, R. (1992): An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362
38. Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T. & O'Brien, C.P. (1990): Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. *Archives of General Psychiatry*, 47, 788-789
39. Pierloot, R. & Vinck, J. (1978): Differential outcome of short-term dynamic psychotherapy and systematic desensitization in the treatment of anxious outpatients: A preliminary report. *Psychologica Belgica*, 18, 87-98
40. Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L.R. & Fenton, G.W. (1994): Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165(3), 315-23
41. Wiborg, I.M. & Dahl, A.A. (1996): Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 689-694
42. Crits-Christoph, P., Connolly, M.-B., Azarian, K., Crits-Christoph, K. & Shappell, S. (1996): An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, 33(3), 418-430
43. Milrod, B., Busch, F. et al. (2001): A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 239-45
44. Lehman, A.F. & Steinwachs, D.M. (1998): Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 1-10



45. Harder, S. & Alberdi, F. (2002): Psykologisk behandling af psykoser. *Psykolog Nyt*, 56(14), 10-18
46. Gunderson, J.G., Frank, A.F. et al. (1984): Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10(4), 564-598
47. Gottdiener, W.H. & Haslam, N. (2002): The Benefits of Individual Psychotherapy for People Diagnosed with Schizophrenia: A Meta-Analytic Review. *Ethical Human Sciences and Services*, 4(3)
48. Wallerstein, R.S. (1986): *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy* (New York: Guilford Press)
49. Hougaard, E. (1987): Menninger projektet: En undersøgelse af psykoanalyse og langtidpsykoanalytisk psykoterapi. *Agrippa*, 9(3), 165-183
50. Huber, D., Klug, G. & von Rad, M. (2002): The Munich Psychotherapy Study: a process-outcome comparison between psychoanalyses and psychodynamic psychotherapies with regard to mode-specific effects. In: Leuzinger-Bohleber, M. & Target, M. (Eds.) (2002): *Outcomes of Psychoanalytic Treatment: Perspectives for Therapists and Researchers* (London: Whurr)
51. Fonagy, P. (Ed.) (2002): *Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis (2. Ed.)* (London: IPA)
52. Galatzer-Levy, R.M., Bachrach, H., Skolnikoff, A. & Waldron, Jr., S. (2000): *Does Psychoanalysis Work?* (New Haven: Yale University Press)
53. Leuzinger-Bohleber, M. & Target, M. (Eds.) (2002): *Outcomes of Psychoanalytic Treatment: Perspectives for Therapists and Researchers* (London: Whurr)

# Evidensspøgelset i dagligdagen på en psykiatrisk afdeling

Matrix 2003; 1, s. 50-54

Randi Luggin

*Artiklen, der er en omarbejdet udgave af foredrag holdt 7.6.02 ved temadagen »Evidensspøgelset«, arrangeret af Fællesforeningen for analytiske og psykoanalytiske foreninger, omhandler dagligdagen i et psykiatrisk dagafsnit der søger at integrere psykodynamisk og kognitiv terapi.*

Hospitalsverdenen præges i tiltagende grad af nogle meget kontante krav, som har væsentlig betydning for den kliniske dagligdag. Det drejer sig om:

- **Krav om effektivitet** – der forventes målbare resultater set i relation til resourceforbrug, og disse bindes tit op på budgettet i form af resultatkontrakter. Risikoen ved dette er at man vælger parametre der er nemme at måle (og bruger mange ressourcer på at dokumentere at man opfylder disse) frem for parametre der siger noget afgørende om behandlingens effekt.
- **Kvalitetskrav** – der er krav om at de anvendte metoder er veldokumenterede (evidens) og at praksis lever op de lovede standarder, hvilket medfører stadig stigende krav til dokumentation og journalføring af alt hvad man siger og gør.
- **Krav om forståelighed** – både patienter, pårørende, kolleger og administratorer skal kunne forstå og acceptere de anvendte metoder, og der bliver lagt tiltagende vægt på undervisning, informationsmateriale, årsrapporter o.l.
- Krav til den enkelte afdeling og enhed om at **bevise sin eksistensberettigelse og konkurrenceevne**. I en tid med kamp om ressourcerne er der konkurrence mellem hospitalerne (som følge af det frie sygehusvalg), mellem specialerne og mellem de forskellige behandlingenheder i den enkelte afdeling.

Disse krav, som hver især kan være ganske rimelige, stiller særlige udfordringer til det psykoterapeutiske felt. Psykoterapi blev sent en anerkendt bestanddel af dansk psykiatrisk hospitalsbehandling (betydelig senere end i vore nabolande), og formaliserede uddannelseskra v var tilsvarende længe undervejs for både psykiateres og psykologers vedkommende. På mange psykiatriske afdelinger har psykoterapi haft (og har til dels stadig) karakter af en nichefunktion, noget man kunne få lov til at dyrke når man havde overstået det mere presserende arbejde. Medvirkende til dette har utvivlsomt været den relativt begrænsede dokumentation for effekten, specielt set i relation til ressourc forbruget. Specielt har der ikke været tilstrækkeligt fokus på de korttidsterapeutiske metoder der svarer til de reelle muligheder i den psykiatriske dagligdag – og det er i hvert fald min oplevelse at følgen tit har været at man enten har været for ambitiøs på patienternes vegne eller ikke har været tilstrækkelig fokuseret i sin terapi.

I de senere år er der så kommet dokumentation for effekt af især kognitiv terapi over for en række lidelser – og det budskab der især er slået igennem, er at det er en behandling der giver målbare effekter (symptomlindring) på kort tid. Dette er en alvorlig udfordring til den psykodynamiske psykoterapi. Det er notorisk vanskeligere at lave effektforskning på dette område end det er med kognitiv terapi, men den manglende indsats har haft alvorlige konsekvenser for ressourcetildelingen. Evidensspøgelset er således blevet en særdeles håndfast realitet, som har medvirket til at kognitive og dynamiske terapeuter til tider har brugt meget tid på at konkurrere og skælde hinanden ud i stedet for at undersøge hinandens tankegang og lære af hinanden.

Hospitalspsykiatrien (og i dele af landet også distriktspsykiatrien) har i de senere år nedprioriteret behandlingen af patienter med ikke-psykotiske lidelser, som er blevet henvist til (alt for få) praktiserende psykiatere eller hel eller delvis selvbetaling hos praktiserende psykologer. Dette har dels medvirket til at yngre psykiatere ikke har haft den fornødne mulighed for at få den grundlæggende træning i diagnostik og behandling af denne patientgruppe, dels at en del patienter ender som svingdørspatienter med hyppige skadestuebesøg eller korte indlæggelser.

Amager Hospitals psykiatriske afdeling (med et befolkningsunderlag på knap 160.000 indbyggere) har en **Specialiseret enhed for ikke-psykotiske patienter** med dagafsnit og ambulatorium. Målgruppen er primært patienter med sværere personlighedsforstyrrelser samt patienter med depressioner, og i et vist

Evidensspøgelset i dagligdagen på en psykiatrisk afdeling

omfang patienter med angst og OCD. Patienter kan henvises både fra sengeafsnittene, skadestuen og primærsektoren. Behandlingen er især lagt an på psykoterapi og miljøterapi, men medikamentel behandling og social rehabilitering har også høj prioritet. Enheden, som åbnede i november 2001, arbejder ud fra både kognitiv og psykodynamisk referenceramme.

Dagafsnittet er normeret til 24 patienter i dagligt fremmøde kl. 9-13. Dette betyder i praksis at der er ca. 30 patienter i alt, idet nogle i udslusningsfasen har færre ugentlige fremmødedage. Behandlingstiden er normalt 3-6 måneder, i enkelte tilfælde op til 1 år. En af grundstammerne i behandlingen er gruppe-terapi (2 sessioner ugentlig), og de øvrige behandlingselementer er diverse fysiske aktiviteter (løb, gymnastik og fællestræning i afdelingens motionscenter), dramagruppe, social handlegruppe, undervisning og miljøterapeutiske aktiviteter. I den indledende vurderingsfase (2-3 uger) deltager alle patienter i en modtagegruppe, hvor sigtet ud over en generel introduktion til afsnittet dels er at vurdere om de er bedst egnede til kognitiv eller dynamisk terapi, dels at medvirke til den samlede psykiatriske, personlighedsmæssige og sociale diagnostik. Patienterne visiteres herefter til én af 4 samtalegrupper. Der er 2 kognitive grupper, hvoraf den ene specifikt retter sig mod depressive symptomer og den anden mod selvværdsproblematik og andre symptomer der præger borderlinegruppen, samt 2 dynamiske (tillempet gruppeanalytiske) grupper, den ene overvejende indsigtsgivende, den anden med mere støttende sigte. Patienterne forbliver i denne gruppe under resten af forløbet. Enkelte patienter modtager individuel psykoterapi, men som hovedregel foregår al behandling i gruppe.

Undervisning/psykoedukation er en af de væsentlige nyskabelser som den kognitive terapi har tilført miljøterapien. Undervisningen (som varetages af alle personalekategorier) omhandler de forskellige diagnosekategorier og symptomer, personlighed og personlighedsforstyrrelser, medicin, misbrug, sociallovgivning, kost og motion m.m. Det opleves gennemgående nyttigt af både behandlere og patienter at ændre rollefordelingen fra en behandlingsrelation til en lærer/elevrelation med den anderledes dialog der opstår i denne sammenhæng.

I ambulatoriet foregår dels rent ambulans behandling, dels efterbehandling af patienter fra dagafsnittet. Der kan både være tale om psykoterapi (individuelt eller i gruppe), medikamentel behandling og socialpsykiatriske interventioner. Der er begrænset kapacitet til individuel terapi, men kapaciteten øges dog lidt

i kraft af at enheden har ansvaret for yngre lægers grunduddannelse i psykoterapi.

Personalenormeringen i enheden er 2 speciallæger, 1½ psykolog, 2 ergoterapeuter, 1 fysioterapeut, 1 socialrådgiver, 4 sygeplejersker og 1½ sekretær. Alle personalekategorier (bortset fra sekretærer) kan fungere som gruppeterapeuter, idet hver gruppe dog har mindst én medarbejder med psykoterapeutisk uddannelse. Patienter i dagafsnittet har et kontaktteam bestående af læge/psykolog og én af det øvrige personale, mens ambulante patienter har én kontaktperson.

### Hvordan ser evidensspøgelset så ud i dagligdagen?

Specialiseret enhed arbejder som sagt ud fra både psykodynamisk og kognitiv referenceramme. I praksis betyder det at nogle personalemedlemmer hovedsageligt arbejder med kognitiv terapi, mens andre primært arbejder psykodynamisk. Den fælles supervision sker ud fra psykodynamisk referenceramme, og der bliver lagt vægt på en psykodynamisk forståelse af den enkelte patient og gruppeprocesser i miljøet. Der er således endnu ikke sket en egentlig integration af kognitiv og psykodynamisk miljøterapi, men vi har dog planer om at kontaktpersonerne i højere grad skal inddrages i den målrettede kognitive træning. Dette vil indebære et behov for supervision af kognitive teknikker, men vi har dog valgt at bevare den fælles psykodynamiske supervision for løbende at kunne opfange de processer der udspiller sig i både patient- og personalegruppen.

At arbejde med 2 forskellige referencerammer giver grobund for konkurrence mellem personalet, og også mellem patienterne. Ønsket om at demonstrere gode resultater for »sin« terapiform medfører en vis konkurrence om de bedst fungerende patienter, og selv om opholdet i modtagegruppen giver en basis for at vurdere egnethed til de forskellige terapiformer, er det ikke altid nemt at give en éntydig anbefaling. Vi tilstræber at kunne give patienterne en rationel forklaring på hvorfor vi anbefaler den ene eller den anden terapiform, men der vil uundgåeligt opstå mange fantasier hos patienterne, og der bruges meget tid i pauserne på at sammenligne de forskellige grupper og terapeuter. I et miljø med mange borderlinepatienter opstår uvægerligt periodiske spændinger og splittingprocesser, og det kunne være ønskeligt at anvende grupperne til at bearbejde disse. Der er imidlertid forskel mellem kognitive og dynamiske grupper mht. muligheden for at gøre dette, idet de kognitive grupper

Evidensspøgelset i dagligdagen på en psykiatrisk afdeling

er meget strukturerede med faste programmer og hjemmearbejde og aftaler om at en enkelt patient er i fokus i hver session. Dette betyder at processerne i miljøet i høj grad udspilles ved morgenmøder, fællesmøder og omkring arbejdsaktiviteter, og må bearbejdes der. Dette stiller store krav til miljøterapeuternes overblik og evne til at handle selvstændigt. Der var ved enhedens start store forskelle i personalets erfaringsgrundlag, og både personaleundervisning og supervision har derfor været prioriteret højt fra starten.

Forholdet til omverdenen spiller en stor rolle, ikke mindst for en nystartet enhed. I en travl psykiatrisk afdeling med stort indlæggelsespres kan en enhed med forvisitation, ventetid og relativt lange behandlingstider nemt blive opfattet som en isoleret »luksus-ø«. Vi har derfor fra starten følt et stort behov for at vise vores eksistensberettigelse, dels ved at demonstrere positive resultater, dels ved at være imødekommende over for henvisende instanser, især sengeafsnittene. Dette kan indebære en konflikt, idet de patienter sengeafsnittene ønsker at vi skal behandle, ikke altid er de patienter man nemmest kommer nogen vegne med. Vores ønske om at være effektive i visitations- og behandlingsarbejdet har yderligere medført at vi endnu ikke er kommet i gang med det dokumentationsarbejde vi satte os for at prioritere fra starten.

## Konklusion

At starte en ny enhed er altid en krævende proces. At bevæge sig ind i et spændingsfelt mellem 2 forskellige terapeutiske referencerammer er ikke mindre krævende, og jeg imødeser nogle meget arbejdsomme år før integrationsarbejdet kan forventes at være gennemført. Jeg mener dog allerede nu at turde sige at det er muligt for de to referencerammer at fungere sammen, bare vi løbende er opmærksomme på de dynamiske virkninger i miljøet.

## Litteratur

Vedr. sammenligning mellem effektundersøgelser af kognitiv og dynamisk terapi henvises til flere af de øvrige artikler i dette nummer af Matrix.

Vedr. effekt af dagafdelingsbehandling over for personlighedsforstyrrelser henvises til:

Karlström G. Värde av dagavdelingsbehandling för patientar med svåra personlighetsstörningar – en litteraturöversikt Matrix 2002; 4, s. 347-362.

# Drømmen som metaforens arnested – del 1

## 12 variasjoner over temaet å danne og bruke symboler

Matrix 2003; 1, s. 55-90

Jon Morgan Stokkeland

*Det er velkjent at den psykoterapeutiske tradisjon har arbeidet mye med og gitt vektige bidrag til en forståelse av drømmens vesen. Kan det tenkes at enkelte poeter, komponister, filosofer og språkforskere, idet de reflekterer over sine emner, samtidig utsier noe vesentlig om drømmenes språk? Forfatteren spør seg altså om kreative yringer i poesi, musikk, tenkning, m.m., alle stammer fra samme kilde: drømmens. Det presenteres bidrag fra ulike disipliner (psykoanalyse, utviklingspsykologi, lingvistikk, fenomenologi) i et forsøk på å forstå hvordan selvet danner og bruker symboler og metaforer. Forfatteren hevder at vi vanskelig kan tenke over det vi føler uten å ta i bruk symboler og metaforer. De er også viktige redskaper for å kunne dele subjektive opplevelser med andre. Det søkes svar på hva symboler og metaforer er, hvordan de opptrer i vårt mentale liv og hvor de finner sted. En sentral tese er at tanker og følelser ofte artikuleres ikke-verbalt og ubevisst. Dette anskueliggjøres ved hjelp av korte kliniske vignetter og drømmer, samt eksempler fra musikk og poesi.*

*Sentrale begreper i drøftelsen er metaforer (Lakoff og Johnson), amodal persepsjon, vitalitetsaffekter og affektiv inntonning (Stern), potential space (Winnicott), alfa-funksjon (Bion), bi-logikk (Matte Blanco), ubevisst fantasi (Klein og Segal), og arketyper (Jung og Gordon). En berører også enkelte bidrag fra filosofer (Langer, Merleau-Ponty, Løgstrup, Wittgenstein), diktere (Mehren, Tafdrup, Thomsen) og komponister (Schönberg, Stravinskij, Hindemith).*

*I et forsøk på å tenke disse elementene sammen, har forfatteren valgt formen tema med variasjoner, som er mye brukt i musikken. Tanken er at leseren i de enkelte variasjonene vil møte de samme motiver sett fra litt ulike synsvinkler. Forhåpentligvis vil det i løpet av*

*lesningen danne seg noen mønstre som binder de ulike bidragene sammen, kanskje som i en drømmeserie der et samlet bilde trer klarere frem etter hvert?*

*Artikkelen henvender seg i første rekke til psykoterapeuter, men andre med interesse for det menneskelige sinn kan også tenkes å ha glede av den.*

*Artikkelen er i to deler, dette er første del.*

## Tema

Hva er en følelse? Hva er en tanke? Kan vi tenke uten ord? Hvordan vet vi hva vi føler? Hva er selve det psykiske, psykens elementer så å si? Hvordan gis sansninger betydning? Hvordan kan vi dele følelser med andre?

Disse spørsmålene blir sjelden stilt i undervisningssammenhenger eller ved kliniske drøftelser, selv om de møter oss daglig i vårt virke som psykiatere og psykologer. Kanskje er de for store og enkle, det er slike spørsmål barn og filosofer stiller. Psykoterapeuter grunner formodentlig over dem i sitt stille sinn med jevne mellomrom. Kanskje får vi ikke øye på dem, de er som luften vi puster i. Når vi prøver å nærme oss viker de likesom unna. Stanser vi opp er de igjen helt nære. Så hvordan gripe det ugripbare?

La oss sove på det. I søvnen kan drømmen komme oss til hjelp.

I drømme slipper vi til noe i oss som overrasker oss selv, hvis vi er rede til det. Noe som lager mening med andre redskaper, på andre lerreter enn i våken tilstand. Lik filmens språk tar vi del i sterke følelser gjennom iscenesettelser, men i drømmen er vi selv både forfatter, regissør, scenograf, scene, skuespillere og publikum. Denne regissøren har ikke tatt hensyn til tidens og stedets enhet, hun har en hang til det bisarre og spektakulære. Dog vet folk flest at drømmene, om enn gåtefulle, er meningsbærende. Det er bare en annen logikk enn den vi ofte klynger oss til eller kjedes av om dagen.

Hvem eller hva er det som drømmer i oss? Hvor er drømmeren om dagen? – *Kanskje er det hun som leker og lager kunst, han som deltar i riter og drømmerier.* Hva om han ikke kan leke eller drømme?



# 1. Metaforer – tenkningens verktøy

## *Metaforens allestedsnærværelse*

Språket vårt flommer over av metaforer, de setter sitt preg både på dagligtale og fagspråk. En hvilken som helst avisside er spekket med dem, her er noen overskrifter: *Avgrunn mellom allierte om Irak. Alger dreper badelysten. Industriefrykt for nytt rentehopp. Mer pisk enn gulrot i sikring av veitrafikken*<sup>1</sup>. Prøv et øyeblikk å tenke igjennom hvor mye av språket vårt som består av metaforer. De dukker opp overalt. Se for eksempel på de setningene du nettopp har lest, følgende uttrykk har alle et metaforisk preg: *flomme over, sette sitt preg på, spekket med, bestå av, dukke opp*.

Hvorfor tar vi så ofte i bruk metaforer? Kan kunnskap om metaforer ha relevans for en psykologisk forståelse av symboldannelse og drømmetolkning? Kan metaforene si oss noe om hvordan sinnet vårt arbeider?

## *Vi forstår verden gjennom metaforer*

Lingvisten George Lakoff (1,2,3) og filosofen Mark Johnson (4) har sammen og hver for seg de siste tyve år utviklet en omfattende teori om bl.a. tenkning, meningsdannelse og forståelse, hvor metaforen har fått en sentral plass<sup>2</sup>. Metaforene forstås ikke som språklige blomster eller pynt, men ses som grunnleggende for å kunne danne begreper og å tenke om virkeligheten. Vi forstår verden gjennom metaforene. Følgende eksempler (med små forandringer) er hentet fra Joseph Grady<sup>3</sup>:

<i>vennlighet er varme –</i>	«de hilset meg <i>varmt</i> »
<i>glad er opp –</i>	«jeg føler meg <i>ovenpå</i> i dag»
<i>intimitet er nærhet –</i>	«han sto meg <i>nær</i> »
<i>vansker er byrder –</i>	«han <i>tynges</i> av ansvaret»
<i>mere er opp –</i>	«prisene <i>stiger</i> »
<i>tid er bevegelse –</i>	«tiden <i>flyr</i> »
<i>årsaker er fysiske krefter –</i>	«de <i>presset</i> vedtaket igjennom»
<i>å vite er å se-</i>	«jeg <i>ser</i> poenget ditt»
<i>å vite er å gripe-</i>	«jeg har aldri fått <i>tak</i> på prosentregning»

1 Fra Stavanger Aftenblad 6/8 2002.

2 For en drøfting av definisjoner av metafor og symbol, se variasjon 11, del 2.

3 Sitert i Lakoff og Johnson (1, p.49). Grady kaller disse for *primære metaforer* og viser til at det finnes flere hundre slike.

Han kaller disse for *primære metaforer*. Vi ser at de er uttrykk for grunnleggende kroppslige erfaringer. Det hevdes at for et lite barn er det *sammenfall* mellom kroppslige og språklige erfaringer, mellom sensoromotoriske opplevelser og dannelse av metaforer<sup>4</sup>. F.eks. i metaforen *Mere er opp*: Barnet ber om mer melk og ser hvordan søylen i glasset stiger når mor heller i. Eller metaforene *Årsaker er selvforskyldte bevegelser*/*Årsaker er fysiske krefter*: Barnet dytter glasset utfor bordet! Etter hvert kan barnet skille mellom metafor og sansning, men i starten er det sammenfall. Lakoff og Johnson (1, p.48) gir et eksempel med et lite barn som vil vite hva som er i esken, hvor mor svarer: la oss se oppi! Den primære metaforen her er altså: *Å vite er å se*. Når barnet er blitt eldre kan det på mors råd svare: jeg ser poenget ditt. Dette er mer abstrakt. Lakoff og Johnson undrer seg om ikke de samme nevrale nettverk som håndterer de kroppslige erfaringer, sansningen og motorikken, også tar seg av den abstrakte forståelsen. De henviser her til Srinii Narayanans (pp.49-56) *nevrale metafor-teori*.

Sammenfatningsvis antar Lakoff og Johnson (1) at det hos barnet, i tett samspill mellom språk, sansning og handling, automatisk innlæres hundrevis av primære metaforer til å forstå omverdenen med.

### *Metaforanalyse*

Fra disse primære metaforene kan det så lages *komplekse metaforer*. Den komplekse metaforen *Markedet presser opp boligprisene*, er en kombinasjon av de primære metaforene *Mere er opp* og *Årsaker er selvforskyldte krefter*. Lakoff og Johnson (1, p.45 f.) benevner slike metaforer til å forstå verden med *conceptual metaphors*. I en analyse av metaforens struktur skiller de mellom en kilde, *source domain*, og et mål, *target domain*. Dette gir metaforen et asymmetrisk preg. Kildens utspring er de sanselige og motoriske erfaringer. Målet er de mer abstrakte, subjektive opplevelser. I metaforen *Mere er opp*, er målet *mere* og kilden *opp*.

### *Vi trenger metaforer for å få grep om abstrakte verdier*

Lakoff og Johnson (1) hevder at det knapt lar seg gjøre å tenke uten metaforer. Det er særlig de mer subjektive, emosjonelle sidene ved våre erfaringer som ville gå tapt i et språk uten metaforer.

---

4 Som grunnlag for sitt arbeid med primære metaforer, har Grady brukt Christopher Johnsons (1, p.48) teori om *conflation*, eller sammenfall.

De viser gjennom detaljerte analyser av eksempler hvordan abstrakter som *tid*, *kjærlighet*, *sinn*, *selvet*, *moral*, *årsaker* etc., forstås gjennom metaforen.

For eksempel er tiden i de fleste språk anskueliggjort gjennom to romlige metaforer som gjensidig utelukker hverandre:

1. Vi beveger oss i et landskap – *vi har lagt skilsmissen bak oss.*  
eller
2. Noe i landskapet kommer mot oss  
(tog, elv etc) – *tider skal komme, tider skal henrulle.*

### *Kropp og sinn*

Et sentralt begrep hos Lakoff og Johnson (1) er *the embodied mind*, det kroppsliggjorte sinn. De hevder at det mentale er intimt knyttet til vår kroppslige væren. Ikke bare på den måten at vi trenger en kropp og en hjerne for å kunne tenke, men at måten denne kroppen sanser og beveger seg på er bestemmende for hvordan og hva vi er i stand til å tenke. For å belyse dette viser de bl.a. til forskningen på kategorier og såkalte billedskjema, *image schema*. Vi skal vie disse begrepene litt plass fordi jeg tror de kan bidra til å svare på spørsmålet om vi kan tenke uten ord.

### *Vi tenker i bilder og båser*

Billedskjemaene er i følge Lakoff og Johnson (1, p.30) uunnværlige for å kunne tenke. Vi anordner hele tiden våre omgivelser i tenkte romlige relasjoner:

Liverpool var **på vei** til å **komme i** god form.  
Han var *i* dårlig humør, men **i ferd** med å bli gladere.

I disse eksemplene tenker vi sjelden igjennom at vi mentalt forholder oss til det å forandre humør eller fysisk form, som til det å flytte et objekt langs en linje fra punkt a til punkt b. Vi kan kalle dette et start – vei – mål – skjema<sup>5</sup>. Abstrakte tilstandsendringer gis en romlig forankring for å få grep om dem – **på vei til, i ferd med**.

I *beholderskjemaet* begrepsliggjøres tilstander som å være i en beholder – *i* god form, *i* dårlig humør<sup>6</sup>. Dette er så vanlig at vi har vanskelig for å se at det

---

5 Lakoff og Johnson (1, pp.31-33): *source – path – goal schema*.

6 Se fotnote 5, over – *container schema*.

er snakk om en metaforisk tilgang til virkeligheten. Lakoff og Johnson (1, p.31) gir som eksempel en sommerfugl i en hage. Mentalt lager vi oss her automatisk en tredimensjonal beholder med en utside og en innside, hagen, og lar sommerfuglen være figuren i denne beholderen, i et figur-grunn perspektiv. Dette er de to mest basale billedskjema, men det finnes også andre. Lakoff og Johnson (p.35) har skilt disse ut som særskilt hyppig anvendte strukturerende skjemaer. De demonstrerer også hvordan slike skjemaer kan håndteres kryssmodalt<sup>7</sup>. Beholderskjemaet anvendes både for visuelt materiale, lydopplevelser og motoriske programmer. Vi snakker om et tema i musikkstykket eller satsen i høydehoppet.

Det å anvende billedskjema for å få begrep om romlige forhold, kan minne om det å kategorisere. Lakoff og Johnson (1) viser at kategorisering er grunnleggende for menneskelig forståelse. For at verden ikke skal bli helt uoversiktelig må vi til en viss grad sette ting i bås. Prinsippene for måten vi kategoriserer på er knyttet til kroppslige erfaringer som syn, berøring og bevegelse.

### *Er det meningsfullt å skille mellom kropp og sinn? Om abstraksjon*

Innen mange lingvistiske og filosofiske tradisjoner har en gjerne tenkt seg at kategorisering og tenkning er typisk for en logisk og objektiv anordning av virkeligheten; at vi kategoriserer etter lover og regler som kan minne om matematikk. En abstrakt tankens verden fristilt vår kroppslige væren. En kritikk av dette synet er nettopp et av Lakoff og Johnsons (1) hovedanliggender. I sitt siste verk, *Philosophy in the Flesh*, går de til angrep – legg merke til metaforen: *Argument is war* – på sentrale deler av filosofihistorien som i følge dem hviler på ideer som dualisme, objektivisme, korrespondansesannhet osv. Der er klare paralleller til tilsvarende kritikk hos filosofene Ludwig Wittgenstein og Maurice Merleau-Ponty<sup>8</sup>. Vi skal ikke komme videre inn på denne spennende kritikken her, men den skal være nevnt i et kort riss over Lakoff og Johnsons viktigste bidrag. Der trer frem et syn på menneskelig tenkning og forståelse som hviler tungt på et samspill mellom det såkalt kognitivt ubevisste, kroppslige erfaringer og metaforen<sup>9</sup>.

---

7 Vi skal ta for oss kryssmodal, eller amodal, persepsjon noe grundigere i variasjon 3.

8 Vi kan tenke på Wittgensteins kjente eksempel: « Selv hvis en løve kunne tale, ville vi ikke forstå den.» (5, p.253) Vi deler ikke dens *livsform*, den ville ikke ha spilt våre *språkspill*. Også begrepet *familielighet* er i slekt med tonen i Lakoff og Johnsons teori.

9 Mer om det kognitivt ubevisste i variasjon 11.

Etter mitt skjønn lider imidlertid Lakoff og Johnsons teorier noe av at en kan savne en drøftelse av fenomenet abstraksjon. Selv om det argumenteres overbevisende for kroppens sentrale stilling i tenkningen, foreligger det så langt jeg kan se en abstraksjonsprosess her som er en av årsakene til at det er meningsfullt å skille mellom kropp og sinn. Vi skal i variasjon 3 se at Daniel Sterns tanker om amodal persepsjon kan hjelpe oss til å forstå hvordan denne abstraksjonsprosessen kan gå til. Før det vil jeg imidlertid prøve å vise hvordan kunnskap om metaforer kan anvendes for å finne mening i drømmer og i psykoterapeutiske sammenhenger.

## 2. Drøm og metafor

*El sueno, autor de representaciones.*

LUIS DE GONGORA<sup>10</sup>

Vi skal i denne variasjonen ved hjelp av to eksempler se på hvordan kunnskap om metaforer kan anvendes for å forstå en mulig underliggende mening i drømmer.

### *Minneløsnere*

I en samtale med en kollega antydet han at det jeg arbeidet med i denne artikkelen trakk like mye mot det filosofiske som det rent medisinske. Jeg sa meg enig i dette og grublet en del på det. Den påfølgende natt drømte jeg bl.a. at *jeg gikk rundt på et slags sykehus og endte til slutt i en garderobe hvor jeg prøvde på en doktorfrakk. Den satt ikke så godt på, litt for lange ermer og trakk litt over skuldrene, jeg hengte den fra meg i skapet igjen.* Vi kan tenke oss at doktorfrakken her blir et symbol for én type legeidentitet. Bruker vi lingvistiske analyser kan dette ses som eksempel på en *metonymi* eller *synekdoke*. Dette er en språkfigur eller såkalt *trope*, der en del står for en helhet. (7) Felles med metaforen og symbolet er overføringen, noe står for noe annet. Metonymien her vil kunne se slik ut: *Doktorfrakk er legeyrket*. Frakken blir her som en konkret erfaring *kilden*, jvnf. Lakoff og Johnsons kartlegging ovenfor, det mer abstrakte begrep legeyrket blir *målet*. Språket har mange eksempler på metonymier som dette: *Kappe og krave* (prest), *ved skranken* (jurist), *skjortejeger* (en Don Juan). Det finnes også mange eksempler på klær som symboler og metaforer: *tvangstrøye, få så hatten*

---

10 Sitert i Bachelard (6). På norsk noe sånt som: Drømmen, skaper av representasjoner. (indre!)

*passer, tatt med buksene nede, osv.* Et sentralt punkt her er at dette ikke dreier seg om konvensjon – jeg drømmer ikke om doktorfrakken bare fordi det er et kjent bilde på legeyrket, men også fordi erfaringen med doktorfrakken er intimt knyttet til legejobben og lagret som kroppslig minne. Satt på spissen: Vi drømmer ikke om legefrakker fordi vi har lest i et symbolleksikon at dette er et bilde på legeyrket; de kroppslige minner er avgjørende for symboldannelsen. Vi kan tenke på eksemplet fra forrige variasjon med barnet som får mer melk og ser at søylen i glasset stiger. Bildet av å ta på seg en doktorfrakk er det jeg vil kalle en *minneløsner*. En kan huske hvordan en mange ganger etter endt arbeidsdag har hengt en slik frakk fra seg og lettet gått hjem. Kjent hvordan stetoskop, reflekshammer og små oppslagsbøker har gjort frakken tung. De første gangene hvor det å bære frakken var forbundet med en blanding av stolthet og usikkerhet. Erfaringen sitter i kroppen og brukes i drømmen for å vise meg noe.

### *Levende og døde metaforer*

I drømmene oppstår metaforene friske og nye, som i en poets verksted. Når metaforene blir konvensjoner, blir de klisjeer. Hva har skjedd med døde metaforer, er de utslitt, oppbrukt? Jeg tror en del av svaret ligger i at vi ikke lenger har erfaring fra det feltet metaforen stammer, vi kjenner den kun som konvensjon, som språklig uttrykk. Bildene gir ikke lenger resonans i kroppen. Et eksempel kan være vendingen: *Det går som hakka møkk*. De færreste vet at uttrykket stammer fra Sør-Amerika, der man hakket løs den verdifulle fuglegjødselen, guano, og solgte med stor fortjeneste. At det fremdeles er litt liv i metaforen skyldes vel den alltid aktuelle møkka! Et lignende eksempel er: *Å drite på draget*, som er fra tiden med hest og kjerre.

### *Vår levemåte preger valget av metaforer*

Lakoff og Johnson (1) viser hvordan slike metaforer gjennomsyrer språket og forståelsen vår og presenterer et rikt utvalg eksempler fra ulike språk og kulturer som empirisk belegg. Bruk av metaforer synes å være felles for de fleste språk, men ofte vil litt ulike metaforer vise tilbake på livsform og ideologi til språkbrukerne. Metaforen *tid er penger* er nok langt vanligere i kapitalistiske land. Filosofen Anders Fogh Jensen (8, p.147) tar utgangspunkt i metaforen for en vid definisjon av kultur: «**Kultur**: En gruppe mennesker, der deler mange metaforer, dvs. forståelsesmåder.»

## Å tenke i bilder

Et annet eksempel: Jeg arbeidet et år på en gruppepoliklinikk<sup>11</sup>. Etter en gruppesesjon slo det meg i hvor høy grad gruppe medlemmene viste hverandre gjensidig innlevelse og forståelse. Jeg grunnet på min rolle som gruppeleder. Kunne jeg trekke meg mer tilbake? Den påfølgende natt drømte jeg bl.a. at jeg går rundt på et fremmed sykehus, lokalitetene minner om en dagavdeling, stuer og spisebord etc. Jeg kommer til noen barn som sitter i en halvring og spiller noe som likner på Bachs Brandenburgkonsert nr. 2, 1.sats. De har noen ganske enkle instrumenter, men musikken er nydelig. Jeg setter meg litt i utkanten av halvsirkelen og lytter til.

I denne drømmen kan vi tenke oss at følgende metaforer er på ferde:

Å forstå hverandre er  
harmonisk musikk –

«vi fant tonen»

Gjensidig følelsesmessig innlevelse  
er å spille musikk sammen –

«søt musikk oppsto»

Barn er i forhold til voksne som  
amatører i forhold til profesjonelle –

«barnlig naivitet og friskhet»

Intimitet er nærhet –

«han kom meg nærmere etter ulykken»

En gruppeleder er en dirigent –

S.H.Foulkes, gruppeanalysens grunnlegger, brukte denne metaforen om gruppeleders rolle! (9)

Det er neppe tilfeldig at drømmeren har valgt Brandenburgkonsertene. I denne musikken er det en fin balanse mellom det enkelte instruments egenart i de solistiske innslagene, samtidig som en får en sterk fornemmelse av fellesskap i orkesterets samklang<sup>12</sup>.

---

11 Psykiatrisk poliklinikk hvor behandlingen fortrinnsvis foregår i grupper.

12 Dette var tidlig i gruppeprosessen, i gruppens *honeymoon*, så å si. En gruppeleder drømte følgende drøm i en periode av gruppens liv med mye konflikter og latent aggresjon: *Terapeuten kaster seg i vannet sammen med gruppedeltagerne. De dykker nedover, det er uklart hvem som har ledelsen. Langt nede kommer de til noen haier som er bundet sammen i halen slik at de danner en slags bukett. Haiene er i samme antall som gruppedeltagerne. De river og sliter i fortøyningen.*

## *Drømmens dobbelthet*

Kan man tenke uten å bruke ord? Mitt svar vil være ja, og jeg synes at drømmene understøtter et slikt synspunkt. At vi kan tenke gjennom bilder, lyder, bevegelser, berøringer og kanskje til og med lukt og smak virker mer sannsynlig etter å ha jobbet med drømmer. *Drømmen synes å ha det ved seg at den på en og samme tid er sanselig nærvær og høy abstraksjon. Blant drømmens virvar av stofflighet kan det skjule seg en glassklar tenkning, en tenkning som i første rekke har som sitt tema følelser og mellommenneskelige relasjoner.*

Vi skal i den neste variasjonen se hvordan noen sentrale begreper hos Daniel Stern kan hjelpe oss til å forstå hvordan følelser og tanker kan håndteres ordløst slik jeg har forsøkt å vise i dette eksemplet. Vi skal også se nærmere på hvordan vi blir i stand til å danne symboler ved hjelp av teorier hos Wilfred Bion og Donald Winnicott.

### 3. Utviklingspsykologi og symboldannelse

#### *Innledning*

Hvordan blir vi i stand til å danne og håndtere symboler? Vi skal i denne variasjonen se på sentrale teorier om utviklingspsykologi fra Daniel N.Stern, Donald W.Winnicott og Wilfred R.Bion. De beskriver på litt forskjellige måter hvordan selvet hos spebarnet modnes i intimt samspill med mor eller annen primær omsorgsperson. Selvet forstås her som den instansen i personligheten som opplever og reflekterer over sine egne opplevelser, verbalt eller ikke-verbalt: «Det er jeg som kjenner dette varme, myke, gode, – meg selv.» Selvet er vanskelig å definere, man kan få et inntrykk av ordets innhold ved å grunne over de mange ordsammensetninger som begynner med selv, for eksempel selvfølelse, selvtillit, selvstendig, selvtilstrekkelig, osv. Stern (10), Winnicott (11, 12, 13) og Bion (14, 15) viser at bare ved at mor er mottagelig for, oppfatter hva barnet føler, og er i stand til å dele, gi dette tilbake i en form som barnet kan håndtere, bare da kan barnet til fulle føle hva det føler og dermed utvikle et selv. Vi skal se litt på hvordan deling av følelser og opplevelser ofte skjer veldig raskt og intuitivt, samt hvilke evner i oss som gjør oss i stand til å overføre noe psykisk fra en form til en annen, fra en sans til en annen. Winnicott (13) tydeliggjør også hvordan håndteringen av symbolene er avhengig av et område eller felt å spille seg ut i, og han viser oss hvor og hvordan dette området dannes.



## Stern

Daniel N. Stern må sies å være den viktigste utviklingsteoretiker innen psykoanalysen fra de siste tyve år. Vi skal se på noen av hans viktigste begreper og starter med et eksempel på *amodal persepsjon* og *vitalitetsaffekter*.

### *Amodal persepsjon – en nøkkel til å forstå abstraksjon?*

Da jeg første gang lyttet til en av be-bop pianist Bud Powells mange versjoner av *Tea for Two*, ble jeg sittende å bevege overkroppen vekselvis sideveis og frem og tilbake. Dette undret meg da det gjerne er hode, armer og bein som ikke klarer å holde seg i ro til jazz. Mysteriet ble løst da min kone fikk høre musikken og utbrøt: «Dette er jo som å være i en berg-og-dalbane!». Ved å analysere musikken nærmere blir det tydeligere hvorfor den kan ha en slik virkning. Powell spiller meget hurtig med raske skift mellom *ritardando* (gradvis langsommere) og *accelerando* (gradvis hurtigere), hele tiden med en følelse av at han vil «kjøre av sporet». Likevel vet vi på et vis at han har kontroll.

Jeg tror eksemplet kan illustrere Sterns begreper. Med *amodal persepsjon* menes vår medfødte evne til å overføre informasjon fra en sans til en annen<sup>13</sup>. Stern viser bl.a. til studier med tre uker gamle spebarn som med bind for øynene fikk suge på vekselvis en smokk med knotter og en uten. (Meltzoff og Borton, i 10, p.57) Etter at smokken og bindet var fjernet, ble smokkene linet opp, hvorpå spebarna raskt utpekte den knottete «gjerningsmannen» ved å se mer på denne smokken. Når de fikk suge på den glatte smokken, så de mest på denne. En har også vist lignende informasjonsoverføringer hos så små barn mellom syn og hørsel (10, p.58). Dette er etter mitt skjønn forsøk med vidtrekkende filosofiske implikasjoner, og det gir oss et godt redskap for å forstå mer av tenkning og symboldannelse. Vi kan tenke oss at selve kvaliteten knottethet her blir abstrahert og på et senere tidspunkt kan gjenkjennes eller symboliseres uavhengig av «subjektet», i dette tilfellet en smokk. Legg også merke til at i eksemplet med Bud Powell ble meningsinnholdet overført fra lyd til bevegelse før bevisstheten ble koblet inn. Vi ser her hvordan alle hovedpunktene hos Lakoff og Johnson (1) trer i kraft: ubevisst informasjonsbearbeiding, kroppslig mening og metaforisk forståelse. Skulle vi ha uttrykt opplevelsen metaforisk, kunne vi tenkt oss det slik: *Det går i rykk og napp, han kjører nesten av sporet, det går unna i svingene osv.*

---

13 En del hjerneforskere bruker også uttrykkene kryssmodal eller tverrmodal persepsjon.

## *Vitalitetsfølelser – musikk uten toner?*

Sterns (10) begrep *vitalitetsfølelser* er inspirert av filosofen Susanne Langer (16). De kontrasteres til de mer tradisjonelle eller darwinistiske *kategoriale* følelser; glede, sinne, frykt, tristhet, avsky, interesse og muligens skam<sup>14</sup>. Vitalitetsaffekter handler mer om bevegelse og forandring og er dermed kanskje tettere knyttet til et tidsaspekt enn de tidløse kategoriale. For å beskrive dem bruker Stern (10, p.64) ord som *flytende, eksplosiv, crescendo, decrescendo, langtrukket, brusende osv.* Det slår en at disse ordene kunne vært tatt fra en lærebok om musikkuttrykk (to av dem er det), betegnelser som *subito* (plutselig), *smorzando* (hendøende), *agitato* (heftig, opprørt), *affetuoso* (hengivent), *dolce* (bløtt, mykt, blidt), etc. , vil føye seg fint inn i rekken. Stern (p.164) peker da også på denne sammenhengen når han skriver at kunstnere til alle tider har tatt disse tingene for gitt og bruker poeten Charles Baudelaires dikt om korrespondanser som et eksempel. Jeg tror det er dette barnepsykiateren og psykoanalytikeren Donald Meltzer (17) har i tankene når han om barnet som ennå ikke har lært å snakke, skriver: «Musikken av befalinger, spørsmål, triumf, beskyldninger, osv., lyder allerede gjennom huset lenge før de enkelte ord har gitt seg til kjenne<sup>15</sup>.» Tilbake til vårt eksempel kan vi kanskje si at innholdet i de amodale persepsjoner her er vitalitetsfølelser som: svimlende høyder, susende fart, vakkende balanse osv. Kanskje kan opplevelsen minne om hvordan det må ha vært å være en baby som blir «hoistet» rundt av en ivrig onkel.

## *Å dele følelser – affektiv inntoning*

Stern (10) viser hvordan amodal persepsjon og vitalitetsaffekter gjør mor og spebarn i stand til å dele affektive opplevelser. Han beskriver hvordan det skjer en endring i samspillet omkring ni måneders alder, der mor fra tidligere mest å ha imitert barnets gester, lyder og mimikk, går over til også å uttrykke opplevelsen i en annen sansemodalitet. Stern (p.149) gir flere eksempler på hvordan dette kan arte seg : «En ni måneder gammel pike bliver meget optændt over et stykke legetøj og rækker ud efter det. Samtidig med at hun griber det,

---

14 De kategoriale følelser synes sterkt genetisk forankret og kan finnes igjen på tvers av artene. De ledsages av medfødte ansiktsuttrykk som er lett forståelige.(10, pp.63-65)

15 Meltzer: «The music of command, inquiry, triumph, accusation and the rest is heard ringing through the house long before individual words make themselves clear.» (17, p.26)

udstøder hun et sprudlende «aaah!» og ser på sin mor. Moderen ser tilbake, trækker skuldrene op og utfører en forrygende shimmy (dans) med overkroppen ligesom en go-go danser. Dansen varer kun noenlunde like så lenge som datterens «aaah!» men er like så optændt, glad og intens.» Ved et annet tilfelle beskrives en ni måneder gammel gutt som hamrer med hånden på et leketøy. Moren gjentar håndens rytme ved å si «Kaaaaaa-bam, kaaaaaa-bam!» En jevnaldrende gutt rekker ut armene for å nå en leke, i det han strekker kroppen maksimalt ustøter mor et «uuuuuh...uuuuuh!» med sterkt stigende stemmeføring. Stern (10) kaller dette for *affektiv innntoning*. Forløpene er ofte svært korte, og han argumenterer for at mors reaksjoner for en stor del er utenfor bevisstheten og automatiske. Affektiv innntoning skiller seg således noe fra empati, som den ellers har mye til felles med. Empati beskrives som en mer bevisst og intendert prosess, at en forsøker å leve seg inn i hvordan den andre har det og deretter tenker over hva en føler. Affektiv innntoning er i følge Stern (p.154) noe mer intuitivt. Han (p.153) skiller også mellom innntoning og det Heinz Kohut (18) kaller speiling. I speiling skjer det ikke bare en deling av subjektiv opplevelse, men noe som hos spebarnet enda ikke har tatt form, får hjelp av mor til å bli befestet.

### Å gyldiggjøre følelser

Stern (10) viser hvordan affektiv innntoning er et avgjørende viktig redskap for mor i å kunne dele, og dermed bekrefte spebarnets opplevelsesverden. Han tenker seg at ved skiftet fra imitasjon til affektiv innntoning blir det tydeligere for spebarnet at mor ikke bare aper etter, men faktisk *vet* noe om hva det opplever inni seg. Ved det han (10) kaller selektiv innntoning, det å velge ut hvilke gester som det responderes på, foreligger et mektig redskap til å påvirke hvilke opplevelser som gyldiggjøres. Også den selektive innntoning foregår for en stor del uten at den er intendert. Stern (10) beskriver videre et forsøk der moren til et ni måneder gammelt spebarn som lå på magen og slo regelmessig i gulvet med en hammer, ubemerket beveget seg bort til barnet, la hånden på ryggen hans og vugget ham i samme takt som bankingen. Barnet fortsatte ufortrødent videre! Moren ble så instruert i å gjenta prosedyren, men denne gang vugge i noe langsommere eller raskere takt. Reaksjonen lot ikke vente på seg! Barnet stanset sin bevegelse og så spørrende på moren. Kanskje kan det som skjer her sammenlignes med Winnicotts (11) vending, *going-on-being*. For det lille barnet er mors responsivitet ifølge Winnicott (11, 12, 13) avgjørende for at det kan oppleve en kontinuitet i væren. Hvis barnets uttrykk ikke blir besvart, stopper den spontane gest opp, det sanne selvs utvikling hindres. Stern

(10) viser imidlertid at det i løpet av korte tidsperioder skjer en rekke slike feilinntoninger, men at feilene ofte rettes opp igjen senere. Hva hvis så ikke skjer, gang på gang? Ana-Maria Rizzuto (19) foreslår at en slik manglende bekreftelse av barnet kan føre til omfattende følelser av skam. Vi kan også tenke oss at mor eller far deler sine egne opplevelser og følelser med barna på denne måten, for eksempel sinne, sorg eller bekymringer som kommer fra andre sektorer av foreldrenes liv og som ikke tilhører barnet selv. Jeg tror det bl.a. er dette Winnicott (11, 12) kaller *impingement*. Han (12) beskriver hvordan et barn som lever med en slik påvirkning vil kunne utvikle et falskt selv, mens deler av det sanne selvet så å si må gå i dekning. Hos det falske selvet vil bruken av symboler som språk og lek i fellesskap med andre ofte bære preg av en viss stivhet eller konvensjonalitet, fordi symbolene ikke har fått lov til vokse frem og konsolideres hos barnet på en spontan måte. Derimot vil en mer original symbolbruk ofte finne sted i det skjulte eller i fantasien.

### *Winnicott*

Donald W. Winnicott viser ikke til empiriske forsøk slik Stern gjør, men han hadde en omfattende erfaring som barnelege å øse av. Etter å ha blitt psykoanalytiker opprettholdt han en liten praksis som pediater, hvor han gjennom årenes løp kom i kontakt med flere tusen barn og deres foreldre. (20) Winnicotts beskrivelser har etter mitt skjønn foregrepet mange av de senere års landevinninger innenfor utviklingspsykologien og stemmer i mangt godt overens med Sterns teorier. Slik jeg forstår Winnicott (12, 13), er det han kaller *holding* betegnende for morens totale responsivitet og håndtering av barnet, det være seg fysisk kontakt, utveksling av blick og lyder, amming, bleieskift osv. Emblematiske for dette samspillet er situasjonen rundt ammingen. Lars Thorgaard (21) parafraiserer Winnicott slik: «Godt bryst = jeg er god = jeg kan give det gode = det er mig der giver det gode.» Dette kalles sunn omnipotens. I en tidlig fase av spebarnets våkne liv er det så tett knyttet til mor at de to nærmest er ett, det er vanskelig å vurdere barnets mentale liv isolert fra morens nærvær. Slik kan vi forstå Winnicotts (12) punchline: *There is no such thing as an infant*. Her er det ikke bruk for symboler. Et symbol står for noe annet, det symboliserte, og det dreier seg ofte om en avstand eller et fravær. Her er det i liten grad snakk om fravær, mor tilveiebringer straks det spebarnet trenger, og det kan få leve i illusjonen av at det selv skaper det tilveiebragte.

## *Overgangsområdet, symboldannelse og selvet*

Winnicott (13) tenker seg at barnet ønsker seg et bryst og forestiller seg at det har skapt brystet da det dukker opp, hvis morens timing er tilstrekkelig god. Han vektlegger at denne illusjonen i en viss periode må hegnes om. Denne forestillingen er kimen til et slags mellomliggende område som hverken er helt subjektivt eller helt objektivt. I feltet mellom mor og barn kan det dannes et illusjonenes rom. Samtidig med at barnets avstand til mor øker idet det frustreres og avvennes, kan det i mors nærhet finne gjenstander som lades med symbolsk mening. Teorien om overgangsobjekter, eksemplarisk suttekluten eller teddybjørnen, er blitt populær også fordi det er så gjenkjennelig. Imidlertid er det etter mitt skjønn en fare for at radikaliteten i Winnicotts teori svekkes med det betydelige fokus som har vært på overgangsobjektene. Disse forbindes gjerne med noe defensivt, en erstatning for mors omsorg. Dette er en alt for snever tolkning. Overgangsobjektene er bare ett eksempel på det Winnicott (13) kaller *overgangsfenomener* og som utspiller seg i *overgangsområdet*. På dette stedet *mellom* innenfor og utenfor, *mellom* indre subjektivitet og ytre objektivitet, kan barnets forestillingsevner folde seg ut. Uten barnets symboldannelse ville teddybjørnen kun vært en bundt med tøy. Det er denne evnen til *som om*, som er grunnlaget for *leken*, og dermed drømmen og kulturen. Uten *som om*, blir det intet språk og ingen kulturdannelse. Jeg gjentar: Barnet gir mor sin gestus. Hvis hun er responsiv vender hun de spontane ytringer tilbake til barnet. I en slik bevegelse frem og tilbake må det finnes et rom for bevegelsen å finne sted i. Dette rommet kaller Winnicott (13) ofte *potential space*. Uten et slikt rom får vi ingen symboldannelse. Og, kan vi legge til, uten evne til symboldannelse, heller intet selv.

## *Dream space, analytisk rom og som om kvaliteten*

Barnets symbolbruk utfolder seg ikke minst i leken, og der hvor overgangsområdet ikke har blitt etablert, vil leken forbli uutviklet. Winnicott (13) peker på likhetene mellom lek, drøm og kunst, og hevder at hvis pasienten ikke er i stand til å leke, må det bli psykoterapeutens oppgave å hjelpe ham til å bli i stand til det. Masud Khan (22) laget begrepet *dream space* i fortsettelsen av disse tankene, som en parallell til *potential space*. Uten at det er dannet et drømmerom kan det nok drømmes, men drømmene blir ikke et redskap til å bearbeide dagens erfaringer, drømmenes potensielt kreative og kurative funksjoner trer ikke i kraft. (23). Thorgaard (23) peker på at det er terapeutens oppgave i psykoterapi å hjelpe pasienten til å ta i bruk dette rommet der det allerede finnes, mens det hos svært syke pasienter til dels må dannes gjennom terapien. Dette er tan-

Drømmen som metaforens arnested

ker som også Thomas Ogden (24) er inne på i forlengelsen av sitt begrep *the analytic third*, at det som finner sted i terapirommet er et slags felles produkt. At drømmen derfor ikke kan vurderes uavhengig av den terapeutiske prosess. Ogden (25) skriver om det analytiske rom som må etableres hvis terapeut og pasient skal kunne snakke om overføringen, og ikke bare handle den ut. Det er en påfallende likhet mellom begrepene *transference* (overføring), *transitional area* (overgangsområde) og *metafora* (å overføre – se var.11). Uten at *som om* kvaliteten bevares, blir overføringen vrangforestilling – terapeuten *er* far, og metaforen uforståelig – hva har dans på roser å gjøre med et lykkelig liv?

### *Bion*

Det kan synes å være et stort sprang fra Sterns fremstilling av mor-barn samspillet, til Wilfred R. Bions. Mens det hos Bion tilsynelatende står om liv og død i barnets første livtak med verden, har Sterns beskrivelser noe hverdagslig, harmonisk ved seg. Bion (14, 15, 26, 27, 28) tenker seg at barnets første opplevelser av kjærlighet og hat, dødsangst og livsvilje, smerte og glede, misunnelse og takknemlighet, sjalusi og generøsitet, alle finner sted i mor-barn dyaden, og at mor ved sin mentale og kroppslige aktivitet modulerer barnets uferdige opplevelser slik at de kan bli følbare og tenkbare. Etter mitt skjønn er det likevel mye felles mellom Stern, Winnicott og Bion.

### *Å vite hva man føler; å lære av egne erfaringer*

Meltzer (17) foreslår at det har funnet sted en forskyvning av fokus i tradisjonen fra Freud over Klein til Bion. Mens Freud synes å ha en nevrofysiologisk modell av sinnet som grunnlag og ofte beskriver kreftenes spill i hydraulikk-metaforer, satte Klein søkelyset på det indre livets *geografi*. Hos Bion vokser det frem en slags følelsenes epistemologi, Meltzer bruker også ordet *passion*. Joan og Neville Symington (29) hevder at mens Freud så det som et mål for sinnet å søke lyst og unngå smerte, snur Bion dette nærmest på hodet. Hos ham blir en vesentlig oppgave for psyken å kunne bære smerte, og inspirert av Meltzer (30) kan vi tillegge; å motta og erfare skjønnhet. Vi må ha et apparat for å kunne tenke om hva vi opplever, erkjenne hva vi føler – derav navnet på boken *Learning from experience* (14). Bion utvikler sitt eget begrepsapparat for å beskrive denne prosessen. Han bruker betegnelser som *beta-elementer*, *beta-skjerm*, *alfa-elementer*, *alfa-funksjon* m.m. Jeg tror han gjør dette dels for å hindre at betegnelser vekker assosiasjoner som er forvirrende, dels for å antyde at ord og begreper uansett ikke er dekkende for det de er ment å betegne. Han bruker

dog også vanlige ord som *container* og *reverie*, men gir dem en til dels ny betydning. Det er tankevekkende at det er disse ordene som er gått inn i vårt kliniske begrepsapparat. Bion tenker seg at det hos barnet foreligger noe han gir navnet *betaelementer*. Disse er en slags rå, ubearbejdede opplevelser som barnet ikke kan tenke over eller drømme med. Betaelementene kan heller ikke deles på annen måte enn at barnet på et eller annet vis kan få mor til å føle det det selv føler. Bion kaller denne primitive formen for kommunikasjon *prosjektiv identifikasjon*, et begrep han videreutvikler fra Klein (31). Hvis mor er mottagelig for å fange opp barnets signaler, samt i stand til å holde ut ofte sterkt ubehagelige følelser som fortvilelse og sinne, kan hun gi dem tilbake til barnet i en form som er mulig å håndtere. Bion kaller mors mottagelighet for *reverie*. Det er dels en mottagelighet for *barnets* indre verden, dels en mottagelighet for sin *egen*. Med et bilde, signalene skal både fanges opp og dekodes. Evnen til å tåle betaelementene kaller han *containing*. Omdannelsen fra de rå betaelementene til noe som kan brukes til tenkning og drømming, *alfaelementer*, gis navnet *alfafunksjon*. Det er fristende å si at alfafunksjon er en form for symboldannende evne som mor formidler til barnet gjennom sin innlevelse i dets verden.

### *Å bli holdt av drømmen*

Bion skriver mye implisitt om drøm, James Grotstein (32) har i artikkelen *Who Is the Dreamer Who Dreams the Dream and Who Is the Dreamer Who Understands It*, forsøkt å gjøre dette mer eksplisitt. Vi så at Khan laget begrepet *dream space* i forlengelsen av Winnicotts *potential space*. Grotstein (32) foretar en lignende fortolkning av Bion, i det han beskriver *en* instans som lager drømmen og *en* som er i stand til å tenke over og forstå den. Hvis det mangler en forstående instans og den instansen som lager drømmen ikke vet helt hva den gjør, hevder Grotstein (32) at det ikke egentlig er snakk om drømming, men noe annet. Forskjellen mellom drøm og virkelighet utviskes; i sin ekstreme form en psykose, som hverken er drøm eller virkelighet. Både Bion (27) og Segal (33) beskriver pasienter som snakker om episoder i drømmer som om de hadde funnet sted i virkeligheten.

### *Psykiske elementer, transformasjoner og the grid*

Vi så over hvordan Stern undersøkte hvordan noe psykisk kunne overføres fra en form til en annen og samtidig bevare mye av sitt innhold. Langer (34) er også inne på hvordan denne muligheten til å overføre symboler fra et medium

til et annet, er grunnleggende for kunstnerisk skapen: «...kunst er ikke annet enn projeksjon ...fra et sanseområde til et annet, en symbolsk transformasjon<sup>16</sup>.» Teorien om transformasjoner får en sentral plass i Bions ideer om hvordan vi håndterer de psykiske elementene, derav titlene på to av hans bøker: *Elements of psycho-analysis* (15) og *Transformations* (26). I fortsettelsen av dette kan vi forstå Bions rutemønster, *the grid*, hvor han i et koordinatsystem gir et forslag til hvordan en kan få en oversikt over elementenes transformasjoner. Hvordan følelser og opplevelser kan uttrykkes i ord, handlinger, drømmer, myter, logiske begreper etc. og hvordan en kan veksle mellom å uttrykke, tolke, være oppmerksom på, lyve om, eller på andre måter håndtere egne eller andres psykiske elementer.

### *Oppsummering*

Vi har i denne variasjonen forsøkt å beskrive hvordan tre av psykoanalysens viktigste teoretikere har tenkt seg at barnet gjennom mors tilstedeværelse blir i stand til å danne og bruke symboler, samt pekt på hvor avgjørende symbolisering er for dannelsen av selvet. Vi har sett at symbolene kan formidles fra sans til sans og transformeres til ulike former. Videre har vi belyst hvordan barnet av mor må få hjelp til å lage et imaginært rom der symbolene kan «lekes» med. Hvis ikke dette rommet etableres kan barnet nok til en viss grad skape symboler, men vanskelig bruke dem til å bearbeide sine følelser eller dele dem med andre. De uutviklede symbolene blir da mer en måte å evakuere følelser på, eller de blir brukt i en type dagdrømming eller fantasi med dårlig forankring i det virkelige liv. Selvets modning stanser opp.

## 4. Matte-Blancos symmetriprinsipp og bi-logikk

### *Ubevisst logikk*

Kan vi tenke oss at det foregår en meningsdannelse i oss som vi ikke er oss bevisst og som følger andre regler enn den våkne logikk?

Chileneren Ignacio Matte-Blanco har med sine omfattende verk, *The Unconscious as Infinite Sets* (35) og *Thinking, Feeling and Being* (36), levert et av de mest bemerkelsesverdige og sinnrike forsøk innen psykoanalysen på å forstå det vi kan kalle ubevisst logikk. Hos ham kan vi komme nærmere en forståelse av ube-

---

16 Langer: «...for all art is but a projection.....from one domain of sense to another, a symbolic transformation.» (34, p.227)



visst meningsdannelse og metaforens virkemåte. Matte Blancos teorier er ikke lett tilgjengelige, jeg vil her forsøke å gi noen få riss som kanskje kan vekke nysgjerrigheten.

### *Symmetri og asymmetri*

Hos Matte-Blanco (35, 36) anskues mennesket som et vesen med to helt ulike måter å oppleve verden på. Disse «livsformene» opererer etter det han kaller *asymmetrisk* og *symmetrisk* logikk. Litt grovt kan vi si at Matte-Blanco (35, 36) metaforisk uttrykt tenker seg at det foreligger en slags lagdeling i oss, hvor det opereres med ulike former for kategorisering. I de mest bevisste lagene kategoriseres det i følge tradisjonelle logiske lover. Vi får en stor grad av evne til å skille, til å diskriminere: Menn er forskjellig fra kvinner, barn fra voksne, mennesker fra dyr etc. Matte-Blanco (35) kaller dette for asymmetrisk logikk, til forskjell fra symmetrisk logikk som regjerer lengre nede i lagene. I følge det Matte-Blanco (35) kaller *symmetriprinsippet* søkes det her etter likheter snarere enn forskjeller, lengst nede utviskes alle nyanser. Han viser gjennom en finurlig argumentasjon at de prinsippene Freud (37) anviste for det ubevisstes virkemåter; *fortetning, forskyvning, blanding, opphør av tid og gjensidige motsetninger*, samt *erstatning av ytre med indre virkelighet*, alle kan forstås ifølge symmetriprinsippet. La oss se på noe av det som karakteriserer symmetrisk logikk:

1. Kategoriene blir videre og videre. Slik kan vi forstå det kanskje viktigste kliniske begrep innen psykoanalysen, overføring. Terapeuten blir på et plan oppfattet som far. Sett i lys av teorier om kategorisering kan vi si at det her er snakk om grovsortering, personer jeg får et visst følelsesmessig forhold til kategoriseres (og behandles dermed) som foreldre.
2. Den enkelte del av mengden/kategorien får alle egenskapene til alle de andre delene av mengden/kategorien. Dette minner om eksemplet med doktorfrakken, metonymi. Frakken ble lik med legeidentiteten.
3. Forskjellen mellom tegn og betegnet oppheves. I visse primitive samfunn er det farlig å fortelle hva man heter til en fremmed, han ville da ha mulighet til å skade en.
4. Kategoriene er uendelige. En ung, forelsket mann føler det som om han har elsket henne alltid og grenseløst. Hun har alle egenskaper verdt å trakte etter. I grunnen er han og hun som en. Og i hele byen ligger «forelskel-seståka» tykt rundt alt og alle.

5. Der er hverken tid eller rom. Matte-Blanco (35) viser hvordan oppfattelsen av tid og rom krever evne til å diskriminere, til å skille mellom før og nå, mellom her og der.
6. Det blir ikke nok med fattige tre dimensjoner. I drømme kan en og samme person være mange. I et rom med flere enn tre dimensjoner byr det på få problemer at flere personer kan sitte i samme stol samtidig!

Som vi ser av eksempel 4, synes følelser i høy grad å preges av symmetriprinsippet. Matte-Blanco (35) sammenligner den rene følelse uten tanke, med matematikkens begrep om uendelighet. Her er det som om vår asymmetriske side gjennom et matematisk begrep kan ane noe om vår symmetriske væren. I forlengelsen av denne tankerekken ligger også en kritikk av Freuds (37, 38) teori om hvorfor det ubevisste er ubevisst. Freud var opptatt av fortrenghingen som kommer i stand fordi innholdet i det ubevisste står i konflikt med vårt bevisste jeg. Behandlingens mål blir dermed å løfte fortrenghingen, «Hvor der var Id, skal der vorde Jeg.» (39, p.417). Men i følge Matte-Blanco (35, pp.300-301) kan det ubevisste, vår symmetriske væren, aldri bli bevisst, asymmetrisk. I det samme det blir bevisst, er det noe annet! Det lar seg heller ikke gjøre fullgodt å overføre innholdet i det ubevisste til bevisstheten. Han (35) sammenligner dette med å skulle helle melk ned i et to-dimensjonalt bilde av et melkespann<sup>17</sup>! Den symmetriske siden av oss er i prinsippet «uutsigelig» fordi selve det å beskrive noe kjennetegnes av asymmetri. Men vi kan forsøke å beskrive eller gi form til dette «uutsigelige». Det er nettopp denne vekslingen mellom asymmetriske og symmetriske manøvre Matte-Blanco (35) har kalt *bi-logikk*.

### *Bi-logikken hjelper oss til å forstå symbolets og metaforens virkemåte*

Slik jeg ser det er bi-logikken et godt verktøy for å forstå hvordan vi anvender metaforer og symboler. Når vi bruker metaforer ser vi etter likheter mer enn forskjeller, samtidig som vi vet at det på et plan er forskjeller. I metaforen: *Å stå ved kanten av stupet*, anvendt på en mann som er i ferd med å rammes av

---

17 Dette samsvarer med nyere bevissthetsforskning, som har anslått at vi bevisst kun er i stand til å håndtere en informasjonsmengde på ca. 16-40 bit i sekundet, mens vi ubevisst kan forholde oss til langt mer, grovt regnet 10 millioner bit i sekundet. (40) Hvor nøyaktige disse tallene er synes mindre interessant enn forholdet, som er svimlende stort.

konkurs, er det ikke minst de emosjonelle kvaliteter ved situasjonen som anskueliggjøres. Vi ser at det er likheter mellom metafor og reell situasjon samtidig som det er åpenbare forskjeller. Inspirert av Rosemary Gordon (41) kan vi kalle metaforen en bro mellom ubevisst og bevisst. Broen, en metafor for metaforen! Ved manglende evne til metaforbruk, symbolisering og bi-logikk utviskes forskjellene. Hanna Segal (42) kaller dette *symbolic equation*, symbolsk utligning, i en artikkel om symboldannelse. Matte-Blanco (35) gir et eksempel på en pasient med schizofreni som sa at assistenten hans måtte være rik. Assistenten var høy, og pasienten satte likhetstegn mellom høy og rik. Dette er da også en av våre vanligste metaforer som i for eksempel: *Prisene stiger*. Ved bevart evne til symboldannelse greier vi imidlertid å fastholde både likhetene og forskjellene, symmetri og asymmetri; bi-logikk. Dette er vel også forutsetningen for lek og kunstforståelse. Matte-Blanco kommer på slutten av sin bok *The Unconscious as Infinite Sets* så vidt inn på metaforbegrepet i forbindelse med filosoferinger rundt psyken og rommet: «På et vis kan det sies at hele denne boken er en studie av visse sider ved mennesket som kommer til syne gjennom vår bruk av metaforer.» (35, p.405) «Som det kan ses, er metaforen overalt...Vi kan med sikkerhet konkludere at *våre forestillinger om sinnet er gjennomsyret av romlige sammenligninger*<sup>18</sup>» (p.407).

## 5. Symbolfunksjon ute av lage – en klinisk vignett

### *Klinisk vignett*

En mann blir tvangsinnlagt på et psykiatrisk sykehus. Han er ustelt, dårlig kledd og snakker høyt med fortvilet stemme. Med intenst stirrende øyne spør han meg om jeg ikke er klar over at det foregår en kamp i verden mellom røde og blå. Selv er han sjef for CIA, ansvaret hviler tungt på ham. Han har sluttet å ta medisiner sine. Etter noen uker med miljøterapi og et depot-antipsykotikum snakker han mindre om krig, men kan fortelle meg om en vanskelig hjemmesituasjon i forhold til familien sin, der han har kjent seg avmektig og umyndiggjort. Jeg snakker med søsknene som forteller at de er slitne og ber om mer hjelp fra det offentlige. Han får etter hvert bolig ved et psykiatrisk senter, han virker fornøyd, men håper på sikt å få seg egen leilighet.

---

18 Matte-Blanco: «In a sense, it can be said that the whole of this book is a study of certain aspects of man which are seen in metaphor» (35, p.405). «As can be seen, metaphor abounds everywhere...We may conclude with certainty that *our conceptions of the mind are completely permeated with the spatial comparison.*» (p.407)

Vi kan forstå denne korte vignetten på flere måter. Kan vi tenke oss at de psykotiske forestillingene er en form for metaforer for pasientens aktuelle situasjon der metaforens som-om kvalitet nesten er utvisket?

Krigen kan være en metafor for konflikten med familien hvor avmakt er vendt til makt i rollen som CIA-sjef. Vi kan også forstå dette som en metafor for en stor eksistensiell nød: «Jeg klarer ikke å holde det sammen lengre, det er blitt for mye for meg! Jeg merker at sinnet mitt bryter sammen, hjelp meg å samle trådene<sup>19</sup>!»

Ser vi det slik blir de psykotiske ytringer både en slags metafor på hvordan pasienten har det – «jeg klarer ikke å holde det sammen lengre!» – samtidig som dette faktisk vises på den måten at symbolfunksjonen/metaforbruken delvis er brutt sammen. Tenk deg hvis han noe roligere hadde sagt: «Det er som om jeg er i en slags krig hvor de andre har bukten og begge endene.» Eller: «Børa er blitt for stor nå, jeg kjenner at jeg ikke klarer det selv lengre, søsknene mine makter ikke å hjelpe meg alene.» Hvis der ikke er noe som-om, hvis metaforen blir virkelighet, kan vi da si at Winnicotts *potential space* er brutt sammen, at Bions *alfa-funksjon* er trått i revers<sup>20</sup>? Kan vi videre spørre om hvilken drøm som kunne ha holdt ham, hvilket *dream space* som kunne ha rommet smerten?

I en slik psykose kan det se ut som om personen går inn i drømmen og leken for ikke å komme ut igjen; så er der verken drøm eller lek, men en slags horror. For behandlere og pårørende kan man dels kjenne seg fremmedgjorte i forhold til den syke, eller man kan kjenne det som om man selv blir dratt inn i metaforens virkelighet på en måte som gjør det vanskelig å etablere et ståsted for å tenke og snakke om det pasienten opplever. Da kan det være godt å være del av et team som kan dele på å bære den mentale smerte samt prøve å forstå hva som skjer.

Men, vil en skeptiker kunne innvende, legger du ikke her opp til en forståelse av psykotiske symptomer som underkjenner viktige funn om genetiske, nevroanatomiske, biokjemiske osv. forhold ved psykosene? Nei, det er ikke min hensikt. Bl.a. så vi jo i vignetten at den medikamentelle behandlingen sannsynligvis var avgjørende for bedringen. Dette er mer et forsøk på å forstå hva som skjer med *sinnet* ved visse (mulige) skader/funksjonsnedsettelse i hjernen, en beskrivelse på et annet nivå om du vil. Mhm, men hvis du likevel skul-

19 Tolkningen er sterkt inspirert av samtaler med Lars Thorgaard.

20 se variasjon 3 for forklaring på begrepene *potential space* og *alfa-funksjon*.

le våge deg på å spekulere litt i hvilke deler av hjernen som er avgjørende for en kapasitet til symboldannelse? Her er jeg på meget tynn is, men kan man tenke seg at antagelsen om dårlig fungerende forbindelser mellom frontallappene, basalgangliene, cerebellum, thalamus og tilbake til cortex (43), kan bidra til å forklare den endrede symbolfunksjonen ved alvorlige psykoser? Disse strukturene er bl.a. viktige i modulering av bevegelser. Som vi har sett kan det se ut som om symboldannelse og abstrakt tenkning er avhengig av våre motoriske erfaringer<sup>21</sup>. Hmm...som du sa, du er på tynn is, men ideen er ikke dum.

### *Andre kliniske konsekvenser av mangelfull symbolfunksjon*

Mange psykiatriske lidelser kan ses i lys av en mangelfull kapasitet til symboldannelse. Alexithymi, manglende evne til å sette ord på følelser, er en fellesnevner for tilstander som alvorlige spiseforstyrrelser, somatoforme lidelser og ulike personlighetsforstyrrelser. (44, 45) Mitt inntrykk er at mange ikke mangler ord, men autentiske og egne ord for sine opplevelser. Ofte får man et inntrykk av at ordene som brukes til beskrivelser av egen tilstand virker lånte eller tillærte. En viktig oppgave i psykoterapi blir da å hjelpe pasienten til å finne frem til egne ord og symboler som er mer genuine uttrykk for hva han/hun opplever.

Ved alvorlige posttraumatiske lidelser plages mange av mareritt og «flashbacks» – ufrivillige minnebilder av de traumatiske hendelser gjentas monotont uten å gjennomgå forandringer, hendelsene blir i liten grad gjort til gjenstand for symbolsk bearbeidelse. Ernest Hartmann (46), som i mange år har arbeidet med å forstå mareritt, beskriver hvordan pasienter som har fått traumene mer på avstand og som lever i tryggere omgivelser, kan begynne å drømme annerledes. Traumene kan da gis nye symbolske former og subjektet i drømmen opplever seg i mindre grad avmektig, hun/han blir mer i stand til å påvirke forløpet av handlingen i marerittene.

Vi kan tenke oss at den manglende evne til å bearbeide traumene i symbolsk form dels kan skyldes opplevelsens overveldende art, men i mange tilfeller også at den traumatiserte har vokst opp i et miljø som i liten grad tilbyr de kvalitetene som kan hjelpe barnet til å utvikle en kapasitet til symboldannelse<sup>22</sup>. Sagt med Stephen Mitchell (47): «Det forferdelig ødeleggende ved mis-

---

21 Jevnfør note 12, i var.11, del 2. om hjernehalvdelene og basalgangliene.

22 Se variasjon 3 for en redegjørelse for hvordan barnet blir i stand til å danne symboler.

bruk av barn består ikke utelukkende av de traumatiske hendelser, men også i den tragiske mangel på alt som ikke blir skaffet til veie – et beskyttet rom for psykologisk vekst<sup>23</sup>.» Vi skal vende kort tilbake til dette i variasjon 9, del 2.

## 6. Musikk og poesi

*Hvad ei med Ord kan nævnes  
i det rigeste Sprog,  
det Uudsigelige,  
skal digtet røbe dog.*

J.S.WELHAVEN<sup>24</sup>

### *Innledning*

Diktning og musikk kan anses som former for symboldannelse. Musikk er kalt «følelsenes språk», og lyrikk synes ofte å gi form til stemninger og opplevelser der det vanlige språket kommer til kort. Vi vil i dette kapitlet forsøke å vise hvordan en forståelse av symboldannelsen i musikk og diktning kan kaste lys over andre former for symbolisering, særlig drømmen. Jeg synes filosofen Susanne Langers teorier om følelser og form er særskilt godt egnet for å få fatt i disse sammenhengene, og noen av hennes bidrag vil bli kort presentert her. Vi skal også se litt på hva en del kjente diktere og komponister har uttalt om sin egen virksomhet.

### *Å gi det navnløse navn*

Susanne Langer er særlig kjent for sine arbeider om estetikk, og hun har hatt appell til psykoanalytikere som har vært opptatt av forholdet mellom følelser og kunst<sup>25</sup>. Langer (34, 52, 16) har i flere bøker satt følelsene i sentrum for menneskelivet. Hun hevder at følelser i seg selv ikke kan nås eller erkjennes

---

23 «The terrible destructiveness of child abuse lies not just in the trauma of what happens but also in the tragic loss of what is not provided – a protected space for psychological growth.» (47, p.45)

24 Fra første vers av «Digtets Aand». (48)

25 Hun refereres hos Marion Milner (49), Daniel Stern (10), Donald Meltzer (17), Lennart Ramberg (50) m.fl., men også av nevrologen Antonio Damasio (51) i hans bok om bevissthet.

uten at de artikuleres<sup>26</sup>, gis en form. «Vanligvis har vi intet presist «logisk bilde» av affekter i det hele tatt; men vi henviser til dem, hovedsakelig ved den indirekte metode å beskrive deres årsaker og følger. Vi sier at vi kjenner oss «lamslåtte», «utelatt», «beveget» eller at «det var da som svarte», «som å ville synke i jorden<sup>27</sup>». Vi kan her legge merke til at Langers eksempler alle er en slags metaforer. Uttrykket å være beveget ser for meg ut til å peke på opprinnelsen til det engelske *emotion*. Den norske lyrikeren Stein Mehren skriver i et essay: «Å gi fenomenene, de ytre så vel som de indre, en sansbar form – er selve poesians oppgave, formulert igjen og igjen siden Baudelaires krav om «å oversette sjelen.»(53) Pia Tafdrup sier det slik: «Skabelsesprosessen handler om at gi det navnløse navn, om at artikulere det uartikulerte, finde vej til det sted, hvor lyset ligger begravet.» (54) En kan spørre seg om ikke det å gi det navnløse navn er en oppgave alle mennesker står overfor for å kunne leve sitt eget liv, for å kunne bli seg selv. Det slår en da også i psykoterapeutisk arbeid hvordan mennesker som ikke er kunstnere i sitt profesjonelle liv, er i stand til å lage drømmebilder av en forbløffende skjønnhet, presisjon og kompleksitet.

### *Det objektive korrelat*

Tafdrup (54) gjør seg noen tanker om hva forskjellen mellom diktere og andre mennesker består i på dette punktet. Hun skriver at poeten skjerper bevisstheten om egen sansning og gir den en språklig form som kan deles. Paul la Cour (55) var opptatt av at diktet måtte *afpersonaliseres*. Han er her på linje med T.S.Eliot (56) som i et essay om Hamlet, sier at dikteren ikke må viderebringe sine egne følelser uformidlet, men lage et *objektivt korrelat* som er i stand til å vekke liknende følelser hos leseren.

Hva med drømmens symbolikk, synes ikke den å være intimt knyttet til den enkelte drømmers livshistorie og således et helt privat språk? Jo, slik er det, og derfor er det drømmeren selv som er nærmest til å tolke symbolene. Likevel må man om drømmebildene si, at de rommer noe allmennmenneskelig, noe felles og kommuniserbart. Det er kanskje derfor Mehren i en beskrivelse av

---

26 Ordet artikulere kommer av det latinske *articulus*, som betyr ledd. Kanskje kan vi si at å artikulere er å sammenkjede eller lodde. Bion (27) hevder at det å tenke og erkjenne er en form for sammenkjeding eller *linking*. Jeg tror ikke denne likheten er tilfeldig.

27 «Ordinarily we have no precise «logical picture» of affects at all; but we refer to them, chiefly by the indirect method of describing their causes and effects. We say we feel «stunned», «left out», «moved», or «like swearing», «like running away.» (34, p.241)

sine poetiske bilder samtidig synes å utsi noe om drømmens vesen: «Jeg tenkte i bilder!...Og bildet er ureduserbart!...Der vi er mest personlige er der vi rører en felles-erindring, en kollektiv hukommelse, en sammenveving av lag på lag av tid...I bildet er det som signaler fra forskjellige verdner toner frem og vekker gjenklang i noe som er *en* verden inne i oss. Og som enhver kan gjenkjenne i seg...» (53)

### *Diskursive kontra presentasjonelle symboler*

Vi ser her at bildet gis en privilegert plass i Mehrens poetikk. Langer (34) skiller mellom to måter å artikulere symboler på, den diskursive, som er nært knyttet til det verbale, og den presentasjonelle, som eksempelvis billedkunst og musikk. Hun argumenterer for at de presentasjonelle formene, og i særlig grad musikken, ofte egner seg bedre, og mer presist er i stand til å gi form til følelser enn de diskursive, som språket. Dette skyldes i følge Langer at musikken og bildene i sitt vesen er mer kongruente til følelsene. Felix Mendelssohn har skrevet at «hvad musikken uttrykker er ikke for vagt til at kunne uttrykkes i ord. Det er for præcist!» (57)

### *Å være i stedet for å bety*

Musikken synes for meg å være en form for symbolbruk som i større grad *inngir en opplevelse* enn å *utpeke en betydning*. Vi er her inne på en problemstilling som har opptatt dikterne siden Stephane Mallarmé (58) uttrykte at diktet ikke bare skulle peke på fenomenene, men selv etablere en realitet: «Et dikt skal ikke bety noe, det skal være.» Jeg oppfatter dette som Søren Ulrik Thomsens (59) hovedanliggende i sin første poetikk, *Mit lys brænder*. At diktet søker å vekke leserens varhet overfor sin egen væren, å gjøre leseren nærværende overfor sin egen kropp, samt tiden og rommet han trer inn i, stilt overfor diktet. At diktet således kan minne om en skulptur i sin virkning på oss.

Men hvordan oppnå dette, er det mulig? Mehren (53) skriver at han arbeider med ordenes stofflighet og musikken i diktene, og han peker på at noe i det poetiske *bildet* synes å være i slekt med det sansede. Et utdrag fra diktet *Stemmen* av Pia Tafdrup (60) kan kanskje bidra til å illustrere dette:



## STEMMEN

I rummet  
          en stemme  
mellem vægge mellem  
gulv og loft  
mellem vægge og loft mellem  
vægge og gulv  
          en stemme  
som glas der fyldes  
af din lysende hånd  
                          med vin  
rent rødt strømmende  
blodet i alle dets farver

Vi ser bl.a. at stemmen i rummet sammenlignes med vinstrålen i glasset, og at det grafiske oppsett illuderer en slik bevegelse<sup>28</sup>. Tafdrup lykkes langt på vei i å lage et dikt som ikke bare *betyr*, peker på fenomenene, men som selv *er*. I en viss forstand er det selvsagt umulig å «sige det utsigelige», noe sitatene fra Welhaven og Tafdrup peker på. Hvis vi tenker på det å *være* blir vi likesom svimle, det lar seg ikke gripe. Matte-Blanco (35) skriver at vi ikke kan forstå væren fullt ut fordi forståelsen og språket er av «et annet stoff» enn væren<sup>29</sup>. Bion (26): «Forestillingen om at virkeligheten er eller kan bli erkjent er en misforståelse fordi virkeligheten ikke er noe som lar seg erkjenne/ha kunnskap om. Det er umulig å erkjenne virkeligheten av samme grunn som det er umulig å synge poteter; de kan dyrkes, høstes eller spises, men ikke synges. Virkeligheten må leves...<sup>30</sup>». Hvis jeg har forstått ham rett er det dette utsigelige, ikke erkjennbare, som Bion (26, 28) kaller O.

---

28 Det er selvsagt også en rekke andre betydninger og assosiasjonsmuligheter som etableres i starten av dette diktet, som vi ikke skal gå inn på her.

29 Matte Blanco: «For our (human) consciousness «to be» amounts to «to happen». Yet we have learnt about being without no happening. What is this motionless being in us? We cannot *understand* it, because understanding is an (asymmetrical) happening.» (35, p.320)

30 Bion: «The belief that reality is or could be known is mistaken because reality is not something which lends itself to being known. It is impossible to know reality for the same reason that makes it impossible to sing potatoes; they may be grown, or pulled, or eaten, but not sung. Reality has to be «been»: there should be a transitive verb «to be» expressly for use with the term «reality.» (35, p.148)

## Å levendegjøre psykoterapi ved bruk av symboler og metaforer

Vi kan her synes å ha beveget oss et godt stykke vei fra den psykoterapeutiske praksis. Men er det slik? Strever vi ikke også i vårt kliniske arbeid med å levendegjøre, aktualisere livsvanskene, slik at vi ikke bare snakker om dem, men kan oppleve dem *in vivo*, så å si, for deretter å snakke om det opplevde. I gruppebehandling er det å bringe situasjonen *her og nå* på banen et kraftig redskap for å unngå tørr intellektualisering. På lignende måte er det i individualterapi ofte essensielt å fokusere på hva som skjer i overføring/motoverføringsfeltet. Dette er velkjent. Inspirert av det ovenstående vil jeg foreslå at en annen måte å engasjere større deler av pasientens selv i den psykoterapeutiske dialogen, er å ta i bruk symboler og metaforer, spesielt slike som pasienten selv er opphav til. La oss se på noen eksempler:

Vi har sett hvordan metaforene flourer i drømmen: *En pasient drømte at hun løp rundt i huset og forsøkte å stoppe vannlekkasjer. Et viktig tema for henne i gruppeterapien var hvordan hun ofte skjulte egen tristhet for ikke å belaste andre. I løpet av behandlingen turte hun å slippe gråten til og dele noe av sin smerte.*

Pasienter bruker ofte sterke metaforer for å beskrive sin tilstand: *Før opplevde jeg meg som en katedral, nå er jeg bare et nedslitt bedehus.* (61)

Noen bruker metaforer i pedagogisk øyemed: *En overlege foreleste om sorg og depresjon. Han sammenlignet tap med det å få et sår, kroppens selvhelende evner er store. Ved kompliserte sorgprosesser er det som om det er rusk i såret og disse må fjernes før det kan gro.*

Murray Cox og Alice Theilgaard (62) lar følgende linjer av Gaston Bachelard (6) være et gjennomløpende motiv i sin bok *Mutative Metaphors*: «*Men bildet har berørt dypet før det når overflaten*». De viser gjennom tallrike eksempler hvordan et godt bilde/en god metafor kan berøre pasienter og være til hjelp for å artikulere livshendelser som inntil nå har vært språkløse.

### Musikk – følelsenes språk?

Hva med komponistene? Er det enighet blant dem i at musikk er følelsenes språk? Det kan man neppe si. Snarere er det vel slik at vi i dette spørsmålet kan plassere synspunktene langs en linje fra de som hevder at musikk er distinkte uttrykk for opplevelseskvaliteter, til de som påstår at musikk ikke ut-

trykker noe annet enn seg selv. Som eksempler på slike ytterpunkter kan vi bruke de samtidige Arnold Schönberg, Igor Stravinskij og Paul Hindemith. (63) Schönbergs musikk ble kalt ekspresjonistisk og har ofte tekstlige forelegg som omhandler heftige følelser. Han (63) sier: «Et kunstverk kan i virkeligheten aldri oppnå en større virkning enn når det overfører til lytteren de emosjoner som raste i kunstverkets skaper, på en slik måte at de også raser og stormer i lytteren.» Stravinskij (63) kan ses som en representant for den andre ekstremen: «For etter min mening er musikken ifølge sitt innerste vesen ute av stand til å gjengi noe som helst: en følelse, en bestemt holdning, en psykologisk tilstand, et naturfenomen osv.» Og: «Musikk uttrykker seg selv». Hindemith (63) synes å innta et mellomstandpunkt. Enkelte av hans formuleringer er særdeles relevante for vår drøftelse. Han skriver at musikken nok berører oss følelsesmessig, men stiller seg tvilende til at musikk uttrykker følelser. Han viser til at komponisten uten å føle sorg kan skrive en sørgemarsj og at den genuine utøver ikke fremhever sine egne følelser men stiller seg i verkets tjeneste. Videre hevder han at det er en uløselig gåte hvordan musikken skulle uttrykke lytterens følelser. Så hvordan berøres vi da følelsesmessig av musikk? Hindemith (63) svarer: «De reaksjoner som musikken vekker, er ikke egentlige følelser, men bilder, minner om følelser!» Vi kan her tenke på uttrykket *minneløsner* fra variasjon 2.

### *Musikk og følelsenes tidløshet*

En kan spørre seg om ikke problemene med å bestemme musikkens forhold til følelsene skyldes at vi her har en likning med to ukjente, at følelsene er like gåtefulle som musikken. Hindemiths løsning er interessant. Vi skal se nærmere på hvorfor jeg mener at den likevel ikke er fyldestgjørende, og underveis gjøre et forsøk på å karakterisere de musikalske symbolers, og dermed også metaforens vesen.

Hindemith sier at de reaksjonene musikken vekker, er *minner* om følelser. Han forutsetter implisitt at de følelsene musikken skal vekke, for eksempel sorg, må ha vært til stede hos lytteren på et eller annet tidspunkt. Da lytteren ikke nødvendigvis sørger når han hører musikken, antar Hindemith at følelsene ikke er egentlige eller ekte. De er kun bilder på eller minner om følelser. Men er det slik at det må være sammenfall i tid mellom en hendelse, for eksempel et dødsfall, og den følelsen som hendelsen er årsak til? Vi kjenner godt til at så ikke nødvendigvis er tilfelle. En sorg kan ligge uforløst i årevis. Jeg synes også at drømmen kan si oss noe vesentlig om følelser og tidsforløp. En følelse som fant sted i løpet av dagen, kan vekkes til live og oppleves i løpet av nat-

Drømmen som metaforens arnested

ten. Freud (37) kalte dette for dagsresten. I den påfølgende dags drømmetolkning kan følelsen ofte spores tilbake til opplevelser som ligger tiår tilbake i tid. Likevel kan vi våkne etter drømmer og være sterkt rystet av følelsenes intensitet. Og kan ikke også musikken og diktet ryste oss, selv om de forhold som symboliseres, i tid ligger langt tilbake? Matte-Blanco (35) hevder at den rene følelse i sitt vesen er nært knyttet til vår symmetriske væren, som er underkastet de lovene som Freud anviste for det ubevisstes logikk. En av disse lovene er at i det ubevisste hersker tidløsheten, det finnes ingen tid i disse skiktene av vår opplevelse. Denne radikale antagelsen kan kanskje bidra til å oppklare Hindemiths problemer med å bestemme musikkens forhold til følelsene.

Men vi synes enda å ha en vei å gå for å kunne besvare Hindemiths spørsmål. Hva gjelder utøveren vil vel de fleste si at musikeren må la seg berøre for å kunne levendegjøre komponistens intensjoner, og at det samme må gjelde lytterne. Men vil ikke dette føre til en uholdbar subjektivitet, grensende til den rene vilkårlighet? Vi skal igjen skjele til Susanne Langers begrepsbestemmelser. Før vi vender tilbake til Hindemith skal vi i tillegg se på en tolkning av to musikkseksempler.

### *Musikkens og drømmens symboler er åpne*

Mange vil hevde at dette med musikk er veldig subjektivt. At den vekker helt ulike følelser hos ulike lyttere. Jeg er ikke enig i at musikkens virkninger er helt vilkårlige, men kanskje kan noen distinksjoner hos Langer hjelpe oss til å se hvorfor den samme musikken oppleves ulikt hos lytterne, og hvorfor musikkens minste elementer i ulike kombinasjoner og sammenhenger kan uttrykke ulike forhold. Langer (52) skriver at musikkens symboler, og her tror jeg musikken ligner diktningen og drømmen, er *unconsummated*, ufullbyrdede eller åpne. Med dette menes at alt etter hvilken sammenheng symbolene inngår i, vil de uttrykke ulikt innhold. En kan også se for seg at ett og samme symbol rommer en rekke betydninger, som i drømmens *fortetninger*. (37) Langers begrep antyder også at for at symbolene kan være virksomme, må de engasjere lytterens forestillingsevner (og ubevissthet?).

### *Beethovens to siste klaversonater. Musikkseksempler*

Jeg vil nå presentere et kort forslag til *en* måte å forstå og oppleve enkelte motiver i Ludwig van Beethovens to siste klaversonater, opus 110 i Ass-dur og opus 111 i c-moll. Det dreier seg ikke om noen musikkvitenskapelig analyse,

men et forsøk på å med vanlige ord beskrive enkelte tanker og følelser som denne musikken vekker i meg. En av hensiktene med dette er å belyse det som kan kalles musikkens og poesiens uoversettelighet, samt det Langer (34, 52) kaller åpne symboler. Jeg vil underveis oppfordre leseren til å ha *in mente* begrepene som er drøftet i dette avsnittet. Jeg har valgt denne musikken fordi den er forholdsvis godt kjent, og fordi jeg anser den som en av klaverlitteraturens høydepunkter.

Åpningen av opus 110 har et enkelt, tilforlatelig og nobelt preg. Den har denne typiske Beetovenske karakteren av å ville fortelle noe, du forventer en fortsettelse av historien. György Kurtág (64) sier om dette: «Something happens and it elicits a response.» Allerede helt i starten er det som om tonene gir en forventning om en kronologisk fortelling. Den tradisjonelle sonatens tresatsige struktur ligger så og si i kim i de første 4-5 taktene. Resten av satsen bevarer åpningens grunntone, men innfører noe mer dramatiske elementer. Andre sats, som er forholdsvis kort, har det samme «call and response» preget. Her er imidlertid tonen mer rampete og svært vital. I åpningen av tredje og siste sats er atmosfæren helt forandret. Vi er langt inne i romantikkens subjektive kretsing om egne følelser, Wienerklassisismen synes fjern. Stemningen er tung av vemod og klage. Ett motiv minner om Albinonis kjente adagio, den har form av en nedadstigende kromatisk skala, i barokken mye brukt for å gi uttrykk for sorg<sup>31</sup>. Så stopper liksom musikken litt opp, det minner om passasjen i 4.sats av 9.symfoni der bassen synger: «Nicht diese Töne!», men her slynger Beethoven ut den samme akkorden med økende styrke, monomant, voldsomt. Etter en pause følger et ytterst enkelt tema i fugeform som minner litt om åpningen av første sats. Stemningen er igjen snudd. Fugens form synes for meg i sitt vesen å bære på antagelser om vår livsverden. Dens strenge form og lovmessighet utsier likesom at livet ikke er vilkårlig, ikke er bare kaos. Selv om fugen kan romme sterke følelsesuttrykk, er det noe objektivt ved dens form som tvinger komponisten til å bøye nakken og blotte hodet, «jeg er ikke alene!» Helt ulikt romantikkens typisk frie former som impromptu, fantasi, nocturne osv. Hos Beethoven blir fugen her et uttrykk for noe livsbejaende og bekreftende, en håndsrekning til fellesskapet. Men Beethoven vil ikke bøye nakken, i hvert fall ikke for hvem som helst! Han vrir og vrenger på fugen og gjør den til sin egen, satsen ender i triumferende subjektivitet samtidig som klagen er borte. Igjen har Beethoven tatt opp spenningen mellom individ og masse, men pekt på en utvei: Det å bli seg selv som en person i et fellesskap.

---

31 For eksempel i Didos arie «Remember me» av Purcell.

Første sats av opus 111 synes å uttrykke en voldsom eksistensiell revolt blandet med stor skjønnhet. Det er som et menneske som igjen og igjen roper ut sin protest mot skjebnen, og som gjennom denne bevegelsen gis en slags tragisk verdighet. Stemningen forblir mørk helt inntil slutten, men vi skimter i blant et løfte om hvile og forsoning. Andre, og siste sats, *Arietta*, er i den enkleste av alle tonearter, C-dur. Vi presenteres for et tema som virker helt stripet, men med en nobelhet vi ofte møter hos Beethoven. Satsen uttrykker for meg en type resignasjon som samtidig er en seier, en total overgivelse til og akseptasjon av livets grunnkrefter. I midten av satsen overrasker han oss med en slags ragtime 80 år før jassen. Også hans egne Diabelli-variasjoners suverene lekenhet foregripes i denne passasjen<sup>32</sup>. Karakteristisk for satsen er de mange trillene som kommer igjen og igjen. Triller kan kanskje være uttrykk for ambivalens; som en pike med prestekragen – elsker, elsker ikke! Her er det som om trillene repeteres helt til de opphører å være ja/nei, og vi er over i noe annet. Så er der ikke behov hverken for flere satser eller flere sonater. Beethoven har i denne sonaten nærmet seg modernismens formspråk, men innholdsmessig overvunnet følelsen av tomhet og avmakt.

### *Musikkens og poesiens uoversettelighet*

Noen lesere som er kjent med denne musikken vil riste på hodet av en slik tolkning. «Slik jeg ser det handler andre sats i opus 111 om ... slik jeg ser det....» Og bruker vi Langers (34, 52) teori om åpne symboler vil begge kunne «ha rett» uten at man hengir seg til den rene vilkårlighet. Andre lesere vil kunne si at, «jo, jeg har også tenkt og opplevd noe som ligner på det du skriver, men det blir jo bare en blek avskygning og svært fattig i forhold til «the real thing.»

---

32 Det har vært sagt at Beethoven valgte 33 variasjoner til Diabellis tema for å spøkefullt posisjonere seg i forhold til Bachs 32 *Goldbergvariasjoner*. Det kan hende, men kanskje har han lagt igjen et annet betydningsfullt spor til oss med dette. Kan vi se Diabellivariasjonene som et *coda* eller etterspill til hans 32 klaversonater? Det kan dermed bli en nøkkel til å forstå sonatene bedre, for er ikke også disse variasjoner over de samme tema? I de første sonatene kan Beethoven høres ut som en slags gravalvorlig og litt klønete Haydn, men i enkelte passasjer frigjør han seg fra den tidens skrivestil, enkelte motiver liksom løsner grepet og svever fritt. Etterhvert i rekken blir disse passasjene lengre, de vokser i kraft og selvsikkerhet, de blir mer og mer Beethoven, og dermed mindre og mindre tid- og stedbundne – de taler fritt til oss i dag. De siste sonatene består nesten utelukkende av slik musikk. Diabellis valsetema, et typisk stykke fra den tidens Wien, gjøres til en triumferende lek og vokser ut over alle grenser i Beethovens variasjonskunst, ekstatisk.

Den siste kommentaren peker på det vi kan kalle musikkens og poesiens uoversettelighet<sup>33</sup>. Mehren sier det slik: «– Det poetiske i seg selv er en tilstand i språket som ikke direkte kan oversettes; det holdt jeg fast ved. Diktets innhold kan ikke direkte føres over til en annen form, slik man kan det med andre språklige utsagn. Jeg formidlet ikke budskap som like gjerne kunne formidles på annen måte. Diktet skulle være en uoppløselig enhet mellom form og innhold. Det er stilen som forteller hvem vi er og ikke meningene. Men stilen er bærer av noe som overskrider stilen. Og vi kan godt kalle dette et innhold selv om det ikke er innhold i vanlig forstand.» (53, p.175) Og vi kan tillegge at selv om vi kan få tanker om et innhold i musikken som kan språkliggjøres til en viss grad, tenkte Beethoven neppe i språk før han komponerte, men brukte noe i seg jeg i mangel av et bedre ord vil kalle *tenke-i-musikk-organet*. Det er dette «organet» vi forsøker å spore opp i denne artikkelen, og som vi spør oss selv er kilden for både drøm, musikk og poesi.

### *Symboler vekker følelsene i oss og gjør dem «tenkbare»*

Vi kan nå forsøke å svare Hindemith at *alle* uttrykk for følelser er en slags minner om og bilder på tingen selv. Vi kan tenke på det Bion (26) kalte O. I tråd med dette vil en hovedtese i denne artikkelen være at *symboler som musikk, diktning og drømmebilder – alle med et metaforisk preg – er en måte å tenke over følelser på som samtidig vekker dem til live. Symboliseringen kan ha en «tilbakevirkende kraft» og forandre opplevelsen, slik at nye følelser oppstår i en uendelig dialektikk. Slike symboler kan være som kar som rommer våre følelser lenge etter at de oppsto. Symbolene kan fungere som kommunikasjonsmidler og bidra til at følelser til en viss grad kan deles. Videre er symbolene åpne, betydningen er ikke entydig.* Vi kan si at symbolene, det være seg musikkens, poesiens, drømmens, m.m., er uomgjengelige redskaper for å forstå våre pasjoner (30) og for å skape mening i det som skjer oss. I neste variasjon, som følger i neste nummer, vender vi oss til to filosofer i et forsøk på å forstå mer av hvordan betydning oppstår i sansningen.

---

33 Også drømmen er uoversettelig. Å snakke om og fortolke drømmen er ofte «tørt» i forhold til å drømme den. Likevel kan en god fortolkning åpne opp for sider ved drømmen vi ikke hadde sett før, gjøre tilgjengelig opplevelser som tidligere var lukket for oss. Og, må vi tillegge, gode tolkninger og god psykoterapi kan bidra til at nye drømmer får et annet, og i gunstigste fall, mer helende forløp.

## Anerkjennelse

En spesiell takk rettes til Lars Thorgaard for inspirerende veiledning.

En rekke kolleger ved SiR har på forskjellig vis støttet meg i arbeidet med artikkelen. Takk til Eivind Haga, Jone Schanche Olsen, Lilian Stokkeland og Lars Tjemsland.

## Litteratur

1. Lakoff, G. og Johnson, M. (1999) *Philosophy in the Flesh*. New York: *Basic Books*
2. Lakoff, G. og Johnson, M. (1980) *Metaphors We Live By*. Chicago: *Chicago*
3. Lakoff, G. (1987) *Women, Fire and Dangerous Things*. Chicago: *Chicago*
4. Johnson, M. (1987) *The Body in the Mind*. Chicago: *Chicago*
5. Wittgenstein, L. (1953, norsk utgave 1997) *Filosofiske undersøkelser*. Oslo: *Pax*
6. Bachelard, G. (2000) *Rummets poetikk*. Lund: *skarabe*
7. Slaattelid, H. (1993) *Romersk retorikk – Cicero, Quintilian, Tacitus*. Oslo: *Samlaget*
8. Fogh Jensen, A. (2001) *Metaforens magt*. Århus: *Modtryk*
9. Karterud, S. (1999) *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykologi*. Oslo: *Pax*
10. Stern, D. (1985, dansk utgave 1991) *Barnets interpersonelle univers*. København: *Hans Reitzel*
11. Winnicott, D.W. (1958) *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: *Bruner/Mazel*
12. Winnicott, D.W. (1965) *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. IUP
13. Winnicott, D.W. (1971, dansk utgave 1990) *Leg og virkelighet*. København: *Hans Reitzel*
14. Bion, W.R. (1962) *Learning from experience*. London: *Maresfield Reprints*
15. Bion, W.R. (1963) *Elements of psychoanalysis*. London: *Maresfield Reprints*
16. Langer, S.K. (1967) *Mind: An Essay on Human Feeling*. Vol.1. Baltimore: *John Hopkins*
17. Meltzer, D. (1984) *Dream-Life*. London: *Clunie Press*
18. Kohut, H. (1977, dansk utgave 1990) *Selvets psykologi*. København: *Hans Reitzel*
19. Rizzuto, A.-M. (1991) *Shame in psychoanalysis: The function of unconscious fantasies*. Int.J.Psycho-Anal. 72, 297-312



20. Winnicott, D.W. (1987, dansk utgave 1997) *Spædbørn og deres mødre*. København: *Hans Reitzel*
21. Thorgaard, L. (1988) *Manio-depressiv sygdom og psykosomatiske tilstande*. Agrippa 1988; 10: 135-151 + 191-203
22. Khan, M.M.R. (1974) *The Privacy of the Self*. London: *Karnac*
23. Thorgaard, L. (1990) *Drømmenes kreative og kurative funktion*. Matrix 1990; 1, 3-22
24. Ogden, T. (1997) *Reverie and Interpretation*. Northvale: *Jason Aronson*
25. Ogden, T. (1986) *The Matrix of the Mind*. Northvale: *Jason Aronson*
26. Bion, W.R. (1965) *Transformations*. London: *Maresfield Reprints*
27. Bion, W.R. (1967, svensk utgave 1993) *Vid närmare eftertanke (Second thoughts)*. Malmö: *Natur och Kultur*
28. Bion, W.R. (1970) *Attention and Interpretation*. London: *Maresfield Reprints*
29. Symington, J. og N. (1996) *The Clinical Thinking of Wilfred Bion*. London: *Routledge*
30. Meltzer, D. og Williams, M.H. (1988) *The Apprehension of Beauty*. London: *Clunie Press*
31. Klein, M. (1946) *Notes on some Schizoid Mechanisms, i Envy and gratitude*, London: *Vintage*. 1975
32. Grotstein, J. (1981) *Do I dare disturb the universe?* London: *Maresfield Library*
33. Segal, H. (1981) *The Work of Hanna Segal*. London: *Free Association Books*
34. Langer, S. (1942) *Philosophy in a New Key*. Cambridge: *Harvard*
35. Matte Blanco, I. (1973) *The Unconscious as Infinite Sets*. London: *Karnac*
36. Matte Blanco, I. (1988) *Thinking, Feeling and Being*. London: *Routledge*
37. Freud, S. (1900, norsk utgave 1969) *Drømmetydning*. Oslo: *Cappelen*
38. Freud, S. (1915, dansk utgave 1983) *Det ubevidste*, i *Metapsykologi 1*. København: *Hans Reitzel*
39. Freud, S. (1933, dansk utgave 1990) *Samlede forelæsninger*. København: *Hans Reitzel*
40. Nørretranders, T. (1991) *Mærk verden*. København: *Gyldendal*
41. Gordon, R. (1993) *Bridges. Metaphors for psychic processes*. London: *Karnac*
42. Segal, H. (1957) *Notes on Symbol Formation*, i *The Work of Hanna Segal*. (33)
43. Andreasen, N.C. (1999) *A Unitary Model of Schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry. 56: 781-787
44. Dahl, A. et al. (1994) *Lærebok i psykiatri*. Oslo: *Universitetsforlaget*
45. Buhl, C. (1990) *Følelser og kropp*. Oslo: *Universitetsforlaget*
46. Hartmann, Ernest. (1998) *Dreams and Nightmares*. New York: *Plenum Press*
47. Mitchell, S.A. (2002) *Can love last? The fate of romance over time*. New York: *Norton*

48. Welhaven, J.S. (1990) *Samlede Verker*, bind 2. Oslo: Universitetsforlaget
49. Milner, M (1987) *The Supressed Madness of Sane Men*. London: Routledge
50. Ramberg, L. (1992) *Tänkbart*. Stockholm: Mareld
51. Damasio, A. (1999) *The Feeling of What Happens*. New York: Harcourt Brace
52. Langer, S.K. (1953) *Feeling and Form*. London: Routledge and Kegan Paul
53. Mehren, S. (1987) *Vår tids bilde*. Oslo: Aschehoug
54. Tafdrup, P. (1991) *Over vandet går jeg. Skitse til en poetik*. København: Borgen
55. la Cour, P. (1948) *Fragmenter af en Dagbog*. København: Gyldendal
56. Eliot, T.S. (1975) *Selected prose of T.S.Eliot*. London: Harcourt
57. Rasmussen, K.A. (1998) *Kan man høre tiden?* København: Gyldendal
58. Beyer, E. et al. (1972) *Verdenslitteraturen*. Oslo: Cappelen
59. Thomsen, S.U. (1985) *Mit lys brænder. Omrids af en ny poetik*. København: Vindrose
60. Tafdrup, P. (1985) *Springflod*. København: Cafe Borgen
61. Intervju med lege Harald Kamps i avisen *Vårt Land*, 10.august 1999.
62. Cox, M., Theilgaard, A. (1987) *Mutative Metaphors*. London: Tavistock
63. Benestad, F. (1976) *Musikk og tanke*. Oslo: Aschehoug
64. Kurtág, G. (1995) *Hommage à R.Sch.* Kompaktplate. ECM

# Boganmeldelser

Matrix 2003; 1, s. 91-104

Søren Blinkenberg, Per Vendsborg,  
Anne Lindhardt og Niels Reisby (red.)  
**Distriktspsykiatri – en lærebog**

Hans Reitzels Forlag, København 2002, 392 sider

Anmeldt af: Anne Grethe Birch Pedersen

»Distriktspsykiatri – en lærebog« hilses velkommen som en inspirerende bog om distriktspsykiatri set i dansk perspektiv.

Bogen beskrives indledningsvis af redaktørerne som »en postgraduat lærebog for læger, som et værktøj til at »omformulere« den kliniske og psykopatologiske erfaring fra hospitalspsykiatrien til distrikts- og socialpsykiatriske strategier« og samtidig udtrykkes der håb om, at bogen har en sådan bredde, at den finder interesse for alle faggrupper, der arbejder inden for distriktspsykiatrien.

Bogen er skrevet af en række forskellige forfattere, 27 i alt, med forskellig faglig baggrund, om end antallet af forfattere med lægelig baggrund dominerer.

Man kan sige, at tværfagligheden blandt forfatterne afspejler tværfagligheden i det distriktspsykiatriske arbejde. Det er på den ene side en fordel, at den enkelte forfatter har

kunnet koncentrere sig om sit eller sine særlige kompetenceområder. Omvendt kan det være en ulempe for læseren at forholde sig til så mange forskellige forfattere – med så mange forskellige perspektiver – når bogen læses kronologisk. Det store antal forfattere har medført, at der i bogen forekommer visse gentagelser, som måske kunne være undgået, om der havde været tale om færre forfattere.

Bogen er som nævnt skrevet som postgraduat lærebog for læger, og der er da også lagt megen vægt på det lægelige perspektiv. Andre faggrupper nævnes, og specielt indgående i kapitlet om det tværfaglige teamwork, men deres arbejdsområder er ikke så indgående beskrevet som lægernes.

Redaktørerne lægger indledningsvis ud med den vision, at distriktspsykiatrien er omdrejningspunkt for

psykiatrisk behandling, »knudepunktet, hvorfra ansvaret udgår og koordineres«. For en distriktspsykiater er denne vision selvfølgelig, men visionen er svær at få til at passe med praksis på grund af den aktuelle ressourcefordeling mellem sygehuspsykiatri og distriktspsykiatri, hvad bogen også er inde på. Introduktionen af den nævnte vision i bogen kan dog virke svært inspirerende for den person, som har en interesse i distriktspsykiatri og derfor vælger at give sig i kast med læsning af bogen.

Bogen er delt op i fem dele, de to første dele beskæftiger sig med forudsætninger og vilkår for henholdsvis psykiatrien og for det sociale område, tredje del handler om generelle forhold, fjerde del om arbejdsmetoder og femte del om specialiserede opgaver.

I bogens første del beskrives distriktspsykiatriens udvikling og organisering både nationalt og internationalt. Distriktspsykiatrien i Europa er udmærket beskrevet med speciel fokus på forholdene i England, Italien, Spanien, Holland og Estland. De andre nordiske lande er ikke beskrevet med den begrundelse, at distriktspsykiatrien dér udviklingsmæssigt ikke adskiller sig væsentligt fra den i Danmark, hvilket ikke er helt rigtigt. I Norge har man eksempelvis nedlagt de psykiatriske plejehjem og slået disse sammen med de lokale psykiatris-

ke poliklinikker (ambulatorier) for at skaffe mulighed for både dag- og døgntilbud i distriktspsykiatrisk regi, en væsentlig forskel fra udviklingen i Danmark, hvor behandlingstilbudet er ambulante.

Vigtige er kapitlerne om national og international forskning. Som der står i forordet til bogen, er distriktspsykiatri videnskabeligt set et relativt uopdyrket område og udfordringerne i den retning derfor store.

I et eget kapitel er det beskrevet, hvorledes distriktspsykiatrien befinder sig i et organisatorisk spændingsfelt, noget der netop gør distriktspsykiatrien udfordrende, og som er sjældent godt beskrevet i bogen.

Internationale erfaringer med brugen af ACT, »Assertive Community Treatment« (i Danmark betegnet opsøgende psykoseteam, OP), beskrives flere steder i bogen af forskellige forfattere, og der er ingen tvivl om, at bogen slår et slag for brug af OP i Danmark. I det lærerige kapitel om sundhedsøkonomi er de økonomiske konsekvenser af ACT beskrevet i detaljer, og man kan undre sig over, at OP ikke for længst er indført i Danmark. Ulemper ved OP er ikke beskrevet i bogen, og det kan måske undre den kritiske læser.

I bogens anden del gøres rede for de sociale tilbud, netværk og et specielt interessant kapitel beskriver primærkommunens forventninger til distriktspsykiatrien.

I kapitlet om socialt arbejde og psykiatrisk behandling understreges vigtigheden af integration af den sociale og psykiatriske forståelse af den psykisk syge person. Man kan i øvrigt sige, at det også er lykkedes ganske godt at integrere den sociale forståelse med den psykiatriske forståelse i bogen ved at lade fagfolk fra de to forskellige områder bidrage til forfatterlisten.

I den tredje del af bogen omtales generelle forhold med fokus på det lægefaglige arbejde, det tværfaglige teamwork, etik, uddannelse og rekruttering af psykiatere. Endvidere indgår et kapitel om kvalitetsudvikling og databaser.

I kapitlet om det tværfaglige teamwork forekommer en fin arbejdsbeskrivelse for følgende arbejdsgrupper: ergoterapeut, psykiater, psykolog, sekretær, socialrådgiver og sygeplejerske. Der savnes stillingtagen til andre faggruppers indtræden på den distriktspsykiatriske arena. Det er kun i et senere kapitel om tidlig opsporing og intervention, at muligheden for inddragelse af andre faggrupper som f.eks. fysioterapeuter, socialpædagoger og social-og sundhedsassistenter nævnes. Nu er bogen jo skrevet om distriktspsykiatri set i dansk perspektiv, og i Danmark har der primært været tradition for at bruge de førstnævnte faggrupper i distriktspsykiatrien, men da bogen også angiver at tænke visionært, kun-

ne det have været spændende at læse mere indgående om inddragelse af flere faggrupper i det distriktspsykiatriske arbejde og ikke kun som medlemmer af psykoseteam.

I kapitlet om kvalitetsudvikling og databaser præsenteres relevante begreber som f.eks. audit og akkreditering i distriktspsykiatrisk perspektiv, og der gøres ganske rigtigt opmærksom på, at dårlig kvalitetssikring er værre end ingen kvalitetssikring.

I fjerde del af bogen, som omhandler arbejdsmetoder, omtales de generelle distriktspsykiatriske arbejdsmetoder, samarbejdet med praktiserende læger, psykoseteam og klinisk case manager, familieintervention og psykoterapi til ikke-psykotiske patienter, psykoterapi og familiebehandling til den psykotiske patient, medicinsk behandling og tidlig opsporing og intervention.

Der tages i afsnittene om psykoterapi primært udgangspunkt i kognitiv teori og terapi, hvilket ikke kan undre, da én af hovedforfatterne har speciel kompetence inden for kognitiv behandling. Alligevel må det ses som udtryk for manglende bredde, at der f.eks. blot i en bisætning under beskrivelsen af individuel behandling af ikke-psykotiske lidelser nævnes begrebet psykoanalytisk terapi. Gruppeterapi beskrives i dette afsnit ud fra en bredere reference-ramme. Alt i alt kunne det have været ønskeligt med beskrivelse af fle-

re forskellige former for terapi, både i behandling af ikke-psykotiske og psykotiske lidelser i distriktspsykiatrisk regi. Der tænkes her på f.eks. psykoanalytisk orienteret terapi og systemorienteret terapi, for ikke at glemme kreative terapimetoder og kropsterapi.

Den femte og sidste del af bogen er helliget specialiserede opgaver som traumebehandling, selvmordsforebyggelse, hjælp til børnefamilier med sindslidende forældre, transkulturel distriktspsykiatri, misbrugsbehandling, opsøgning og støtte til hjemløse og udstødte psykisk syge, gerontopsykiatri og afsnittet afsluttes med et kapitel om oplysning og forebyggelse. Indledningsvis beskrives psykiatriplanen for Storstrøms Amt, hvor man har valgt at benytte specialiserede udadgående team, en udvikling som formentlig vil sprede sig til resten af landet, da der fra politisk hold efterlyses mere specialisering både inden for sygehuspsykiatri og distriktspsykiatri.

Alt i alt kan man sige, at bogen på udmærket vis forsøger at samle de forskellige perspektiver, hvorunder

man kan se på det distriktspsykiatriske arbejde. Samtlige kapitler er relevante for at fremme den distriktspsykiatriske forståelse og arbejdsmetode. Ingen kapitler virker overflødige, og alle er skrevet i klart og vel-formuleret sprog. Det oplyses indledningsvis, at man kan læse bogen både kronologisk og som opslagsbog. Undertegnede vil nok anbefale det sidste på grund af de mange forskellige kapitler med forskellige forfattere.

Bogen anbefales som tidligere nævnt indledningsvis af redaktørerne som en postgraduat lærebog for læger samtidig med, at man håber, at den kan fange andre faggruppers interesse. For undertegnede er der ingen tvivl om, at bogen kan bidrage med inspiration til alle, der arbejder inden for det distriktspsykiatriske felt, og at bogens vision om distriktspsykiatri som omdrejningspunkt for psykiatrisk behandling er helt i tråd med den aktuelle udvikling. I distriktspsykiatrien har man vidst det længe, og nu handler det om at overbevise resten af den psykiatriske behandlingsorganisation. Bogen er et vigtigt bidrag til denne proces.

Johan Cullberg  
**Psykoser**  
– *Et humanistisk og biologisk perspektiv*  
Hans Reitzels Forlag, København 2001, 336 sider

Anmeldt af: Lars Burgaard

Johan Cullbergs bog: Psykoser, et humanistisk og biologisk perspektiv er udkommet i det forgangne år. Cullberg er kendt i brede faglige kredse, men er måske nået videre ud i en bredere offentlighed end nogen anden psykiater i Norden. Således har de tidligere udgivelser »Kriser og udvikling« og »Dynamisk Psykiatri« fundet mange læsere.

Cullberg er professor i psykiatri i Stockholm hvor han igennem en år-række har ledet en forskningsenhed for psykoser. Han har igennem mange år ledet og deltaget i en lang række forskningsprojekter med skizofreniforskningen som det centrale omdrejningspunkt og med behandlingsevaluering som væsentligt tema.

Med nærværende bog forsøger han at give en bred og balanceret fremstilling af psykosens natur og behandlingens »State of the art«. Bogens forsidebillede er en gengivelse af Pieter Breughels billede »Ikaros« der styrter i havet. På billedet er han en lille bitte figur i et enormt landskab, hvor mennesker ellers uanfægtet udfører dagens dont. Cullberg kommenterer: Under psykosens høje

og ensomme flugt bort fra fornuftens love, prøver mennesket at undslippe sin virkelighed. Faldet tilbage mod jorden bliver hårdt hvis det ikke bremses. Og skriver han: »det handler denne bog om«.

Bogen falder i to dele. I første del gør forfatteren rede for sin psykoseforståelse. Anden del er helliget behandling. Han fremlægger sine ideer og erfaringer, begrundet og argumenteret for sine valg bogen igennem. På forbilledlig vis anfører han om der omkring et givet forhold er tale om teoretiske konstruktioner, hypoteser, antagelser, erfaring eller sikker viden, noget som manges lærebogsforfatter såmænd kunne tage ved lære af. Igennem bogen er der et stadigt dialektisk skift mellem at anske et fænomen under en humanistisk/ psykologisk synsvinkel og en biologisk synsvinkel, og der er kritiske hug til dem der enøjet følger det ene spor uden at give agt på det andet.

Hans grundsynspunkt er at mennesket er et meningskabende væsen, at det basalt forsøger at skabe sammenhæng, mening, en gestalt af de påvirkninger, de stimuli det bom-

barderes med. Selvbegrebet forstået som den bevidste og ubevidste oplevelse af egen person bliver en central begrebsdannelse, ligesom han opererer med jeget som et organiserende princip for det mentale apparat, som integrerer erfaringer og erindringer med omverdenskravene og de somatiske impulser.

Med udgangspunkt i en række cases gennemgås en række psykoseformer, som de fænomenologisk fremtræder og forløber. Den skizofrene lidelse vægtes tungt. Biologiske og psykodynamiske sårbarhedsfaktorer helliges to kapitler. Cullberg opstiller en neuro-psykodynamisk model for den psykotiske sårbarhed, hvor han opererer med tre principielt forskellige sårbarhedsdimensioner: En skizotypisk eller anden genetisk personlighedsfaktor, neuronale udviklingsforstyrrelser og forstyrrelser i jegopbygningen (selvopbygningen). Den amerikanske psykoanalytiker James Grotsteins teorier om biologisk sårbarhed synes at spille en betydelig rolle for forfatteren. Naturligt tager han derefter fat på spørgsmålet om der kan identificeres mere specifikke psykoseudløsende faktorer. De udløsende årsager kan være uspecifikke stressfaktorer af fysiologisk art, som sænker tærsklen for at klare de mere specifikke belastninger, der ligger bag som modenhedskriser, separationer, eller svære konflikter og krænkelser. Er der så faktorer der beskytter mod udvik-

ling af psykose? Det væsentlige er at individet har mulighed for at skabe kontinuerlige meningssammenhænge i den strøm af stimuli det møder. At mennesket som udgangspunkt har denne oplevelse af indre sammenhæng i belastede situationer er derfor essentielt, men psykosociale faktorer som den enkeltes netværk og arbejde har betydning for den oplevelse af meningssammenbrud, som er det centrale i Cullbergs psykoseforståelse.

Som forståelses- og forløbsmodel spiller den krisepsykologiske tænkning en vigtig rolle hos Cullberg. Der gives god plads til at beskrive forløb fra prodromalfase, præpsykose, psykose til den postpsykotiske fase. Den samme skærpede opmærksomhed på hvor patienten er i forløbet understreges i bogens behandlingsdel. Den psykotiske er underkastet biologiske stimuli og indre og ydre mentale og sociale konstruktioner. Hvor i forløbet han befinder sig må løbende vurderes og behandlingen så godt som muligt afstemmes herefter. Cullberg afstår fra at give nogle egentlige vejledninger, men kommer dog tæt på. På baggrund af de væsentligste internationale forløbs- og behandlings-effektundersøgelser som sobert refereres og diskuteres, giver han faktisk bud på en optimeret behandling i forskellige psykosefaser og situationer. Igen anvendes det humanistiske og det biologiske perspektiv. Forskellige psykoterapeutiske inter-



ventionsformer i forskellige situationer og faser diskuteres, ligesom integrationen af medicinsk behandling og psykoterapeutisk, miljøterapeutisk og i videre forstand socioterapeutisk behandling gøres til genstand for forfatterens overvejelser. Fremstillingen forekommer saglig, kritisk undersøgende, men også fast i kødet når der er forhold man med sikkerhed ved er kontraproduktive i psyko-sebehandlingen, f.eks. at den akut psykotiske patients integritet er stærkt reduceret eller ikke eksiste-

rende på de akutte psykiatriske afdelinger, at behandling med anti-psykotika starter for hurtigt og uafhængigt af behov, diskontinuitet i behandlingen o.a. Bogen bærer erfaringens grundige præg. Der er ingen hævede ideologiske behandlingsfaner, som området ofte har inviteret til. Bogen har bredde og dybde. Sproget er lavmælt og insisterende. Den har lærebogens kvaliteter, men kan sikkert nå længere ud. Kan på det varmeste anbefales.

Carsten René Jørgensen  
**Psykologien i senmoderniteten**  
Hans Reitzels Forlag, København 2002, 357 sider

Anmeldt af: Olov Dahlin

Carsten René Jørgensen har skrivit en, i det ordets positiva mening, mycket märkvärdig bok i vilken han undersöker om och hur psykologin tagit intryck av och förhållit sig till den snabba förändring som världen förefaller att genomgå sedan några årtionden. Han ser på det ur ett västerländskt perspektiv eftersom psykologi trots allt är en västerländsk uppfinning sammanflätad med samhällsutvecklingen och världsåskådningen i länder på denna del av jordklotet. Han problematiserar en psykologisk praxis, som möjligen dragit för gardinerna för att inte störas av larmet från en stökig omvärld. Han avslutar sitt förord med: »Når forekomsten af bestemte psykiske vanskeligheder øges dramatisk, og der udvikles nye patologiformer med en aldrig tidligere set hastighed, er der behov for, at psykologien som akademisk disciplin ser ud over sit traditionelle snævre fokus på enkelindividet og overvejer, hvordan psykopatologi også kan være forbundet med tendenser i kulturen. Centrale dele af denne bog kan således også læses som tilløb til en psykologisk fundert kulturkritik. »Han diskuterar inledningsvis termi-

nologin, senmodernitet eller postmodernitet, där han väljer bort det senare alternativet eftersom det inte går att finna och beskriva någon skarp gräns mellan det moderna och vad som sedan följde. Att världen radikalt förändrats är man tämligen överens om inom filosofi, sociologi, statsvetenskap och ekonomisk vetenskap men när det skedde är svårare att sätta fingret på. Den polsk-engelske sociologen Zygmunt Bauman skulle svara »efter Auschwitz«, vilket årets nobelpristagare, Imre Kertész skulle instämma i. »Efter Auschwitz kan man bara skriva om Auschwitz« säger han i en intervju i Svenska Dagbladet i juli 2002.

Moderniteten inträffar inte heller den vid någon helt bestämd tidpunkt. Wienkongressen 1815 kan tas som ett riktmärke. De ideologier och vetenskapsintressen som exploderade under 1800-talet är inte svåra att spåra tillbaka till upplysningstiden och ännu längre tillbaka. Det nya var att maskinerna, till exempel kulsprutor och ångmaskiner, och kapitalet gjorde sin entré i stor skala efter Napoleonkrigens slut. Denna in-

dustrialisering och kyrkans och feodalsamhällets sammanbrott under slutet av 1700-talet öppnade för nya former för statsbildningar och nya infrastrukturer i samhället, vilka också genomfördes undan för undan i Europa med undantag för de östliga delarna. En inflytelserik borgarklass växte fram. Det är under denna tid som psykologin börjar att särskilja sig från filosofin i form av ett intresse för människans väsen och villkor. Jørgensen nämner Wilhelm Wundt i Leipzig och William James i Boston som de barnmorskor (jordemødre) som hjälpte psykologin till världen i slutet av 1800-talet. Det må vara den pragmatiska akademiska psykologins officiella födelse, tillblivandet av den psykologi som betraktade människan som en organism, som man skulle kunna förklara genom biologisk mekanik där själslivet på många sätt var en biprodukt i kampen för överlevnad. Den förtingligade och därmed mätbara individen tog plats på vetenskapens scen. Kierkegaards, Schopenhauers, Diltheys och många andras tankegångar och idéer fördes åt sidan av den nya psykologiska vetenskapen. En del av detta tankegods sögs upp av Freud och psykoanalysen och transporterades på så sätt vidare som av psykoanalysen godkända tankeprodukter.

Jørgensens anslag i bokens första del, *Fra moderne til sen-/postmoderne kli-*

*nisk psykologi*, är ett citat från Nietzsche ur *Unzeitgemässige Betrachtung* från 1873. Det börjar »Hvad er altså sandhed? En bevægelig hær af metaforer, metonymier, antropomorfer, kort sagt: en sum af menneskelige relationer, som, poetisk og retorisk forstærket, er blevet overleveret, besmykket, og som efter lang tids brug forekommer et folk faste, harmoniske og forbindtlige: Sandhederne er illusioner, som man glemte er illusioner.

Ekot av Nietzsches provocerande retorik dröjer sig kvar till bokens sista sida. Zygmunt Baumans påstående att samhället är en meningsfabrik blir en container för det problem Nietzsche ställer oss inför. Bauman fortsätter, »[samhällen] är faktiskt mer än så : de är ingenting mindre än skolor för ett *meningsfullt liv*.« Jørgensen hänvisar inte till detta citat men hans och Baumans tankegångar löper bredvid varandra långa stycken parallellt och liksom Bauman har han en anmärkningsvärt god förmåga att i sin text härbärgera svåra och konfliktladdade teman. I ett lysande avsnitt, *Magt og viden*, behandlar författaren av vem, hur och varigenom styrs denna meningsfabrik, dessa skolor, i vilka psykologerna blivit en växande tjänstemannakår. Han introducerar Michel Foucaults tankar om maktens väsen och vägar, tankar, som borde ha intresserat psykoanalysen och grupp-

analysen men som man där undviker att ta till sig. Jørgensen gör sina reservationer, när han i avslutningen av detta avsnitt skriver: »Det er således grænser for, hvor langt man kan trække Foucaults subversion af enhver form for viden om virkeligheden. Herunder må man være opmærksom på, at refleksionerne over de nødvendige forandringer af den klinisk psykologiske teori og praksis i senmoderniteten ikke uden videre kan overføres på almenpsykologien, da eksempelvis visse grundlæggende elementer i menneskets kognitive, emotionelle og sociale modning og udvikling udfoldes relativt uafhængigt af mødet med foranderlige dele af verden.« Det förefaller mig som författaren med den avslutningen av avsnittet bekräftar Foucaults tankar genom att sätta den gräns, som den diskurs författaren ingår i, föreskriver. Det är klokt gjort av Jørgensen eftersom han ändock ifrågasätter mycket av det »självklara« inom psykologins domän. Man kan beklaga att den analytiska potentialen i Foucaults tänkande riskerar att föras åt sidan. Författaren återkommer dock till denna fråga i slutet av bokens första del: »Begrænser man sig imidlertid til den sociale virkelighed, der udfolder sig i det terapeutiske rum, kan Rorty i lighed med Nietzsche, Wittgenstein og Foucault bidrage til nødvendige problematiseringer af den etablerede kliniske psykologi.«

Jørgensen inleder bokens andra del, *Den senmoderne vestlige kultur og dens psykologiske konsekvenser*, med ett citat från Karl Marx, ur det kommunistiska manifestet 1848. Det är den märgfulla inledningen av berättelsen om hur ekonomins fokus flyttades från arbetskraft och produktion till konsumenter och konsumtion, hur klassmedvetenhet och kollektiv ersattes av livsstil och individ under 1900-talets andra hälft. I dag tillhör de flesta av oss ett förmöget lumpproletariat som bara har oss själva att skylla om vi inte lyckas, inte blir tillfredsställda med oss själva och inte håller oss friska och sunda.

Som Virgilius sakkunnigt ledde Dantes alter ego genom Inferno i Den gudomliga komedin leder Jørgensen sin läsare genom senmodernitetens filosofi och sociologi. Det är skickligt skrivet. Avsnittet om Kierkegaard är föredömligt klart. Författaren följer Kierkegaard ett stycke på stadier på livets väg. Man blir också väl introducerad till det tänkande som Ulrich Beck, Anthony Giddens, David Riesman, Norbert Elias och Zygmunt Bauman representerar. Författaren väver in stycken från t.ex. Heidegger, Sartre, Durkheim, Freud, Erich Fromm, Adorno, Marcuse, Baudrillard, Gadamer, Habermas, Bordieu. Det sker utan ansträngning. Texten flyter på och det är Jørgensens egen text. Så kommer han till bokens tredje del, *Psykologien i senmodernite-*

ten. Han börjar att förbereda vad han sedan ämnar göra, att steg för steg skjuta in den kliniska psykologin i senmodernitetens värld, där den hör hemma 2002, för att finna ut var det tar emot. Och därmed »bidrage til nødvendige problematiseringer af den etablerede kliniske psykologi.«

Människan i senmoderniteten är en djupt otrygg människa, som lever i ett omedelbart beroende av ett opålitligt och obestämt samhälle, som ständigt ändrar spelreglerna. Det är svårt att bedöma hur adekvat ett sådant påstående är. Det beror givetvis på vad vi jämför med och mot vilken bakgrund vi ser människans villkor. Den senmoderna formen för otrygghet antas av Jørgensen, och de författare han stöder sig på, tvinga fram en internaliserad disciplinering av människorna genom att hänvisa dem till en individuell frihet att utveckla sina ohjälpligt otillräckliga färdigheter och resurser för att vinna kontroll över sin situation och planera för sin framtid i ett samhälle som ständigt glider undan. Du får klara dig själv! Du har dig själv att skylla! Detta tvångsmässigt moraliserande och sig själv reflekterande själv, hänvisat till att klara sig själv, har idag blivit ett nyckelbegrepp i psykoterapin.

Det är svårt att inte tro att dagens människa i en jämförelse mellan förr och nu utsätts för ett allt häftigare

flöde av information, ur vilken hon förväntas sälla fram det viktiga och utesluta det oviktiga (där hon sitter ensam framför TV -apparaten med kvällstidningen bredvid sig). Men vad är viktigt och vad är oviktigt? »Det kræves en høj grad af social kompetence for at kunne klare sig i det globaliserede massesamfund, hvor man daglig må indgå i forhandlinger med andre om, hvem man er, og hvordan man bedst realiserer sig selv. – I en rastløs og fragmenteret kultur er det vigtigere end nogensinde, at det enkelte menneske kan finde indre holdepunkter og en indre ro.« Från den utgångspunkten börjar Jørgensen sin framställning av hur den kliniska psykologin har utvecklats under senare år. Han hävdar att de psykoterapeutiska teorier/metoder som bygger på antagandet att »psykopatologi ofte hænger sammen med vanskeligheder omkring det at skabe en meningsfuld sammenhæng mellem fortid, nutid og fremtid« ger goda möjligheter att psykoterapeutiskt hantera för senmoderniteten typiska psykiska problem. Jørgensen hävdar detta av åtminstone två skäl, dels därför att han sympatiserar med psykoanalysen i dess vidare omfattning och dels därför att han som forskare finner att forskningsresultaten talar för att det skulle kunna vara så. Han börjar med Freud: »Selvom Freuds klassiske psykoanalytiske teori på mange måder har vist sig util-

strækkelig til at forstå den menneskelige psykologi i en kultur, som adskiller sig betydeligt fra Freuds samtid« så finner dock Jørgensen at hans tanker og begreppsbygning om hur överjag och dess föregångare jagidealet skapas ännu bidrar till förståelsen av hur den enskilda människan kan bli bärare av värden, normer och levnadsregler, som är både individuella och sociala och gemensamma för de flesta människor ( vid en viss tid och i ett visst samhälle).

Freud hade inte varit blind för att det fanns andra människor än de som tillhörde den bildade borgarklass ur vilken de flesta analysander hämtades. I hans tankebygge framträdde de, till exempel portvaktens dotter, som omogna människor, som barn, som inte internaliserat kulturens vantrivsel och neurosskapande villkor. De var beroende av religionen (eller socialismen) för att kunna styra sig och styras. Dessa människor blev som 1900-talet fortskred alltmer påträngande i den psykoanalytiska praktiken. De gjorde karriärer och blev folk att räkna med, personer som hade möjligheter att kräva och att betala för psykoanalytikers uppmärksamhet. Genom Freuds auktoritet var psykoanalysen som teori beroende av föreställningar om varat och av en kunskapsteori som alltmer kom ur fas med utvecklingen av det västerländska samhället. På många sätt fastnade man i sekelskiftets tän-

kande och värderingar, ty den idealiserade Freud var på många sätt en man av sin tid. Dissidenters tankegångar, som inte sällan lett till deras uteslutning ur den organiserade psykoanalytiska rörelsen, återupprättades därför att deras idéer behövdes för att bygga teorier varmed psykoanalytikerna skulle kunna förstå den nya tidens människor. Inte sällan hade avfällingarna eller de uteslutna utvalt eller utvalts av patienter som socialt avvek från de »vanliga« analysanderna. Dessa och deras analytiker representerade en annan erfarenhet.

Många av dem, vars tankelinjer Jørgensen har goda skäl att följa, Marx och Nietzsche har nämnts, har sina rötter i 1800-talet. Efter Freud, född 1856, neurolog och privatpraktiserande läkare, följer i Jørgensens framställning George Herbert Mead, född 1863, amerikansk filosof, som intresserade sig för hur medvetandet och subjektet (självet) skapas i den sociala kommunikationsprocessen. På 30-talet fogade han samman sina tankar till den socialinteraktionistiska teori, som nu förknippas med honom och som under senare år väckt en hel del intresse inom pedagogik, sociologi och psykologi. Till D.W. Winnicott, född 1896, barnläkare som blev psykoanalytiker, tar Jørgensen nästa steg. Winnicott framhöll vikten av att vara sig själv. Han talade om det sanna själv till skill-

nad från det falska självet men frågan är om det sanna självet inte har samma ställning i hans filosofi som »das Ding an sich« hade i Kants. Det sanna självet är så djupt privat att det aldrig kan göras offentligt eftersom så perfekta övergångsområden inte står att finna. Winnicott hävdade i sitt tänkande den mänskliga och samhällseliga omvärldens inflytande över individens tillblivelse som ett »själv«. Han är ett gott exempel på hur en ny ontologi börjar att tränga in i psykoanalysens fundament och hur kunskapsteorin förändras. Kohut är ett annat exempel. »Selvet og personligheden eksisterer ikke på samme måde som et fysisk objekt (med en essens), der kan fastholdes og beskrives mere eller mindre præcist«, skriver Jørgensen, men då har han hunnit till Michail Bachtin och Dostojevskij och är på väg att berätta om den narrativa psykoanalysen och ditto psykoterapi. Det är där författaren sätter ned sin ena fot. Den andra placerar han i den interpersonella psykoterapi som går tillbaka till Harry Stack Sullivan. Han anser sig kunna göra det stödd av nyare psykoterapiforskning, som han också ger en översikt av.

Den amerikanske psykologanalytikern Roy Schafer publicerade 1976 boken *A new language for psychoanalysis*. En hel del av materialet hade funnits att läsa i psykoanalytiska tid-

skrifter 1970-1975, men det var boken som skakade om det psykoanalytiska etablissemangen. Han skrev förklarande i inledningen (Jørgensen skulle kunna skriva detsamma om sin *Psykologien i senmoderniteten*): »the nature of my enterprise has been as much philosophic as psychoanalytic. – In this connection, it is necessary to emphasize that in large part metapsychology itself is a philosophical enterprise; it, too, is a set of language rules, even though it has not usually been recognized as such.« Den narrativa psykoanalys som Schafer och hans medarbetare utvecklade sammanfattas väl av Jørgensen, som sedan fortsätter med den narrativa psykoterapi som har sina rötter i t.ex. familjeterapi och i det förhållandet att det narrativa perspektivet alltmer aktualiserats inom humanistiska forskningsområden. Sökandet efter den objektivt korrekta historien har fått ge vika för en insikt om att vad som inträffat berättas olika beroende på vem man frågar och vem som frågar. Författaren leder detta vidare vad psykoterapeuten/psykoanalytikern kan veta om patientens problem och vilken auktoritet behandlaren kan hävda i behandlingen. I modernitetens begynnelse, för doktor Freud, var detta inget stort problem till dess han upptäckte att det inte alltid hjälpte att tala om för analysanden vad som låg under symtomen. Det ledde till att begreppet motstånd skapades. För att

göra en lång historia kort: psykoanalytiker eller psykoterapeut lever i verkligheter som idag inte utan vidare kan antas ha allt väsentligt gemensamt med patienten. Tar man detta på allvar tvingas man till en ömsesidighet eller i det sammanhang, som här är aktuellt, till en interpersonell psykoterapi/psykoanalys. Såväl diskursivt ideologiskt (metapsykologiskt) som belyst av psykoterapiforskningen är detta rimligt enligt författaren.

Bokens 27 sista sidor, del IV, ägnas åt *Psykologiens kulturkritiske stemme*. Jørgensen inleder med socialpsykologisk statistik som pekar på hur illa ställt det är i Västvärlden med människors psykiska trygghet. Ständigt nya former för psykopatologi framträder. De kliniska psykologernas antal växer också stadigt, men är det så »at psykologer næppe vil kunne udfylde rollen som intellektuelle kulturkritikere, fordi deres profession af væsen er praktisk og pragmatisk?« »Samtidens kliniske psykologer synes i overhængende fare for at blive reduceret til netop en form for teknokrater, der kun er optaget af at løse konkrete problemer ved hjælp af fastlagte metoder tilegnet i løbet af deres uddannelse.« Jørgensen visar hur den kliniska psykologin aningslöst kan tänkas medverka till att konser-

vera människans eländiga situation under senmoderniteten, som den del av samhällssystemet psykologin alltmer blivit.

Jørgensen balanserar elegant sin text, som synes väl genomtänkt inte minst genom rimliga gränsättanden kring giltigheten av de radikala idéer han (samtidigt) presenterar så övertygande. Han är klok och sågar inte av den gren han sitter på. Den kliniska psykologi han berättar om har vuxit fram ur behov och ur nöd i det samhälle vi lever i. Dess institutioner och dess traditioner är en del av samhällsprocessen. Han är psykolog, forskare och kliniker och han vill inbjuda sina kollegor till ett reflekterande om psykologins situation i senmoderniteten. Boken är rik på referenser av stort intresse. Författaren ger dock från den första sidan till den sista läsaren så mycket att tänka på att möjligheten att gå vidare genom att sätta sig in i referenserna sannolikt får anstå. *Psykologien i senmoderniteten* är en angelägen bok. Det är svårt eller omöjligt att hitta någon liknande text som på ett rimligt antal sidor ger en bild av de metavetenskapliga och filosofiska diskurser som psykologin idag måste brottas med inom och på gränsen av sin domän. Det är en god berättelse kryddad med svart humor.



# Abstracts

*Esben Hougaard: Evidence based psychotherapy: Background, problems and forms of implementation. Matrix, 2003, 3-26.*

Evidence based psychotherapy has been the subject of much debate within the last ten years. This paper gives an account of the background of the movement and of lists of so called »empirically validated« treatments. Some main points of criticisms are discussed with a focus on the question of how research findings can be used in practice. It seems plausible that the evidence movement can make a valuable contribution to bridge the gap between science and practice within psychotherapy, although there is still much uncertainty as to how precisely evidence based psychotherapy might be implemented.

*Stig Poulsen: The effect of psychodynamic psychotherapy – in an empirical light. Matrix, 2003, 27-49.*

This article reviews outcome studies of psychodynamic psychotherapy focusing on controlled clinical trials. Results from meta-analyses are presented followed by findings from studies of dynamic therapy for specific disorders. On the basis of the existing research, it seems reasonable to conclude that in general psychodynamic therapy has a treatment effect comparable to other well-established treatment paradigms. Furthermore, support for the efficacy of psychodynamic therapies can be found for certain specific diagnostic categories, e.g. depression and borderline personality disorder. Still, there is a pressing need for more systematic empirical research into the outcome of psychodynamic therapy, in particular research focusing on long-term treatment investigating the changes in function and phenomena of particular relevance to psychodynamic therapy.

*Randi Luggin: The »evidence-ghost« in daily life in a psychiatric unit. Matrix, 2003, 50-54.*

This paper describes the daily life in a psychiatric day patient unit trying to integrate dynamic and cognitive therapy, and how the increasing pressure for effectiveness and evidence based medicine affects the unit.

*Jon Morgan Stokkeland: Dreaming as the birthplace of metaphors. Matrix, 2003, 55-90.*

Symbolisation is seen as a vital element in the development of the mind. Dreaming is regarded as the prototypical symbolizing activity and is related to other creative acts in music, poetry, and philosophy. This article claims that the use of symbols and metaphors are ways of thinking about our passions that at the same time are capable of stirring the emotions and containing the experiences. Dreaming is characterised as intimately imbedded within our bodily experiences, our movements, and sensations, and is at the same time a kind of thinking at a high level of abstraction. Psychoanalytic theories about dreaming and symbolization are compared with contributions from linguistics, phenomenology, developmental psychology, and aesthetics.

# Forfatterliste

**Esben Hougard**, cand.psych., lektor, Psykologisk Institut, Århus Universitet.  
*esbenh@psy.au.dk*

**Stig Poulsen**, cand.psych., ph.d., adjunkt, Universitetsklinikken, Institut for Psykologi, Københavns Universitet.  
*stig.poulsen@psy.ku.dk*

**Randi Luggin**, speciallæge i psykiatri, overlæge, Amager Hospital, psykiatrisk afdeling.  
*rluggin@dadlnet.dk*

**Jon Morgan Stokkeland**, lege, assistentlege i for-  
dypningsstilling, psykiatrisk poliklinikk, Sandnes,  
Sentralsjukehuset i Rogaland.  
*jmst@frisurf.no*

**Anne Grethe Birch Pedersen**, psykiater, over-  
læge, Psykiatrisk Center Glostrup.

**Lars Burgaard**, speciallæge i psykiatri, Roskilde.

**Olov Dahlin**, med.lic., leg. psykoterapeut, privat  
praktik, Stockholm.

# Nordisk Panel

## Danmark:

---

**Ulrik Haahr**, psykiater, privat praksis. Uddannet i gestalt- og tegneterapi samt systemisk familierterapi.

Særlige interesseområder: personlighedsforstyrrelser og tidlig intervention ved psykose.

**Carsten René Jørgensen**, ph.d., lektor i klinisk psykologi, Århus Universitet. Gruppeanalytiker.

Særlige interesseområder: psykodynamisk psykoterapi ved personlighedsforstyrrelser, psykoterapi-procesforskning, samt psykologisk teori og praksis i lyset af kulturelle forandringer.

**Karen Vibeke Mortensen**, klinisk psykolog, privat praksis. Dr.pæd., adjungeret professor i klinisk børnepsykologi, Ålborg Universitet. Gruppeanalytiker.

Særlige interesseområder: børn og unge, herunder psykoanalytiske udviklingsteorier.

**Stig Poulsen**, ph.d., adjunkt i klinisk psykologi, Københavns Universitet. Gruppeanalytiker.

Særlige interesseområder: empirisk psykoterapiforskning og kvalitativ forskning.

**Bente Thygesen**, klinisk psykolog, privat praksis. Gruppeanalytiker og jungiansk analytiker (IAAP).

Særlige interesseområder: terapeutiske faktorer og individuation i analytisk psykologi og gruppeanalyse.

**Kristian Valbak**, ph.d., psykiater. Overlæge, Risskov, Århus. Gruppeanalytiker.

Særlige interesseområder: kvantitativ og kvalitativ psykoterapiforskning, tidlig intervention ved psykose.

**John Vitger**, psykiater, privat praksis. Psykoanalytiker.  
Særlige interesseområder: objektrelationsteorier (især Winnicott), terapeutiske faktorer samt undervisning og supervision.

#### Finland:

---

**Kari Pylkkanen**, overlæge, leder af studenter sundhedstjenesten i Finland. Psykoanalytiker.  
Særlige interesseområder: Uddannelse; Psykoterapiens rolle og placering i det offentlige sundhedsvæsen. Ungdomspsykiatri.

#### Island:

---

**Magnus Skulason**, psykiater, overlæge. Psykoanalytisk psykoterapeut.  
Særlige interesseområder: retspsykiatri og psykoanalytiske og eksistentia-  
listiske teories bidrag til svamfundskritik.

#### Norge:

---

**Per Anthi**, specialist i klinisk psykologi, privatpraktiserende, psykoanalytiker, læreanalytiker.  
Særlige interesseområder: behandlingsteknik og psykoanalytisk litterære studier av forfattere og fremtrædende personligheder.

**Ann Færden**, specialist i psykiatri, overlege.  
Særlige interesseområder: rehabilitering, schizofreni.

**Asle Hoffart**, specialist i klinisk psykologi, dr.psychol., professor II ved Universitetet i Oslo.  
Særlige interesseområder: kognitiv terapi av angstlidelser og spiseforstyrrelser, samt process og utfall i psykoterapi.

**Astri Johnsen**, privatpraktiserende psykolog, specialist i klinisk psykologi ved Institutt for familierapi, Oslo. Undervisningskonsulent ved Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, og amanuensis II ved Psykologisk Institutt, Oslo.  
Særlige interesseområder: Spiseforstyrrelser, familierapi, veiledning.

**Sigmund Karterud**, psykiater, dr. med., professor ved Universitetet i Oslo. Gruppeanalytiker.

Særlige interesseområder: gruppeanalyse (forfatter af lærebog) og forskning i personlighetsforstyrrelser, gruppepsykoterapi og psykoanalytisk selvpsykologi.

**Egil Martinsen**, forskningsleder; specialist i psykiatri, dr.med.

Særlige interesseområder: kognitiv terapi, fysisk trening og psykisk helse.

**Jon Sletvold**, psykolog, privat praksis, Oslo. Specialist i klinisk psykologi med intensiv psykoterapi. Godkjent Pesso Boyden psykoterapeut.

Særlige interesseområder: metodeutvikling og utdanning innen karakteranalyse og kropporientert psykoterapi.

**Sverre Varin**, psykiater, psykoanalytiker. Læreanalytiker ved Norsk Psykoanalytisk Institutt. Privatpraksis. Overlege, psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo.

Særlige interesseområder: traumer, flyktninge psykiatri, psykoanalyse. Prosess-resultat forskning.

Sverige:

---

**Göran Ahlin**, psykiater, dr. med., docent, verksam i Sällskapet för psykoterapi i Stockholm AB. Gruppeanalytiker.

Særlige interesseområder: gruppeanalytisk forskning och utbildning och handledning i psykoterapi.

**Siv Boalt Boëthius**, klinisk psykolog, psykoanalytiker. Adjungeret professor i pædagogik ved Stockholms Universitet.

Særlige interesseområder: barns utveckling och psykoterapi samt sociala skeenden i grupper och organisationer.

**Gunnar Carlberg**, psykolog, docent, rektor vid Ericastiftelsen i Stockholm, chef för dess barn- och ungdomsmottagning.

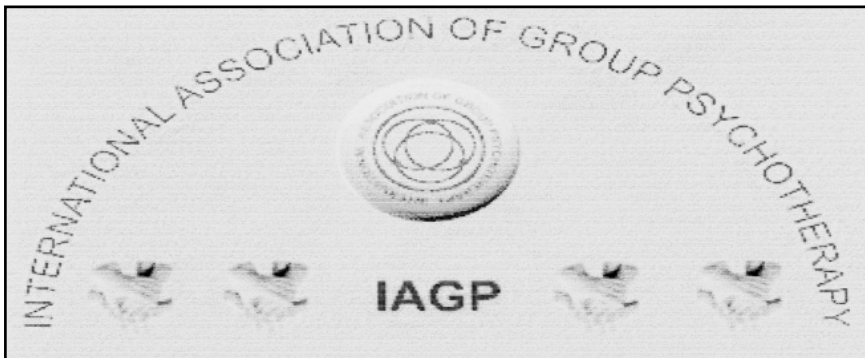
Særlige interesseområder: forskning i barn- och ungdomspsykoterapi samt utbildning och handledning.

**Christer Sandahl**, psykolog, fil.dr., docent. Gruppanalytiker.

Særlige interesseområder: forskning inom korttids gruppterapi och organisationskonsultation, samt psykoterapiutbildning.

**Ulf Ståhlberg**, legitimerad psykolog, privat praksis. Psykoanalytiker.

Særlige interesseområder: objektrelationsteori, særskilt kleiniansk och post-kleiniansk teori och tænkande, och psykosnæra och psykotiske mekanismer i psykoterapi.



Den internationella föreningen för grupppsykoterapi (IAGP) är ett världsomspännande nätverk av personer som är engagerade i grupppsykoterapins teoretiska och kliniska utveckling inom vitt skilda områden. Att vara medlem i detta nätverk erbjuder rika möjligheter att möta andra som vill utforska gruppterapins tillämpningar av små grupper, mediagrupper och stora grupper i kliniska, organisatoriska och politiska sammanhang. Här möts människor från olika delar av världen, med andra kulturer, olika yrkesbakgrund och teoretisk inriktning.

Inom IAGP finns f.n. fem olika sektioner: Gruppanalys, Psykodrama, Transkulturellt utforskande, Organisationsarbete och Familjeterapi. Alla sektioner har diskussionslistor på webben där man kan ta del av och delta i diskussioner om aktuella frågor.

Vart tredje år organiserar IAGP internationella kongresser. I år den 25-29 augusti i Istanbul under rubriken: Crossroads of Culture: Where Groups Converge. Nästa gång, 2006, kommer kongressen att genomföras i Sao Paolo, Brasilien. Under tiden mellan de stora kongresserna arrangeras regionala konferenser, t.ex. Pacific Rim Congress i Singapore, Breaking Barriers, Building Bonds, 12-14 mars i år. I augusti 2004 arrangeras för tredje gången The Stockholm Group Conference on Social Issues (SOCL). Det blir sannolikt även en konferens i Aten nästa år. I sommar kan man anmäla sig till International Summer Schools i Berlin och Granada.

Som medlem får man två gånger om året tidskriften The International FORUM of Group Psychotherapy och även en medlemstidning The Globeletter.

Om du vill veta mer eller om du vill bli medlem: [www.iagp.com](http://www.iagp.com)

I IAGP:s styrelse finns bland andra Gerda Winther, Thor Kristian Island, Göran Ahlin, Kate Bradshaw Tauvon, Marianne Wiktorin och Christer Sandahl som alla gärna delar med sig av sina erfarenheter.