

Redaktionelt

Dette første nummer af Matrix i 2004 bringer fire artikler samt tre bogomtaler. Tilgivelsesprocessen i psykoterapi af Erik Roj Larsen indleder nummeret. Forfatteren tager udgangspunkt i et fænomen, der overvejende bruges inden for en religiøs, politisk og kulturel forståelsesramme og beskriver det i et psykologisk perspektiv. Tilgivelse defineres som handling, der foregår imellem mennesker, som involverer et offer og en krænker, og hvis formål især er – for offerets vedkommende – at genvinde selvrespekten, at bitterheden opløses og at retten til at gøre gengæld opgives. Ikke mindst i forbindelse med de senere års udvikling af arbejdet med konfliktløsningsmodeller som f.eks. sandheds- og forsoningskommissioner er det relevant at forsøge at indkredse fænomenets psykologiske dimension og foreslå en udvidet anvendelse af tilgivelsen som et element i en terapeutisk proces.

Geir Høstmark Nielsen, Per-Einar Binder og Helge Holgersen fra universitetet i Bergen har skrevet en artikel om individualterapi med børn og unge. Artiklen tager udgangspunkt i det faktum, at individualterapi med børn og unge har mistet terræn i forhold til andre behandlingsformer i Norge. Forfatterne har derfor stillet sig spørgsmålet, om individualterapi med børn fortsat er en velbegrundet behandlingsform set ud fra såvel en forskningsmæssig, en teoretisk og en økonomisk synsvinkel og konkluderer efter en gennemgang af disse perspektiver med et bekræftende ja.

Den tredje artikel handler om sammenhæng mellem psykiske traumer, forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer og er skrevet af Ask Elklit. Mange traumatiserede patienters symptomer fremtræder som psykosesymptomer, men synes bedre at kunne forklares ud fra en teori om dissociative processer. På baggrund af en omfattende litteraturgennemgang foretager forfatteren en analyse af en case, der illustrerer pointen, at præcis diagnostik er et væsentligt hjælpemiddel til forståelse og tilpasning af den terapeutiske intervention.

Artiklen "Grupphandledning i psykoterapi inom utbildningsrammer" af Marie-Louise Ögren fra Stockholm universitet og Eva Sundin fra Umeå universitet er en

præsentation af et igangværende forskningsprojekt om supervision. Projektet er et samarbejde mellem en række svenske uddannelsesinstitutioner, nemlig Stockholm, Linköping og Umeå Universiteter, samt Sct. Lucas og Ericastiftelsen. Baggrunden for projektet er et ønske om at få større viden om, hvordan man bedst tilrettelægger og udfører supervision som led i psykoterapeutiske videreuddannelser. Artiklen fremdrager nogle preliminaire resultater om supervisorer og supervisorers erfaringer med og holdning til forskellige typer af gruppesupervision.

Den første boganmeldelse er Asle Hoffarts gennemgang af Kristian Valbaks Ph.d.-afhandling: *Suitability for psychoanalytic psychotherapy* fra 2003. Afhandlingens hovedvægt er empiriske studier af patienters egnethed til psykodynamisk psykoterapi. Forskning i dynamisk psykoterapi er nødvendig for at udvikle fagområdet yderligere, og kombinationen af et klinisk dybt relevant emne og en empirisk tilgang er dygtigt og grundigt gennemført og meget meningsfuld.

Peter Gottlieb foretager en omtale og diskussion af Kohuts bog "Fra Narcissisme til selvpsykologi – en indføring i Heinz Kohuts forfatterskab", der er udkommet i dansk oversættelse. Kohut og selvpsykologien har været katalysator for ændringen fra brug af de mere abstrakte begreber som id, ego og superego til et større fokus på det mere klinik- og oplevelsesnære selvbegreb. Gottlieb peger i sin anmeldelse desuden på Karteruds betydning som Kohutfortolker og som den, der har ydet væsentlige bidrag til belysning af gruppedynamik og -terapi analyseret ud fra en selvpsykologisk synsvinkel.

Redaktionen finder det væsentligt med mellemrum at introducere læserne til teoridannelser inden for beslægtede fagområder til psykologi, psykiatri og psykoterapi. Ikke mindst sociologi er et sådant fagområde, og antropologen Martin Lindhardt omtaler i denne sammenhæng Anthony Giddens' bog *Intimitetens forandring*. Giddens er professor i sociologi ved London School of Economics, og er en af de mest betydende moderne sociologiske teoretikere. Bogen skildrer de "rene forhold", som et intimitetsprojekt, der finder sted mellem to ligeværdige partnere, men hvis eneste formål er en gensidig individuel behovsopfyldelse i ærlighed og følelsesmæssig åbenhed løstrevet i sin essens fra familiemæssige og samfundsmæssige bånd og forpligtelser. Måske kan bogen også ses som en sociologisk kommentar til begreber som selv og narcissisme.

Som læserne vil kunne se, har vi har "slanket" omslaget på Matrix en lille smule for at kunne holde den rette vægt i forhold til de nye portoforhøjelser. Forfattervejledningen er blevet yderligere strømlinet, med tilføjelse af key-words for at tidsskriftet kan leve op til internationale krav.

Vi ønsker god fornøjelse med dette nummer af Matrix.

Anne Lindhardt

Susanne Harder

Tilgivelsesprocessen i psykoterapi

Matrix 2004; 1, s. 4-21

Erik Roj Larsen

Der skrives ikke meget om tilgivelsesprocessen i psykoterapeutisk teori. I forbindelse med gruppeterapi, der fokuserer på interpersonelle relationer, burde det være rimeligt at inddrage begrebet tilgivelse, der ligeledes opererer i det interpersonelle rum.

BAGGRUND: Det, der sker i tilgivelsen, er ikke en annullering af det forkerte, men en ændring af den ødelæggende effekt det har på personens relation til krænkeren og til andre. Tilgivelsen kan have den effekt at forebygge, at krænkelser fortsat vil ødelægge selvrespekten og den psykiske sundhed, hvorved der sker en ændring af relationerne til andre. Der er en tæt sammenhæng imellem selvrespekt og tilgivelse. Hvis offeret kan tilgive, vil det opdage, at det ikke er ødelagt af krænkelserne og træde ud af offerrollen. Kernberg skriver, at den ægte tilgivelse kommer af en accept af tabet af illusionen om én selv og andre. En accept af, at ambivalens er uundgåelig i nære relationer.

FORSKELLIGE DEFINITIONER: Tilgivelsen kan defineres ud fra et psykologisk perspektiv som en interpersonel aktion, der involverer det affektive, det kognitive og det adfærdsmæssige. Det affektive respons vil være at give slip på de negative følelser om krænkeren og den emotionelle konsekvens af krænkelserne, især bitterheden og vreden. Den kognitive ændring vil være, at de negative tanker rettet mod krænkeren ændres, og der træffes en intellektuel beslutning om at tilgive, og de gode og dårlige aspekter hos krænkeren bliver integreret. Den adfærdsmæssige ændring vil være, at den negative adfærd over for krænkeren erstattes af en positiv adfærd. At retten til at gøre gengæld opgives. Når begrebet tilgivelse anvendes, vil der være forskellig opfattelse heraf afhængig af kulturel og religiøs baggrund.

Konklusion: Undersøgelsen af den psykologiske og religiøse forståelse af tilgivelsesprocessen viser, at der her er gode terapeutiske elementer, som sandsynligvis kunne fremme gennearbejdning af traumer og krænkelse. Tilgivelsesprocessen fremtidige rolle i psykoterapi må afhænge af yderligere studier af processen, både i individuel terapi og gruppeterapi.

Indledning

Der skrives ikke meget om tilgivelsesprocessen i psykoterapeutisk teori. I forbindelse med gruppeterapi, hvor der fokuseres på interpersonelle relationer, er det relevant at inddrage begrebet tilgivelse, der ligeledes opererer i det interpersonelle rum.

En af grundene kan være, at det kan være svært i en kultur med en kristen tradition at adskille begrebet fra religionen. En litteratursøgning om tilgivelse viser mange referencer til forskellige religiøse retninger. Det udelukker dog ikke, at der også kan findes vigtige tanker her, som kan implementeres i en psykoterapeutisk tradition.

I nyere tid er der meget fokus på, hvordan forskellige befolkningsgrupper kan komme til at leve med hinanden igen efter konflikter eksempelvis i Sydafrika, konflikten imellem Israel og palæstinenserne, konflikten i det tidligere Jugoslavien og i Nordirland. Ærkebiskop Desmond Tutu har i Sandheds- og Forsøningskommissionen deltaget i arbejdet med at forsone sorte og hvide i Sydafrika. Han definerer tilgivelse som det at give afkald på sin ret til at betale gerningsmanden tilbage med samme mønt, et afkald, der har en befriende virkning på offeret. Han har beskrevet dette i bogen: "No future without forgiveness" [1], hvor han anfører, at tilgivelse og forsoning er nødvendig, men ikke noget man let og ubekymret kaster sig ud i. Han fortæller om tre tidligere krigsfanger, der står ved et mindesmærke. Den ene spørger: "Har du tilgivet dem, der holdt dig som krigsfange?". "Dem kan jeg aldrig tilgive", svarer den anden. Hertil svarer hans kammerat: "Så er du jo sådan set stadig deres fange, er du ikke?" Han spørger, om offerets evne til at tilgive afhænger af, om gerningsmanden indrømmer sin skyld. En sådan indrømmelse er en stor hjælp for den, der gerne vil tilgive, men den er ikke uundværlig.

Birgit Petersson [2] anfører, at en forudsætning for at kunne tilgive et andet menneske er, at man har tilgivet sig selv. Jampolsky [3] beskriver, at han på sin

morgenløbetur langs golfbanen kommer forbi to øldåser smidt i græsset. Hans første reaktion er at blive meget vred på de mennesker, som han forestiller sig har smidt øldåser ud af bilvinduet i det flotte naturområde. På sin vej tilbage til hotellet tænker han, at i stedet for at være vred kunne han samle dåserne op. Uanset hvordan de er havnet der, ville det være bedre at rette op på svineriet og slippe for de hårde, fordømmende tanker i hovedet hele dagen. Idet han samler dåserne op, forsvinder vreden. Da han atter løber tilbage til hotellet, erindrer han, at han i sin ungdom selv har smidt affald ud af vinduet og selv i en periode har haft svære alkoholproblemer. Han oplever at frigøre sig fra projektionen af sin egen skyldfølelse og fordømmelse af sig selv. Han konkluderer, at det, vi har brug for at tilgive hos andre, kan være noget i os selv, som vi har skjult for bevidstheden. Det vil sige, at manglende tilgivelse kan være et tegn på splitting og projektion. Idet han tilgiver, at nogen har smidt øldåserne i naturen, opløses splittingen, og delobjektet integreres, og han føler en accept af sig selv.

Baggrund

At definere tilgivelse kan være vanskeligt, ligesom det er vanskeligt at definere kærlighed.

I definitionen må der skelnes imellem at tilgive og at forsones. Ved tilgivelse accepteres at se bort fra krænkelsen med den undtagelse, at der tages forholdsregler til at undgå en sekundær krænkelser af samme natur som den første. Tilgivelse er det enkelte individs respons på krænkelsen. Ved forsoning kræves, at både offer og krænker er villige til at genoptage relationen, efter at krænkelsen er tilgivet. Tilgivelse er ikke at glemme, at der er sket noget forkert eller at lægge fortiden bag sig. Det er heller ikke at opgive sin ret til, at der skal ske en straf for det forkerte, der er gjort. Det er ikke at undskylde det, personen har gjort. At personen ikke kunne gøre for det på grund af ydre eller indre omstændigheder. Den, der har gjort noget forkert, er stadig ansvarlig for sin handling. Det, der sker i tilgivelsen, er ikke en annullering af det forkerte, men en ændring af den ødelæggende effekt det har på personens relation til krænkeren og til andre. Tilgivelsen kan have den effekt at forebygge, at krænkelsen fortsat vil ødelægge selvrespekten og den psykiske sundhed, hvorved der også sker en ændring af relationerne til andre. Der er en tæt sammenhæng imellem selvrespekt og tilgivelse. [4]. Hvis offeret kan tilgive, vil det opdage, at det ikke er ødelagt af krænkelsen. At offeret står over krænkelsen ved at kunne tilbyde sin tilgivelse. Tilgivelse vil være en viljeshandling, hvilket der vil blive nærmere redegjort for i det følgende.

Nietzsche mener, at tilgivelse er en sublimering af vreden. At tilgivelse er udtryk for svaghed [5]. Haber mener, at tilgivelse demonstrerer en mangel på selvrespekt, idet vrede ville være mere passende ved en krænkelse [6]. Becker mener, at tilgivelsen lægger flere byrder på offeret og ser især dette som en risiko for kvinder [7]. At det er bedre at bede krænkeren om at undskylde sin handling over for offeret. Droll anfører, at tilgivelsen kan give offeret en opfattelse af at være en bedre person [8]. At være den tilgivende giver en oplevelse af omnipotens [8]. Walker advarer mod at tilgive for hurtigt, fordi det er et krav fra omgivelser, der ikke tør blive konfronteret med en krænkelse. [9]. At tilgivelse kan være at undgå en konfrontation med krænkeren og med ens egen vrede. Kaufman spørger, om det er et spørgsmål om mod – men hvor skal modet komme fra? [10].

I det følgende vil den psykologiske og de religiøse definitioner inddrages. Den dynamiske forståelse af den terapeutiske tilgivelsesproces og gennemarbejdning beskrives. Desuden gennemgås tilgivelsesprocessen i relation til psykoanalytisk teori.

En psykologisk definition

Fra et *psykologisk perspektiv* definerer Enright tilgivelse som en interpersonel aktion, der involverer det affektive, det kognitive og det adfærdsmæssige system hos tilgiveren [11]. Der lægges her vægt på, hvordan følelserne er over for krænkeren, hvilke tanker der gøres og hvorledes adfærden er.

Det affektive respons vil være at give slip på de negative følelser om krænkeren og den emotionelle konsekvens af krænkelsen, især bitterheden og vreden [12].

Den kognitive ændring vil være, at de negative tanker rettet mod krænkeren ændres, og der træffes en intellektuel beslutning om at tilgive [13], og de gode og dårlige aspekter hos krænkeren bliver integreret [14].

Den adfærdsmæssige ændring vil være, at den negative adfærd over for krænkeren erstattes af en positiv adfærd. Valget er ikke at gøre gengæld, men at respondere på en kærlig måde og opgive retten til at gøre gengæld [15,16].

En kristen definition

I *kristendommen* defineres tilgivelsen i konteksten af Guds tilgivelse [17] og med reference til synd og det onde [18]. I Det nye Testamente er interpersonel og guddommelig tilgivelse uadskillelige, idet den kristnes holdning og villighed til at tilgive relaterer sig til Guds tilgivelse [19].

Synd ses som et fysisk onde for offeret og et moralsk onde for krænkeren. Tilgivelsens rolle er at frigøre krænkeren (synderen) fra dette onde og omvende og genskabe ham [18]. Hos Hubaut vurderes tilgivelsen, forstået som den åbenbarede og inkarnerede Jesus Kristus, at være umulig på det menneskelige plan, men at kræve en transcendent hændelse for mennesket ind under Guds nåde og Kristi kærlighed [20]. Tilgivelse af krænkeren forstås fra et teologisk perspektiv som noget, der opdages i forbindelse med helingsprocessen og ikke en handling. Patton beskriver det således: Tilgivelse er ikke at gøre noget, men at opdage noget; at jeg er mere lig dem som har såret mig end forskellig fra dem. Jeg er i stand til at tilgive, når jeg opdager at jeg ikke er i en position, hvor jeg kan tilgive. At jeg selv er en tilgivet synder, der optages i samfundet af syndere ved Guds nåde [21]. I Bibelen findes der mange beretninger, der illustrerer dette. Tilgivelsen ses som en ubetinget handling givet i kærlighed og medfølelse mod andre uafhængig af konteksten.

En jødisk definition

I den *jødiske forståelse* af tilgivelse tages udgangspunkt i en analyse af Dorff, rabbi, professor i filosofi ved det Jødiske Universitet i Los Angeles [22]. Ved den jødiske forståelse af tilgivelse lægges vægt på, at krænkeren skal gennemgå en proces, hvor han indser sin skyld. Det medfører, at om krænkeren ikke indrømmer sin skyld, har offeret eller samfundet ikke pligt til at tilgive. Det vil også gælde for personer, som har udstået en straf, men stadig ikke ændrer holdning til deres handling. Immanuel Kant lagde vægt på intentionen med en handling. Han anfører, at offeret bør vente med at tilgive, til offeret er i stand til det ud fra et moralsk princip. Den jødiske forståelse vil derimod anføre, at en person altid skal gøre det rette, uanset om det sker på et forkert grundlag.

Selv om offeret ikke ønsker at tilgive, har han eller hun pligt til det, når krænkeren har gået igennem den tilbagevendende proces (teshuvah), som findes defineret af den jødiske rabbi Maimonides (år 1140-1204) i Mishned Torah. Dette indebærer, at krænkeren indser, at han har handlet forkert, og vedgår sin skyld

offentligt over for Gud og mennesker. At der sker en offentlig tilkendegivelse af anger, og at krænkeren lover ikke at gentage handlingen. Desuden bør der ske en eventuel kompensation til offeret. Et alvorligt ment ønske om tilgivelse fra offeret kan fremsættes op til tre gange. Krænkeren bør desuden undgå forhold, der kan medføre risiko for tilbagefald. Ved konfrontation med den samme situation skal krænkeren vise, at han er i stand til at handle anderledes. Det betyder, at i jødisk tradition er tilgivelse ikke primært en intrapersonel proces (en ny og ændret følelse for krænkeren), men mere en interpersonel proces, baseret på pligten til at tilgive for samfundets skyld.

Tilgivelse i Islam

I Koranen ses Allah som den, der tilgiver alt. Det kan opnås ved, at den troende har tro, angret og gør gode gerninger. En muslim må følge Allah's vilje og eksempel [23].

Tilgivelse i hinduismen

I Bhagavad Gita, en instruksbog for hinduer, diskuteres betydningen af tilgivelse i sammenhæng med godt og ondt, og det bliver nævnt, at det er godt at tilgive under visse ikke nærmere specificerede omstændigheder [24].

Tilgivelse i buddhismen

I buddhismen er der ikke et ord specifikt for tilgivelse, men mange historier herfra illustrerer alligevel dette. I en historie om en buddhist, der fanges i at fortælle kongens harem om de finere aspekter ved filosofi, binder den vrede konge buddhisten og pisker ham. Selv om buddhisten er døden nær, udviser han ikke vrede, men ønsker i stedet at det må gå kongen godt [25]. Buddhisten vil i dette tilfælde ikke tilskrive kongen noget ondt, men snarere tale om kongens uvidenhed. Da Dalai Lama modtog Nobels Fredspris i 1989 refererede han gentagne gange til tilgivelsen [26]. Ifølge Dalai Lama er det en persons lager af fortjenester, der bestemmer de gunstige betingelser ved hans fremtidige fødsel (Karmas lov). Én metode til at samle sig fortjenester omfatter handlinger som at udvise venlighed, generøsitet og tolerance. Og bevidst at afstå fra negative handlinger. Andre mennesker kan således være en stor hjælp for buddhisten i at vinde fortjenester [27].

Når begrebet tilgivelse anvendes, vil der være en forskellig opfattelse heraf afhængig af kulturel og religiøs baggrund. Personer opvokset i en kultur med den kristne tradition vil opfatte tilgivelse som en ubetinget handling givet i kærlighed og medfølelse mod andre og set i relation til Guds tilgivelse. For mange jøder vil tilgivelse være betinget, afhængig af om krænkeren har vist tegn på anger, på graden af krænkelser og afstanden i tid til hændelsen. For buddhister kunne tilgivelsen være en måde ikke at lade vrede skade andre og at sikre sig gunstigere betingelser i det næste liv.

Forskellige former for tilgivelse

Baumeister og medforfattere [28] taler om flere former for tilgivelse. *Den hule tilgivelse*, som udtrykker sig i forhold til krænkeren, men som ikke har medført en intrapsykisk ændring. *Den stille tilgivelse*, som primært sker intrapsykisk og ikke i forhold til krænkeren. *Den fulde tilgivelse*, som medfører en intrapsykisk ændring og en ændret relation til krænkeren. *Den falske tilgivelse*, hvor offeret giver udtryk for at have tilgivet krænkeren, men vedvarende minder krænkeren om hændelsen eller vedvarende giver udtryk for, at krænkeren står i gæld til offeret.

Hvilken form der vil være relevant, afhænger af den pågældende situation. Hvis der er behov for en selv-protektiv holdning for at undgå re-traumatisering, kan den stille tilgivelse være at foretrække. Hvis krænkeren derimod indrømmer sin skyld og viser tegn på ikke at ville gentage krænkelserne, vil den fulde tilgivelse om muligt være at foretrække. Om offeret bærer nag til krænkeren, vil enhver situation, der minder om den primære situation, reaktivere negative følelser. Dette kan også medføre omkostninger på det interpersonelle plan i form af problemer med optimal intimitet og sociale bindinger samt helbredsproblemer i form af forhøjet blodtryk, øget hjertefrekvens og muskelspændinger [29]. At tilgive kan være at træde ud af offerrollen. For at forstå, hvorfor nogle vælger ikke at tilgive, er det nødvendigt at se på balancen imellem omkostninger og fordele for offeret.

Tilgivelseskløften

Baumeister [28] taler om "den forstørrende kløft" (the magnitude gap), idet offeret forstørrer sin krænkelser, mens krænkeren minimerer hændelsen. Offeret mister herved mere end krænkeren, hvilket betyder, at gælden vanskeligt kan tilbagebetales, således at der vil være tilfredshed for begge parter. At det kan

være vanskeligt at tilgive har således flere grunde. Offeret må opgive kravet om retfærdighed, og at krænkeren skylder offeret noget. Offeret må opgive frygten for re-traumatisering og stole på, at krænkeren ikke kan skade ham eller hende igen.

Freedman og medarbejdere [30] har undersøgt muligheden for at fremme tilgivelsesprocessen hos incestofre. I flere studier har Enright og medarbejdere [31,32] forsøgt at opbygge terapeutiske modeller for tilgivelse. Flere studier viser en bedring i helbred og en reduktion i vrede, angst og depression blandt personer, som får hjælp til at tilgive deres krænker [33-35]. I det følgende beskrives Enrights model for intervention i tilgivelsesprocessen. (Det følgende er mine oversættelser).

Tilgivelsens fire faser

I. Afdækkende fase

1. Undersøgelse af det psykologiske forsvar [36].
2. Konfrontation med vreden; formålet er at frigøre, ikke at huse vreden [37].
3. Indrømmelse af skam og skyld, når det er passende [21].
4. Opmærksomhed på den emotionelle energi, der er bundet til begivenheden [32].
5. Opmærksomhed på kränkelsens kognitive gentagelse og obsession [32].
6. Indsigt i, at offeret sammenligner sig med krænkeren [36].
7. Indsigt i, at offeret kan være permanent og ugunstigt ændret af kränkelsen [38].
8. Indsigt i en mulig ændret "retfærdig verdens synspunkt" [39].

II. Beslutningsfasen

9. En dybere ændring/conversion og indsigt i, at gamle løsningsstrategier ikke virker [40].
10. Villighed til at overveje tilgivelse som en mulighed.
11. Forpligtigelse til at arbejde med tilgivelse af krænkeren.

III. Arbejdsfasen

12. Nye rammer for, hvem krænkeren er ved at se ham eller hende i en kontekst.
13. Empati mod krænkeren. Opmærksomhed på følelser, når de dukker frem, over for krænkeren.

14. Accept og absorption af smerten.
15. At tilgive er en gave til krænkeren.

IV. Fordybende fase

16. At finde en mening for sig selv og andre i lidelsen og i tilgivelsesprocessen [41].
17. Erkendelse af, at offeret har haft brug for andres tilgivelse tidligere i livet.
18. Erkendelse af, at offeret ikke er alene (universalitet, støtte).
19. Erkendelse af, at offeret kan have et nyt formål i livet på grund af krænkelsen.
20. Opmærksomhed på aftagende negative følelser, hvis dette begynder at indtræde, og øgede positive følelser mod krænkeren. Opmærksomhed mod den indre følelsesmæssige frisætning [42].

I den afdækkende fase i pkt.1 undersøger den krænkede de psykologiske forsvarsmekanismer, der er anvendt for at beskytte mod smerten. Selvom disse forsvarsmekanismer ofte er umiddelbare adaptive, forhindrer de helingen, hvis de bliver opretholdt for længe. Offerets anvendelse af f.eks. fornægtelse, forskydning og projektion behøver at blive erkendt, for at der kan ske en konfrontation med de sande emotioner. Pkt. 2 fokuserer på vreden. Mange mennesker tror fejlagtigt, at det at blive vred ikke er en del af tilgivelsesprocessen. Faktisk er det en af de mest vigtige enheder. Før tilgivelse kan finde sted, behøver personen at give udtryk for den retfærdige vrede ved at blive personligt, uretfærdigt og dybt såret. Pkt. 3 reflekterer skammen og skylden, som offeret føler efter at være blevet krænket. Dette er især sandt for tilfælde med seksuelle overgreb. I pkt. 4 og 5 er der fokus på offerets adfærd, i forhold til hvor meget emotionel energi der er knyttet til den sårende begivenhed (cathexis), og hvor meget tid der bruges på at genspille begivenheden i offerets sind (kognitiv gentagelse). I pkt. 6 er opmærksomheden rettet mod hvorledes offeret sammenligner sig med krænkeren. Og hvorledes offeret er blevet ændret af hændelsen (pkt. 7). Det kan føre til den konklusion, at krænkeren har det bedre, og at livet er uretfærdigt (pkt. 8).

Beslutningsfasen er vendepunktet i processen. Pkt. 9 beskriver en dyberegående ændring, som synes nødvendig for en emotionel heling, idet det indses at de gamle løsningsstrategier ikke har ført til en bedring. Det næste skridt vil være villighed til at overveje tilgivelse som en mulighed (pkt. 10). Det er en kognitiv beslutning at arbejde med tilgivelsesprocessen, selvom offeret ikke føler sig i stand til at tilgive på dette tidspunkt (pkt. 11).

I arbejdsfasen foregår den aktive terapeutiske proces. At vurdere krænkeren i nye rammer og gennemtænke, hvem krænkeren egentlig er (pkt. 12). Offeret vurderer krænkeren og medtager i sine overvejelser krænkerens udviklingshistorie, livserfaringer, og værdi som menneske. I pkt. 13 medtages offerets følelser af empati og medfølelse. Empatien er det affektive modstykke til at se krænkeren i en ny ramme, der sætter offeret i stand til at være mere sensitiv for krænkerens indre referenceramme. Det sætter offeret i stand til at adskille krænkelserne fra krænkeren. At krænkelserne ikke behøver at være et udtryk for, at krænkeren er et ondt menneske helt igennem. Denne villighed til at dele lidelserne sætter offeret i stand til at acceptere og absorbere smerten ved krænkelserne i stedet for at projicere den over på krænkeren med evige tanker om hævn. Det betyder, at nogle vil se sig som overlevende i stedet for som ofre (pkt. 14). Det vil hos nogle være starten på en tilgivelse af krænkeren (pkt. 15).

I den fordybende fase kan offeret finde en mening i lidelsen (pkt. 16). Offerets indsigt i at have haft brug for tilgivelse tidligere i livet (pkt. 17) sætter offeret i stand til at se den ufuldkomne natur i alle mennesker. At høre om og møde andre i samme situation bryder følelsen af isolation (pkt. 18). Livet kan få et nyt mål for offeret som følge af krænkelserne. Offeret erkender at hun ikke er den samme person som et resultat af krænkelserne (pkt. 19). Denne indsigt kan føre til et fald i de negative følelser, tanker og adfærd mod krænkeren og kan være begyndelsen på tilgivelsen (pkt. 20). Følelsen af at være frigjort og den forbedrede psykiske tilstand, som offeret oplever, viser sig ved tilgivelsen. Processen vil være individuel, og der vil derfor være individuelle forskelle i, hvorledes processen forløber. Nogle vil bruge lang tid på enkelte punkter.

Der findes ikke studier over tilgivelsesprocessen i gruppeterapi. Enright, som er anført i forbindelse med de fire faser i tilgivelsesprocessen, arbejder med tilgivelsesprocessen i individuel terapi. McCullough, Worthington, Freedman og Enright arbejder desuden med tilgivelsesprocessen i psykoedukative grupper [30, 42].

Tilgivelse og psykoanalytisk teori

Karterud nævner i sin bog om gruppeanalytisk psykoterapi, at alle mennesker har bitre krænkelser i bagagen, og at personer med psykiske lidelser har flere end andre [43]. At krænkelser bidrager til at undergrave selvrespekten, og at gennemarbejdning af gamle krænkelser er en nødvendig del af al psykoterapi. Gartner anfører, at tilgivelse handler om at opløse en splitting og at integrere

gode og onde selvrepræsentationer og gode og dårlige objektrepræsentationer [44]. Kernberg skriver, at den ægte tilgivelse kommer af en accept af tabet af illusionen om én selv og andre [45]. En accept af, at ambivalens er uundgåelig i nære relationer. At tilgive andre gør det lettere at tilgive sig selv. Løgstrup spørger, om der findes handlinger, der er utilgivelige. Til dette svarer han, at det er tilgivelsens paradoks, at der kun kan være tale om tilgivelse, hvor der er begået såkaldte "utilgivelige ting" [46]. En øget opmærksomhed på tilgivelse i samfundet kan være medvirkende til at fastholde den skyldige i fællesskabet, i stedet for at udstøde personen, fordi man ikke tåler ambivalensen.

Melanie Klein beskriver to positioner i et barns udvikling [47]. Den paranoid-skizoide position og den depressive position. I den paranoid-skizoide position er barnet delobjekt-orienteret og benytter sig af splitting og projektion. Det medfører angst for at blive tilintetgjort af objektet i relationen. Hos voksne kan manglende tilgivelse være et udtryk for splitting og projektion. Tilgiveren ser sig selv som god og krænkeren som ond. Det binder individet til delobjektet, idet det ofte kræver et helt objekt, for at bindingen kan brydes. I den depressive position sker der en helobjekt-orientering. Dette stadie er præget af ambivalens og angst for at udlette objektet i relationen medførende skyldfølelse. Via overgangsobjekter, der styrker den infantile omnipotens, kan der ske en separat og selvstændig eksistens for barnet, adskilt fra objektet. I tilgivelsen gøres krænkeren mindre truende, idet offeret er den omnipotente med magt til at tilgive. Derved kan der ske en integration af onde og gode sider af krænkeren og en dannelse af et helt objekt, som offeret kan frigøre sig fra. Offeret får herved en erfaring om, at såvel det onde som det gode kan integreres i hele personligheden, og lærer at acceptere egne begrænsninger.

Basale antagelser hos Bion om tilgivelsesprocessen

Den voksne i en gruppe vil gå ind i en regression til mekanismer, som er typiske for de tidligste faser af det mentale liv som beskrevet af Melanie Klein. Ifølge Bion vil der i gruppen indstille sig to niveauer med en stadig vekslen med hinanden, et niveau præget af helobjekt-relationer ("arbejdsgruppen") og et niveau præget af delobjekt-relationer ("De basale antagelser" der gennemgås i det følgende i punkt 1 til 3). [48].

I afhængighedsgruppen er den basale antagelse, at gruppen mødes for at opnå sikkerhed og beskyttelse, givet af ét individ og som oftest af terapeuten. Gruppen synes at forvente magiske løsninger og antage, at lederen er omnipotent. Målet

er at få lederen til at vise sit gode hjerte. Der sker her en splitting, hvor gruppen kun ser det gode delobjekt hos lederen. Denne gruppe ville kunne arbejde med den afdækkende fase i tilgivelsesprocessen, men ville ikke være i stand til at gå videre til beslutningsfasen, idet den forventer, at lederen via sin omnipotens skal løse problemerne. Så længe gruppen opretholder et delobjekt-gruppeforhold, vil den ikke komme videre i en tilgivelsesproces, idet det vil kræve helobjekter som anført tidligere. Ikke-tilgivelse vil være delobjekt-orienteret, mens tilgivelse vil være helobjekt-orienteret.

I kamp/flugtgruppen er den basale antagelse, at gruppedeltagerne mødes for at bevare gruppen, hvilket sker igennem kamp og flugt. Der vælges en leder, som vil være en person med paranoide træk. Han skal kunne se farer og genkende fjender. Sygdom benægtes, da det truer gruppen. Individets velfærd vil være af sekundær betydning i forhold til gruppen, hvorfor gruppen i denne tilstand ikke vil være interesseret i, at den enkelte giver udtryk for sin skyld eller skam. Denne gruppe vil være præget af den paranoid-skizoide position med manglende erkendelse af behovet for tilgivelse af krænkeren [49].

I pardannelsesgruppen er den basale antagelse, at gruppen mødes i reproduktionsøjemed for måske engang at føde en frelser. To gruppemedlemmer vil blive optaget af hinanden i samtale, mens de øvrige medlemmer vil sidde spændt lyttende. Gruppen fokuserer på fremtiden, og det delobjekt, som parret udgør i gruppen, vil ikke være i stand til at gennemgå den afdækkende fase med fokus på det enkelte gruppemedlems vrede i forhold til tidligere krænkelser og med en indrømmelse af skyld og skam.

Terapeutiske faktorer i gruppeterapi

Bloch og Crouch [50] definerer en terapeutisk faktor som et element i gruppeprocessen, der udøver en gavnlig effekt på gruppemedlemmet. De finder, at to fænomener kan forveksles med en terapeutisk faktor, fordi de ligger tæt herpå. Det er ydre betingelser for ændring, der dog må skelnes fra intrinsiske terapeutiske faktorer i selve gruppeprocessen. Desuden er der en bestemt teknik, som kan fremme effekten af en terapeutisk faktor, men som ikke i sig selv er virksom. De diskuterer og rangstiller forskellige faktorer inden for det emotionelle, det kognitive og det adfærdsmæssige.

Corsini og Rosenberg [51] gennemgik i 1955 adskillige artikler og udarbejdede på baggrund heraf en række terapeutiske faktorer. Yalom [52] arbejdede også

herpå og definerede 11 faktorer anført nedenfor. (Tallene i parentes er de faktorer, der også er medtaget af Bloch og Crouch).

1. Installering af håb (4).
2. Universalitet (2).
3. Formidling af information (5).
4. Altruisme (3).
5. Korrektiv rekapitulering af den primære familiegruppe.
6. Udvikling af teknikker for socialisering.
7. Imitering (6).
8. Interpersonel læring (8).
9. Gruppesammenhold (1).
10. Katarsis (10).
11. Eksistensielle faktorer.

Bloch og Crouch har 10 faktorer med og medtager ud over ovennævnte faktorer anført i parentes følgende faktorer:

7. Selvføståelse.
9. Selvføsløring.

Bloch og Crouch beskriver, at selvføståelse, selvføsløring og accept har betydning for effekten af terapien. Ved grupper med ikke-indlagte patienter anses tre faktorer afgørende for patienten uanset effekt. Interpersonel læring ("Learning from interpersonal action"): Patienten lærer af sine forsøg på at relatere sig konstruktivt og adapterende inden for gruppen. Selvføståelse ("Self-understanding"): Patienten lærer noget vigtigt om sig selv, sædvanligvis via feedback og fortolkning. Selvføsløring ("self-disclosure"): Patienten åbenbarer strengt personlige oplysninger om sig selv til gruppen og bliver derved lettet for en byrde. Ifølge Bloch og Crouch er gode råd i form af forslag, forklaringer og instruktioner ikke anvendelige som terapeutiske faktorer, men kan være en del af nogle ydre rammer eller et oplæg til en mere indsigtsgivende samtale. Det samme gør sig gældende ved anvendelse af andre gruppe-medlemmers terapeutiske erfaringer.

Gennemarbejdning i gruppeanalyse

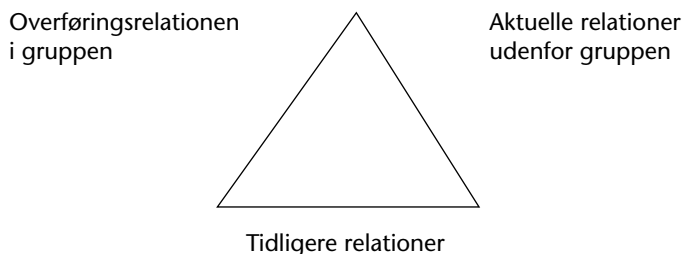
Et andet begreb, som også bør medtages i forbindelse med drøftelsen af terapeutiske faktorer, er gennemarbejdning i gruppeanalysen.

Karterud diskuterer [43] gennemarbejdning i gruppeanalyse i forbindelse med traumer og overgreb og spørger, om gruppeanalysen er tilstrækkeligt fokuse-

rende og systematisk? Hans konklusion er, at bearbejdningen i gruppeanalysen sker over mange år. At traumer ofte bliver kendte tidligt i gruppeforløbet. Det kan dreje sig om forældres sygdom eller dødsfald, søskendes sygdom, alvorlige ulykker i familien, seksuelle overgreb eller skilsmisse. Efter den første fortælling herom, som ofte virker dramatisk og fortættet, vil temaet dukke op igen og igen i gruppeforløbet. Der vil efterhånden komme flere detaljer på hændelsen. Terapeutens opgave er her at facilitere denne proces. Det gør han ved at minde om traumet, hvor det er relevant, og intervenere på måder, som fremmer sorgprocessen.

Gabbard [53] anfører, at gennemarbejdningen sker uden "aha"-respons fra patienten på grund af patientens modstand. Gentagne fortolkninger af overføringen og modstanden hjælper med til at indsigten bliver integreret som et bevidst indhold (gennemarbejdet).

Gabbard anfører indsigtens trekant [54] som relevant i denne sammenhæng.



I terapiforløbet vil terapeuten notere sig et bestemt mønster. 1) I patientens relationer uden for gruppen og relatere dette til 2) overføringen i gruppen og 3) til tidligere relationer til familiemedlemmer. Til sidst vil de ubevidste mønstre blive bevidste for patienten. Denne model belyses yderligere af Luborskys kerne-konflikt-relations-tema (CCRT) [55]. Dette tema involverer et ønske eller et behov (f.eks. "Jeg ønsker at være mere spontan end de andre"), der er i konflikt med kontrollfunktionen fra superego'et ("Hvis jeg prøver alligevel, kan jeg miste kontrollen, og derfor er det bedre ikke at prøve overhovedet."). Dette tema kan følges i hele terapiforløbet og relaterer sig til de tre sider i trekanten, og det må påpeges for patienten, hver gang det forekommer. Når patienten ser mønstret dukke op igen og igen i nye sammenhænge, bliver det mindre fremmed, og patienten får en større egobeherskelse over det. Genoplevelsen af dette centrale relationsmønster i overføringen er ekstremt vigtig for et positivt udfald af terapien.

Tilgivelsesprocessen og de terapeutiske faktorer

Hvorledes forholder tilgivelsesprocessen sig til de terapeutiske faktorer som beskrevet ovenfor? Og hvorledes forholder denne proces sig til overvejelserne om gennemarbejdning i gruppeprocessen?

I den afdækkende fase i tilgivelsesprocessen fremmes selvforståelsen ved at undersøge det psykologiske forsvar, ved opmærksomhed på krænkelens kognitive gentagelse og obsession i forhold til krænkelens eller krænkeren. Ved opmærksomhed på, hvor meget emotionel energi der er knyttet til den sårende begivenhed, indsigt i, at offeret sammenligner sig med krænkeren og at offeret kan være permanent ændret og har et ændret verdenssyn. Desuden hjælpes offeret til en selvafløsning, idet patienten her deler krænkelens med andre, og idet der sker en konfrontation med vreden og en indrømmelse af skyld og skam.

I beslutningsfasen i tilgivelsesprocessen sker der en korrektiv rekapitulering af den primære familiegruppe/en gennemarbejdning af overføringen, idet der arbejdes med en dybere ændring/konversion og indsigt i, at gamle løsningsstrategier ikke virker. Det vil også finde sted i overvejselsen af tilgivelsen som en mulighed og ved forpligtigelsen til at arbejde med tilgivelse af krænkeren.

I arbejdsfasen i tilgivelsesprocessen arbejdes med altruismen, at offeret kan være til gavn for krænkeren samt en accept og absorption af smerten.

I den fordybende fase i tilgivelsesprocessen arbejdes der med eksistentielle faktorer, idet offeret vil prøve at finde en mening for sig selv og andre i lidelsen og tilgivelsesprocessen. Det vil fremme gruppesammenholdet, idet offeret erkender, at det også har brug for andres tilgivelse. Der sker desuden en fokusering på universaliteten, idet offeret erkender, at han eller hun ikke er alene. Håbet installeres, idet offeret erkender at have et nyt formål i livet på grund af krænkelens.

Tilgivelsesprocessen og gennemarbejdning i psykoterapi

Flertallet af patienter vil ikke umiddelbart forstå tilgivelse som en metode til at reducere vrede og som et middel til gennemarbejdning af en konflikt. Terapeuten må sandsynligvis indtage en mere aktiv rolle for at fremme denne forståelse. Det er vigtigt, at tilgivelsen ses som en proces, som det kan tage lang tid at gennemgå, og som ikke må forveksles med en hurtig undskyldning. Karterud [43]

spørger, om gruppeanalysen er tilstrækkeligt fokuserende og systematisk i forbindelse med krænkelser? Der er min vurdering, at en forståelse af tilgivelsesprocessen vil kunne fremme det psykoterapeutiske arbejde, både individuelt og i gruppe, ved at befordre en integration af delobjekterne som beskrevet i tilgivelsesprocessen og derved modvirke de regressive tendenser i terapien.

Tilgivelsesprocessen og sorgprocessen

At tilgive er at give slip på det indre billede af den anden for at bevare en ydre relation. Det indre billede, som i starten af tilgivelsesprocessen er splittet og præget af delobjekter. I tilgivelsesprocessen kan vreden være begyndelsen til en frigørelse fra det indre billede. Der vil også finde en sorgproces sted, en sorg over tabet af illusionen om én selv og andre og en erkendelse af, at alle har brug for tilgivelse.

Tages der udgangspunkt i sorgprocessen, kan det at sørge være at give slip på den ydre relation for at bevare det indre billede af den anden. For at komme igennem en sorgproces er det vigtigt at erkende, at tabet kan være uretfærdigt og fremkalde vrede. I sorgprocessen kan vreden bidrage til en frigørelse fra den ydre relation [56]. Der kan også i sorgen være behov for at tilgive den, der har forladt den sørgende, for at sorgprocessen kan gennemleves.

Konklusion

Undersøgelsen af den psykologiske og religiøse forståelse af tilgivelsesprocessen viser, at der her er gode terapeutiske elementer, som sandsynligvis kunne fremme gennemarbejdning af traumer og krænkelser. Desuden synes teorierne at give idéer til, hvordan den enkelte bedre kan tilgive sig selv og dermed forbedre det sociale liv og skabe større muligheder for intimitet. Om det vil være relevant at lade tilgivelsesprocessen få en større rolle i det psykoterapeutiske arbejde, må afhænge af yderligere studier af processen, både i individuel terapi og gruppeterapi.

Referencer

1. Tutu, D. *Ingen fremtid uden tilgivelse*. Rosinante Forlag A/S, Danmark. 2000.
2. Petersson, B. *Tilgivelse*. Aschehougs Forlag. 1999.
3. Jampolsky, G.G. *Tilgivelsens væsen*. Borgens forlag. 2000.

4. Holmgren M. Forgiveness and the intrinsic values of persons. *American Philosophical Quarterly* 1993; 30(4): 340-352.
5. Nietzsche, F.W. *The genealogy of morals* (P. Watson, Trans.) London. S.P.C.K.1887.
6. Haber, J. *Forgiveness*. Savage. MD: Rowman & Littlefield. 1991.
7. Becker, D. *Through the Looking Glass*. Boulder. CO. Westview Press. 1997.
8. Droll, D.M. Forgiveness: Theory and research. (Doctoral dissertation, University of Nevada – Reno, 1984). *Dissertation Abstract International* – B45, 2732.
9. Walker, Lenore. *The Battered Women Syndrome*. NY. Springer. 1984.
10. Kaufman, M.E. The Courage to Forgive. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1984 vol 21(3):177-187.
11. Enright, R., Eastin D., Golden S., Sarinopoulos I., Freedman S. Interpersonal forgiveness within the helping professions: An attempt to resolve differences of opinion. *Counselling and Values*. 1992; 36:84-103.
12. Walters, R.P. Forgiving: An essential element in effective living. *Studies-in Formative-Spirituality*, 1984; 5(3): 365-374.
13. Fitzgibbons, R.P. The cognitive and emotive uses of forgiveness in the treatment of anger. *Psychotherapy*. 1986; 23(4): 629-633.
14. Gartner, J. The capacity to forgive: An object relations perspective. *Journal of Religion and Health*. 1988; 27(4):313-320.
15. Studzinski, R. Remember and forgive: Psychological dimensions of forgiveness. *Concilium*. 1986; 184(April): 12-21.
16. Pingleton, J.P. The role of and function of forgiveness in the psychotherapeutic process. *Journal of Psychology and Theology*. 1989; 17:27-35.
17. Soares-Prabhu, G. As we forgive: Interhuman forgiveness in the teaching of Jesus. *Concilium*. 1986; 184(April):57-58.
18. Sobrino, J. Latin America: Place of sin and forgiveness. *Concilium*. 1986; 184: (April):45-56.
19. Rubio, M. The Christian virtue of forgiveness. *Concilium*. 1986; 184 (April):80-94.
20. Hubaut, M. *Pardonner oui ou non?* 192; Paris: Desclée de Brouwer.
21. Patton, J. *Is human forgiveness possible*. Nashville, TN: Abingdon. 1985.
22. *Dimensions of Forgiveness. Psychological research and theological perspectives*. Edited by Worthington EL. Templeton Foundation Press, 1998.
23. Williams, J.A. *Islam*. New York. Braziller. 1961.
24. *Prabhup-āda*, 1984, p.528.
25. *Tachibane*, 1926, p.136.
26. *The Chicago Tribune*, October 13, 1989, section C, p. 10.
27. *Kunsten at leve lykkeligt*. Hans Helliged Dalai Lama og Howard C. Cutler. Egmont Lademan A/S, København, 2003.
28. Baumeister R.F. *Evil: Inside human violence and cruelty*. 1997. New York: WH Freeman.
29. VanOyen Witvliet C., Ludwig T.E., Vander Laan K.L. Granting forgiveness or harboring grudges: implications for emotion, physiology, and health. *Psychol Sci* 2001 mar;12(2)117-23.
30. Freedman S.R., Enright R.D. Forgiveness as an Intervention Goal With Incest Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;Vol 64, No. 5: 983-992.
31. Enright R.D. *Forgiveness is a choice*. 2001, American Psychological Association, Washington DC.

32. Enright RD, North J. Exploring forgiveness. 1998. The University of Wisconsin Press.
33. Hunter R.C. Forgiveness, retaliation, and paranoid reaction. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1979; 23:167-173.
34. Kaufman, M.E. The courage to forgive. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 1989; 2: 177-187.
35. Kiel, D.V. I'm learning how to forgive. *Decisions*. 1986; February. 12-13.
36. Trainer, M.F. Forgiveness: Intrinsic, role-expected, expedient, in the context of divorce. (Doctoral dissertation, Boston University, 1981). *Dissertation Abstracts international-B*, 1981;45, 1325.
37. Close, H.T. Forgiveness and responsibility: A case study. *Pastoral Psychology*, 1970; 21:19-25.
38. Flanigan, B. Shame and forgiving in alcoholism. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1987;4:181-195.
39. North, J. Wrongdoing and forgiveness. *Philosophy*. 1987; 62:336-352.
40. Frankl, V.E. *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. 1959; NY: World Publishing House.
41. Smedes, L.B. *Forgive and forget: Healing the hurts we don't deserve*. 1984. NY: Harper and Row.
42. McCullough M.E, Worthington, E.L Jr. Promoting forgiveness: The comparison of two brief psycho educational interventions with a waiting-list control. *Counselling and Values*. 1995;(40): 55-68.
43. Karterud, S. *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Pax Forlag. 1999.
44. Gartner, J. *Object Relations. Theory and Religion*. Praeger. London. 1992.
45. Kernberg, O. *Kærlighedsforhold*. 1998:136.
46. Løgstrup, K. *Den etiske fordring*. Gyldendal. København. 1991.
47. Klein, M. *Love, Guilt and Reparation*. London. The Hogarth Press. 1937.
48. Agrippas psykiatriske tekster, 5. årgang, nr. 2 juni 1983. Introduktion til Bion og hans gruppeteorier. Burgaard L.
49. Bion, W.R. *Erfaringer i gruppe*. Hans Reitzels Forlag. 1993.
50. Bloch, S, Crouch, E. *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. NY: Oxford University Press. 1985.
51. Corsini, R, Rosenberg, B. Mechanism of group therapy: processes and dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1955; 51:406-11.
52. Yalom, I.D. *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books. NY. 1975.
53. Gabbard, G.O. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV edition*. American Psychiatric Press. 1994.
54. Menninger, K.A. *Theory of Psychoanalytic Technique*. NY. Basic Books. 1958.
55. Luborsky, L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. NY, Basic Books. 1984.
56. Armitage, R. *Tilgivelse. Begrebet tilgivelse betragtet i skæringspunktet mellem etik, eksistens og psykologi*. Københavns Universitet, Institut for Klinisk Psykologi. Marts 1998.

Individualterapi med barn og unge:

En velfundert, nyttig og regnings- svarende behandlingsform?¹

Matrix 2004; 1, s. 22-40

Geir Høstmark Nielsen, Per-Einar Binder & Helge Holgersen

Individualterapi ser ut til å være en truet behandlingsform i psykisk helsevern for barn og unge. Trusselen må antas å ha sammenheng med både ideologiske strømninger og strukturelle forhold innenfor fagområdet. Ideologisk blir individualterapi gjerne satt opp i et enten-eller-forhold til behandlingsformer som er forankret i systemteoretisk forståelse og tenkning, og med den innvending at individualterapi i liten grad trekker inn den faktiske sosiale sammenhengen som barnet lever i. Strukturelt gjør det seg gjeldende et stadig sterkere press i retning av effektivitet og økonomiske vurderinger i forbindelse med valg av behandling. En relativt vanlig oppfatning er at individualterapi utgjør en spesielt kostnadskrevenende behandlingsform i forhold til antatt nytteverdi.

Med ovennevnte utgangspunkt vil vi i denne artikkelen drøfte hvorvidt individualterapi med barn kan betraktes som:

- a) *Teoretisk velfundert*: Gis det i dag en holdbar og tilstrekkelig teoretisk rasjonale for å tilby individualterapi, også når vi tar i betraktning at et barns psykiske og psykososiale fungering i stor utstrekning må forstås i lys av dets aktuelle og særegne familiekontekst?
- b) *Nyttig*: Har vi empiriske holdepunkter for at individualterapi faktisk er til hjelp for barn som tilbys slik behandling?

1 Artikkelen bygger på et foredrag av førsteforfatteren, holdt ved RBUPs Høstkonferanse 2002, Bergen, 18.-19. november

c) *Regningsvarende*: Er individualterapi å anse som kostbar eller rimelig i forhold til dens faktiske effekt og nytteverdi for det enkelte barn og dets familie?

Selv om gjennomgangstemaet er psykoterapi med barn og unge, vil enkelte av eksemplene under punkt c bli hentet fra studier av voksentherapi. Det skyldes at det aller meste av den forskningsbaserte kunnskap vi så langt har om psykoterapiens helseøkonomiske konsekvenser bygger på erfaringer fra terapeutisk arbeid med voksne. Vi finner imidlertid grunn til å anta at resultatene fra flere av undersøkelsene innenfor voksenfeltet har relevans og gyldighet også for yngre pasientgrupper.

Individualterapi i dagens behandlingslandskap

I Norge har individuell psykoterapi med barn og unge hatt en fremtredende plass gjennom det meste av faget historie. Fra tidlig på 1950-tallet og de etterfølgende 20-25 år var det den psykodynamisk orienterte barneterapien som dominerte både utdanningstilbud og klinikk. Etter hvert begynte også adferdsterapeutisk tenkning og arbeidsmetodikk å gjøre seg gjeldende, og i de aller senere år har man i tillegg kunnet registrere en viss interesse for kognitivt basert individualterapi.

Den største utfordringen til dynamisk orientert barneterapi er likevel kommet fra systemorientert tenkning. Familierapi i ulike varianter har vært fremtredende siden begynnelsen av 1970-tallet.²

Etter hvert har også såkalte mestringsorienterte metoder (f.eks. Marte Meo og Orion) og ulike psykoedukative arbeidsmåter blitt stadig mer utbredt – både i behandlingshverdagen og når det gjelder utdanningstilbud. Endelig kan nevnes utfordringene fra en rekke nyere, veldefinerte metoder og prosedyrer rettet mot særlige problemområder eller pasientgrupper, for eksempel barn og unge med adferdsforstyrrelser (jf. “Parent Management Training”, “Multi-Systemic Therapy”, “Webster-Stratton”). For en mer uttømmende beskrivelse

2 Ut fra vårt kjennskap til praksis i psykisk helsevern for barn og unge kan det samtidig være grunn til å stille spørsmål ved om de mange registrerte samtaler med foreldre egentlig kvalifiserer til betegnelsen familierapi, ettersom foreldrene ofte ikke er gjort kjent med at de selv inngår i noen form for behandling og da det kun relativt sporadisk blir opprettet journal for foreldre - med tilhørende pasientrettigheter.

av de ulike metodenes kjennetegn vises til Grøholt, Sommerschild og Garløvs *Lærebok i barnepsykiatri*, kap. 36 (1).

Fremveksten av systemorienterte behandlingsmetoder synes altså å ha skjedd på delvis bekostning av individualterapi. Selv om erfaringer fra individuell (og særlig psykoanalytisk orientert) barneterapi fortsatt gjenspeiler seg i den kliniske hverdagen, er det vårt klare inntrykk at bruken av kvalifisert og metodisk stringent individualterapi er relativt begrenset – kanskje med unntak for noen få høyprofilerte fagmiljøer. Inntrykket forsterkes når vi blar gjennom noen årganger av Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoners Årbok (2). Tallene derfra viser at i gjennomsnitt har bare to timer av hver pasientsak form av individualterapi. Moderat eller sjelden anvendelse av formalisert individuell barnepsykoterapi (til forskjell fra mer uspesifikk konsultasjon/rådgivning) preger også bildet som fremkommer fra en pågående undersøkelse blant mer enn 200 kliniske psykologer i bup-feltet (3).

Spørsmålet om teoretisk fundamentering – individualterapi og familiekontekst

Individualterapiens svekkede stilling har sannsynligvis sammenheng med bestemte kunnskapsteoretiske og ideologiske strømninger innenfor fagområdet, særlig oppfatningen om at individualterapeutiske tiltak ikke tar tilstrekkelig inn over seg at barn alltid er del av et større sosialt system. Ved å intervensere på individnivå står man derfor – blir det gjerne sagt – i fare for å gjøre barnet alene til “problemet”, mens resten av det dysfunksjonelle systemet “går fri”. Dette er etter vår mening et riktig resonnement, men som et generelt argument mot for eksempel psykoanalytisk og psykodynamisk orientert individualterapi bygger det på sviktende premisser. Da den systemiske tenkemåten ble introdusert, var det (som ofte er tilfellet når nye perspektiver lanseres) nødvendig å fremheve forskjellene fra det etablerte – dvs. en tradisjonell individualterapeutisk tilnærming. Den individualterapeutiske tenkemåten ble gjerne fremstilt som uttrykk for en “medisinsk” modell og “lineær årsaksforståelse”, der man leter etter ondets røtter “inne i” personen, relativt uavhengig av barnets særegne familieforhold og dets livssituasjon forøvrig. Gjennom slike retoriske grep ble behovet for en ny tilnærming som var ikke-lineær, utradisjonell og systemorientert sterkt fremhevet.

Som vi skal se, utelukker ikke terapeutisk arbeid på individnivå at man samtidig fastholder en teoretisk forståelsesramme som også går ut over individet,

dvs. at man *tenker* i samhandlings-, meningsskapings- og systembegreper. For eksempel vil konsekvensene av terapeutisk fremkalt endring hos barnet uunngåelig ha ringvirkninger inn i familiesystemet – rett og slett fordi barnet forblir en del av dette systemet selv om det går i individualterapi. Og hvordan barnet fortolker seg selv, sine vansker, følelser, evner og motiver, vil være uløselig sammenvevd med emosjonelle samspill, fortolkningsrammer og narrativer i familiesystemet som helhet. Å bedrive individualterapi uten også å ha med seg en bredere systemhorisont, vil i de fleste tilfeller rett og slett være *dårlig* individualterapi.

De tidligste former for individuell psykoanalytisk orientert psykoterapi med barn, slik vi kjenner den fra både den egopsykologiske, den kleinianske og den uavhengige britiske tradisjonen, var nok mer individorientert og ensidig forankret i en “en-person”-psykologi (4) enn hva vi typisk finner i våre dagers psykoanalytiske barneterapimiljøer. Men også innenfor de førstnevnte miljøene vokste det tidlig frem en tradisjon for psykoanalytisk orientert “casework” og for å tilby foreldrene “child guidance” som et middel til å fasilitere endringsprosesser i deres samhandling med barnet. For psykoanalysen generelt har utviklingen gjennom de siste 20-25 år vært kjennetegnet av en stadig tydeligere dreining henimot en eksplisitt flerpersonspsykologi. Typisk i så måte er Joyce McDougalls (5) påstand om at barnets første psykologiske miljø er foreldrenes ubevisste. Fonagy, Gergerly, Jurist og Target (6) sammenfatter dagens situasjon ved å si at “attachment is not an end in itself”, men utgjør den kontekst som er en forutsetning for at mentalt liv kan utvikles. Å se vekk fra foreldrene i det kliniske arbeidet vil med et slikt utgangspunkt bli umulig. I dag er det en sterk betoning av å forstå barnet og dets sentrale livstema og livsvansker som del av et “relasjonelt felt”, der nære personer i både fortid og nåtid inngår. I tillegg vil terapeuten selv uunngåelig bli dradd inn i dette feltet allerede fra det terapeutiske arbeidets begynnelse (7).

Innenfor den kleinianske tradisjonen, finner vi bakgrunnen for en slik tenkning i Wilfred Bions (8) forslag om å utvide Kleins idéer om proaktiv identifikasjon til også å omfatte en forståelse av emosjonelt samspill mellom foreldre og barn. Bion tenker seg at barnet allerede fra tidlig spedbarnstid uunngåelig involverer foreldrene i “uferdige” følelser, ønsker og behov, og at foreldrene gjennom “containment” lar seg involvere og forsøker å tenke rundt og forstå hva som skjer. Gjennom dette samspillet erverver etterhvert barnet selv en økende evne til å gi mening til og forstå sine egne mentale tilstander. Samtidig vil barnet som individ alltid bringe med seg måter å forholde seg til følelser på

som bærer spor av foreldrenes og andre nære personers affektive samhandlingsmåter. Nykleinianeren Anne Alvarez (9) arbeider med å integrere dette perspektivet med moderne utviklingspsykologi, og hun er opptatt av hvordan et slikt relasjonsperspektiv lar oss forstå terapeutens rolle som "live company" i pasientens liv.

I den egopsykologiske tradisjonen finner vi allerede hos Anna Freud en sterk interesse for hvordan barnet internaliserer foreldrenes og omsorgsmiljøets måter å møte barnets libidøse livsutfoldelse og aggressivitet på, foruten å understøtte dets kognitive utvikling. I dag ser vi hvordan blant andre Peter Fonagy og Mary Target (6) har brakt den egopsykologiske tradisjonen betydelig lenger inn i en flerpersonspysykologi, der nettopp tilknytning og følelsesmessig samhandling med aktuelle personer settes i sentrum. Man er her opptatt av hvordan foreldrenes typiske måte å involvere barnet i emosjonell og kognitivt tilgjengelig omsorg, innlevelse og utviklingsmessig tilpasset lekenhet er grunnleggende for barnets senere fungering. Et mål i både psykoterapi og foreldrearbeid vil derfor være å øke barnets evne til *mentalisering*, dvs. å kunne kjenne på og forstå følelsesmessige og kognitive tilstander i både seg selv og andre.

Donald W. Winnicott (10) har vært en foregangsskikkelse i forhold til den relasjonelle dreining innenfor barneterapifeltet. Hans idéer om det "holdende miljø", "speiling", lek og "potensielt rom" er en teori om hvordan samvær og samhandling mellom foreldre og barn er det som muliggjør ikke bare fornemmelsen av å være til, men også forståelsen av hvem en er og evnen til et konstruktivt forestillingsliv. Winnicott har ikke på noen direkte måte blitt opphav til en egen skoleretning, men har i større eller mindre utstrekning influert nesten alle nyere barneterapeutiske tradisjoner (11).

Harry Stack Sullivans interpersonlige teorier har, særlig i Nord-Amerika, hatt stor direkte og indirekte betydning for den relasjonelle dreining innenfor psykoanalyse og psykodynamisk psykoterapi. Sullivan (12, 13) postulerer et økologisk prinsipp om at selvet oppstår og alltid må forstås i lys av dets interpersonlige kontekst. Fornemmelsen av hva som er et "akseptabelt meg", et "dårlig meg" og hva som må skyves bort som "ikke-meg", er avhengig av hvordan foreldre og viktige andre oppfatter, fortolker og gir tilbakemeldinger på barnets verd og væren. I tillegg postulerer Sullivan et "ømhetsprinsipp", dvs. at spedbarnet vekkes til psykisk aktivitet og livfullhet gjennom en godartet emosjonell samhandlingssirkel med foreldrene. Foreldrepersonene kjenner spenning der de ser at spedbarnet kjenner spenning, omdanner denne begynnende angst

til empati, samtidig som deres ønske om og behov for å gi barnet ømhet blir ytterligere forsterket når barnet responderer på deres ømhetsuttrykk. Innenfor dagens relasjonsorienterte psykoanalyse, har synspunkter fra Sullivan og Erich Fromms interpersonlige teorier blitt integrert med de britiske objektrelasjonsperspektivene, perspektiv fra nyere spedbarnsforskning og hermeneutikk. Retningen har nå også begynt å få en spesifikk *barneterapeutisk* utforming, særlig med utgangspunkt i det barneklinske miljøet i New York, representert ved navn som Neil Altman, Richard Briggs, Jay Frankel, Daniel Gensler og Pasqual Pantone (7). En arbeider her spesielt ut fra Stephen A. Mitchells (14) antagelse om at den psykoanalytiske og psykoterapeutiske behandlingssituasjon alltid utgjør en "relasjonell matrise" hvor pasientens og terapeutens subjektivitet blir uløselig innvevd i hverandre. Altman og medarbeidere ser på hvordan foreldrene som medsubjekter også blir uløselig innvevd i barneterapien som relasjonell matrise, og hvor foreldrearbeidet derfor blir sentralt. De fremhever at valget av terapimodus – individualterapi med barnet, familierapi med barnet til stede, foreldrerådgivning eller parterapi – er et valg som må foretas ikke bare i lys av barnets problem, men også hvordan problemet kan forstås i lys av emosjonelle samspill og meningsskapende prosesser i familien som hele. Individualterapi med barn kan kun være et velfundert valg der valget er gjort mellom i seg selv likeverdige alternativ.

I tråd med den utviklingen i teoretisk forståelse som her er beskrevet, ser man i den nyere litteraturen, og spesielt innenfor de relasjonsorienterte perspektivene i psykoanalysen, en økt vektlegging av betydningen av å involvere foreldrene i den individualterapeutiske behandlingen av barnet (7). En terapi med parallelle ukentlige samtaler med foreldre kan ut fra dette perspektivet meget vel karakteriseres som en *utviklingspsykologisk* fundert familietilnærming, noe som nylig er blitt etterspurt innenfor familierapifeltet (15).

Men mot en slik bakgrunn kan man naturligvis spørre om det ikke vil være mer hensiktsmessig å behandle familien under ett, heller enn å dele opp. Det er i og for seg en interessant problemstilling, som fortjener å undersøkes empirisk. Altman og medarbeidere forholder seg pragmatisk til spørsmålet: Individuell psykoterapi skal kun være én av flere tilgjengelige terapimodaliteter, og konsekvensene for barnet som del av familien som en relasjonell matrise skal alltid være sentral. En viktig terapeutisk utfordring blir derfor å ivareta barnet som enkeltindivid med sine særskilte utviklingspsykologiske kjennetegn, og samtidig forstå det i lys av dets særegne familiekontekst. Sett fra foreldrenes ståsted, vil også disse kunne ha behov for og utbytte av et rom for å kunne reflektere i

sitt eget språk over sin måte å forstå og forholde seg til barnet på. En slik fleksibilitet med utgangspunkt i mulige terapimodaliteter er i ferd med å gjøre seg stadig mer gjeldende innenfor psykoanalytisk og psykodynamisk teoridannelse og arbeidsmetodikk, noe som gir store muligheter for et individuelt tilpasset behandlingstilbud.

Er individualterapi nyttig og regningsvarende?

En annen forklaring på at individuell barneterapi synes å ha tapt terreng, kan være oppfatninger og påstander om mangelfullt dokumentert effekt eller effektivitet. I en tider med økende krav om “evidensbasert” eller “empirisk understøttet” praksis – og uavhengig av hvor sammensatte og problematiske enkelte av oss mener at disse begrepene faktisk er – blir slike oppfatninger noe vi må ta på alvor. Å bare neglisjere dem vil være både faglig og etisk betenkelig, noe vi kommer tilbake til. En tredje forklaring kan ligge i den relativt utbredte idéen om at individualterapi er en spesielt dyr eller lite kostnadseffektiv behandlingsform. Denne oppfatningen går ofte sammen med forestillinger om at (i særdeleshet psykodynamisk orientert) individualterapi er ensbetydende med ressurskrevende langtidsbehandling. Slik er det nødvendigvis ikke. Flere arbeider både internasjonalt (se f.eks. 16, 17) og lokalt (18, 19, 20) har beskrevet lovende modeller for individuell korttids dynamisk barneterapi. Til dette kommer at vi ikke *a priori* kan utelukke muligheten for at også svært langvarige terapier kan vise seg regningsvarende – ikke bare i form av bedret fungering og livskvalitet hos barnet, men også om utbyttet telles i penger. Vi vil i det følgende gå nærmere inn på spørsmålene om individualterapi med barn er nyttig og regningsvarende. Underveis i fremstillingen vil vi også tillate oss noen avstikkere og sidesprang i form av kommentarer til mer prinsipielle sider ved problemstillingene som reises.

Litt allment om vurdering av behandlingseffekter

Å måle virkningen av psykoterapi er generelt komplisert. Den som gir seg i kast med oppgaven, støter umiddelbart på en rekke utfordringer – ikke bare i form av metodologiske dilemmaer, men også dilemmaer av moralsk og verdimeslig art. Å evaluere betyr jo å fastsette verdien av et tiltak eller en tjeneste, og i våre definisjoner av mental helse og sykdom trekker vi uunngåelig med oss verdi-baserte oppfatninger om hva som utgjør det gode – eller slett-ikke-så-gode – liv. Verdioppfatningene kommer direkte eller indirekte til uttrykk i behandlerens eller forskerens valg av bedringskriterier. Mens noen finner det mest menings-

fullt å se etter bedring i forhold til relativt smale symptomkriterier, vil andre legge vekten på barnets tilpasning til sitt psykososiale miljø, endring i kognitiv eller emosjonell fungering, eller forandringer i barnets måte å knytte seg følelsesmessig til andre på. I stigende grad har behandlingsforskere også begynt å trekke inn "ytre" kriterier, som forbruk av helsetjenester, indirekte sykdoms- eller behandlingsrelaterte kostnader og grad av opplevd belastning hos pasientens nøkkelpersoner. Forskjellene i forståelsen av hva som utgjør mental helse, ser vi et godt eksempel på i diskrepansen mellom de bedringskriterier man opererer med innenfor relasjonelle psykoanalytiske terapiteorier og de som er mest gjennomgående innenfor tradisjonell behandlingsforskning, dvs. symptomreduksjon og "normalisering" av adferd. Winnicotts idé om det "falske selvet", Fromms begrep om "flukten fra friheten" og inn i konformiteten og Michael Eigens antakelse om "psykisk dødhet", impliserer derimot alle en oppfatning om at et individ kan gjøre alt hva dets nærmeste miljø oppfatter som "riktig", men samtidig være i en tilstand av frustrasjon og indre tomhet. En kan altså skåre upåfallende på for eksempel ICD-10's funksjonsakse og samtidig være sterkt psykisk lidende. Positive oppfatninger om helse og sunnhet er på den andre side ofte knyttet til det å kjenne seg levende (21), ha åpenhet for og bevissthet om egne og andres følelser og behov og å ha tilgang til et berikende forestillingsliv gjennom lekende og kreativ involvering med seg selv og andre.

Det er i et konkret tilfelle ikke uten videre gitt at ulike bedringskriterier vil peke i samme retning. Fordi kriteriene ofte gjenspeiler ulike partsinteresser, dvs. ulike verdier hos ulike informanter, vil det noen velger å forstå som en positiv forandring av andre kunne bli vurdert som det motsatte. Eksempler: Forbedrede skoleprestasjoner hos en i utgangspunktet engstelig gutt kan være et utslag av bedre konsentrasjonsevne og mer energi og livslyst som følge av mindre engstelighet, men det kan også være en panisk flukt inn i rollen som "lærerens kjæledegge" eller "den som ingen skal kunne utsette noe på" hos et barn som fortsatt opplever høy grad av angst, tilkortkomning og manglende bekræftelse på seg selv fra jevnaldrende. Eller piken som begynner å fremstå som krevende og sjalu overfor sin lillesøster: Hun kan være et barn som er blitt mer engstelig og frustrert enn før, men hun kan også være et i utgangspunktet engstelig barn som nå er blitt så trygg på hva hun trenger, at hun har våget å gå ut av rollen som det "usynlige barnet".

Fonagy og Target (22) har med utgangspunkt i slike dilemmaer og det gap som finnes mellom mye av psykoterapiforskningens og den relasjonsorienterte psykoterapiteoriens bedringskriterier, arbeidet med å operasjonalisere og kon-

kretisere “mentalisering” som et mål på bedring. Det å kunne tenke, reflektere rundt og kreativt uttrykke og forstå egne og andres følelser og behov, blir av Fonagy og Target betraktet som en egenskap som er mer overordnet og sentral for mental sunnhet og livskvalitet enn mange av de enklere og mer direkte adferdskriteriene som dominerer store deler av den tradisjonelle forskningslitteraturen på området.

I tillegg til å velge egnede og relevante kriterier for bedring, stilles psykoterapiforskeren ofte overfor vanskelige valg mht. både undersøkelsesdesign, kartleggingsinstrumenter, målemetodikk og evalueringstidspunkt. Forskningslitteraturen er rik på anbefalinger om alt dette, og de valg forskeren gjør, vil i sin tur uunngåelig virke inn på hvilke resultater og konklusjoner man ender opp med.

Når målgruppen er barn og unge, melder det seg også andre forhold som kan bidra til å komplisere evalueringen. Target & Fonagy (23) har listet opp en rekke slike tilleggsfaktorer. Viktigst er kanskje deres påminnelse om at vurdering av behandlingseffekter hos barn og unge alltid må sees i sammenheng med de fysiske og psykiske forandringer som vi (uansett) vil forvente som del av barnets “naturlige” utvikling. Hvis vi glemmer å se de to forandringskomponentene i sammenheng, kan vi fort komme i skade for å kontaminere genuine behandlingseffekter og alminnelig psykososial modning.

Hva forteller forskningen oss om virkningen av individualterapi med barn og unge?

Som for psykoterapi med voksne, har diskusjonen om virkningen av individuell barneterapi en lang historie. Parallellen til Eysencks (24) nå mer enn 50 år gamle og meget nedslående konklusjoner om virkningen av tradisjonell (psykoanalytisk) voksentherapi, finner vi innenfor barnefeltet i Levitts undersøkelse fra noen år senere (25). Levitt foretok en kritisk gjennomgang av 18 publiserte studier av individualterapi med barn. Han regnet seg frem til at på tidspunktet for etterundersøkelsen, som varierte fra studie til studie, kunne 78% av de som hadde fått behandling klassifiseres som bedret – isolert sett et ganske oppmuntrende tall. Bedringsprosenten kommer imidlertid i et litt annet lys når vi får høre at nesten like mange (72.5%) var blitt bedre *uten* behandling, dvs. gjennom såkalt spontanbedring. Levitts nøkterne konklusjon var derfor at resultatene ikke ga støtte til antagelsen om at individuell barneterapi er en særlig virksom behandlingsform.

Men Levitts studie lignet Eysencks også på en annen måte: Den ble i etterkant utsatt for massiv metodekritikk. Spesielt rettet kritikken seg mot måten man beregnet spontanbedring på, for eksempel inkludering av kvalitativt dårlige enkeltstudier og valg av kriterier for bedring. Resultatene fra senere og mer sofistikerte oversiktsstudier, såkalte *meta-analyser*, kan tyde på at kritikken var relevant. Særlig tre slike analyser pleier å bli trukket frem: Casey & Berman (26), Weisz m.fl. (27) og Kazdin m.fl. (28). Til sammen rommer meta-analysene (med noe overlapping mht. inkludering) mellom 150 og 200 enkeltstudier, alle med bruk av kontrollgruppe og med barn i aldersgruppen 4-18 år. Sett under ett, gir disse oversiktene relativt konsistente og langt mer positive funn enn hos Levitt. Med visse forbehold for metodologiske begrensninger viser studiene, som en gjennomgående tendens, at etter behandling klarer så mange som 70-80% av "terapierna" seg bedre enn de som ikke får terapi. Det må imidlertid understrekes at det store flertall av enkeltstudiene omhandlet adferdsorienterte ("behavioral" og "cognitive-behavioral") terapiformer, og at i særdeleshet psykodynamisk orientert terapi er påfallende lite representert.³

Funnene fra de nevnte meta-analysene utgjør også hovedgrunnlaget for Target & Fonagy (23) når de i standardreferanseverket *What works for whom?* (29) sammenfatter kunnskapsstatus på området. I henhold til Target & Fonagy gis det i dag empirisk grunnlag for å hevde følgende:

- Psykoterapi med barn er forbundet med signifikant bedring.
- Bedringen er substansiell, og står i omfang ikke tilbake for hva vi kjenner fra meta-analyser av individualterapi med voksne.
- Behandlingseffektene er klart større når man benytter rene symptomkriterier enn når man måler bedring i form av mer generelle tilpasningskriterier. Personlighetskarakteristika synes i bare liten grad å endre seg som følge av psykoterapi.
- Yngre barn (<12 år) oppnår gjennomgående noe større bedring enn eldre barn, men dette funnet påvirkes i noen grad av omfanget av terapeutens utdanning og erfaring, og delvis av terapiform.

3 Herav gis det imidlertid ikke grunnlag for slutte, slik vi av og til ser eksempler på, at psykodynamisk orienterte terapier er uten klinisk virkning og nytteverdi. "Absence of evidence" er ikke nødvendigvis "evidence of absence". Samtidig er det all grunn til å etterlyse større vilje også blant psykodynamisk orienterte barneterapeuter til å underkaste sine behandlingsformer mer systematisk evaluering.

- Adferdsorienterte terapiformer kommer generelt noe bedre ut enn såkalte “non-behavioral therapies”. Forskjellene kan imidlertid langt på vei forklares ut fra bruk av bedringskriterier som favoriserer førstnevnte terapiformer. Når man kontrollerer for dette, blir forskjellene langt på vei eliminert.
- Psykodynamisk orientert barneterapi er fortsatt i liten utstrekning gjort til gjenstand for systematisk evaluering; i lys av de få studiene som foreligger, synes terapiformen å være virksom i det minste ved depressive lidelser, generaliserte angstlidelser og psykofysiologiske forstyrrelser.
- I studier hvor man har sammenlignet ulike terapiformer, synes resultatene i relativt stor utstrekning å være positivt korrelert med prosjektleders egne teoretiske preferanser og kjepphester.

Det er for øvrig et gjennomgående trekk ved forskningen på området at en stor del av studiene bygger på data fra *rekrutterte* heller enn *henviste* pasienter, de fleste terapiene har vært utpregede korttidsbehandlinger, og også oppfølgingsperioden er i de fleste studiene kort. Kontrollerte studier av langtidsterapier er så godt som fraværende. Det finnes med andre ord nok utfordringer for videre forskning. Tendensen til å undersøke virkningen av psykoterapi gjennom relativt enkle komparative “merkevarestudier”, der ulike terapiformer blir satt opp mot hverandre, har i den senere tid blitt gjort til gjenstand for kritikk. Forskjellene mellom terapietninger med henblikk på “effekt” viser seg oftest å være marginale, og blir nærmest fraværende om en korrigerer for prosjektleders egen teoretiske preferanse (30).

En annen aktuell problemstilling er hvor representativ den såkalte RCT-forskningen (Randomized Controlled Trials) er når det gjelder behandling av pasienter ved ordinære poliklinikker. Stierman og medarbeidere (31) fant eksempelvis at 58% av en ordinær pasientpopulasjon viste symptombilder som ikke var representert i RCT-litteraturen. Dette får dem til å konkludere at forskere burde opplyse eksklusjonsraten og kjennetegn ved de pasienter som *utelukkes* fra prosjekter, samt være særlig oppmerksomme på om komorbiditet har betydning for behandlingsutfallet. Slike studier viser også behovet for at RCT-forskningen blir supplert med naturalistisk (økologisk valid) forskning.

For egen del vil vi legge til at det vil være av særlig interesse for videre forskning å undersøke hvordan bestemte samhandlingsformer i for eksempel langtidpsykoterapi med barn inngår i en vekselvirkning med de “naturlige” utviklingsprosesser som barnet står oppe i. Dette vil fordre komplekse kvantitative prosessmål, så vel som kvalitative undersøkelser av det forståelsesfellesskap

som terapidyaden utgjør. I tillegg behøves en teoretisk velfundert forståelses- og fortolkningsramme for de endringsprosesser som finner sted.

Noen nytte-kostnadsbetraktninger

Hovedkonklusjonen ut fra foreliggende forskning synes altså, med visse metodologiske forbehold, relativt klar: Individualterapi med barn er generelt en virksom behandlingsform, og virkningens størrelse er tilnærmet lik effekten av voksent terapi. Men vi vet også at individualterapi er ressurskrevende med hensyn til både personell, kompetanseoppbygging/-vedlikehold og tidsbruk. Spørsmålet som reiser seg, i tråd med dreiningen henimot en mer markedsorientert logikk innenfor helsepolitikk og helsevesen, er derfor om – og eventuelt i hvilken grad – en slik behandlingsform er regningssvarende, også i *økonomisk* forstand.

Det kan være fristende å avvise en slik problemstilling allerede i utgangspunktet. Spørsmålet om psykoterapi er regningssvarende innebærer, litt spissformulert, at vi setter prislapp på et mer meningsfullt, autentisk og rikere liv. Når en slik problemstilling i sin ytterste konsekvens kan virke absurd, skyldes det at vi ikke har for vane (og forhåpentligvis heller aldri vil bli fortrolig med) å prissette etisk begrunnede samfunnsgoder – for eksempel hva det koster samfunnet å etterleve grunnleggende menneskerettighetsbestemmelser.

All den tid psykoterapitilbudet utgjør en del av et helsevesen og blir forestått av helseprofesjoner, vil vi alltid komme til å befinne oss i et område hvor etikk og bokholderi skal praktiseres parallelt. Vår holdning til spørsmålet om psykoterapi er regningssvarende, vil i denne sammenheng derfor være pragmatisk: Vi tenker at det vil finnes etiske argumenter for å gjennomføre en psykoterapi også når den representerer relativt store omkostninger for samfunnet uten å gi klare økonomiske gevinster tilbake. Samtidig må vi akseptere det faktum at offentlig finansiert psykoterapi foregår innenfor et politisk system med tilmålte ressurser, og hvor det stadig må foretas økonomiske prioriteringer med etisk interessante ringvirkninger. I et slikt perspektiv blir også størrelsen på bevilgninger til for eksempel sykehjemsplasser, trafikk sikring eller trygdeytelser etiske anliggender. Om vi i denne konteksten skulle forholde oss fullstendig likegyldig til en bestemt behandlingsmetodes økonomiske aspekter, ville det kunne få en rekke utilsiktede konsekvenser.

Da en av artikkelforfatterne (GHN) under en profesjonspolitisk konferanse for mer enn 25 år siden (32) reiste spørsmålet om psykoterapi (med voksne) lar seg

forsvare også rent samfunnsøkonomisk, var et av synspunktene som fremkom nettopp at helse og livskvalitet har en egenverdi som aldri kan måles i penger, og at å gjøre knefall for økonomisk tenkning er et svik mot velferdsstatens grunnleggende idealer og mot dem som behøver oss mest. Men det ble samtidig hevdet at også behandlere bør kjenne ansvar for hvordan man husholder med strengt tilmålte helsekroner. Hvis vi ikke selv er villige til å dokumentere nytteverdien av våre virksomheter i et språk som også politikere og byråkrater forstår, ble det fremholdt, vil økonomene “marsjere helt inn i behandlingsrommene og definere hva vi skal gjøre og når – og da kan det jo fort gå fryktelig galt!”. Om dagens situasjon vil kanskje enkelte mene at om økonomene ennå ikke har gått helt inn, så banker de i hvert fall på døren.

Helseøkonomer har neppe mindre edle hensikter enn oss andre, men de trenger i større grad enn hva tilfellet ofte er å trekke vekslers også på den faglige innsikt og de pasientnære erfaringene vi som behandlere sitter inne med. I motsatt fall kan man lett havne i den velkjente og bedrøvelige situasjonen at man kun teller og regner på det som er lett å telle – uten å spørre om parametrene også er klinisk meningsfylte og relevante. Uten los i vanskelig farvann, går fartøyet lett på grunn. Men dette gjelder også den andre veien: Når vi som behandlere først har begitt oss inn i et system der vi også forventes å anlegge økonomiske betraktninger på nytteverdien av det vi sysler med, behøver vi økonomenes hjelp til å gjennomføre regneøvelsene på tilstrekkelig kyndig vis.

Vårt poeng er med andre ord dette: Hvis meningsfulle økonomiske analyser skal være mulige, må behandlere og fagøkonomer begi seg i dialog. Vi understreker dette fordi både økonomi- og helseprofesjonene har et rykte om å skjermes seg fra andre fagretninger. Det nytter altså ikke at vi som behandlere fortsetter å trekke oss unna så snart vi blir invitert til å snakke pengespråk og i stedet henfaller til generelle – om aldri så gyldige – påstander om at helse og livskvalitet dypest sett unndrar seg kremmerens mål og vekt. Problemstillingen har som nevnt også en ytterst konkret og pragmatisk side – nemlig det faktum at de fleste lommebøker før eller siden går tomme. Slik kan vi innenfor våre helseinstitusjoner komme i situasjoner hvor det ikke bare blir en faglig, men også en *moralisk* forpliktelse å bidra til å skape størst mulige helsegevinster ut av de midler vi til enhver tid råder over. Prinsipielt gjøres dette naturligvis best gjennom å prioritere de tiltak og behandlingsformer som generelt gir størst nytte i forhold til kostnad. Men på individnivå vil det alltid forekomme tilfeller hvor økonomiske effektivitetshensyn kommer i konflikt med faglige og verdi- forankrede vurderinger. Da vil det være behov for andre og mer overordnede

drøftinger enn de som er basert på rent økonomiske kalkyler, og spørsmål om ideologiske og politiske verdiorienteringer trenger seg uunngåelig på.

Ulike nytte-kostnadsanalyser

Helseøkonomer opererer tradisjonelt med tre noe ulike typer av nytte-kostnadsanalyser: "*cost-benefit*"-analyser (CBA), "*cost-effectiveness*"-analyser (CEA) og "*cost-utility*"-analyser (CUA)⁴.

CBA er, i sin enkleste form, kun en beregning av de samfunnsmessige netto-kostnadene ved et gitt tiltak (tiltaks-kostnader minus økonomiske gevinster). For CEA gjelder derimot at man først beregner størrelsen på helsegevinsten eller pasientnyttens. Dette skjer oftest i enheter som er enkle å telle (for eksempel redusert symptombelastning). Deretter kalkulerer man *kostnad-nyttebrøker* for ulike tiltak eller behandlingsformer, som i neste omgang holdes opp mot hverandre. En lav kostnad-nyttebrøk er et tegn på at tiltaket fortjener høy prioritet. I den tredje varianten, CUA, måles pasientnytte som en sum av vunnet livskvalitet og antall vunne leveår. Måleenheten er et vunnet friskt leveår og kalles *kvalitetsjustert leveår*. Helserelatert livskvalitet i det enkelte leveår måles på en skala fra null til én. Samlet nytte av et tiltak for en gitt pasient beregnes ved at man summerer økningen i livskvalitet for alle berørte leveår. Deretter regner man kostnadene per vunnet kvalitetsjustert leveår for ulike tiltak. [CUA kan raffineres ytterligere ved at helseforbedringer vektet, dvs. tillegges større betydning jo alvorligere pasientens tilstand er i utgangspunktet. Dette gjør det mulig å bygge inn i regnestykket også en form for rettferdighetsbetraktninger, for så vidt gjelder hvordan nytten fordeles. I slike tilfeller snakker man vanligvis om "*cost-value*"-analyser (CVA).]

Nytte-kostnad og individuell barnepsykoterapi: Hva vet vi?

Svaret er kort: Nesten ingenting. Og grunnen er enkel: Fortsatt finnes det svært få metodologisk gode undersøkelser av barneterapi hvor man har inkludert økonomiske parametre. På voksenområdet er situasjonen noe bedre. Men for mange av de tilgjengelige studiene gjelder at de opererer med svært vide og liberale definisjoner av psykoterapi og at det ofte handler om gruppebaserte tiltak, heller enn individualterapi.

4 Definisjonene som følger er basert på Nord, (36).

Blant de mest autoritative fremstillingene av kunnskapsstatus på området er en artikkel av Gabbard og medarbeidere i 1997-årgangen av *The American Journal of Psychiatry* (33). Etter et omfattende søk i den engelskspråklige forskningslitteraturen, identifiserte artikkelforfatterne i alt 35 studier hvor behandlingsformen ble beskrevet som psykoterapi og hvor utfallsmålene inkluderte parametre som ga grunnlag for kostnadsberegning. Imidlertid var det bare 18 av studiene som tilfredsstilte anerkjente metodekrav. Resultatene viste at behandlingen hadde bidradd til signifikante økonomiske besparelser i 16 av de 18 studiene (89%), og artikkelforfatterne var klare i sin konklusjon: "Psychotherapy appears to have a beneficial impact on a variety of costs when used in the treatment of the most severe psychiatric disorder, including schizophrenia, bipolar affective disorder, and borderline personality disorder (s. 147)." De gunstige cost-benefit brøkene skyldtes blant annet sterkt redusert sykefravær og et generelt minsket forbruk av helsetjenester (inkludert innleggelse i sykehus).

Basert på en omfattende og kritisk gjennomgang av foreliggende forskning, utga den kanadiske psykologforeningen nylig en rapport om kostnadseffektiviteten av psykologiske intervensjoner, herunder kvalifisert psykoterapi (34). Rapportens konklusjoner viser i det store og hele god overensstemmelse med Gabbard et al.'s funn. Rapporten trekker i tillegg frem flere studier som dokumenterer at psykoterapi for en rekke lidelsers vedkommende (for eksempel panikkangst og depresjon) på sikt gir vesentlig bedre kostnad-effektivitetsbrøker enn optimal farmakologiske behandling, med besparelser på inntil 50% i favør av førstnevnte. Virkningen av psykoterapi synes, kanskje ikke så overraskende, å være mer varig.

Søker vi i litteraturen etter undersøkelser også utenfor det engelske språkområdet, finner vi blant annet en tysk studie av Dossmann og medarbeidere (35) som fortjener å nevnes, ikke bare fordi den omhandler psykoterapi i mer avgrenset og stringent betydning, men særlig fordi det – til forskjell fra de fleste nord-amerikanske undersøkelsene – var snakk om dynamisk og psykoanalytisk orientert terapi. I undersøkelsen fulgte man et utvalg på 666 pasienter over en periode på inntil seks år. Resultatene viste at sammenlignet med situasjonen før terapi, oppnådde gruppen som helhet ca. 1/3 reduksjon av antall legebesøk, 2/5 reduksjon i sykefravær og 2/3 reduksjon i antall sykehusdøgn. Omregnet i pengestørrelser er det med andre ord snakk om betydelige besparelser. Det kan også nevnes at undersøkelsen viste en klar positiv sammenheng mellom antall behandlingstimer for den enkelte pasient og de nevnte parametrene. Lange te-

rapiforløp ga med andre ord de største gevinstene. Men dessverre inkluderte også denne undersøkelsen bare voksne pasienter.

Sammenfattende synes vi altså ut fra tilgjengelig forskning å kunne si at psykoterapi i allminnelighet lar seg forsvare også ut fra nytte-kostnadsbetraktninger. Usikkerheten melder seg først når vi begynner å adressere mer spesifikke arbeidsmåter og terapiformer, ikke minst individualterapi med barn. Den økonomiske “impact” av denne arbeidsformen er fortsatt for lite utforsket, hvilket er beklagelig. Det lengste vi kan strekke oss er å *anta* at de relativt oppmuntrende funnene fra voksenfeltet lar seg overføre også til barneterapiens område. En slik antagelse innebærer naturligvis vilje til lange tankesprang, men kan i et visst perspektiv faktisk også betraktes som konservativ. Da tenker vi særlig på det faktum at de kliniske effektene av barneterapi har tilnærmet samme størrelsesorden som de vi kjenner fra i terapi med voksne. Hvorfor skulle økonomiske utfallsparametre oppføre seg fullstendig annerledes? Hvis vi for eksempel tar i betraktning at et barn med psykiske helseproblemer som ikke blir effektivt behandlet, vil kunne komme til å slite med funksjonssvikt og nedsatt livskvalitet i langt flere år enn når svikten debuterer i voksen alder, kan også de økonomiske konsekvensene bli interessante. Eller mer positivt formulert: Siden vi vet at god og kvalifisert psykoterapi i barnealder vil kunne redusere sårbarhet – og derigjennom forebygge senere psykopatologi og funksjonssvikt – øker også sannsynligheten for at individet vil få oppleve flere produktive og kvalitetsjusterte leveår. Videre er det en rimelig antagelse at det å ha barn med psykiske vansker også virker reduserende på foreldrenes livskvalitet og produktivitet. Slik sett, skulle det også ut fra rene økonomiske overlegninger være flere gode grunner til å investere i kompetent utført psykoterapi med barn og unge. Dette er også konklusjonen i en artikkel (37) som oppsummerer essensen i en utredningsrapport om verdien av psykologisk behandling, levert av det svenske Institutet för hälso och sjukvårdsekonomi for noen år tilbake. Etter å ha ledet leseren gjennom flere illustrerende regnestykker, blir det sagt: “Slutsatsen kan bara bli én. Samhälle och individ tjänar på at insatser görs i tid. Kostnaderna för behandling och rehabilitering är mycket små jämfört med samhällets kostnader för at inte sätta inn adekvate åtgärder, t ex psykologisk behandling” (37).

Noen avsluttende bemerkninger

Under arbeidet med denne artikkelen kom vi over en aviskronikk fra med tittelen “Kan økonomene gi oss mer helse?” (38). Artikkelen var forfattet av en helseøkonom (Benedicte Carlsen) og en spesialist i medisinsk etikk (Ole Fridtjof

Norheim). Mot slutten av artikkelen påpeker forfatterne at det hittil har vært lite diskusjon om hvilket nivå spesielt kostnad-nytte-analyser kan brukes på. De viser i denne sammenheng til en annen helseøkonom, Erik Nord, som mener at anvendeligheten av denne typen analyser er begrenset til det han kaller *overordnede budsjettvurderinger*. Som behandlere er vi naturligvis glade over å høre at også økonomene er opptatt av å presisere begrensningene og gyldighetsområdet for sine analyser. Vi slutter oss derfor til Carlsen og Norheim når de utfordrer helseøkonomene til å utvikle modeller og analyser som er relevante også for beslutningstagere på et lavere nivå, for eksempel allmennpraktikeren eller psykoterapeuten. Ikke minst er det, hevder de, "behov for mer kunnskap om hvordan prioriteringer og budsjettering på sentralt nivå påvirker 'forbruket', som i stor grad har sitt utspring i møtet mellom den enkelte lege og pasient. Hverken leger eller økonomer kan ignorere kostnadskonsekvensene av de beslutninger som tas på dette nivået."

For å konkretisere sitt poeng, anvender Carlsen og Norheim et eksempel fra somatisk medisin: Norske leger skriver hvert år ut legemidler på blå resept for hjerte-kar-sykdommer, for beløp i milliardklassen. Mye tyder på at slike medikamenter utgjør den beste behandlingen for pasienter i høyrisikogruppen, idet sannsynligheten for alvorlig sykdom (med tilhørende omkostninger) blir sterkt redusert. Når det derimot gjelder pasienter med *lav* risiko for de nevnte sykdommene – men til hvem mange leger også skriver ut slike medikamenter – viser alle helseøkonomiske beregninger at marginalkostnadene er særdeles høye – i praksis ca 3 millioner kroner per vunnet leveår. "Er det god prioritering?", lyder helseøkonomens og etikerens spørsmål. Som en tankeøvelse bringer vi spørsmålet videre til våre lesere, med invitasjon til å finne analoge eksempler fra egen behandlingshverdag.

Den nevnte artikkelen avsluttes med følgende påstand: "Problemet er at vi ikke har redskaper til å forstå, analysere eller påvirke legenes beslutninger. Innenfor svært vide rammer – som politikerne er med å påvirke – er det legene som faktisk styrer ressursstrømmene i norsk helsevesen. Kunnskapen fra relevante og gode helseøkonomiske modeller kan bidra til forståelse og styrke beslutningsgrunnlaget for legen. Det er ikke bare helsepolitikere som trenger råd for å kunne prioritere på en bedre måte."

Vår egen konklusjon er denne: Bytt ut ordet 'legene' med det noe mer inkluderende 'behandlerne' – eventuelt 'behandlingsteamene' eller 'behandlingsmiljøene' – og sitatet foran vil ha gyldighet også for de faglige aktiviteter som opptar de fleste med interesse for den herværende artikkelens tema. Legg så til: Og skap

en god plattform for dialog og gjensidig kunnskapsformidling mellom økonomer og behandlere. Da vil sannsynligvis også behandlerne finne fornuftige måter å forholde seg til pengesnakk på – og økonomene vil, på sin side, få et bedre grunnlag for å gi politikerne råd som kan bidra til at målet om å plassere den enkelte pasienten i sentrum blir mer enn helsepolitiske honnørord.

Referanser

1. Grøholt B., Sommerschild H. & Garløv I. *Lærebok i barnepsykiatri*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.
2. Institusjonsforeningen for barne- og ungdomspsykiatri. *Årbok 1995*. Oslo: Institusjonsforeningen for barne- og ungdomspsykiatri, 1995.
3. Hansen B.R. & Toverud R. *Child psychotherapy in Norway – a survey*. Foredrag ved 18th World Congress of Psychotherapy, Trondheim, 14.-18. August 2002.
4. Gill M. M. *Psychoanalysis in transition*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1994.
5. McDougall J. *Plea for a measure of abnormality*. New York: International Universities Press. 1978.
6. Fonagy P., Gegerly G., Jurist E. I. & Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press, 2002.
7. Altman N., Briggs R., Frankel J., Gensler, D. & Pantone P. *Relational child psychotherapy*. New York: Other Press, 2002.
8. Bion W. *Second thoughts. Selected papers on psycho-analysis*. London: William Heinemann Medical Books, 1967.
9. Alvarez A. *Live company: Psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. London: Routledge, 1992.
10. Winnicott D. R. *Playing and reality*. Harmondsworth, UK: Penguin, 1971.
11. Binder P.-E. *Individet og den meningsbærende andre. En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald W. Winnicotts teori*. Oslo: Unipub Forlag, 2002.
12. Sullivan H. S. *The fusion of psychiatry and social science*. New York: Norton, 1950.
13. Sullivan H. S. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton, 1953.
14. Mitchell S. E. *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press, 2000.
15. Mæhle M. Bruk av barnespesifikk kunnskap i familierapi. *Fokus på Familien* 2000; 28: 19-37.
16. Proskauer S. Focused time-limited psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1971; 10: 619-639.
17. Peterlin K. & Sloves R. Time-limited psychotherapy with children: Central theme and time as major tools. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1985; 24: 788-792.
18. Fossen A. & Diseth T.H. (1991). *Korttidsterapi med barn*. Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
19. Bruseth M., Finnøy O.J., Eide M., Gjørund G., Starheim G., Sørdal O.J., Walderhaug R. & Nielsen G.H. (1994). Korttids dynamisk psykoterapi med barn. Noen foreløpige erfaringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 1994; 31: 495-501.

20. Gydal M. & Knudsen S. Om tidsbegrenset psykoterapi med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2002; 39: 911-915.
21. Telle J. P. *Det levende mennesket. En undersøkelse av begrepet psykisk vitalitet, med forankring i Donald W. Winnicotts teori. Upublisert hovedoppgave.* Bergen: Det psykologiske fakultet, Universitet i Bergen, 2002.
22. Fonagy P. & Target M. Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 1998; 8: 87-114.
23. Target M. & Fonagy P. The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. I: A Roth & P Fonagy, *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (pp. 263-320). New York: The Guilford Press, 1996.
24. Eysenck H.J. The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1952: 16, 319-324.
25. Levitt E. E. The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 1957; 21: 186-189.
26. Casey R. J. & Berman J. S. The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin* 1985; 98: 388-400.
27. Weisz J. R., Weiss B., Alicke M.D. & Klotz M.L. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: Meta-analytic findings for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55: 542-549.
28. Kazdin A. E., Bass D., Ayers W. A. & Rodgers A. Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58: 729-740.
29. Roth A. & Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research.* New York: The Guilford Press, 1996.
30. Wampold B. E. *The great psychotherapy debate.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2001.
31. Stierman S.W., DeRubeis R.J., Crits-Christoph P. & Brody P. Are samples in randomized controlled trials in psychotherapy representative of community outpatients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 71: 963-972.
32. Nielsen G. Psykoterapi: Er det innsatsen verd? Effektivitet, nytte og kostnad belyst ved et utvalg empiriske studier. I E. Brandt (Red.), *Psykologprøfjesjonen: Framvekst, praksis, evaluering* (ss. 187-206). Oslo: NAVFs utredningsinstitutt. Rapport nr. 6., 1977/79.
33. Gabbard G.O., Lazar S.G., Hornberger J. & Spiegel D. The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 147-155.
34. Canadian Psychological Association. *The cost-effectiveness of psychological interventions.* Ottawa: Canadian Psychological Association, 2002.
35. Dossman R., Kutter P., Heinzel R. & Wurmser L. The long-term benefits of intensive psychotherapy: A view from Germany. *Psychoanalytic Inquiry* 1997; (Supplement), 74-86.
36. Nord E. Utkast til helseøkonomi I: Nytte-kostnadsanalyse. Formål, oversikt og definisjoner. (<http://www.eriknord.no/nytte-kost.htm>), 2001.
37. Göransson B. Miljoner att spara för samhället om behandling sätts in. *Psykolog-Tidningen* 1993; nr. 9, 14-15.
38. Carlsen B. & Norheim O. F. Kan økonomene gi oss mer helse? <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/d171960.htm>), 2000.

Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD), forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer

Matrix 2004; 1, s. 41-59

Ask Elklit

For nogle årtier siden blev traumatiserede patienter ofte diagnosticeret som psykotiske baseret på tilstedeværelsen af hallucinationer, paranoide forestillinger eller kaotisk adfærd. Mange traumatiserede patienter har oplevelser, som kan klassificeres som psykotiske eller som tilhørende en eller flere symptomklynger i den posttraumatiske stressforstyrrelses (PTSD) diagnose. En psykologisk teori baseret på dissociation kan imidlertid forklare mange af disse oplevelser. På baggrund af publiceret forskning gennemgås komorbiditetsundersøgelser, forskelle mellem PTSD og psykotiske symptomer og et forslag om en diagnostisk kategori for den reaktive, dissociative psykose (RDP) understøttes. Et antal differentialdiagnostiske markører overvejes. En omfattende caseanalyse præsenteres for at illustrere ætiologien og behandlingen af RDP.

Indledning

Tidligere (før 1980) blev mange patienter med en posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) diagnosticeret som skizofrene eller med psykotiske forstyrrelser pga. forekomst af hallucinationer, paranoide tanker eller kaotisk adfærd. Hallucinationer i form af flashbacks er nu inkluderet i PTSD-diagnosen.

Oplæg holdt på Landsmøde for Det nationale Skizofreniprojekt, 20/3 2003

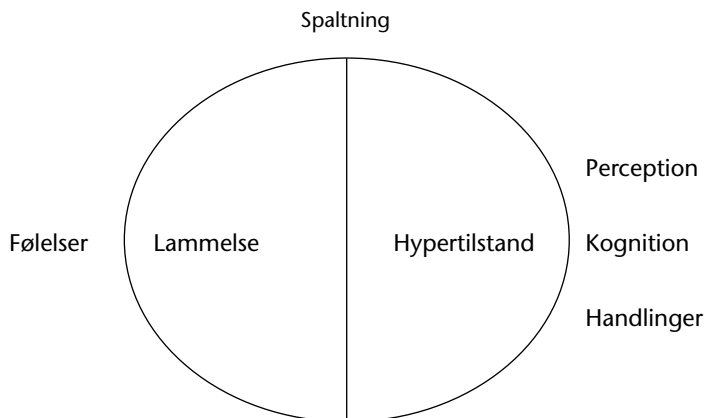
Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD),
forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer

Mange traumatiserede klienter, der har været i livstruende situationer, bærer rundt på usædvanlige oplevelser, som kan tolkes som tilhørende det psykotiske spektrum, og vælger af samme grund at fortie disse oplevelser, for at omgivelserne ikke skal opfatte og stemple dem som sindssyge. Noyes & Kletti (1) undersøgte 215 personer, som havde været ved at dø ifm. fald, drukne- og trafikulykker eller alvorlig sygdom. Omkring 80% havde haft ualmindelige oplevelser af sansemæssig og kognitiv art. Disse oplevelser omfattede en ændret tidsopfattelse ('at tiden går i stå'), at selvet eller verden forekommer uvirkelig eller fremmed, en forandret krop, at genstande i omgivelserne er små eller langt væk, at sansninger, forestillingsbilleder eller tankeindhold er skarpe og levende – eller helt modsat, uklare og tågeagtige. Nogle beretter om følelseløshed, en væg mellem selvet og følelserne eller om mekaniske bevægelser. Andre har fortalt om at være styret af en kraft indefra, at forlade kroppen og iagttage scenen udefra. Andre igen har oplevet, at glemte erindringer er dukket op, en følelse af at forstå en masse, en følelse af harmoni og enhed, en dyb glæde eller har haft en form for åbenbaring eller syn.

Luftkaptajn Stefan Rasmussen, der nødlandede et SAS-fly ved Arlanda, fortalte i en tv-udsendelse om, hvad der skete for ham i de to minutter, der gik fra fejlen blev opdaget, til flyet ramte jorden. Samtidig med at han manøvrerede det defekte fly, gennemgik han hele sit liv i kronologisk rækkefølge. 'Da der var gået 1½ minut, var jeg kommet til min konfirmation fortalte han. 'Jamen, så kan du da ikke have nået alle begivenheder', indvendte intervieweren vantro. 'Jo', sagde Stefan Rasmussen roligt og med eftertryk: 'jeg nåede det hele'. Denne form for hukommelse er ikke beskrevet i kognitions-lærebøger, om end en meget spændende mulig forklaring er givet af Squire & Kandel (2), der, i en analyse af hukommelsens molekylære grundlag, viser, at vi har adgang til erindringer på et cellemæssigt niveau, der ikke følger de almindelige love for verbaliseret, deklarativ hukommelse.

Flere af de ovennævnte oplevelser kan opfattes som spirituelle eller transcendent erfaringer, der forbereder personen til en afsked med livet. I tråd med Noyes & Kletti (1) kan man også betegne dem som (primært) ekstrasensoriske perceptioner, som oplevelser, der ligger uden for vor dagligdags bevidsthed, som mange kender til gennem meditative praktikker. Det psykologiske begreb, der overordnet set kan rumme de fleste af de nævnte oplevelser, er dissociation. Dissociation betyder, at der er foregået en spaltning i bevidstheden mellem de forskellige modaliteter (tænkning, sansning, emotioner og kropsbevidsthed), hvor nogle modaliteter er lammede og er i en hypertilstand (se figur 1). I trau-

matiske situationer vil spaltningens art afhænge af, hvilke modaliteter der har overlevelsseværdi.



Figur 1: Model for bevidstheden i chok

I faglitteraturen er der almindelig enighed om, at dissociation kan beskrives som fordelt på et kontinuum, der varierer i sværhedsgrad, kompleksitet og kronicitet (3). I den milde ende har vi den absorberede tilstand, hvor vi forsvinder ind i vores egne tanker (bliver opslugte) og er tabt for omverdenen. Ændrede oplevelser af selvet og omgivelserne (hhv. depersonalisation og derealisation) er mellemformer, som typisk ses i traumatiske situationer. I den svære ende er amnesi og længerevarende dissociative tilstande (fx fugue), der opfattes som patologiske.

Dissociation kan i den tunge del af kontinuumet opfattes som en tilbagetrækning fra en ydre realitet, som er ekstrem ubehagelig, smertefuld eller livstruende (4). Nyere undersøgelser af dissociation (5) viser dels, at en række forskellige psykologiske forhold bidrager til dissociation, herunder fobisk angst og forvrængede forestillinger, dels at ingen enkelt faktor, men *samspillet* mellem flere kognitive og affektive faktorer, er i stand til at forklare hovedparten af variationen i den dissociative reaktion. Heraf følger, at når der forekommer en forstyrrelse af realitetstestningen (den kognitive komponent), som er ledsaget af et højt angstniveau, så stiger sandsynligheden for dissociation betragteligt (5). Flere har fremhævet, at de dissociative tilstande ofte ledsages af somatiske symptomer (herom senere). Derfor taler fx Nijenhuis et al. (6) om somatoform og psykologisk dissociation som to separate forstyrrelser, der muligvis har hver deres pa-

Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD),
forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer

togenese, mens andre, i forlængelse af Reich's (7) isomorfi-princip, vælger at se det somatiske udtryk som en simultant og muligt posttraumatisk fænomen ved dissociation (8).

Forståelse af dissociation som et centralt aspekt ved akut traumatisering afspejles af diagnosen Akut Stress Forstyrrelse (ASD), som blev indført i 1994 (bilag 1. s. 58). Diagnosen blev indført på baggrund af en meget mangelfuld empiri. Nyere danske og udenlandske undersøgelser understøtter i et vist omfang betydningen af dissociation (9-12) som prædiktør for senere PTSD, men der er i dag ingen sikker viden om, hvilke af de fem dissociative symptomer der er særligt vigtige, eller en dybere forståelse af samspillet mellem disse symptomer. Et andet vigtigt træk ved ASD-diagnosen er adskillelsen af numbing (følelsesstumhed) og amnesi fra de undgåelsessymptomer, der er kendetegnet ved, at personen er bevidst om deres brug (jf. bilag 1).

Idet de fleste fagfolk i dag erkender akutte stressreaktioner som "naturlige reaktioner på en unormal begivenhed", eksisterer der en fare for, at forbindelsen med kronisk patologiske tilstande og livstruende traumer overses. Kroniske tilstande indoptages i personligheden som symptomlidelser og forandringer i personlighedsstrukturen (13), hvilket vanskeliggør at spore patogenesen. Hertil kommer, at personlighedsforstyrrede og psykotikere (ligesom alle andre) også risikerer at blive traumatiseret. ICD-10's krav om at undgå flere diagnoser er her i modsætning til DSM-IV, som tillader flere samtidige diagnoser, med til at bremse for en bred sammenhængende forståelse af komplekse, patogene forhold, hvilket alt andet lige må reducere muligheden for at modtage korrekt og optimal behandling.

I det følgende vil jeg gennemgå de relativt få eksisterende undersøgelser baseret på søgninger i PsycINFO og PubMed, der belyser sammenhænge mellem PTSD og psykoser, som et bidrag til at belyse grænselandet mellem de to tilstande. En opmærksomhed på sammenfald og forskelle mellem de to former for forstyrrelser kan skærpe de differentialdiagnostiske overvejelser. Undersøgelserne beskriver forekomsten af psykotiske tegn hos PTSD-ramte, komorbiditeten mellem de former for lidelser, omfanget af traumatisering hos psykotisk indlagte og nogle kliniske eksempler.

Gennemgangen indeholder også nogle historisk-teoretiske betragtninger og et forslag om genindførelsen af diagnosen 'reaktiv dissociativ psykose', der kan bidrage til at fastholde den patogenetisk vigtige forbindelse til tidligere traumatisering.

Sat på spidsen kan man formulere problemstillingen, set fra psykiatriens side, således: "Når man har en patient, som har tydelige hallucinationer, problemer med realitetstestninger, sammenbrud i funktionsniveau og ændrede selv- og objektrepræsentationer og har været udsat for voldsomme, livstruende begivenheder – er det da muligt under nogle omstændigheder at se de psykotiske symptomer som sekundære til PTSD og/eller at have mere præcise forventninger til symptomernes art og forløb i den akutte, reaktive psykose (F23.x1 ifølge ICD-10)?"

Forskning vedr. PTSD og psykoser

Komorbiditet

Davidson et al. (14) foretog en epidemiologisk undersøgelse i USA og fandt 11% livstidskomorbiditet mellem PTSD, skizofreni og skizofreniforme forstyrrelser. Andre undersøgelser har vist, at mellem 29% og 35% af de behandlingssøgende PTSD-patienter også havde psykotiske symptomer (15, 16).

Maes et al. (17) undersøgte 128 belgiske brandofre og 55 trafikofre, der blev vurderet 8 måneder efter ulykken; 46% af ofrene havde PTSD på dette tidspunkt; 51% af de, der havde PTSD, havde en eller flere komorbide lidelser: svær depression (MDD) 26%, agorafobi 21% og generaliseret angstforstyrrelse (GAD) 25%. Prædikator for MDD var graden af fysisk kvæstelse, og prædikatorer for angstforstyrrelser (ud over PTSD) var traumetype, oplevet rædsel, grad af fysisk kvæstelse, oplevet tab af kontrol, stressorer ved ulykken, ung alder og kvindeligt køn. Der var ingen psykotiske forstyrrelser og en lav forekomst af stofmisbrug (6%), simpel fobi, panikforstyrrelse og obsessiv kompulsiv forstyrrelse (OCD) (alle < 2%).

To caseanalyser

Waldfoegel & Muser (18) peger i en caseanalyse af et voldtægtsoffer på muligheden af, at kronisk, svær PTSD fejlagtigt diagnosticeres som skizofreni pga. hallucinationer eller vrangforestillinger.

Pinto & Gregory (19) fortæller i en anden caseanalyse om en ung mand, der udsættes for afhøring og tortur i et fremmed land. Ved tilbagekomsten til USA indlægges han, får diagnosen kortvarig, reaktiv psykose og får klorpromazin i tre uger. Han vurderes igen tre måneder efter traumet, hvor hans forhøjede

Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD),
forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer

vagtsomhed er det mest påfaldende. Han opfylder både kravene for en reaktiv psykose og PTSD. Paranoiaen – i form af forestillinger om, at det fremmede lands agenter holdt øje med ham – kunne opfattes som en ekstra form for vagtsomhed, der er konsistent med de øvrige PTSD-symptomer. Den forhøjede vagtsomhed kan også ses som en del af det paranoide spektrum, der omfatter forfølgelsesforestillinger, vrangforestillinger og selvhøfrende forestillinger. Forfatterne foreslår en PTSD-undertype med psykotiske symptomer.

Hallucinationer og andre psykosesymptomer ved PTSD

Muser & Butler (20) sammenlignede fem Vietnamveteraner med PTSD og hørehallucinationer med 31 veteraner, som ikke led af hallucinationer. De, der havde hørehallucinationer, havde været mere kampeksponerede og var vanskeligere at behandle. Hørehallucinationerne hang sammen med forskrækkelsesreaktioner, natlig opvågning, forhøjet hjerteaktivitet og undgåelse af aktiviteter, der mindede om kamphandlinger.

Butler et al. (21) undersøgte 38 Vietnamveteraner, hvoraf 20 havde PTSD. Eksklusionskriterierne var: 1) skizofreni, psykose, affektiv forstyrrelse, 2) tidligere psykiatrisk indlæggelse, 3) tidligere hovedtraumer og 4) neurologiske skader. PTSD-gruppen scorede signifikant højt på en symptom-tjekliste (SCL-90-R), depression (ikke MDD), angst, agitation, anhedoni, hallucinationer, vrangforestillinger og bizar adfærd. Der var ingen forskelle mht. mani, formelle tankeforstyrrelser eller inert.

Tilstedeværelse af ikke-traumerelaterede hallucinationer eller vrangforestillinger anerkendes ikke i DSM-IV som mulige symptomer på PTSD. PTSD kan heller ikke udelukkes ved en skizofrenidiagnose som en komorbid tilstand. Hallucinationer og vrangforestillinger hos PTSD-patienter er forskellige fra flashbacks, hvor patienterne handler som om eller føler, at den traumatiske situation gentager sig. Forekomsten af positive psykotiske symptomer hos PTSD-patienterne må på baggrund af de få undersøgelser antages at være relativt sjælden. Klinikere bør derfor undersøge for PTSD, når der optræder positive psykotiske symptomer, især hvis der er fravær af tegn på mani eller formelle tankeforstyrrelser.

Sammenligninger i symptombilledet mellem PTSD og psykoser

Sautter et al. (22) undersøgte 22 Vietnamveteraner med PTSD uden psykotiske symptomer, 24, som både havde PTSD og en psykotisk forstyrrelse, samt 16, der havde en psykotisk lidelse (skizofreni, skizoaffektiv eller MDD m. psykotiske træk). Graden af PTSD var den samme i de to grupper. PTSD og en komorbid psykotisk forstyrrelse resulterede i den højeste forekomst af positive psykosesymptomer, generel psykopatologi og paranoia, hvilket var forbundet med voldelige tanker, følelser og adfærd. Graden af forstyrrelse hos disse patienter var langt mere udtalt både kognitivt, følelsesmæssigt og adfærdsmæssigt end hos de 16 indlagte patienter. Tidligere alkohol- og stofmisbrug var ikke relateret til grad af psykopatologi.

Den 'rene' PTSD-gruppe lå på niveau med de indlagte mht. graden af generel psykopatologi, paranoia og aggressionsrisiko, men lavere mht. positive psykotiske symptomer, tankeforstyrrelser, og højere mht. depression og voldelige handlinger. Mht. mangel på energi og negative symptomer lå de tre grupper ens. Alle tre grupper lå lige lavt i funktionsniveau, interpersonelt og arbejdsmæssigt. På baggrund af undersøgelsen opstillede forfatterne følgende teser:

- 1) Patienter med PTSD + psykotiske symptomer lider af to ætiologisk uafhængige forstyrrelser, som i samspil forværrer symptomniveauet.
- 2) De psykotiske PTSD-patienter lider af en særlig undertype af PTSD.
- 3) Patienter, der lider af en primær psykotisk forstyrrelse, får sænket deres tærskel for efterfølgende PTSD-episoder ('postpsykotisk syndrom').

Den psykotiske PTSD-gruppe var meget heterogen og inkluderede samme lidelser som de 16 indlagte. Hovedparten i den 'rene' PTSD-gruppe havde en komorbid lidelse (især MDD). Alle tre grupper havde haft et betydeligt alkohol- og/eller stofmisbrug.

Hamner et al. (23) undersøgte 40 Vietnamveteraner med PTSD og 40 med skizofreni. De skizofrene patienter havde signifikant højere forekomst af vrangforestillinger, begrebsmæssig desorganisering, højere totalscores på Positive og Negative Syndrom Scale (PANSS), højere positive scores på PANSS, og højere grad af psykopatologi.

Der var ikke forskel på de to grupper mht. negative scores på PANSS eller følgende subskalaer: omfang af hallucinationer, excitement, grandiositet, paranoia og fjendtlighed (hvor PTSD-gruppen lå højest). Konklusionen var, at der var relativ stor lighed mht. positive og negative symptomer i de to grupper.

Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD), forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer

Indholdet i hallucinationer bestod af 'skrig', granatlyde, forvanskede stemmer og skygger ud af øjenkrogene. Tvangsforestillinger var almindeligvis paranoid og komplekse; bizarre eller absurde tankeforestillinger var sjældne. Få PTSD-patienter havde tankeforstyrrelser; de var belastede af deres psykotiske symptomer, havde indsigt i, at de var unormale, og realitetstestningen var bevaret. Undgåelsessymptomerne i PTSD (undgåelse af aktiviteter; steder; mennesker, der minder om traumet; følelsen af adskilthed fra andre; følelsesforfladigelse og mindsket interesse for tidligere betydningsfulde aktiviteter) lignede de negative symptomer, der traditionelt er forbundet med skizofreni. Forfatterne foreslår, at der måske findes en særlig PTSD-undertype karakteriseret ved bestemte psykotiske symptomer.

David et al. (24) undersøgte 53 Vietnamveteraner, hvoraf 40% havde haft ét eller flere psykotiske symptomer inden for de sidste 6 måneder. Høre- og synshallucinationer var de almindeligste (95% og 85%) – (kammerater, der råbte på hjælp; folk, der skreg; synet af døde kammeraters ansigter eller kroppe). Vrangforestillinger optrådte hos en tredjedel. Hallucinationer afspejlede kamptemaer og skyldfølelser – de var ikke bizarre udtryk for en formel tankeforstyrrelse eller følelsesforfladigelse. De psykotiske symptomer havde en signifikant sammenhæng med MDD, men ikke med misbrug, PTSD-sværhedsgrad eller grad af dissociation. Forfatterne formulerede den tese, at dysregulering af dopamin-systemet kunne bidrage til udviklingen af psykotiske symptomer og til forekomsten af den forhøjede vagtsomhed, irritabilitet og følelsesforfladigelse.

Mulige genetiske markører

Hamner og Gold (25) fandt forhøjede plasma dopamin beta-hydrolase (DBH)-niveauer hos PTSD-patienterne med psykotiske træk. Niveauet er sammenligneligt med det, man finder ved manier og i modsætning til niveauet ved en psykotisk depression. Da DBH er en genetisk markør, kunne det afspejle en individuel sårbarhed til at udvikle psykotiske træk, når personen traumatiseres. DBH er et afgørende enzym i katekolamin-biosyntesen, der katalyserer forvandling af dopamin til norepinefrin. Plasma DBH-aktivitet anses traditionelt for at være stabilt over tid og har minimal eller ingen sammenhæng med alder, køn, akut stress eller fysisk belastning.

Sautter et al. (26) undersøgte 257 pårørende til 54 Vietnamveteraner med PTSD (n=16), PTSD med sekundære psykotiske symptomer (n=23) og raske (n=15).

PTSD med sekundære psykotiske symptomer var ikke relateret til familiære dispositioner for psykotiske lidelser, men til forhøjet risiko for depression.

PTSD i forbindelse med indlæggelse

Neria et al. (27) undersøgte 426 patienter med psykotisk diagnose ved indlæggelse for traumeeksponering og PTSD. PTSD-prævalensen hos de eksponerede var 27%, men kun halv så stor (14%) hos de ikke traumeeksponerede.

Frame & Morrison (28) undersøgte 60 patienter med skizofreni og skizofreniforme diagnoser. PTSD-prævalensen var 67% ved udskrivningen og 50% efter et halvt år. De psykotiske symptomer og hospitaliseringen bidrog til graden af traumatisering.

Meyer et al. (29) undersøgte 46 skizofrene patienter, der blev tvangsbehandlet efter en akut psykotisk episode, og fandt en PTSD-prævalens på 11%. 69% af de traumatiske symptomer var relateret til de psykotiske oplevelser og 24% til hospitaliseringen. Konklusionen på undersøgelsen var, at de skizofrene forestillinger og vrangforestillinger er mere traumatiske end tvangsforanstaltningerne.

Pies (30) rejser spørgsmålene: "Er begrebet 'psykotisk' anvendt for løst?" og "Er 'momentan forstyrrelse i realitetsmestring' et tilstrækkeligt grundlag for at erklære nogen psykotisk?" Pies foreslår, at patienterne for at få en psykotisk diagnose skal opfylde mindst ét af følgende kriterier: 1) over en længere periode (timer – dage) ikke erkende, at den indre stimulus (fx 'stemmen') er unormal eller uvirkelig, 2) vedvarende tillægge den indre stimulus en ydre kilde af vrangforestillingskarakter (fx 'stemmen kommer fra min afdøde bataljonsleder') og 3) over en længere periode (timer eller længere) have en adfærd, som er i overensstemmelse med stimulusens natur eller indhold (fx 'opsøge fjenden bag stemmen ved at terrorisere andre').

I de foregående afsnit har vi gennemgået undersøgelser, der fokuserer på symptomoverlap, komorbiditet og sammenhænge mellem PTSD og psykotiske tilstande hos ulykkesramte krigsveteraner og psykotiske patienter. Der er indikationer på, at specielt krigsveteraner, der typisk over længere tid har været udsatte for livstruende begivenheder, kan have en række sekundære, psykotiske symptomer. For på en mere psykodynamisk måde at undersøge og beskrive mulige sammenhænge mellem traumesponering og udviklingen af psykotiske

Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD),
forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer

symptomer vil jeg i det følgende gennemgå Pierre Janets (32) teori om den "hysteriske psykose" (HP); en teori, hvis forklaringslementer virker forbløffende moderne og i god overensstemmelse med nutidig forskning.

Klassiske tilgange

Van der Hart et al. (31) foreslår en reaktiv, dissociativ psykose som en under-type af den kortvarige, reaktive psykose og rejser spørgsmålet – "Kan langvarige psykotiske symptomer skyldes traumer?". De omtaler den hollandske læge, Hoek, der i 1851/2 behandlede en ung kvinde for en HP. Kvinden havde været udsat for gentagen mishandling, voldtægt og havde overværet en drukneulykke. Hendes forlovede begik selvmord ved drukning, da hun brød forlovelsen. Ved den lejlighed blev hun psykotisk; hun talte uafbrudt, ofte i vildelse, og hun led af amnesi, hallucinationer, pseudo-epileptiske anfald, depression samt selvmordstrang. Hun oplevede intense gentagelser af de traumatiske begivenheder, men huskede intet bagefter. Under hypnose var hun meget klar og kunne fortælle om sine traumer, hvad der var galt med hende, og give lægen anvisninger vedr. behandlingen.

Pierre Janet (32) foreslog, at HP var en slags vågen drøm, hvor personen til sidst ikke kan skelne mellem drømmelementerne og normal sansning. Drømmene finder sted i før-bevidste tilstande; de forstyrrer den almindelige tænkning ved den begrænsede opmærksomhed, men de ødelægger den ikke. Drømmene beskæftiger sig med de samme få personer. Janet fandt, at disse drømme udsprang af traumatiske oplevelser. Disse delte han i to grupper: Den umiddelbare genoplevelse kaldte han for "primære, fastlåste forestillinger eller primære emotionelle tilstande", og de afledte drømme eller fantasier kaldte han for "sekundære forestillinger eller følelestilstande". Janet anså disse to fænomener for at være dissociative tilstande. Dissociation definerede han som afspaltningen, adskillelsen og isoleringen af bestemte dele af personligheden fra den bevidste opmærksomhed og kontrol med ens sædvanlige personlighed. Disse fraspaltede elementer forbliver ofte ukendte for den vågne bevidsthed og begynder at leve deres eget liv. Betingelsen for at tale om HP var, at man kan forstå dens dissociative natur, herunder at der optræder ændrede bevidsthedstilstande. Janet mente, at HP kan udvikle sig progressivt fra en direkte genoplevelse af den traumatiske begivenhed, i starten gennem en bestemt sekvens af billeder, til en transformation til andre psykiske sygdomme. Pga. den dissociative baggrund i HP er en høj grad af hypnotiserbarhed forventelig. Hypnoseterapi var derfor den bedste behandlingsform. Janet beskriver behand-

lingen af en forretningsmand, Achille, der hørte og så dæmoner og følte sig besat af dem. Vrangforestillingerne viste sig at være symbolsk reference til en overvældende traumatisk begivenhed. I løbet af en måneds behandling forsvandt dæmonerne, de hyponoide tilstande, den bizarre adfærd og vrangforestillingerne. Ved 3. og 7. års follow-up fungerede Achille godt i alle henseender.

Breuer og Freud (33) var oprindeligt stærkt påvirket af Janet, men skiftede kurs. HP forsvandt som diagnose, fordi man ikke kunne påvise et organisk grundlag og pga. Bleulers (34) brede skizofrenibegreb, der vandt indpas i psykiatrien, efter det blev introduceret i 1911.

Efter 2. verdenskrig har der været flere forsøg på at genoplive HP-diagnosen, der oftest er set som kortvarig intens psykotisk episode efter dødsfald og aktuelle objekttab.

En caseanalyse (31):

Abraham var en 35-årig, ultraortodoks jøde, der overlevede et terrorangreb ved Grædemuren i Jerusalem i 1986. Ved angrebet var Abraham blevet slynget gennem luften, men var ellers uskadt. To måneder efter angrebet kom han i ambulans behandling pga. depression. Da den antidepressive medicin ikke hjalp, blev han henvist til psykoterapi, hvor han de tre første gange kun sagde få ord. Abraham havde ikke tidligere haft fysiske eller psykiske problemer. Da han var otte år, blev hans far dræbt ved en bilulykke. Som 12-årig blev han anbragt på et børnehjem, da hans mor aldrig kom over sin sorg og ikke var i stand til at klare sin børneflokk. Abraham blev religiøs lærer, som hans far havde været.

Abrahams kone beskrev, hvordan angrebet forvandlede ham: Han begyndte at tale i fragmenterede sætninger om bomber og døende mennesker. Han havde forskrækkelsesreaktioner og havde svært ved at koncentrere sig. Han mistede interessen for sin familie, begyndte at spise tvangsmæssigt og tog på en måned femten kilo på. Han udviklede en svær depression og blev fyret fra sit job.

De differentialdiagnostiske overvejelser var på dette tidspunkt: psykotisk depression, kortvarig reaktiv psykose (svarende til F23.x1 i ICD-10) eller skizofreniform forstyrrelse. Patienten reagerede ikke på ridazin. En fysisk og en neurologisk undersøgelse (inkl. CAT-scanning) afslørede intet abnormt.

Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD),
forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer

Den kliniske iagttagelse pegede på en anden mulighed. Abraham havde svære regressive træk. Hans adfærd mindede om et bange barns – hans følelser var mere præget af rædsel end af distancering. Der var ingen psykotisk aggression. Indholdet i hans vrangforestillinger var polymorfe, bizarre og farverige, men også tvetydige og vage. Disse tegn pegede i retningen af en reaktiv dissociativ psykose (RDP).

I behandlingen tog terapeuterne udgangspunkt i den iagttagelse, at Abraham havde ufrivillige armbevægelser, hver gang eksplosionen ved Grædemuren blev omtalt. De foreslog, at disse bevægelser kunne være ikoniske repræsentationer af begivenhederne under angrebet. Abraham bekræftede dette og begyndte tøvende at fortælle om, hvad der var sket. Fra dette tidspunkt talte han med sine to terapeuter. Det viste sig, at bønnen ved Grædemuren for Abraham også var et middel til at føle kontakt med hans far, og den tvangsmæssige spisning var et forsøg på at fylde tomheden ud, når han mærkede tabet af faderen. Den uforløste sorg blev det næste arbejds punkt i terapien, og Abraham blev bedt om at skrive et afskedsbrev og læse det op. Brevet begyndte med en voksenskrift, som ændrede sig til et mindre barns meget usikre skrift og sluttede med skriblerier. Under oplæsningen skete en tilsvarende regression med skrig, slåen sig selv og nedsynkende til suttende og rokkende bevægelser. Forfatterne anser afskedsbrevet som en terapeutisk forkert timet intervention.

Abraham var meget oprevet efter denne session; antallet af natlige forfølgelsesangreb steg, og angreb forekom nu også om dagen. Hans overspisning blev endnu mere udtalt. Næste arbejds punkt blev at forstå, hvem forfølgerne var. Abraham beskrev, at han blev forfulgt af en skikkelse, han kaldte "den sorte", et væsen, som havde røde øjne samt kyllingebejn og -fødder, svarende til den jødiske folkereligions beskrivelse af en djævel. Når synet optrådte om dagen, løb Abraham rundt i rummet, mens han råbte om hjælp, slog hovedet ind i væggen og prøvede at ryste forfølgeren af sig. Alle gardiner skulle trækkes for, fordi han var overbevist om, at folk ville forsøge at dræbe ham. Via hypnose blev Abraham instrueret i at se på den sorte skikkelse, som sagde til ham: "Jeg dræbte din far, nu vil jeg dræbe dig, som jeg dræbte din far". Langsomt fik Abraham kontrol over dæmonen ved at besværgede den til at forsvinde, "fordi du tilhører ikke vores verden". Terapeuter foreslog også, at Abraham skulle af-tvinge dæmonens navn. Via afslapningsøvelser fik Abraham styrke til denne prøve. "Sorte" blev bange, men skaffede to hjælpere, som næsten fik held til at drukne Abraham en dag, da han tog sit rituelle fredagsbad. Den ene af hjælpere forvandlede sig under hypnose til en sort hund.

Under visualisering fandt Abraham dæmonens gemmested ude i en ørken, og han blev opfordret til at lokke dem frem og holde dem fangne, indtil de opgav deres navne.

Abrahams tilstand forbedredes støt under denne proces. Det afgørende vendepunkt kom fra Abraham selv, idet han på en "helgendag" på Oliebjerget i timevis bad om hjælp hos en afdød, hellig mand og omsider mærkede, at hans bøn er blevet hørt. Under et dæmonangreb i terapilokalet påkaldte han sig den hellige mand og et vers fra Salmernes bog. Han oplevede efterfølgende at se 'det lavere paradys', hvor han fik øje på sin far, som overtalte portvagten til at lukke ham ind. Efter denne oplevelse, seks måneder efter angrebet, var Abrahams trængsler forbi. På faderens dødsdag, få dage efter, græd han længe ude ved hans grav. Den afsluttede sorgproces var med til at forløse de dissocierede følelser fra den første traumatiske begivenhed. Abraham og hans kone tog på deres første ferie. De sloges med kreditorer og måtte flytte, men langsomt fik de i fællesskab løst deres problemer.

Casen illustrerer Janets begreb om "den dobbelte emotion", som er det forhold, at traumatiske erindringer kan udløses enten af kognitive forestillinger eller via nye emotioner. Når tidligere traumatiske erindringer aktiveres, har de sammenhæng både med det fortidige og det nutidige. Ingen har fremført overbevisende argumenter for, hvorfor HP eller kortvarige reaktive psykoser kun må vare en måned. Breuer (33) var af den opfattelse, at HP godt kunne udvikle sig til en mere kronisk tilstand – ligesom PTSD. Van der Hart et al. (31) slår til lyd for, at det væsentligste ved RDP ikke er kort varighed, men det dissociative grundlag.

Janet (32) påpegede som den første, at afspaltning af den traumatiske oplevelse fra den normale bevidsthed er det primære forsvar mod et traume. Dissociation fører til dannelsen af et mentalt system uden for det oplevede jeg ('dedoublement de la personnalité'). I den enkle form består dette system af de traumatiske erindringer. Mere komplekse systemer kan opstå, hvor en ny selvfølelse har til huse, og flere alternerede personligheder kan forekomme som i multipel personlighedsforstyrrelse.

I den foreliggende case optræder dæmonen som den organiserende figur, et fraspaltet ondt objekt, som forpester Abrahams liv, men som til sidst fører ham tilbage til en genforening med den mistede, omsorgsfulde far.

Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD),
forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer

De ændrede bevidsthedstilstande omtales i dag som invaderende erindringer, flashbacks og mareridt. Det invaderende i disse fænomener skaber en alternativ virkelighed, hvor personen genoplever sin tragedie; i værste fald på en måde, hvor den bliver mere fremtrædende end den nuværende realitet. Fordybelsen i de traumatiske begivenheder kan være så omfattende, at en RDP fremkommer. Det psykotiske træk ved en RDP er kendetegnet ved, at personen oplever en dual virkelighed. Abraham var i stand til at fortælle om indholdet af sine vrangforestillinger, kommentere, huske og referere til dem. Disse funktioner er almindeligvis skadede ved en psykose.

Behandlingen af traumatiserede, der har dissociative reaktioner, hvor fragmenter af de(n) tidligere voldsomme begivenheder invaderer bevidstheden og styrer adfærden i tilsyneladende uhensigtsmæssig og uforståelig retning, må i sit afsæt fokusere på at opbygge en alliance med klienter baseret på en motivation om igen at kunne styre sin bevidsthed og adfærd. Afslapningsøvelser, grounding, søvn, spisning, bevægelse, social kontakt og tankekontrolteknikker kan være redskaber til en begyndende kontrol med de ufrivillige genoplevelser. Når en vis stabilisering er opnået, og personen føler sig sikker (ikke har grund til at frygte en gentagelse af traumet), vil behandlingsfokus være bearbejdning af de(n) voldsomme begivenheder. Denne bearbejdning starter med en omhyggelig undersøgelse af de(n) voldsomme begivenheder og personens tanker, handlinger, sansninger og følelser før, under og lige efter begivenheden. Via redegørelse for de ydre omstændigheder nærmer klienten og behandleren sig langsomt de centrale temaer i kontroltab, dødsangst og skam på en måde, så disse genopleves på ny under beskyttende forhold (terapeutens 'holding'). Mange klienter reagerer ved voldsom gråd eller angstfuld, langvarig rysten. Glemte erindringer fra begivenhederne dukker ofte spontant op. Afledte symptomer får ofte mening i lyset af det konkrete, detaljerede hændelsesforløb. Afløbet for de voldsomme følelser giver ofte en spontan lettelse og fornyet lyst til en gennemarbejdning.

Klientens handlinger kan vurderes realistisk i lyset af en forståelse af de livstruende elementer i situationen, chokket og de instinktive, refleksagtige handlinger, som kendetegner de fleste traumatiserede. Herigennem opstår der en baggrund for at forstå senere reaktionsmønstre. Følelsen af at blive svigtet og selv at have svigtet, samt af vrede, er på dette tidspunkt ofte tilgængelige for bearbejdning. Gentagne genoplevelser i en mere koncentreret form (svarende til det engelske begreb, "flooding") vil ofte finde sted, som del af den efterfølgende bearbejdning. Mange vil endvidere genvurdere deres selvopfattelse, si-

der af deres personlighedsmønstre og deres livshistorie samt deres relationer til signifikante andre. Den gode gennearbejdning blev af en klient beskrevet således: "Det er som en bog, jeg tager ned fra hylden; når jeg bladrer i den, vækkes en række følelser og tanker i mig. Når jeg ikke har lyst til at se mere i den, stiller jeg den op på hylden igen. Den er altid med mig, men jeg bestemmer, om jeg vil kigge i den".

Udgangspunktet for en traumeorienteret kliniker er, at patientens reaktioner er meningsfulde ud fra den subjektive oplevelse i situationen. Når traumatiske oplevelser er gennearbejdede, genvinder patienterne deres tidligere funktionsniveau. Det er velkendt, at patienter med dissociative tilstande ikke responderer godt på antipsykotisk medicin. Man kan udlede af casen med Abraham, at den vellykkede behandling også må tage sit afsæt i patientens mytiske verden og kulturelle baggrund.

Konklusion

Den foregående oversigt har vist, at der eksisterer en vis komorbiditet mellem PTSD og psykoser. Mange behandlingssøgende krigsveteraner med kronisk PTSD har også psykotiske symptomer, mens forekomsten af psykoser efter forskellige slags ulykker ser ud til på baggrund af en belgisk undersøgelse at være meget lille. Fejldiagnosticering af PTSD kan forekomme; af den grund er en omfattende anamnese vedr. mulige akutte og livshistoriske traumer og indholdet af evt. hallucinationer og vrangforestillinger vigtig. En analyse af DBH-niveauet kan bidrage til differentialdiagnosen.

Oversigten viste tillige, at en del psykotiske patienter, der har oplevet traumatiske begivenheder, også har PTSD. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at psykotiske symptomer og tvangsbehandling kan fremkalde og være med til at fastholde traumatiske symptomer jf. PTSD-diagnosens stressorkriterie, der taler om trusler med den fysiske integritet (jf. bilag 2, s. 659). ICD-10 åbner som nævnt mulighed for at rubricere akutte og forbigående psykoser ud fra en akut belastning eller traume (F23.x1), defineret som sædvanligvis belastende begivenheder, som optræder inden for de sidste 1-2 uger. Det reaktive psykosebegreb fanger imidlertid ikke det særlige ved den her beskrevne reaktive, dissociative psykose, nemlig den duale virkelighedsopfattelse. Et andet særligt træk ved RDP er den manglende respons på antipsykotisk medicin. De evt. dissociative elementer i en akut, reaktiv psykose kan i de tilfælde, hvor klienten har oplevet en livstruende situation, med fordel forstås og behandles ud fra et psykologisk traumeperspektiv.

Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD),
forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer

Referencer

1. Noyes R. Jr. & Kletti R. *Depersonalization in the face of life-threatening danger: A description*. *Psychiatry* 1976; 39: 19-27.
2. Squire L.R. & Kandel E.R. *Memory: from mind to molecules*. New York: Scientific American Library.
3. Ross C. History, phenomenology and epidemiology of dissociation. I Michelson L.K. & Ray W.J. (Eds.) *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives*. New York: Plenum Press, 1996: pp. 3-24.
4. Allen J.G. & Coyne L. Dissociation and vulnerability to psychotic experience. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1995; 183: 615-622.
5. Spindler H. & Elklit A. Dissociation, psychiatric symptoms, and personality traits in a non-clinical population. *Journal of Trauma & Dissociation* 2003; 4: 89-107.
6. Nijenhuis E.R.S., Spinhoven P., van Dyck R., van der Hart O., & Vanderlinden J. The development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1996; 184: 688-694.
7. Reich E. *Character analysis*. New York: Simon & Schuster, 1933/1972.
8. Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F.S., McFarlane A., & Herman J. L. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 7 suppl.: 83-93.
9. Elklit A. Acute distress in victims of robbery and assault. *Journal of Interpersonal Violence* 2002; 17: 872-887.
10. Elklit A., Magnúsdóttir M., & Knudsen M. Hvordan klarer danske voldtægts ofre sig? *PsykologNyt* 2003; 57(21): 3-11.
11. Elklit A. & Brink O. Acute stress disorder in physical assault victims visiting a Danish emergency ward. *Victims and Violence* 2003; 18(4): 461-472.
12. Elklit A. & Brink O. Acute traumatization as a predictor of posttraumatic stress disorder in physical assault victims. *Journal of Interpersonal Violence* 2004; 19(6), in press.
13. Thrane J. & Elklit A. *Den traumatiserede personlighed – et studie af personlighedens betydning for krisetilstandens udtryk og behandling*. København: Dansk Krise- og Katastrofepsykologisk Selskab, 2002.
14. Davidson J.R.T., Hughes D., Blazer D., & George K.L. Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine* 1991; 21: 713-721.
15. Hryvniak M.R. & Rosse R.B. Concurrent psychiatric illness in inpatients with post-traumatic stress disorder. *Military Medicine* 1989; 154: 399-401.
16. Wilcox J., Briones D., & Suess L. Auditory hallucinations, posttraumatic stress disorder, and ethnicity. *Comprehensive Psychiatry* 1991; 32: 320-323.
17. Maes M., Mylle J., Delmeire L., & Altamura C. Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2000; 250: 156-162.
18. Waldfoegel S. & Mueser K.T. Another case of chronic PTSD with auditory hallucinations. *American Journal of Psychiatry* 1988; 145: 1314.
19. Pinto P.A. & Gregory R.J. Posttraumatic stress disorder with psychotic features. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 471-472.

20. Mueser K.T. & Butler R.W. Auditory hallucinations in combat-related chronic post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 299-302.
21. Butler R.W., Mueser K.T., Sprock J., & Braff D.L. Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Society of Biological Psychiatry* 1996; 39: 839-844.
22. Sautter F.J., Brailey K., Uddo M.M., Hamilton M.F., et al. PTSD and comorbid psychotic disorder: Comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *Journal of Traumatic Stress* 1999; 12: 73-88.
23. Hamner M.B., Frueh C., & Ulmer H.G. Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188: 217-221.
24. David D., Kutcher G.S., Jackson E.I., & Mellman T.A. Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60: 29-32.
25. Hamner M.B. & Gold P.B. Plasma dopamine beta-hydroxylase activity in psychotic and non-psychotic post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research* 1998; 77: 175-181.
26. Sautter F.J., Cornwell J., Johnson J.J., Wiley J., & Faraone S.V. Family history study of posttraumatic stress disorder with secondary psychotic symptoms. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 1775-1776.
27. Neria Y., Bromet E.J., & Sievers S. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2002; 70: 246-251.
28. Frame L. & Morrison A.P. Causes of posttraumatic stress disorder in psychotic patients. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 305-306.
29. Meyer H., Taiminen T., & Vuori, T. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187:343-352.
30. Pies R. Defining Psychosis in PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60: 555.
31. Van der Hart O., Witztum E., & Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress* 1993; 6: 43-64.
32. Janet P. Un cas de possession et l'exorcisme moderne. Bulletin de l'Université de Lyon 1894/5; Dec 1895: 41-57. Er også trykt i Janet P. *Névroses et idées fixes*. Paris: Félix Alcan, 1898: 375-406.
33. Breuer J. & Freud S. On the psychical mechanism of hysterical phenomena: A preliminary communication 1893/95. I Strachey J. (Transl. and Ed.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 3. London: Hogarth Press, 1955: 53-69.
34. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. I Aschaffenburg G. (Ed.) *Handbuch der Psychiatrie, spezieller Teil 4 Abt. I*, 1911. Vienna: F. Deuticke.
35. American Psychiatric Association. *DSM IV*. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

Bilag 1

Akut stressforstyrrelse ifølge DSM IV (American Psychiatric Association, 1994).

- A) Stressor kriterie – som PTSD (som bilag 2)
- B) Dissociation
 - adskilthed, 'numbing'
 - begrænset opmærksomhed
 - derealisation
 - depersonalisation
 - amnesi
- C) Genoplevelse (som bilag 2)
- D) Undgåelse (se bilag 2, C1 + C2)
- E) Forhøjet vagtsomhed (som bilag 2)
- F) Varer mindst 2 dage og højst 4 uger
- G) Funktionsforstyrrelse (som bilag 2)

Skyldes ikke stofmisbrug, er ikke en kortvarig psykotisk episode eller en anden Akse I eller II tilstand.

Ad B: 3 af 5 symptomer skal være tilstede.

Ad C-E: 1 symptom skal være tilstede.

Bilag 2

Kriterier for PTSD ifølge DSM IV (American Psychiatric Association (35)).

- A) Personen har været udsat for en traumatisk begivenhed, der er kendetegnet ved to af de nedennævnte forhold:
- 1) Personen oplevede, var vidne til eller blev konfronteret med en begivenhed eller begivenheder, som indebar død eller trusler om død eller alvorlig kvæstelse eller trusler mod egen eller andres fysiske integritet.
 - 2) Personens reaktion involverede intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel.
- B) Den traumatiske begivenhed bliver til stadighed genoplevet på mindst én af følgende måder:
- 1) Gentagne, invaderende og belastende erindringer om det skete.
 - 2) Gentagne belastende drømme om begivenheden.
 - 3) Pludselig oplevelse af eller ageren som den traumatiske begivenhed gentog sig i nuet (f.eks. en oplevelse af at gennemleve begivenheden igen, oplevelse af illusioner, hallucinationer eller dissociative episoder ("flash backs")).
 - 4) Intens psykisk stress ved oplevelse af begivenheder, der symboliserer eller ligner den traumatiske begivenhed.
 - 5) Fysiologisk reaktivitet ved oplevelse af begivenheder, der symboliserer eller ligner den traumatiske begivenhed.
- C) Vedvarende forsøg på at undgå stimuli, der er forbundet med traumet, eller en følelsesmæssig tilbagetrækning ("numbness"), som ikke var til stede før traumet. Dette skal manifesteres ved mindst 3 af følgende symptomer:
- 1) Forsøg på at undgå tanker eller følelser forbundet med traumet.
 - 2) Forsøg på at undgå aktiviteter og situationer, der kan give erindringer om traumet.
 - 3) Manglende evne til at genkalde sig vigtige aspekter af traumet.
 - 4) Tydelig nedsat interesse for vigtige aktiviteter.
 - 5) En oplevelse af følelsesmæssig afsondrethed eller fremmedgørelse overfor andre.
 - 6) Begrænsning i det følelsesmæssige spektrum,, f.eks. manglende evne til at føle kærlighed overfor andre.
 - 7) En oplevelse af, at fremtidsmulighederne er begrænsede.
- D) Vedvarende symptomer på øget stress ("arousal"), som ikke var til stede før traumet. Dette skal manifestere sig ved mindst 2 af følgende symptomer:
- 1) Vanskelighed ved at falde i søvn eller sove igennem.
 - 2) Irritabilitet og vredesudbrud.
 - 3) Koncentrationsvanskeligheder.
 - 4) Overvagtssomhed
 - 5) Overreaktion på forskrækkelse ("startle response")
- E) Forstyrrelsen skal have været i mindst én måned.
- F) Forstyrrelsen forårsager en kliniske set betydelig belastning eller forringelse på det sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD),
forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer

Grupphandledning i psykoterapi inom utbildningsramar

Presentation av ett pågående forskningsprojekt,
samt preliminära resultat från en delstudie

Matrix 2004; 1, s. 60-73

Marie-Louise Ögren och Eva Sundin

I denna rapport presenteras först design och målsättningar för ett forskningsprojekt om grupphandledning i psykoterapi inom utbildningsramar. Därefter redogörs för preliminära resultat avseende ett av projektets delstudier med inriktning på handleddas och handledares uppfattning av hur gruppformatet använts och idealt bör användas i handledningen.

Delar av denna rapport har tidigare presenterats vid GRASP-konferensen, Stockholm, maj 2002 samt vid EFPP-konferensen, Stockholm, juni 2003.

Såväl i Sverige som i andra länder är handledning i psykoterapi, vid sidan av teoretiska moment, en föreskriven komponent i all utbildning och professionsträning i psykoterapi (1; 2; 3; 4). Handledningsmomentet syftar till att 1) stimulera integration av teori och kliniskt arbete, 2) utveckla studenternas professionella identitet samt 3) utgöra en kvalitetssäkring av de handleddas psykoterapiarbete (4; 5; 6; 7; 8). I ett första skede var individualhandledning den helt dominerande handledningsformen. Genom den formalisering av psykoterapiutbildningar på olika nivåer, som ägde rum under 1970-talet, kom grupphandledning att bli den mest tillämplade handledningsformen, både i Sverige och i andra länder. Det bör framhållas att handledningsmomentet är det i särklass mest kostnadskrävande utbildningsinslaget i psykoterapiutbildningar, oavsett utbildningsnivå. Grupphandledning infördes bland annat utifrån ekonomiska överväganden.

Psykoterapihandledning har en hög grad av komplexitet, vilket sannolikt bidragit till att det varit svårt att systematiskt utforska dess olika beståndsdelar och deras inbördes påverkan på varandra (4; 8; 9; 10). Grupphandledning bidrar, i än högre grad än individualhandledning, till handledningssituationens komplexitet. Detta kan både berika och, i vissa fall, också komplicera och försvåra lärandet. Kunskap om den lilla gruppens dynamik är av avgörande betydelse för att handledningsformen ska kunna nyttjas effektivt som pedagogiskt format (6; 11).

Fördjupad kunskap om grupphandledningens pedagogik och metod, grundad på empiriska och systematiska studier, efterfrågas såväl i Sverige som i andra länder. Anmärkningsvärt få systematiska studier har hittills gjorts (6; 12). Holloway och Wamphold (10) sammanfattar kunskapsläget med att konstatera att grupphandledning är "widely practiced, and poorly understood". En av de första utvärderingarna av grupphandledning inom psykoterapiutbildningar genomfördes under 1990-talet i samarbete mellan psykologiska institutionerna vid Stockholms, Lunds och Uppsala universitet samt Ericastiftelsen i Stockholm (5; 13; 14; 15). En rad angelägna forskningsfrågor aktualiserades i samband med detta utvärderingsprojekt. Dessa studier har i avgörande avseenden legat till grund för och kommit att utgöra förstudier till förestående projekt. Forskning om signifikanta vändpunkter i psykoterapeutiska processer (16) har aktualiserat frågor dels hur kvalitativa förändringar/vändpunkter i inlärnings- och gruppprocess kan identifieras och dels hur de kan relateras till gruppens förutsättningar och nyttjande som pedagogiskt format.

Tidigare studiers bidrag till projektet

Grupphandledning som begrepp. Det finns en tendens att betrakta all handledning som bedrivs i grupp som "grupphandledning", utan att specifikt reflektera över hur gruppen som pedagogiskt format kan/bör nyttjas. Hur gruppen används i psykoterapihandledning, beroende på de handledda gruppmedlemmarnas tidigare erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete och handledning liksom handledarens kunskap och erfarenhet av handledning i grupp och av gruppprocesser, har inte i någon högre utsträckning varit föremål för diskussion och problematisering. Vad vi vet att är att långt ifrån alla de handledare som idag bedriver grupphandledning har kunskaper om och tidigare erfarenheter av att arbeta med gruppprocesser. Man fick som kliniker och handledare, med basen i det individualpsykoterapeutiska perspektivet, "hänga med" den utveckling som skedde i samband med att merparten av handledningen kom att

bedrivs i grupp. Många ställde sig frågan hur man skulle kunna erbjuda god handledning "trots" gruppen. Sannolikt finns det ett stort behov hos både handledare och utbildningsanordnare att i större utsträckning få ventilera erfarenheter man gjort och gör av olika handledningsgruppers processer. Gruppen är ett kraftfullt instrument som kan ge upphov till såväl destruktiva som konstruktiva processer, där samtliga aktörer på ett eller annat sätt tenderar att bli indragna. Detta understyrker vårt behov av fördjupad kunskap i form av fler empiriska studier inom området, där en väsentlig fråga är hur vi bäst under olika förutsättningar använder oss av gruppen i psykoterapihandledning.

Proctor och Inskipp (17) presenterade en intressant genomgång av några olika sätt att pedagogiskt använda sig av gruppen som inlärningsforum. Författarna beskriver för- och nackdelar med olika sätt att förhålla sig till gruppen i en psykoterapihandledning. De talar om den mer individuellt inriktade handledningen i termer av att ha *handledning i en grupp*, och menar att fördelarna kan vara att man minimerar gruppenergin och därmed risken för destruktiva gruppprocesser. Arbetssättet kan upplevas tryggare för personer som upplever skepsis eller misstro inför grupper. Avsidos att arbeta på detta sätt är att gruppmedlemmarna kan bli mer passiva, att handledarens infallsvinklar kan bli dominerande och att gruppmedlemmarnas möjligheter att bidra med synpunkter begränsas.

I det som författarna kallar *handledning med en grupp* har handledaren fortfarande en aktiv och dominerande roll. Efterhand som handledningen pågår skolas dock gruppmedlemmarna in i och uppmuntras att delta mer aktivt med egna infallsvinklar på de handledningsärenden som presenteras i gruppen. Fördelar med detta arbetssätt är enligt Proctor och Inskipp att man i större utsträckning kan ta tillvara gruppens möjligheter. Som gruppmedlem får man förutom egen handledning också erfarenhet av att bidra till handledningsprocessen och att utveckla sin kunskap om gruppens interaktion. En nackdel kan vara att de handledda i vissa skeden kan känna sig mer osäkra; man måste utveckla ett nytt förhållningssätt när det gäller att fördela tid och uppmärksamhet och att hitta sin plats i gruppen.

En tredje form av grupphandledning, *handledning genom en grupp*, bör kanske i första hand användas vid handledning av erfarna terapeuter (17; 18). Denna handledningsform kännetecknas av att handledaren stimulerar gruppdeltagarna till att ta ett delat ansvar för handledningsuppgiften. Man får möjlighet

att arbeta med parallellprocessmaterial genom gruppens speglande funktion och man får del av en mångfald teoretiska synsätt, behandlingsstilar och kliniska erfarenheter. Altfeld och Bernard (18) menade att denna typ av gruppHandledning förutsätter att handledare och handledda aktivt valt att arbeta med gruppens potential.

Med Proctor och Inskipp's resonemang kan väsentliga frågor kring handledningen ställas; eftersträvas *handledning i en grupp* där utgångspunkten är ett dyadiskt relaterande mellan handledaren och var och en av gruppens medlemmar, i närvaro av en handledningsgrupp; eller, eftersträvas *handledning med eller genom en grupp*, där fokus ligger på såväl de enskilda gruppmedlemmarna som på gruppen, och där alla interaktioner i gruppen utgör väsentliga delar av handledningsprocessen och utnyttjas i lärandet. De olika formerna av gruppHandledning har rimligen sina respektive fördelar, och genererar olika typer av dynamik, möjligheter och svårigheter (11; 17; 19). Proctor och Inskipp (17) betonade att ju mer handledaren öppnar för att använda sig av gruppens kraftfält som en potential i handledningen, desto mer uppmärksam måste han eller hon vara på att förhindra att destruktiva grupprocesser utvecklas.

I det pågående projektet undersöks hur handledare och handledda upplever att gruppen används som ett pedagogiskt format, och samband mellan det pedagogiska formatet och grupphandledningens processer och utfall.

Handledningsgruppens sammansättning. Brown (21) hävdade att en viss grad av olikhet gruppmedlemmarna emellan befrämjar arbetet i en grupp, medan alltför stora likheter hämmar gruppens arbete. Samtidigt kan en alltför stor heterogenitet i gruppen vad gäller t.ex. kön, bakgrund, utbildning, nationalitet, liksom om vissa känner varandra mer än andra, kan bli en negativt bidragande faktor i gruppens arbete (6).

En ökad förståelse av konsekvenserna av hur gruppen är sammansatt framstår som ett viktigt område att utforska vidare. Föreliggande forskningsprojekt kommer att undersöka vilken betydelse handleddas respektive handledares kön, ålder och tidigare yrkeserfarenhet har på grupphandledningens process och utfall. Vilken betydelse handledarens erfarenhet av handledning och grupprocesser har, kommer också att undersökas.

Gruppklimat. Tidigare studier (5; 13; 15) talar för att de handledda i vissa skeden kan uppleva att klimatet i handledningsgruppen försvårar inläringen, lik-

väl som gruppen också kan upplevas som en trygghet med potentialer att härberga såväl psykoterapeutiska processer i terapierna som de handleddas egna utvecklingsprocesser. Dessa studier antydde också att relationen mellan de handleddas upplevelse av gruppklimatet och hur mycket man tyckte att man lärde sig var komplicerad. Den studerandes upplevelse av gruppklimatet måste sannolikt förstås utifrån de utmaningar man som handledd ställs inför i samand med att man konfronteras med såväl klientens problematik, som olika mer eller mindre medvetna sidor hos sig själv som handledd terapeut i ett gruppsammanhang. Utmanande skeden i handledningsgruppens arbete behöver också förstås över tid och relateras till signifikanta och kvalitativa förändringar av gruppklimat och kliniskt arbete (16).

Som handledare kan man ibland behöva stöd och vägledning och tillgång till mer kunskap för att kunna förstå hur man bäst ska bemöta olika reaktioner som kommer från de handledda i gruppen. Vilka reaktioner är uttryck för det växande som de handledda i gruppen är involverade i? Vilka reaktioner behöver och kan mötas med klargörande interventioner om gruppens process? När ska man lyfta upp underliggande spänningar och när ska man "lägga locket på"?

I det aktuella forskningsprojektet undersöks de strategier som handledare använder för att hantera sådana situationer, de val som handledaren fattar, och konsekvenser av dessa val i termer av handledningens processer och utfall.

Handledarstilar. Från tidigare studier vet vi att handledarens "pedagogiska stil" förefaller ge återverkningar på de handleddas upplevelse av såväl grupprocess, gruppklimat som kunskapsutveckling (14; 15; 20). Vad som är utmärkande för olika handledarstilar, hur dessa är relaterade till olika gruppformat, grupprocess och utfall av handledningen återstår att utforska närmare, vilket föreliggande studie avser att göra. På samma sätt behöver vi mer systematisk kunskap som belyser om och på vilket sätt handledarens stil varierar beroende på i vilket skede av processen handledningen befinner sig.

Forskningsstudiens målsättningar

Forskningsprojektets övergripande syfte är att bidra till kunskapsutvecklingen kring gruppHandledning i psykoterapi. Projektet bedrivs i nätverk mellan flera lärosäten; Psykologiska institutionen vid Stockholms universitet (med. dr. Marie-Louise Ögren, projektledare), Institutionen för beteendevetenskap vid Linköpings universitet (docent Dan Stiwne, psykolog Johan Näslund), Inti-

tutionen för psykologi vid Umeå universitet (fil. dr. Eva Sundin, vetenskaplig ledare och fil.dr. Britt Wiberg), Ericastiftelsen (docent Gunnar Carlberg och professor Siv Boalt Boëthius) och S:t Lukas utbildningsinstitut i Stockholm, Göteborg, Lund och Luleå (fil.dr. Björn Elwin, psykolog Raili Hultstrand).

Projektet kommer att studera handledare och handledda som arbetar med olika psykoterapiinriktningar (psykodynamisk, kognitiv, kognitiv-beteendeterapeutisk, generalistisk/eklektisk), och på tre olika utbildningsnivåer: grundläggande utbildning (steg I), psykoterapeututbildning (steg II) samt handledarutbildning. Projektet avser också att studera skillnader mellan olika utbildningsnivåer och psykoterapiinriktningar vad gäller grupphandledningsformat (det vill säga alternativa sätt att använda gruppen som pedagogiskt redskap och metod i handledningens lärandeprocess), handledarstilar, gruppklimat och lärande. En annan fråga som studien fokuserar på är hur olika antagningförfaranden (betyg alternativt betyg/intervju), grupphandledningsformat, handledarstilar och gruppammansättning (handleddas och handledares ålder, kön, tidigare yrkesmässig erfarenhet) påverkar gruppklimat och lärande.

Datansamlingen omfattar såväl studerande som handledare och därmed möjliggörs jämförelser mellan dessa kategorier. Kvalitativa förändringar av gruppklimat och psykoterapeutisk verksamhet kommer att belysas liksom utveckling över tid (baserade på skattningar från tre tidpunkter Början, Mitt, Slut av den 3-4 terminer långa handledningsperioden).

Metod

Projektets undersökningsgrupp

Datansamlingen påbörjades år 2002 och kommer att pågå till och med 2005. Projektet planerar att under denna tid samla in data från 184 handledningsgrupper. Översikt av den planerade datansamlingen framgår av tabell 1.

Tabell 1. Översikt av huvudprojektets datainsamling

	Utbildningsnivå	
	Grundläggande utbildning	Psykioterapeututbildning/ handledarutbildning
Antal handledningsgrupper (3-4 studenter/grupp)	157 grupper	27 (21/6) grupper
Inriktning	dynamisk (n=61) kognitiv beteendeterapeutisk (n=35) eklektisk (n=61)	dynamisk

Undersökningsinstrument i projektet

Våra undersökningsinstrument består av tre frågeformulär där handledda och handledare ombeds att skatta sina erfarenheter av olika aspekter av grupphandledningen. Den handledda bedömer sin egen kunskapsutveckling, gruppklimat, handledarstil samt hur gruppen som pedagogiskt format nyttjats. Handledaren bedömer på motsvarande sätt respektive studerandes kunskapsutveckling, gruppklimatet, egen handledarstil och hur gruppen som pedagogiskt format nyttjats. Formulären innehåller också frågor med öppna svarsalternativ som rör kvalitativa förändringar/vändpunkter i gruppklimatet och den psykioterapeutiska processen (som är relaterade till handledningen). I ett senare skede kommer dessa data att kompletteras med ytterligare kvalitativa data.

Preliminära resultat från en delstudie

Syfte och frågeställningar

Den aktuella studien syftade till att belysa hur handledda och handledare på grundläggande utbildningsnivå, oavsett psykioterapeutisk inriktning, uppfattade att gruppen tagits i bruk under handledningen och hur man önskade att gruppformatet idealt hade använts.

Frågeställningarna fokuserade på

1. Skillnader mellan skattningar avseende aktuellt och idealt nyttjande av gruppformatet.
2. Skillnader mellan handleddas och handledares skattningar avseende aktuellt och idealt nyttjande av gruppformatet.

Undersökningsgruppen

De analyser som presenteras i detta sammanhang bygger på initialskattningar på grundutbildningsnivå från 70 handledningsgrupper, med i genomsnitt tre studenter och en handledare i varje grupp. Data från 217 handledda och deras handledare ligger till grund för beräkningarna. Vad gäller psykoterapeutisk inriktning är alla tre förekommande inriktningar företrädda (Psykodynamisk = 41 grupper; Kognitiv-beteendeterapeutisk = 16 grupper och Eklektisk = 13 grupper). I detta skede har dock inga beräkningar gjorts av eventuella skillnader mellan olika psykoterapiinriktningar. De analyser som presenteras rör den del av frågeformuläret som fokuserar på hur handledda och handledare uppfattar att gruppen används, respektive hur man skulle önska att gruppen användes som pedagogiskt verktyg i psykoterapihandledningen.

Undersökningsinstrument och genomförande

Handledare och handledda skattade på en femgradig skattningsskala (1-5) följande påståenden:

1. Gruppen är ett forum för individualhandledning i grupp;
2. Grupprocesser som kan försvåra lärandet i handledningen uppmärksammas och tydliggörs;
3. Gruppens samspel utnyttjas i syfte att de handledda ska lära av varandra;
4. Gruppens samspel utnyttjas i lärandet för att avläsa hur klientmaterialet kan avspeglade sig i grupprocessen.

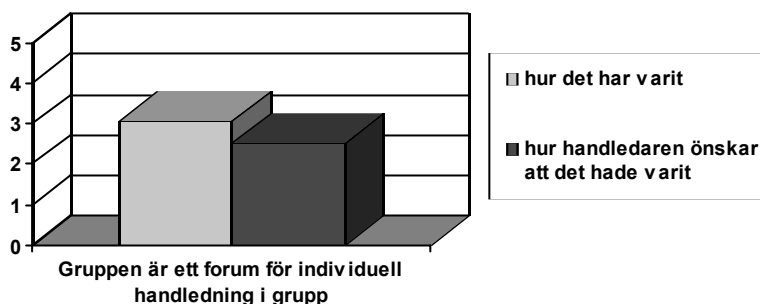
Skattningsskalans "1" innebar att skattaren upplevt att gruppen inte alls hade använts som ett pedagogiskt redskap, medan skattningspoäng "5" innebar att skattaren upplevt att gruppen i hög grad hade använts som pedagogiskt redskap.

Resultat

Handledarnas genomsnittliga svar presenteras i form av text och figurer, där efter följer en summering av de handleddas genomsnittliga svar.

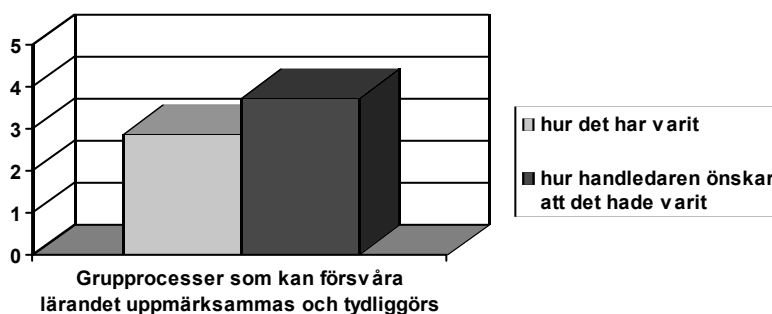
Handledarnas syn på hur gruppen nyttjats som pedagogiskt redskap. Handledarnas syn på "Gruppen som ett forum för individualhandledning i grupp" framgår av figur 1. Figuren visar att den genomsnittliga handledaren uppfattade att psykoterapihandledningen till stor del hade skett som individualhandledning i grupp (se vänstra stapeln, figur 1). Den högra stapeln visar att handledarna

dock önskade att handledningen i mindre grad hade haft karaktären av individuell handledning i grupp.



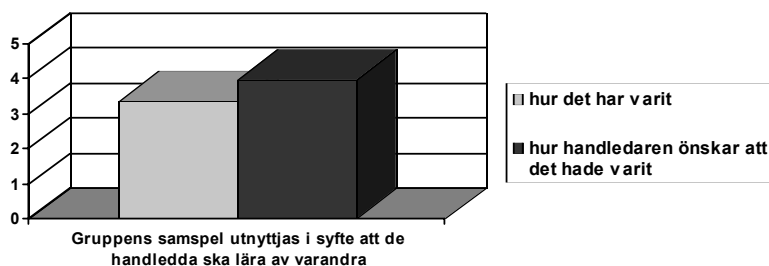
Figur 1. Handledarnas skattning av i vilken utsträckning gruppen hade använts som ett forum för individuell handledning i grupp, och hur handledarna önskar att det hade varit i detta avseende

Handledarnas uppfattning om i vilken grad "Grupprocesser som kan försvåra inlärandet i handledningen uppmärksammas och tydliggjorts" framgår av figur 2. Den vänstra stapeln i figur 2 visar att den genomsnittliga handledaren uppfattade att handledningsgruppen i relativt liten utsträckning hade arbetat med grupprocesser som kunde försvåra inlärandet. Den högra stapeln visar emellertid att handledarna önskade att denna typ av grupprocesser hade uppmärksammas och tydliggjorts i betydligt högre utsträckning.



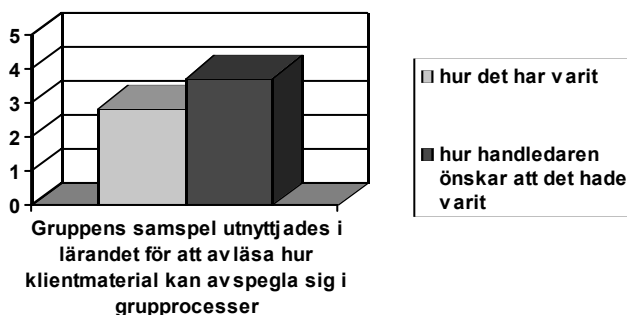
Figur 2. Den genomsnittliga handledarens skattningar av i vilken utsträckning grupprocesser som kan försvåra inlärandet hade uppmärksammas och tydliggjorts, och hur handledarna önskar att det hade varit i detta avseende

I figur 3 ser vi handledarnas genomsnittliga skattningar av hur man uppfattade att *Gruppens samspel utnyttjades i syfte att de handledda skulle lära av varandra*. Figuren visar att den genomsnittliga handledaren ansåg att gruppens interaktioner hade använts i relativt stor omfattning som ett pedagogiskt hjälpmedel för att underlätta arbetet för de handledda med att lära av varandra (figur 3, vänster stapel). Som vi ser i figurens högra stapel ansåg handledarna att det vore önskvärt att gruppinteraktioner i handledningen i än högre grad hade använts för att underlätta för de handledda i arbetet att lära av varandra.



Figur 3. Handledarnas genomsnittliga skattning av i vilken utsträckning som gruppens samspel utnyttjats i syfte att de handledda ska lära av varandra, samt i vilken grad de önskade att gruppens samspel hade använts som pedagogiskt redskap

Figur 4 visar handledarnas genomsnittliga skattningar av hur "Gruppens samspel hade utnyttjats i lärandet för att avläsa hur klientmaterialet kunde avspegla sig i gruppprocessen". Av figuren framgår också i vilken utsträckning handledarna hade önskat att gruppinteraktioner hade använts i detta syfte. Det föreligger en relativt stor skillnad mellan hur mycket den genomsnittliga handledaren uppfattade att gruppssamspelen hade utnyttjats för att hjälpa de handledda att lägga märke till hur klientmaterialet kan avspegla sig i gruppprocesser, och den utsträckning som de hade önskat att gruppens interaktioner hade använts som ett pedagogiskt redskap i detta avseende.



Figur 4. Handledarnas genomsnittliga skattning av i vilken grad gruppens samspel hade utnyttjats i lärandet för att avläsa hur klientmaterialet kan avspeglas i grupprocesser, och i vilken utsträckning de önskade att gruppinteraktioner hade använts för att underlätta de handledas lärande i detta avseende

Handledas syn på hur gruppen nyttjats som pedagogiskt redskap. Det är värt att notera att när det gällde synen på i vilken utsträckning "Grupprocesser som kan försvåra inlärandet i handledningen uppmärksammas och tydliggjorts", liksom hur mycket "Gruppens samspel utnyttjats i syfte att de handleda skulle lära av varandra", och "Gruppens samspel utnyttjats i lärandet för att avläsa hur klientmaterialet kan avspeglas i grupprocessen" så hade handledare och handleda en likartad uppfattning, både när det gäller bedömningen av hur det faktiskt varit, och hur man önskade att det hade varit under handledningen. Med andra ord hade såväl handledare som handleda en genomgående önskan att man i större utsträckning skulle använda sig av och arbeta med gruppens dynamik i handledningen.

När det gällde synen på "I vilken utsträckning handledningen skulle bedrivas som individualhandledning i grupp", uppmättes en klar skillnad mellan de handledas och handledarnas skattningar. I likhet med handledarna ansåg de handleda att handledningen hade haft karaktären av individuell handledning i grupp. När det gällde hur en ideal handledning skulle se ut visade de handledas genomsnittliga skattning, till skillnad från handledarnas skattningar (figur 1), att man var relativt nöjd med att grupphandledningen hade fokus på individen.

Sammanfattningsvis finns en tydligt uttalad önskan både hos handledare och handleda att gruppens potential ska tas i beaktande i större utsträckning än vad som idag sker. Skillnaden mellan handledare och handleda vad gäller i

vilken utsträckning grupphandledningen ska vara ett forum för individualhandledning i grupp eller grupphandledning i psykoterapi kan förstås dels utifrån att det rörde sig om initialskattningar hos oerfarna psykoterapeuter, som i början av det terapeutiska arbetet rimligen hade ett behov av individuell vägledning. Det är också sannolikt att gruppens process i initialskedet inte hade kommit igång fullt ut; därmed kändes det kanske inte möjligt för den oerfarne studentterapeuten att se gruppmedlemmarnas potential som ett komplement till handledarens synpunkter på dennes terapeutiska arbete.

Denna preliminära studie har gett indikationer på hur handledda och handledare i ett initialskede uppfattar att gruppformatet används; hur gruppen faktiskt nyttjas; och hur gruppen idealt bör tas i bruk i en handledning. Studiens resultat kommer att replikeras på basis av den större datamängd som kommer att finnas i vår databas om något år. Förändringar över tid och eventuella variationer vad gäller synen på hur gruppen bäst bör utnyttjas, hos handledare och handledda som arbetar med olika psykoterapiinriktningar, återstår också att undersöka.

Avslutande reflektioner

I många länder har psykoterapiutbildningar på olika nivåer tyngdpunkten på handledning i grupp. Trots att handledningsmomentet är det mest kostnadskrävande inslaget i dessa utbildningar har ytterst få systematiska studier publicerats (12). Dessutom kan fördjupad kunskap, byggd på en systematisk insamling av de erfarenheter som görs i grupphandledning på olika utbildningsnivåer, förhoppningsvis bidra till att utveckla pedagogiken inom grupphandledning. Detta är angeläget, och efterfrågat av såväl handledare, handledda som utbildningsanordnare.

En styrka med det aktuella forskningsprojektet är att datainsamlingen omfattar ett stort antal handledare, handledda och handledningsgrupper från olika svenska utbildningsinstitutioner, och från olika utbildningsnivåer och psykoterapiinriktningar. Datainsamlingens tyngdpunkt ligger på insamling av kvantitativa data, vilket kan ge möjligheter till att identifiera situationer och fenomen som i ett senare skede av projektets arbete kan utforskas närmare genom kvalitativa studier (22). På samma sätt kan formulärens öppna kvalitativa frågor ge indikationer på situationer i en handledningsprocess, som i ett senare skede kan studeras med mer ingående kvalitativa analyser. Intervjuer med handledda och handledare, liksom videobandade handledningssessioner kan utgö-

ra ett viktigt komplement för förståelsen av de data och analyser som föreliggande projekt avser att kunna presentera.

Självfallet är det många områden som kommer att kvarstå att utforska inom gruppHandledningens område. Ett viktigt fält där gruppHandledning sedan många år tillämpats är inom olika typer av behandlingsverksamheter. Det är rimligt att tänka sig att handledning i grupp inom utbildningsramar respektive inom verksamhetsramar har likheter, men att de också skiljer sig åt i flera avseenden. En viktig forskningsuppgift vore att utforska de specifika faktorer som påverkar grupprocessen i handledning som sker inom behandlingsverksamhetens ramar.

Forskningsområdet är komplext, precis som handledning i grupp i sig är komplext, och involverar en mängd olika faktorer som var och en påverkar varandra. Behovet av mer systematisk kunskap inom detta tillämpningsmässigt angelägna men forskningsmässigt eftersatta område är stort. Förhoppningsvis kommer resultaten av detta projekt att kunna bidra med ytterligare kunskap inom området. Samtidigt kan man konstatera att dessa studier fortfarande endast utgör startpunkten i utforskandet av gruppens inverkan och betydelse i handledningssammanhang.

Författarna vill tacka de kollegor som ingår i forskargruppen, nämligen docent Dan Stiwne, psykolog Johan Näslund, Institutionen för beteendevetenskap vid Linköpings universitet, fil.dr. Britt Wiberg,, Institutionen för psykologi vid Umeå universitet, fil.dr. Björn Elwin och leg psykolog/psykoterapeut Raili Hultstrand, S:t Lukas utbildningsinstitut i Stockholm, Göteborg, Lund och Luleå samt docent Gunnar Carlberg och professor Siv Boalt Boëthius, Ericastiftelsen, Stockholm. Vi vill rikta ett speciellt tack till professor Siv Boalt Boëthius för stöd och konstruktiva synpunkter.

Referenser

1. Clarkson, P. (1998). *Supervision. Psychoanalytic and Jungian perspectives*. London: Whurr Publishers Ltd.
2. Gordan, K. (1996). *Psychotherapy supervision in education, clinical practice and institutions*. New York: Jason Aronson.
3. Högskoleverket (1999). Psykoterapeutexamen. Examensrätter för tio enskilda utbildningsanordnare. Rapport 9 R.
4. Rønnestad & Reichelt (1999). Veiledning i psykoterapeutisk arbeid. I M.H. Rønnestad & S. Reichelt (red), *Psykoterapiveiledning* (s 247-267). Oslo: Tano Aschehoug.

5. Boalt Boëthius, S. & Ögren, M-L. (2000). Role patterns in group supervision. *The Clinical Supervisor* 19, 45-69.
6. Boalt Boëthius, S. & Ögren, M-L. (2003). *Grupphandledning. Den lilla gruppens som forum för lärande*. Stockholm: Mareld, Ericastiftelsen.
7. Skovholt, T. M. & Rønnestad, H. M. (1992). *The evolving professional self. Stages and themes in therapists and counselors development*. New York: International University Press.
8. Watkins (1997). *Handbook of psychotherapy supervision*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
9. Szecsödy, I. (1990). *The learning process in psychotherapy supervision*, Department of Psychiatry, Karolinska Institutet, Sankt Görans Hospital.
10. Wamphold, B.E. & Holloway, E. (1997). Methodology, design and evaluation in psychotherapy supervision research. I E. Watkins (red). *Handbook of psychotherapy supervision* (s 11-27). New York: John Wiley & Sons, Inc.
11. Hawkins, P. & Shohet, R. (2000). *Supervision in the helping professions*. Philadelphia: Open University Press.
12. Ögren, M-L. (2001). Group supervision. Learning psychotherapy in a small group format. *Institutionen för Humaniora, Informatik och Samhällsvetenskap. Karolinska Institutet*.
13. Ögren, M-L., Apelman, A. & Klawitter, M. (2001). The group in psychotherapy supervision. *The Clinical Supervisor* 20, 147-175.
14. Ögren, M-L. & Jonsson, C-O. (in press). Supervisees' and supervisors' views on psychotherapeutic skill following group supervision. *The Clinical Supervisor*.
15. Ögren, M-L. & Jonsson, C-O. (2001). Focus and climate in group supervision of psychotherapy and their relation to attained skill. I M-L. Ögren (2001). *Group supervision. Learning psychotherapy in a small group format*. Institutionen för Humaniora, Informatik och Samhällsvetenskap. Karolinska Institutet.
16. Carlberg, G. (1999). *Vändpunkter i barnpsykoterapier*. Psykoterapeuters erfarenheter av förändringsprocesser. Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
17. Proctor, B. & Inskipp, F. (2001). Group supervision. I J. Scaife (red) *Supervision in mental health professions. A practitioner's guide* (s 99-121). London: Brunner-Routledge.
18. Altfeld, D. A. & Bernard, H.S. (1997). An experiential group model for group psychotherapy supervision. In Watkins, C. (1997). *Handbook of psychotherapy supervision* (s 381-399). New York: John Wiley & Sons, Inc.
19. Ögren, M-L. (2002). Grupphandledning inom utbildningsramar. En forskningsansats. I B. Wiberg (Red.) *Vart leder handledning. En lägesbeskrivning efter två decennier.PHI:s Jubileumsskrift*. Stockholm: Typoprint.
20. Reichelt, S. & Skjerve, J. (1999). En kvalitativ undersökelse av veiledning i Norge. I M.H. Rønnestad & S. Reichelt (red), *Psykoterapiveiledning* (s 13-33). Oslo: Tano Aschehoug.
21. Brown, R. (2000). *Group processes*. (Second edition). Oxford: Blackwell Publishers.
22. Bryman, A. (1995). *Quantity and quality in social research*. London: Routledge.

Bog anmeldelser

Matrix 2004; 1, s. 74-86

Kristian Valbak:

Suitability for psychoanalytic psychotherapy

Ph.D. thesis. Arhus: Faculty of Health Sciences, University of Arhus

Anmeldt av Asle Hoffart

Mange psykoterapeuter i Norden anvender psykoanalytiske og psykodynamiske forståelsesmåter i sin praksis. Samtidig er disse terapiformene blitt lite empirisk undersøkt. Derfor er det både spennende og prisverdig når Kristian Valbak i sin avhandling "Suitability for psychoanalytic psychotherapy" foretar en empirisk studie av pasienters egnethet for psykodynamisk terapi. Ifølge grunnantagelser i denne terapiretningen, så kan egnethetsstrekk hos pasienten best avdekkes under de følgende betingelser:

- det opprettes en samhandlingssituasjon med en kyndig intervjuer
- intervjuet utføres mest mulig likt den terapiform som pasienten vurderes for
- egnetheten leses direkte av pasientens måte å samhandle med intervjuer på

Følgelig må intervjumetoder og observasjonskriterier utvikles, og Valbak og medarbeidere synes å ha gjort et solid arbeid i utviklingen av slike metoder og i utprøvingen av metodenes psykometriske egenskaper. Avhandlingen innbefatter en oversikt over kvantitative studier av prognostiske pasienttrekk i psykoanalytisk psykoterapi, en validering av et dynamisk bedømmelsesintervju (the Dynamic Assessment Interview) ved å studere forløpet hos ikke-psykotiske pasienter som gjennomgår psykodynamisk individualterapi, og en validering av et annet dynamisk bedømmelsesintervju (Assessment of Psychotic Patients for Psychotherapy) spesielt utformet for psykotiske pasienter ved å studere terapitilknytning hos schizofrene pasienter. Når det gjelder valideringsvariabler i terapiprosessen, så er det uheldig at utelukkende ikke-spesifikke prosesser som allianse og

terapitilknytning studeres. Spesifikke dynamiske prosesser burde være av langt større teoretisk og klinisk interesse. Som forfatteren fastslår, finner han dessverre bare lave korrelasjoner mellom egnethetsvariabler på den ene siden og allianse og utfall på den andre. Mangetydigheten av disse funn blir overveldende så lenge den spesifikke virkningen av psykodynamiske terapiformer og hva slags prosesser som fører til en eventuell virkning ikke er dokumentert. Således er det et åpent spørsmål om sammenhengene uttrykker egnethetens forhold til noe som skjer i terapien eller til noe som skjer i det naturlige livsforløp *utenom* terapien.

I avhandlingens to siste artikler forlattes den annonserte problemstillingen om egnethet. I en artikkel rapporteres forløpet hos 12 kronisk bulimiske pasienter som gjennomgår analytisk gruppebehandling. Denne artikkelen er interessant da ellers behandlingsresistente pasienter ser ut til å gjennomgå store endringer. Jeg synes imidlertid det er vanskelig å forestille seg hva som skjer i behandlingen. Et par kliniske eksempler, enten i artikkelen eller sammendraget, kunne ha hjulpet. I den siste artikkelen foretas en såkalt kvalitativ undersøkelse av den analytiske gruppebehandling. Beteg-

nelsen "kvalitativ" misbrukes her da det mer dreier seg om en samling løse refleksjoner enn en systematisk kvalitativ tilnærming.

Valbaks avhandling er av interesse for fagpersoner som er opptatt av systematisering og empirisk utprøving av psykodynamiske begreper. I sammenheng med avhandlingen kan det være interessant også å lese grunnartikkelen om the Dynamic Assessment Interview (Rosenbaum, Selzer, Valbak, Hougaard, & Sommerlund, 1997) og andre nordiske framstillinger av beslektede psykodynamiske egnethetsintervjuer (Gullestad & Killingmo, 2002; Havik, 2002).

Referanser

- Gullestad, S. E., & Killingmo; B. (2002). Dybdeintervjuet: Dialogen bak dialogen. I M. H. Rønnestad & A. Von der Lippe (Eds.), *Det kliniske intervjuet* (ss. 123-147). Oslo: Gyldendal.
- Havik, O. (2002). Planlegging av korttids dynamisk psykoterapi – noen hovedprinsipper. I M. H. Rønnestad & A. Von der Lippe (Eds.), *Det kliniske intervjuet* (ss. 148-166). Oslo: Gyldendal.
- Rosenbaum, B., Selzer, M. A., Valbak, K., Hougaard, E., & Sommerlund, B. (1997). The Dynamic Assessment Interview: testing the psychodynamic assessment variables. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 531-538.

Sigmund Karterud:
Fra narcissisme til selvpsykologi
– en indføring i Heinz Kohuts forfatterskab
Dansk oversættelse fra norsk på Forlaget Klim, Århus 2000, 232 sider

(Gen)anmeldt af Peter Gottlieb

Med Sigmund Karterud som guide gennem Heinz Kohuts forfatterskab er man i godt selskab. Bogen udkom i 1995 på norsk og blev i 1998 anmeldt i Matrix (1), men nu findes den altså på dansk og kan nok fortjene en ny omtale.

Kohut og Freud

Kohuts ide om, at vi livet igennem søger og bruger selvobjekter som grundlag for vort psykologiske liv, illustreres af historien om ham selv, der som 25-årig i 1938 i Wien fra personen lige nåede at se Freud i sit tog på flugt mod friheden. Kohut løftede i ærbødighed hatten for den gamle mester, der uden at kende den unge mand venligt hilste tilbage gennem kupérudden. De mødtes aldrig siden, men Kohut bevarede livet igennem sin respekt for psykoanalysens fader.

Ligesom Freud undslap Kohut fra nazistret i Wien, og i 1940 kom han til Chicago, hvor han boede, til han døde i 1981, 4 dage efter at han havde holdt sit sidste foredrag. Ligesom

Freud klarede han sig tidligt i sin karriere godt i det neuromedicinske speciale, og ligesom sit forbillede helligede han sig senere fuldstændigt psykoanalysen. Han blev præsident for den amerikanske psykoanalytikerforening, vicepræsident i den internationale psykoanalytikerforening, medlem af bestyrelsen for "The Freud Archives" og fik tilnavnet "Mr. Psychoanalysis". Fra slutningen af 1960'erne begyndte han imidlertid på grund af sin selvpsykologiske teori at komme i modsætning til den dengang i analytiske kredse dominerende egopsykologi. Livet igennem var han opmærksom på spørgsmålet om, hvordan hans synspunkter og selvpsykologi forholdt sig til de klassiske freudianske teorier.

Trods sin respekt blev Kohut gradvis mere uafhængig af sit forbillede og anførte i sit sene forfatterskab, at Freuds brug af Ødipusmyten var suggestiv og forførende og kun glimtvis kunne bruges i klinikken til de patienter, der søgte Kohut. I stedet for, som Freud, pessimistisk og negativ

at anse, at mennesket må opdrages for at holde det indre dyr – og dermed barbariet – i skak, var Kohut mere positiv. Som modsætning til Freuds anvendelse af den dramatiske Ødipusmyte benyttede Kohut en mere humanistisk myte, historien om Odysseus, der spillede sindsygt for at undgå krigstjeneste, men som blev afsløret, da han, selv om han pløjede med et æsel og en okse bundet sammen, og selv om han brugte salt som såsæd, undlod at nedpløje sin lille søn, som sessionsfolkene havde placeret foran ploven, idet han med Kohuts ord foretog “the semicircle of mental health” uden om drengen. Kohut er her muligvis ikke så spændende som Freud, men man kunne finde ham mere sympatisk. Mens sandheden var Freuds fremmeste mål, tilstræbte Kohut, at hans patienter opnåede visdom, herunder accept af livets forgængelighed, empati, kreativitet og humor.

Empati og selvobjekter

I 1957 holdt Kohut sit første foredrag om empati, som efterfølgende, omend med nogen møje, blev publiceret i *International Journal of Psychoanalysis*. Baggrunden for møjen var Kohuts begyndende afstandtagen til den freudianske ego-psykologiske bastante mekanisering af de psykiske strukturer og deres indbyrdes konflikter. Kohut mente for

eksempel, at dependens ikke nødvendigvis er baseret på oral fiksering, og at pottetræning ikke altid er en anal konflikt mellem id og ego, men som oftest udspiller sig i en positiv relation mellem et barn og nogle forældre, der lærer barnet at mestre en færdighed. Kohut fandt det i øvrigt for firkantet at reducere seksualitet (Eros) til et livsdrift-derivat. Kohut ville andet og mere end blot at videreudvikle freudiansk psykoanalytisk tankegang, og han tog udgangspunkt i at fokusere på det interpersonlige felt mellem analytiker og analysand. Med empati – af Kohut defineret som “vicarious introspection” – til måling af analysandens psykiske tilstand kan analytikeren begribe, hvordan verden og følelserne hænger sammen for analysanden. Den empatiske metode banevejen for Kohuts ide om selvobjekterne, som er de særlige andre, der til det subjektive selv leverer harmoni, styrke, fasthed, vitalitet og kreativitet. Forældre, andre nære pårørende og siden i livet eventuelt også psykoterapeuter og andre kan tjene som selvobjekter. Selvobjekterne er mere modulerede af subjektet og dermed mere “subjektive” end de ortodokse psykoanalytiske objekter. Selvobjekter tages for givet og integreres gradvis i selvet, og Kohut sammenligner selvets forventning om eksistensen af selvobjekterne med levende væsners forventning om, at der er ilt i den luft, der ind-

åndes. Til illustration af Kohuts mening med selvobjekterne og deres betydning kan refereres, at han mente, at når ofre for incest begået i barndommen livet igennem er psykisk belastede, er det måske ikke så meget på grund af selve de fysiske overgreb, men mere fordi det tidlige selvobjekt-miljø har været skadeligt; forældre, der krænker eller tilføjer, at der krænkes, kan næppe være særlig gode selvobjekter.

Optimal frustration

Freud og egopsykologerne forstod mange psykiske vanskeligheder som forårsaget af konflikter mellem psykiske strukturer. Kohut spurgte, om det ikke kan være selve strukturen, der er defekt. I begyndelsen af 1960'erne beskrev han begreberne optimal frustration og omdannende internalisering – "transmuting internalisation". Ved at frustrere barnet under iagttagelse af passende timing og tuning hjælper selvobjektet (forælderen) barnet til at internalisere og integrere, og derved opbygges en sundt fungerende psykisk struktur. Hvis forholdet mellem barnet og forældrene ikke er optimalt, risikerer barnet at udvikle umodne narcissistiske træk, eventuelt i form af perversioner, hypokondri eller misbrug. I vekslende grad kan der herimod udvikles forskellige former for kompensatorisk struktur. Ved senere psykoanalyse kan disse kompensa-

toriske strukturer søges yderligere styrket.

De horisontale og det vertikale split

I modsætning til Freud anså Kohut, at kun en del af det Ubevidste er bevogtet af en barriere af forsvarsmekanismer – det Horisontale Split. En anden del af det Ubevidste er indirekte (gennem såkaldt progressiv metabolisering) i forbindelse med det Bevidste, men adskilt fra mere modne og velfungerende dele af selvet af det Vertikale Split. Tilstedeværelsen af det Vertikale Split forklarer, at en person kan have en adfærd, som han er bevidst om er umoden og uhensigtsmæssig, men som han alligevel ikke kan ændre.

Narcissismen og det bipolare selv

Freuds ideer om narcissisme stammede fra begyndelsen af 1900-tallet og var stort set ukommenterede, indtil Kohut ud fra sin kliniske erfaring gjorde op med den tankegang, at narcissisme blot er udtryk for psykisk umodenhed, og at det i psykoterapi drejer sig om at få libidoen drejet væk fra subjektet og over på objektet. Vor narcissisme slipper vi aldrig for, hævdede Kohut, men den kan i løbet af tilværelsen modnes, jo mere, jo bedre selvobjektmiljø vi omgiver os med. Umiddelbart har

det lille barn en narcissistisk opfattelse af sig selv som grandios. Senere opdager det, at grandiositeten må placeres hos idealiserede andre for at opretholdes. Kun ved gradvis frustration – omdannende internalisering – erkender barnet, at det trods sine begrænsninger er godt nok i sig selv, samt formår at integrere andres idealer til sine egne selvstændige, Ego-idealene. Selvet kaldes bipolar på grund af de to behov: behovet for spejling til bekræftelse af grandiositeten, og behovet for opbygning af ego-ideal. Selvet får sin energi fra de grandios baserede ambitioner, og mål og retning bestemmes af idealerne.

I kapitlet om Kohuts sidste hovedværk "How does Analysis cure" anfører Karterud, at der nu er tre konstituenten i selvet. Ud over det spejlsøgende og det idealsøgende selv er der nu også kommet et tvillingsøgende selv, dvs. et selv, der søger sit alter ego. I en senere kommentar (2) korrigerer Karterud og bekræfter dermed selvets grundlæggende bipolaritet. Det tvillingsøgende selv skal betragtes som en del af det spejlsøgende selv. Det kan konkluderes, at Kohut havde så travlt, at han kun nødtørftigt nåede at få skitseret sine teorier.

Kultur og historie

Ligesom Freud gjorde Kohut sig kulturhistoriske overvejelser. Han men-

te for eksempel, at samfundsudviklingen havde fremmet udviklingen af narcissistiske forstyrrelser. Klunketidens velopdragne "guilty man" var efter to verdenskrige blevet afløst af en splittet og rådvild "tragic man". Kohut mente således at kunne forklare Hitlers succes ud fra tyskernes behov for et arkaisk selvobjekt, der tilbød storhed og oprejsning til gengæld for svigt og nederlag i og efter 1. Verdenskrig. Kohut var meget optaget af historie, og hans egen søn blev historiker. For den overvejende klinisk arbejdende kan det være vanskeligt at vurdere nytten af selvpsykologisk belysning af verdenshistorien.

Selvpsykologisk psykoterapi

Kohut frarådede terapeuten at konfrontere og derved frustrere patienten med tidlige tolkninger om, at terapiens fremskridt hæmmes af modstand og forsvar, der skyldes ubevidst, ødipal rivaliseren med terapeuten. I stedet må accepteres, at patientens behov for at bekræftes og for at have idealer søges opfyldt i overføringen. Kohut's pointe er, at realiteteterne såmænd tidsnok – ligesom for det opvoksende barn – vil melde sig, og til den tid er det afgørende, at der eksisterer en relation, hvori frustrationen kan bæres, analyseres og give anledning til begyndende opbygning af kompenserende struktur. Indtil da har terapeuten

brug for at mobilisere alle sine talenter – og dertil ofte supervision – for at udholde den modoverføring, der følger af at skulle begrænse sig til at være et spejlende eller idealiseret selvobjekt. Kohut kritiserede i øvrigt en alt for streng terapeutisk neutralitet. Hvorfor ikke opføre sig lige så venligt og varmt over for sine patienter, som man gør over for alle andre mennesker, spurgte han; det er det mest naturlige og i øvrigt den holdning, der er mest velegnet til at få overføringen til at udvikles. Det er måske værd at tilføje, at Kohut ikke holdt sig tilbage fra eksplicit at benævne sine patienters fremskridt i terapien.

Når modstand findes, er den efter Kohuts opfattelse ofte udtryk for patientens frygt for retraumatisering i den terapeutiske relation, dvs. gentagelse af den oprindelige frustration i en tidlig selv-selvobjekt-relation. En anden modstand kan skyldes, at patienten under indflydelse af den almindeligt udbredte Jantelov har svært ved at erkende sin grandiositet.

Udbytte af psykoanalyse på selvpsykologisk grundlag forudsætter ligesom i klassisk analyse, at den psykiske forstyrrelse ikke er alt for udtalt. Det meste af, hvad Kohut beskriver klinisk, kan (egopsykologisk) opfattes som præødipal, men nok heller ikke så meget tidligere problematik. Alternativt kan man betragte hans patienter som “norma-

le”, der vantrivedes. Det er anført, at psykiatere, der læser Kernberg, genkender deres patienter, mens de når de læser Kohut, genkender sig selv.

Narcissistisk raseri og skam

Kohuts ideer om narcissisme har givet anledning til begrebet det narcissistiske raseri, som er en voldsom reaktion på en krænkelse af et grandios og skrøbeligt selv, hvis frustrationstærskel kan være yderligere sænket på grund af medfødt skrøbelighed eller selvobjektsvigt i det tidlige miljø. I en sådan tilstand kan andre, der går i vejen, opleves som en fejl ved verden, der bare må ryddes væk. Baggrunden for raseriet kan være skam, der efter Kohut kan forstås som resultatet af en konflikt mellem ekshibitionisme og manglende accept i omgivelserne – som at blive taget med bukserne nede. Tilbøjeligheden til narcissistisk raseri og skam er øget, når selvet er umodent eller regredieret med behov for arkaiske eller primitive selvobjekter. Behandlingsmålet kan da være etablering af et område af selvet, hvor narcissismen kan udfolde sig kreativt.

Selvpsykologerne er blevet kritiserede for blot at tilbyde “love and understanding”, men det at forstå sine patienter og deres problemer er ikke er det samme som at handle direkte på dem, for eksempel ved at tilbyde gode råd og løsninger. Terapeu-

tens handlingsrepertoire er at tolke – på grundlag af empati.

Gruppeterapi

Kohut har kun i begrænset omfang bidraget med selvpsykologisk analyse af gruppedynamik og -terapi, men Karterud til gengæld så meget mere (3, 4). I dag vil formentlig mange gruppeterapeuter med Karterud kunne enes om, at et væsentligt træk ved den analytiske gruppe er, at den tilbyder et stort udvalg af selvobjekter i de øvrige deltagere, inklusive terapeuterne. Nogle vil måske finde, at det er gruppen-som-helhed, som er genstand for de største forventninger om at få opfyldt arkaiske selvobjektbehov.

Karterud

Karterud skriver levende og samtidig pædagogisk. Han afslutter ofte et kapitel med at antyde indholdet af det næste. Tricket virker, så man får lyst til at følge udviklingen af Kohuts tanker endnu en tand. Man kan diskutere, om man skal læse originalen Kohut eller guiden Karterud. Begge er gode, men et argument for at starte med Karterud kunne være et ønske om overblik. Efter Karterud kan man så overveje, om man vil følge hans eksplicite anbefaling og selv læse Kohut.

Evolution eller revolution

Kohut blev ifølge Karterud livet igennem mere og mere sikker på, at hans teorier ikke blot supplerer den klassiske egopsykologi, men udgør et attraktivt alternativ, også til behandling af patienter, der frembyder symptomer på klassiske neuroser. Selvet beskrives i Kohuts første artikler som små dele beliggende i hver af de forskellige strukturer, id, ego og superego, men efterhånden opbygges billedet af et samlet bipolart selv, som stræber efter at blive til en meningsfuld helhed af ambitioner (den grandiose pol) og idealer (den idealisøgende pol) forankrede i et kærneselev.

Kohut har publiceret sine egne "to analyser af hr Z", som redegør for, hvorledes den første klassisk egopsykologiske analyse måske umiddelbart var meget god, men alligevel ikke tilstrækkelig. Således søgte hr Z terapi igen efter 10 år og blev nu behandlet efter selvpsykologisk idelogi, med et overbevisende mere solidt resultat. Karterud fortolker selvpsykologisk Ibsens skuespil "Når vi døde vågner". Begge eksempler belyser værdien af den selvpsykologiske teoridannelse.

Mere enkle eksempler til belysning af værdien af selvpsykologisk tankegang kan også findes:

- Når den 3-årige glad klæder sig ud i en dragt med polstrede overar-

mene og edderkoppespindsmønstre, skal han ikke konfronteres med, at hans muskler kun er af vat, og slet ikke med, at han egentlig ikke hedder "Spiderman".

- Når mentalobservanden forsøger at forklare sin voldskriminalitet, kan undersøgeren få meget at vide ved at lytte med teorien om det narcissistiske raseri i baghovedet.
- Ved vurderingssamtaler før psykoterapi kan terapeuten blandt de grunde, patienten ikke selv nævner som årsag til at søge terapi, ofte finde et spinkelt håb om at prøve forfra med et nyt selvobjekt på udviklingsprojekter, der tidligere gik skævt eller i stå.

Hvad enten man endnu har sin ud-

vikling foran sig, er kommet til at reflektere over en voldshandling, man har begået, eller overvejer at bruge tid og energi på psykoterapi, har man brug for selvobjekter med empati og struktur. Forældre, pædagoger og terapeuter (ikke mindst gruppeterapeuter, men herom måske mere en anden gang) kan hertil med fordel læse Karterud om Kohut.

Litteratur

- 1 Gottlieb P. Boganmeldelser. *Matrix* 1998; 14 (4): 346-349.
- 2 Karterud S. Heinz Kohut: Selvpsykologiske perspektiver – historiske og kulturelle artikler og interview. *Matrix* 2003; 20 (3): 350-352.
- 3 Karterud S. Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi. Oslo: Pax Forlag, 1999.
- 4 Karterud S. Selv og andre i gruppe ana-

Anthony Giddens:
Intimitetens forandring
(The Transformation of Intimacy)

Oversat af Else Henneberg Pedersen.
Hans Reitzels forlag, 1994, 207 sider.

Omtalt af Martin Lindhardt

Den engelske sociolog (1938-) Anthony Giddens, der var professor i sociologi ved Cambridge Universitet fra 1986-96 og siden 1997 har fungeret som leder ved London Schools of Economics, anses for at være en af de vigtigste sociale teoretikere i moderne tid. Han er absolut en af de mest produktive og har siden 1960 udgivet 35 bøger, ca. 80 større tidskriftsartikler og over 200 mindre artikler. Sammen med bl.a. Pierre Bourdieu tilhører Giddens en generation af sociologer, der gennem genlæsning af klassikerne har forsøgt at skabe teoretiske synteser og overskride kendte dualismer som subjekt-objekt, aktør-struktur, mikro-makro og individ-samfund, idet de prøver at belyse, hvordan den menneskelige sociale praksis er formet af sociale strukturer, som den samtidig er med til at realisere, reproducere og modificere.

I 1990erne har Giddens' arbejde flyttet sig til analyser af den særlige socialitet og refleksivitet, der kendetegner den moderne tidsalder, hvor sociale relationer og processer ofte er løsrevet fra lokale geografiske kon-

tekster, og hvor traditionens autoritet er afløst af fragmentation, globalisering pluralisme og en mængde obligatoriske valg (bl.a. af livsstil) Giddens har i de senere år fungeret som rådgiver for Labour og har været med til at udvikle politiske ideer, der er blevet kendte som den såkaldte "Third way". Hans politiske arbejde har bl.a. bestået i at lede brain-storm-seminarer i både Downing street og Det Hvide hus. "Intimitetens forandring", udkom allerede på engelsk i 1992 og på dansk i 1994. Den indeholder en række væsentlige betragtninger om intimitet, identitet, parforhold og seksualitet, der ikke mindst for psykologisk forskning i og forståelse af disse emner, forekommer relevante og værdifulde, hvorfor den her som en introduktion til Giddens' arbejder skal omtales.

Giddens fortæller i denne bog det moderne parforholds historie, idet han belyser en række vigtige forandringer, der har fundet sted inden for de intime sfærer og i særdeleshed i forholdet mellem kønnene. Traditionelle autoritetsforhold mellem

mænd og kvinder er ifølge Giddens i stigende grad blevet erstattet af, hvad han betegner som det "rene forhold", der er et mål i sig selv og således står i kontrast til tidligere tiders ægteskaber (eller aktuelle arrangerede ægteskaber), hvor traditionens autoritet og familieinteresser kunne være af afgørende betydning for valg af livsledsager. Det rene kærlighedsforhold tager form af en demokratisk alliance mellem to ligeværdige partnere, og forholdet holder, kun så længe begge parter hver især føler, at de får nok ud af det. Tilliden har i det rene forhold ikke nogen ydre strukturer som f.eks. familieforpligtelser at støtte sig til, men må alene udvikles på grundlag af intimitet, forstået som ærlighed og følelsesmæssig åbenhed over for hinanden, mellem partnerne. I og med, at det er løsrevet fra eksterne familiære og samfundsmæssige bånd, kommer personer i rene forhold til at lukke omverdenen ude, idet de skaber en fælles historie.

Det rene forholds fremkomst hænger uløseligt sammen med fremkomsten af den såkaldt "plastiske seksualitet". Seksualiteten bliver plastisk, når den med moderne præventionsmidler samt i homoseksuelle forhold er løsrevet fra forplantningen og desuden ikke er omkapslet af ægteskabets institutionaliserede rammer, men snarere kan udforskes og praktiseres efter individuelle behov for nydelse og intimitet.

Seksualiteten bliver således også til et mål i sig selv, Giddens spår samtidig, at romantisk kærlighed og forestillingen (eller illusionen) om den eneste ene med tiden vil vige til fordel for, hvad han kalder den konfluerende kærlighed, hvor det specielle forhold er vigtigere end den specielle person. Den konfluerende kærlighed er en aktiv kærlighed, der er betinget af intimiteten for at kunne opretholdes, og den plastiske seksualitet og den gensidige tilfredsstillelse spiller en ganske central rolle i konfluerende kærlighedsforhold. Giddens' studie af de banebrydende forandringer i intimsfæren bygger videre på og refererer tilbage til hans tidligere værker om modernitet, refleksivitet og selvidentitet (især "Modernitetens Konsekvenser" og "Modernitet og Selvidentitet"). I moderne samfund har traditionerne mistet deres autoritet, og snarere end et overordnet moralsystem findes der en pluralisme af livsverdener og livsstile, som det moderne individ møder og kan påvirkes af. Samtidig bliver videns- og trossystemer konstant udsat for revision og forekommer derfor skrøbelige og usikre. Det moderne individ kan ikke trygt basere sin verdens- og selvopfattelse på en overleveret tradition, hvis gyldighed tages for givet, men bliver nødt til at vælge mellem mange tilgængelige livsstile og trossystemer. Selvet bliver derfor i det moderne samfund til et refleksivt projekt, der består af livs-

stilsvalg samt af en løbende rekonstruktion af selvidentiteten i et komplekst og evigt foranderligt socialt univers.

I forlængelse af sit tidligere arbejde om modernitet og selvidentitet, belyser Giddens i "Intimitetens forandring", hvordan intimiteten, den fælles historie som partnere i rene konkluerende kærlighedsforhold opbygger, sammen med udforskningen af den plastiske seksualitet udgør centrale elementer i det moderne selvs reflektive projekt. Løsrevet fra forplantningen og ikke længere indelukket i traditionelle ægteskabsstrukturer bliver seksualiteten nu til spørgsmål om valg og livsstil og kommer således til at spille en vigtig rolle for individets selvfortælling og selvidentitet.

En hovedpointe i bogen er, at intimitetens forandring indeholder et vigtigt potentiale for en demokratisering, både af forholdet mellem kønnene og af personlige relationer i det hele taget, og at denne demokratisering af det interpersonelle område også kan have implikationer for demokratiets praktisering i det offentlige rum. Kvinder har spillet hovedrollen i den forandring af privatsfæren, som moderniteten har igangsat, da kravet om seksuel tilfredsstillelse for kvinder har udgjort en hjørnesten i rekonstruktionen af intimitet. Den seksuelle emancipation, kvinder har opnået i privatsfæren, er ifølge Giddens mindst lige

så vigtig som de ændringer, der er fundet sted på det offentlige område. Desuden bygger det rene forhold på demokratiske principper, idet der må være tale om autonome individer, der er i stand til at behandle hinanden som autonome og erkende, at den andens udvikling ikke udgør en trussel. Ligesom et velfungerende demokrati kræver beskyttelse mod vilkårlig magtbrug og undertrykkelse er gensidig respekt og ret til ikke at blive udsat for vold og undertrykkelse bærende principper i det rene forhold. Endvidere er fri og åben kommunikation vital for det rene forhold, og ligesom borgere i et demokratisk styre må partnere i rene forhold være involveret i og have mulighed for at præge afgørelser, der vedrører betingelser for forholdet. Den personlige autonomi og de personlige rettigheder (som er bærende principper i demokratiske politiske kulturer) sikres i det rene forhold bl.a. via den vigtige sanktionsmulighed, som skilsmisse og brud udgør. Føler kvinden sig undertrykt af manden, har hun frihed til at forlade ham (og omvendt), da der ikke er noget ud over forholdet selv, der holder på hende.

Giddens deler således kvindeskampens optimistiske syn på feminiseringen og demokratiseringen af personlige relationer. Medaljens bagside er dog, at voldelige sider med maskulin seksualitet er mere fremtrædende end før. Dette hænger

sammen med den frustration, som kvinders aftagende meddelagtighed afføder hos mange mænd. Giddens gør op med tidligere forestillinger om mandlig seksualitet som uproblematisk og belyser i stedet den seksuelle rastløshed, mænd oplever, efterhånden som kvinder presser på i retning af en konfluerende kærlighedsetik. Mandlig seksualitet er splittet mellem en selvafhængende seksuel dominans og evige bekymringer omkring potens og præstationsniveau. Vold mod kvinder i moderne samfund skal ifølge Giddens ikke ses som en fortsættelse af en traditionel patriarkalsk dominans, men snarere som et resultat af den usikkerhed og utilstrækkelighed, som mænd oplever, når fallos løsri- ves fra forestillingen om mandlig dominans af kvinden og i stedet kasteres til penis.

Som i Giddens' tidligere modernitetsværker er beskrivelserne af de

premoderne kulturer og samfundsforhold, som siden er blevet radikalt forandrede af moderniteten, lovligt unuancerede og udokumenterede. Denne svaghed opvejes dog rigeligt af de skarpe iagttagelser af modernitetens socialitet og af transformationerne inden for intimsfæren. Giddens' analyser udfoldes gennem kritiske diskussioner med bl.a. Freud, Foucault og Marcuse samt feministiske teoretikere som Barbara Ehrenreich. Selv om et forudgående kendskab til Foucaults arbejde nok vil være en fordel for læsningen af det tidlige kapitel om Foucault, er bogen generelt skrevet i et letlæseligt og pædagogisk sprog. Alt i alt er der tale om en særdeles vedkommende og læseværdig bog, der i sine analyser bevæger sig mellem psykologi, sociologi, antropologi og kønsforskning, og som således kan anbefales til et bredt publikum.

Abstracts

Larsen, Erik Roj (2004): Forgiveness in psychotherapy. Matrix, 21; 1, 4-21.

The process of forgiveness has not very often been mentioned in psychotherapeutic theory. In group therapy, which focuses on interpersonal relationships, it should be relevant to include the notion of forgiveness, which also operates in the interpersonal space.

Background: What happens in forgiveness is not forgetting the offence, but changing the deteriorating effect it has upon a person's relationship to the offender and to other people. Forgiveness might have the effect of preventing the misdeed from continuing to destroy self-respect and health and in this way change the relations to other people. There is a close connection between self-respect and forgiveness. If the victim is able to forgive, he will experience that he is not destroyed by the misdeed, and he steps out of the role of victimization. Kernberg wrote that true forgiveness comes from acceptance of the loss of the illusion of one self and others. An acceptance of the fact that ambivalence is inevitable in close relationships.

Different definitions: Forgiveness can be defined from a psychological perspective as an interpersonal action that involves the affective response, the cognitive response and aspects of behaviour. The affective response is to let go of the negative feelings about the offender and the emotional consequence from the misdeed, especially bitterness and anger. The cognitive change implies that the negative thoughts of the offender change and an intellectual decision is made to forgive whereby the good and bad aspects of the offender are integrated. The behavioural change will be that the negative behaviour towards the offender is changed into a positive behaviour. The right to pay back is given up. When the concept of forgiveness is used, there will be different notions depending on cultural and religious values.

Conclusions: The study of the psychological and religious understanding of the forgiveness process shows that it contains good therapeutic elements that might be able to improve the working through of injustice and injury. The future role of the forgiveness process in psychotherapy may depend on further studies of the process in both individual and group therapy.

Key words: Forgiveness process – Reconciliation – Psychotherapy process

Høstmark Nielsen, G. et al. (2004): *Individual therapy with children and adolescents. Matrix, 21; 1, 22-40.*

In Norway, the practice of individual psychotherapy with children and adolescents seems to have lost terrain compared to systemic forms of treatment, e.g., family therapy and various forms of structured family intervention. It is claimed that, over the years, both theoretical/ideological and structural/economical factors have contributed to the present state of affairs. The authors ask whether individual psychotherapy with children and adolescents is still theoretically defensible, and also if its continued use can be defended with regard to documented treatment effects and cost-benefit criteria. It is concluded that individual child psychotherapy rests on a sound theoretical base, particularly if performed according to recent developments within relational and interpersonal psychoanalytic theory. It is further maintained that the empirical documentation of treatment effects is fairly convincing, at least when compared with behaviourally and cognitively oriented therapies, and that patient benefits equals treatment gains reported for adults. As for the question of cost-benefit, clear evidence is still lacking, as good studies have not yet been performed. Arguments are offered, however, for assuming that the positive cost-benefit ratios reported in studies of psychotherapy with adults may also apply to children and adolescents. Finally, the authors comment on some of the value-based and ethical issues that may arise in connection with treatment selection and treatment evaluation, e.g., the use of economic criteria.

Keywords: individual psychotherapy, children and adolescents, outcome, cost-benefit, health economy

Elklit, A. (2004): *The Relationships among Psychotrauma (PTSD), Disturbed Mental State, and Psychotic Symptoms, Matrix, 21; 1, 41-59.*

Some decades ago traumatized patients were often diagnosed as psychotic due to the presence of hallucinations, paranoid ideation, or chaotic behavior. Many traumatized patients have experiences that could be classified as psychotic or belonging to one or more of the PTSD symptom clusters. A psychological theory based on dissociation can, however, explain many of these experiences. Based on published research, co-morbidity and differences between PTSD and psychotic symptoms are reviewed, and the proposal of a diagnostic category of the reactive dissociative psychosis (RDP) is supported. A number of differential diagnostic markers are considered. A classic extensive case analysis is presented to illustrate the etiology and treatment of RDP.

Keywords: PTSD, Disturbed mental state, Psychotic symptoms, Dissociation, Reactive dissociative psychosis.

Ögren, M.-L. & Sundin, E. (2004): *Group supervision in psychotherapy with in educational frames. Matrix, 21; 1, 60-73.*

The aim of this paper was to present: 1) the design of an on-going research study of group supervision in psychotherapy, and 2) preliminary results concerning the usage of the group format in supervision.

1) The research study is performed in collaboration with five Swedish universities and university affiliated clinics. Data is collected from supervisors and supervisees at several different measurement points, levels of training, and psychotherapeutic orientations.

The main study aim is to examine differences between various training levels and psychotherapeutic orientations with regard to the impact of group supervision, supervisor style, group climate and the learning process on the usage of the group format.

2) Supervisee and supervisor ratings of experienced and ideal usage of the group format on a basic training level were analyzed. Both supervisors and supervisees emphasize the need for giving more attention to group processes and phenomena in group supervision.

Key words: group supervision, psychotherapy, academic training programmes, training levels, usage of group format.

Forfatterliste

Erik Roj Larsen, afdelingslæge, ph.d., Den Centrale Enhed, Forskningsafdelingen for Affektive Sygdomme, Psykiatrisk Hospital i Risskov. *erl@inet.uni2.dk*

Geir Høstmark Nielsen, professor, Institutt for Klinisk Psykologi, Universitetet i Bergen. *geir.nielsen@psych.uib.no*

Per-Einar Binder, dr. psychol., førsteamanuensis, Institutt for Klinisk Psykologi, Universitetet i Bergen. *per.binder@psykp.uib.no*

Helge Holgersen, cand. psychol., forsker, Regionsenter for Barn og Unges Psykiske Helse, Universitetet i Bergen. *helge.holgersen@rbup.uib.no*

Ask Elklit, cand.psych., professor, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet. *aske@psy.au.dk*

Marie-Louise Ögren, med. dr., projektledare, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet. *mlon@psycholog.su.se*

Eva Sundin, fil.dr., vetenskaplig ledare, Institutionen för psykologi, Umeå Universitet. *eva.sundin@psy.umu.se*

Asle Hoffart, professor, Universitetet i Oslo; forsker, Modum Bad. *asle.hoffart@modum-bad.no*

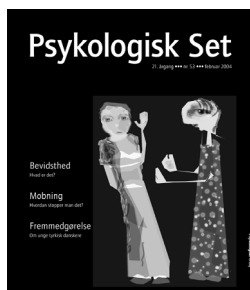
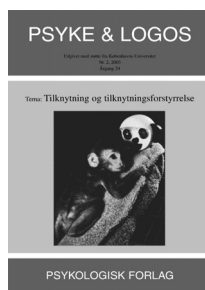
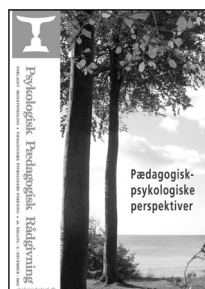
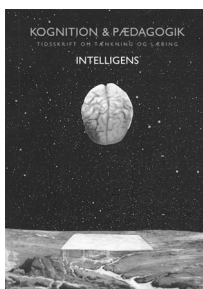
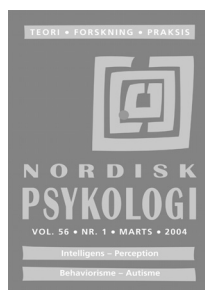
Peter Gottlieb, overlæge, Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik, København. *pg@retspsykiatrisklinik.dk*

Martin Lindhardt, ph.d. i antropologi. *martinlindhardt@hotmail.com*

Tidsskrifter fra Dansk psykologisk Forlag

Dansk psykologisk forlag udgiver en række tidsskrifter, der spænder vidt inden for det psykologiske og pædagogiske felt, fra udgivelser med bred, almen orientering til tidsskrifter, der formidler højt specialiseret viden: *Erhvervspsykologi*, *Kognition & Pædagogik*, *Matrix*, *Nordisk Psykologi*, *Psyke & Logos*, *Psykologisk Pædagogisk Rådgivning* og *Psykologisk Set*.

Læs mere om de enkelte tidsskrifter på www.dpf.dk under tidsskrifter.



CUENCA-SEMINARET 2004

Parador de Cuenca, Castilla-La Mancha, Spania 2 - 7. oktober 2004

Velkommen til det sjette internasjonale Cuenca-seminaret!

Tema for årets seminar: Tolkning og refleksjon i den terapeutiske prosess. Seminaret vil denne gang omhandle sentrale aspekter i samspillet mellom pasient og terapeut, definert gjennom begreper som særlig berører den ubevisste og bevisste kommunikasjonen som foregår mellom terapeut og pasient i "det terapeutiske rom". Sentrale begreper blir relasjon, refleksjon og tolkning.

I psykodynamisk terapi har "tolkning" lenge vært regnet som et viktig instrument for å gi pasienten kunnskap om noe – som er en del av hans indre liv – en kunnskap som pasienten ikke selv har direkte tilgang til. Tolkning forstås gjerne som den prosess som gjør at pasienten forstår hensikten, meningen og historien bak tidligere ubevisste motiver og hva som styrer hans atferd, handlinger og symptomer. I de senere år har en mer vektlagt relasjonsaspekter og nedtonet tolkningens rolle. Som om de skulle være uforenlige. Årets Cuenca-seminar ønsker å drøfte denne problemstillingen. Hvordan forstår man en pasient? Hvordan og når formidler man denne eventuelle forståelse til sin pasient? Hva er hensikten bak denne formidling? Hvor viktig er såkalt "innsikt"? Er tolkning – som intervensjon – fortsatt en viktig del av moderne psykodynamisk terapi?

Forelesere og diskusjonsdeltagere:

- Iréne Matthis, M.D., Ph.D., psykiater, psykoanalytiker (Sverige)
- Malcolm Pines, M.D., psykiater, psykoanalytiker, gruppeanalytiker, Tavistock/Institute of Group Analysis, London
- Preben Hertoft, dr. med., professor, overlæge, sexolog (Danmark)
- Steinar Lorentzen, dr.med., psykiater, psykoanalytiker, gruppeanalytiker
- Bent Rosenbaum, dr.med., psykiater, psykoanalytiker, overlæge (Danmark)
- Bjørn Wrangsjö, docent, psykiater, barnepsykiater, psykoanalytiker, kroppsdynamisk psyko-terapeut, musikerterapeut (Sverige)
- Juel Kristiansen, psykiater, barnepsykiater, avd. overlege (Norge)
- Sverre Varvin, dr.med., psykiater, psykoanalytiker, Psykososialt senter for flyktninger, UiO (Norge)
- Svein Haugsgjerd, psykiater, psykoanalytiker, avd. overlege (Norge)
- Per-Einar Binder, dr. psychol. (Norge)
- Jack Falao, spesialist i klinisk psykologi og forfatter (Norge)

Seminaret er beregnet på psykiatere og kliniske psykologer som er spesialister eller i spesialistutdanning. Tidligere seminarer er godkjent av Norsk Psykologforening som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs til spesialiteten i klinisk psykologi (50 t.). Tidligere seminarer er godkjent som spesialistkurs i Danmark. Det søkes godkjent av Den norske lægeforenings spesialistkomité som meriterende i den psykiatriske spesialistutdanning. Kurset søkes godkjent i de øvrige skandinaviske land.

- Seminaret holdes i et gammelt spansk kloster, nå bygget om til Parador.
- *Nærmere informasjon fås ved henvendelse* Cuenca-seminaret c/o Anette Lunde Skjølberg, Stiftelsen Bergensklinikkene, Vestre Torggt. 11., Postboks 297, 5804 Bergen, Norge.
Telefon: + 47 55 90 86 14 og +47 55 90 86 00. Faks +47 55 90 86 10.
E-post: bergensklinikkene@bergensklinikkene.no
- *Utfyllende informasjon på:* www.polar.net.no/cuenca
- *Påmeldingsfrist 1. mars 2004.* En gjør oppmerksom på at Cuenca-seminarene er meget populære og gjerne er fulltegnet lenge før påmeldingsfrist.