

## Indholdsfortegnelse

Göran Ahlin og Svein Tjelta: Redaksjonelt . . . . .	2
Marit Andersen Østberg: Rom for lek? II. Samfunnmessig perspektiv på lekens vilkår . . . . .	4
Lars Neisig Møller og Laura Louise Clausen: Overføringsfokuseret psykoterapi – en oversigt . . . . .	18
Knut Skjøstad: "Den som leter, finner ikke. Den som ikke leter, blir oppsøkt." En drøfting av motstandsfenomener i gruppeterapi, sett i sammenheng med administrative forhold som påvirker deltakeres opplevelse av valgfrihet . . . . .	48
Debat	
Karin Dons: En sammenlignende analyse af intensiv dynamisk korttidsterapi og kybernetisk psykoterapi vedrørende begrebet forsvarsmekanismer . . . . .	67
Ulrik Haahr: Replik til "En sammenlignende analyse af intensiv dynamisk korttidsterapi og kybernetisk psykoterapi vedrørende begrebet forsvarsmekanismer" af cand.psyk. Karin Dons . . . . .	87
Boganmeldelse	
Tina Dam Kristensen: <i>Irvin D. Yalom: Terapiens essens. Åbent brev til en ny generation af terapeuter og patienter</i> . . . . .	90

\*\*\*

## Table of contents

Göran Ahlin and Svein Tjelta: Editorial . . . . .	2
Marit Andersen Østberg: Sufficient space for playing? II. A social perspective on the conditions for playing . . . . .	4
Lars Neisig Møller and Laura Louise Clausen: Transference-focused psychotherapy – an overview . . . . .	18
Knut Skjøstad: "The one who is searching will not find. The one who is not searching will be looked for." A discussion of resistance in group therapy in relation to administrative conditions which influence the participants' experience of freedom of choice . . . . .	48
Debate	
Karin Dons: A comparative analysis of intensive short-term dynamic therapy and cybernetic psychology and psychotherapy with specific focus on the concept of defence mechanism . . . . .	67
Ulrik Haahr: Comment on "A comparative analysis of intensive short-term dynamic therapy and cybernetic psychology and psychotherapy with specific focus on the concept of defence mechanism" by cand.psyk. Karin Dons . . . . .	87
1 Book review . . . . .	90

# Redaktionellt

Velkommen til nok et år med Matrix. Vi er fortsatt i produksjon med nye og spennende artikler og stoff. Det betyr at vi, med vår kampanje, sammen med forlaget og mest av alt våre abonnenter, fortsatt får hjulene til å gå rundt. Det håper vi å kunne gjøre i lang tid enda.

Emellanåt bjuder vi på artiklar oppdelade på ett par delar, en i ett nummer av Matrix, plus en senere fortsättning i ett senere nummer. Alla ämnen lämpar sig inte för det format som ryms i ett enda tidskriftsnummer, vissa behöver mer plats och då kommer en andra del senere. Vi behåller det format vi skall ha och gör ändå sammansatta ämnen bättre rättvisa.

Detta är fallet till exempel med Marit Andersen Østberg som i nummer 3/2010 behandlade grundläggande teori och begrepp om barns lek. Nu kommer del II, med vinkling mot samhällskrafternas inverkan: *Rom for lek?II. Samfunnsmessig perspektiv på lekens vilkår*. Hon diskuterar både lekterapi med barn, som hon från det norska perspektivet ser mer undanträngd av manualiserade, målinriktade pedagogiska upplägg med positivistisk ansats, och utrymmet för barns fria lek i förskola och barnavård i samhället i stort. Hon påminner om den alldeles avgörande vikten av fri lek för barn för att arbeta med och integrera upplevelser, erfarenheter och traumata i sin utveckling och personlighetsmognad. Detta håller på att trängas undan av strukturerade ofria träningsprogram där hon ifrågasätter hur resultatet blir för barnets utveckling. Hon diskuterar detta mot bakgrund av psykoanalysens kris och minskade plats i samhället och i psykologin och undervisningen. Hon exemplifierar den mycket oroande samhällsutvecklingen också med ett – i varje fall i Norge – överdrivet diagnostiserande av barn med ADHD med åtföljande medicinering och programstyrd behandling i stället för friare former av lek och relationsbehandling. Ett tungt debattinlägg, förvisso, om viktiga samhällsvillkor på väg i dubiösa förändringar. Läs och diskutera gärna! Hur är det i Norden i övrigt?

Ett andra exempel på tema som kommer i flera tidskriftsnummer är den danska *Overføringsfokuseret psykoterapi – en oversigt* av Lars Neisig Møller och Laura Louise Clausen som i sin brett utplagda översikt ger sig i kast med att presentera psykodynamisk terapi vid borderlinetillstånd med utgångspunkt

ifrån Kernbergs begreppsramar och metodik. De påminner om att psykodynamiska terapier har solid grund att stå på och att dessa omvittnat svåra tillstånd kan behandlas med utgångspunkt från flera infallsvinklar men inte minst med psykodynamisk utgångspunkt. Vulgäruppfattningen att det bara är behandlingsprogram med inlärningsteoretisk eller kognitiv-behavioristisk grundval, som gäller blir högst eftertryckligt ifrågasatt. Välkomna att läsa och diskutera även denna gedigna text! I en senare artikel kommer de att diskutera jämförande utfall mellan olika behandlingsformer vid borderlinetillstånd.

Knut Skjøstad bringer en interessant artikkel med drøfting av motstandsfenomener i gruppeterapi, sett i sammenheng med administrative forhold som påvirker deltakeres opplevelse av valgfrihet. Artikkelen bygger på et landsomfattende forskningsprosjekt i Norge, der pasienter ble randomisert etter bestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier til kort- eller langtids gruppepsykoterapi. Skjøstad diskuterer hvordan en slik seleksjonsprosedyre kan gi opplevelse av å bli "tvunget" inn i en behandlingssituasjon en selv ikke har ønsket. Artikkelen drøfter antatte konsekvenser for gruppekulturen når mulighet for påvirkning av dynamiske betingelser er redusert. Her eksemplifisert ved terapeutens innflytelse på inntak og gruppens komposisjon, samt deltakeres valgfrihet mht terapiens varighet, i tillegg til tidkrevende arbeid med utfylling av spørreskjema parallelt med behandlingen.

Denne gang har vi også laget en debatt del i Matrix der Karin Dons diskuterer hvilken betydning terapeutens oppfattelse og teoretiske forståelse av begrepet forsvarsmekanisme får i møtet med klienten. Dette gjøres ved å sammenlikne to teorier, spesielt med fokus på begrepet forsvarsmekanisme. Hun belyser forskjellen mellom dem med et klinisk eksempel.

Ulrik Haar gir en meningsutviklende replikk til Karin Dons fremstilling.

Til sist har vi funnet rom til en anmeldelse av en interessant bok. Det gjelder Irvin D. Yaloms bok *Terapiens Essens. Åbent brev til en ny generation af terapeuter og patienter*, anmeldt av Tina Dam Kristensen.

Vi ønsker våre lesere en god og lærerik opplevelse.

Göran Ahlin og Svein Tjelta

# Rom for lek? II.

## Samfunnsmessig perspektiv på lekens vilkår

Matrix, 2011; 1, 4-17

Marit Andersen Østberg

*Makter vi ikke å skape nok rom for lek i vår tid? Mister vi dermed noe vesentlig i vår autenticitet og trues demokratiet?*

*“De hvite har klokkene. Vi har tiden.”  
Afrikansk ordtak*

*I denne artikkelen drøftes lekens vilkår i vid samfunnsmessig og kulturell forstand. Mindre rom for lek ses i sammenheng med den krisen autenticiteten og også psykoanalytisk orientert teori og praksis synes å være i. Denne krisen kommer til syne i det heller svake metaperspektivet psykologien som fagfelt har på samfunnsmessige forhold, og det viser seg i en nærmest mytisk tro på rasjonalitet og manualiserte metoder. Et ekspanderende byråkrati og økende vekt på økonomisk effektivitet påvirker både det terapeutiske arbeidet en terapeut gjør, og det påvirker barnet og dets lek. I skolene og i barnehagene kan større fokus på prestasjon gå på bekostning av lek. Barndommen presses til å bli mer strømlinjeformet, og dette kan i det lange løp ha alvorlige følger for et robust demokrati som er avhengig av frie og autonome individer.*

### Innledning

**D**et er mye fokus på tid i våre vestlige samfunn. *Tidsklemmen* er blitt et moteord i voksenverdenen. Er det også blitt mindre tid til lek? Barns hverdagsliv er mye mer regulert enn tidligere. Frileken, at to eller flere barn treffes og bare leker sammen, er det mindre rom for. I alle fall er det slik for dem

*Marit Andersen Østberg, psykologspesialist, Bærum BUP, Vestre Viken HF, Postboks 83, 1309 Rud, Norge, Tlf: 67 52 36 25, E-post marit.ostberg@vestreviken.no*

med mange fritidsaktiviteter og for dem som tilbringer mye av fritiden alene foran TV'en, PC'en eller ulike elektroniske spill.

Statistikk viser at stadig flere av oss trenger psykologisk behandling. The World Health Organization predikerer at i løpet av 20 år så vil flere lide av depresjon enn av noe annet helseproblem (BBC News, 02.09.2009). Uttrykket stappesamfunnet viser til en allmenn tendens til å stappe stadig mer inn i tiden vår, også fritiden. Dagens arbeidsliv krever generelt raskere omstillinger og mer utdanning, og det er mye mer å skulle holde seg oppdatert i. Skolealderen er senket, skoledagen er blitt lengre, og i barnehagene har det begynt å komme fokus på mer styrte, innlæringsrelaterte aktiviteter som tar tid fra frileken.

Jeg vil forsøke å ha et kritisk blikk på samfunnsmessige forhold når jeg skal drøfte om det er mindre rom for lek. Vilåårene for autentisitet og demokrati blir viktige berøringspunkter i diskusjonen, samt å prøve å forstå marginaliseringen av psykoanalytisk teori og behandling. Jeg vil holde fram autentisitet som noe grunnleggende i psykoanalytisk teori og behandling og en forutsetning for både lek og demokrati. Med autentisitet forstår jeg det som er unikt i den enkelte og som ikke så lett kan benevnes i sekke kategorier. Autentisitet er den individuelle måten en forholder seg til seg selv og andre på. Åge Wifstad (1994) framhever at behandleren i psykiatrien arbeider i et krysspress mellom vitenskapens krav til klassifikasjon og objektivitet og det å forholde seg til det unikt subjektive i Den Andre. Han mener det er en fare for at behandlere kan falle på den tanke at han eller hun forvalter Sannheten om Den Andre, for eksempel i form av en diagnose. Yalom (2002) mener terapifeltet nå er i en krise, at tidens krav til kostnadseffektivitet truer kvaliteten.

*Ethvert menneske som svikter det spørsmål vår  
subjektivitet stiller til tiden og tiden stiller til vår  
subjektivitet – er selve det sted det totalitære begynner.*

*Stein Mehren (1987)*

## Hva er lek?

Lek er et såpass komplekst begrep at vi alle vil ha ulike assosiasjoner til det. Noen vil for eksempel først og fremst tenke på barns rollelek, noen forbinder lek med konkurranseutfoldelse, og atter andre kan assosiere det til kreative og/eller humoristiske tanker og utfoldelse. Alt dette kan inngå i ulike typer lek. Generelt kan det sies at det som karakteriserer lek er at noe kjent og ukjent i en selv møtes som har nærhet til paradoksenes og mysterienes verden som så gir

Rom for lek? II.

opphav til lystbetont opphisselse og optimisme. Dette er i tråd med Sutton-Smiths (1999) definisjon av lek. Elementer han påpeker kan frambringe lek er humor, ferdigheter, krav, fantasi, risiko, feiringer og konkurranse.

I denne forståelsen av lek er altså paradokser og et stort følelesspekter involvert. Dette er aspekter ved tilværelsen som er grunnleggende både når vi skal bearbeide noe og være kreative og sosiale. Mekanisk pregede aktiviteter eller det å la seg underholde av underholdningsindustri, vil falle utenfor denne forståelsen av lek. I det følgende vil min bruk av begrepet lek dreie seg om den leken som har frigjørende og bearbeidende elementer i seg og som er forbundet med det unikt subjektive slik for eksempel Winnicott (1971) har beskrevet lek.

## Betydning av lek

At lek er viktig for barn, har vært en sannhet som inntil nylig har vært styrende for hvordan norske barnehager har tilrettelagt for barn. Gjennomgangstonen, støttet av pedagogisk forskning, har vært at lek har egenverdi og at barn lærer først og fremst via lek. I artikkelen "Verdien av å leke" (2009) refererer J. Kaurel og S. Østrem til en evaluering av arbeidet med barnehagens rammeplan som ble kalt "Alle teller mer". De barna som hadde blitt intervjuet i den forbindelse sa at hensikten med å gå i barnehage var å leke og være sammen med venner. Kaurel og Østrem drøfter kritisk stortingsmeldingene om kvalitet i skolen og om tidlig innsats for livslang læring som bygger på en rapport fra Senter for økonomisk forskning. I den rapporten hevdes det at for hver krone vi investerer på ferdighetsstimulerende førskoletiltak vil vi få brutto gevinster på mellom 1,40 og 4,50 kroner. Kaurel og Østrem er svært bekymret for at økonomer får legge premisser for barnehagenes innhold. Det er viktig å spørre seg om vi ønsker en barnehage som er effektivitetsorientert versus en som er rettet inn mot det sosiale barnet som utvikler seg og lærer via lek.

Høyere utdanning er blitt viktigere for å komme inn på arbeidsmarkedet for unge. Fra barnet er svært lite, legges det vekt på det kompetente barn, noe som medfører et sterkt individfokus. Aldri har tilretteleggingen for at barn skal utvikle kompetanse vært større. Sosiologen Kari Stefansen (2008) har studert middelklassefamilier og deres oppdragsstil. Hun hevder at det brukes svært mye tid på at barnet skal utvikle ferdigheter, at aktivitetene og leken hele tiden er mer enn "bare lek". Foreldrene strekker seg langt for å følge barnets initiativ og behov og bedriver en form for "intensiv foredling" for å gjøre dem mest mulig kompetente.

Denne oppdragsstilen kan gi næring til den forestilling at man tror at man ser barnet i psykologisk forstand, og at man gir optimale utviklingsmuligheter. Men hvor ble det av det lekende barnet? Å verdsette og tilrettelegge for barns lek, er å åpne for langt flere aspekter ved barnet enn kun det som gjelder ferdigheter.

Barn, slik de er beskrevet i utviklingspsykologien, har i økende grad blitt framstilt med flere typer kompetanse fra fødselen av. Barns kompetanse fungerer ifølge Ulvik (2009) som en begrunnelse for deres mer omfattende lovfe-stede rettigheter. Hun mener at individualisering av barn har bidratt til økt demokratisering og likestilling for barn. Men individualisering kan bidra til at en verken ser det avhengige barnet eller det sosiale, interagerende barnet som utvikler kompetanse og skaper mening sammen med andre, hevder hun.

I psykoterapi vil det alltid være elementer av lek siden settingen i seg selv innebærer en *på-likesom-realitet*. Blant psykologiske teoriretninger har det særlig vært psykoanalytisk teori og behandling som har vært opptatt av og gjort nytte av leken, spesielt dens frigjørende aspekt. På samme måte som drøm for voksne kan sies å være kongeveien til det ubevisste, så kan lek sies å være kongeveien til det ubevisste for barn. Det har ikke kun vært fokus på lek som en kilde til forståelse av barnet, men også på at den kan være helbredende i seg selv (Winnicott, 1971). Teorier med en slik vektlegging ser ikke ut til å ha samme gjennomslagskraft som før, verken i psykologifeltet eller i befolkningen.

## Informasjonstilfang, manualisering, byråkrati og målrettethet

Informasjonstilfanget i vår tid er enormt, og det er stadig nye oppdagelser eller sannheter som slår hverandre i hjel. Det kan sies at vi i større grad enn tidligere må skape vår egen autoritet. Dermed kan vi bli mer utsatt for å bli usikre på hvem vi er og hva vi føler og ønsker. I et slikt klima kan autentisitet og teorier som setter autentisitet høyt, bli forbundet med stort ubehag og usikkerhet. Desto mer vi mister grepet på oss selv og vår autentisitet, desto større fare er det for kynisme eller apati.

Psykoanalysen er i dag marginalisert (Summers, 2008). Det er blitt en sterkere tro på positivistisk vitenskap. Psykologifeltet domineres av biologiske hypoteser og såkalte evidensbaserte og manualiserte metoder. Det legges mindre vekt på at terapeuten bruker seg selv og sine kliniske og personlige erfaringer, at han/hun har med seg teorier om ubevisste drivkrefter og utøver kvalitets-sikring ved hjelp av selvrefleksjon og egenbehandling. Likeledes blir det i ma-

nualiserte metoder lagt mindre vekt på den intersubjektive utvekslingen mellom terapeut og klient som bl.a. Daniel Stern (1985) har funnet evidens for betydningen av, i sine studier av spedbarnets interpersonelle verden. Spedbarnsforskningen og også nyere hjerneforskning (Panksepp, 2008) har for øvrig bl.a. tilført psykoanalytisk teori ny type evidens som understøtter og utvider teoriene. Imidlertid er denne type evidens av et annet slag enn den kvantitativt målbare som manualiserte metoder gjerne legger til grunn. Den kvantitative evidensen synes for tiden å ha større gjennomslagskraft som godtatt evidens i det psykologiske fagfeltet. Om det er rimelig at det er slik og at det er gitt at denne trenden vil holde seg så mye lenger, er en annen sak.

Et for sterkt byråkrati bidrar gjerne til å skape dårligere rammebetingelser for subjektivitet og lek. Jeg har erfart fra arbeid med leketerapi i barne- og ungdomspsykiatrien at lek fremmer autenticitet og at lek og autenticitet er intimt forbundet (Eide-Midsand 2007, Winnicott, 1971 og Østberg, 2010). Fra min posisjon som ansatt i det offentlige helsevesen opplever jeg at den økende bruken av skjemaer, registreringer og kontrollrutiner og fokuset på det som kan telles og måles, er en trussel mot kvaliteten i det kliniske arbeidet. For det første stjeler byråkratielatert arbeid tid fra det kliniske arbeidet. For det andre begynner det å påvirke hvordan man tenker og bruker terapi. Terapispråket blir ofte mer mekanisk og diagnostisk preget, kort sagt mer byråkratisert. Rutinemessig kontorarbeid er en uunngåelig del av hverdagen også for terapeuter, men slike aktiviteter har nå fått et slikt omfang at terapeutens eget rom for autenticitet og faglig inspirasjon blir skadelidende.

Vårt terapipråk har ikke bare blitt påvirket av byråkratispråket, men også av næringslivets språk. Kostnadseffektivitet, markeds og produksjon er begreper som brer om seg. På kurs og seminarer blir vi som oftest presentert for powerpoint-forelesninger hvor vekten på det fine designet og de korte punktene, ikke gir de samme mulighetene eller det samme presset til å komme med lenge refleksjoner med mer spennende teori og mer personlig preg. Med økende vekt på det kvantitativt målbare, blir det tildelt mye mer forskningsmidler til kvantitativ forskning enn til kvalitativ forskning. Mye faglitteratur holder seg strengere og strengere til å beskrive det kvantitativt evidensbaserte, og det blir ofte lite liv og subjektiv kraft eller humor i framstillingene.

Habermas (1984) mener vår bevissthet bør være preget både av det målrettede og det ikke-målrettede som han kaller vår livsverden. Det er grunn til å spørre seg om det med vår tids sterke fokus på målrettethet, blir for liten plass til vår livsverden og dermed også til leken. A. Damasio (1994) har funnet at hjernen vår er laget slik at aktiveringen av de delene av hjernen som styrer



rasjonalitet, er avhengig av at de emosjonsreaktive delene av hjernen også blir aktivert. Man kan med andre ord si at hans forskning gir støtte til at ikke-målrettet, lekende og følelsesmessig bevissthet ikke bare er viktig i seg selv, men også viktig for tenkning og problemløsning. Det er ikke tilpasset vår hjerne å ha for ensidig målrettet fokus. Med økende vekt på å fylle tiden vår med stadig mer målrettet aktivitet, løper vi en risiko for at viktige deler av hjernen vår atroferer etter hvert hvis disse delene ikke tilstrekkelig tas i bruk!

## Rammene for leketerapi

I mitt virke i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) de siste elleve årene, har det skjedd en endring i rammebetingelsene som gir mindre rom for lek. Kvaliteten på ens arbeid blir hovedsaklig målt ut fra kvantitativ produksjon, dvs. hvor mange registrerte tiltak på direkte klientarbeid man har og hvor stor klientgjennomstrømning man har. Et slikt system stimulerer til å legge opp klientbehandling ut fra hva som er mest "kostnadseffektivt". For det første at man må jobbe mer alene med klienter da kun en terapeut om gangen får tiltak. For det andre presses man til å ha kortere behandlinger eller kun utredninger for å få større gjennomstrømning. Leketerapi trenger ikke alltid å være langvarig. Psykodynamisk korttidsleketerapi kan være både effektiv og dyptgående. Men noen barn trenger leketerapi over lengre tid enn hva manualisert terapi legger opp til, og den terapiformen krever oftere et samarbeid mellom flere terapeuter. Både korttids- og langtidsleketerapi brukes stadig mindre i BUP i Norge. Også utredning med vekt på hva barnet uttrykker via lek, er blitt marginalisert, siden barnas bevisste tanker og deres genetiske disposisjoner har fått et dominerende fokus framfor deres indre, subjektive og ubevisste liv. Jeg opplever det mer og mer krevende å prøve å holde fast ved det å bruke lek i utredning og behandling også fordi det blir færre og færre kollegaer som bruker lek. Det blir ikke et tilstrekkelig miljø til å få drøftet erfaringene i. Man blir ekstra avhengig av et slikt miljø når en arbeider med leketerapi, da leken ofte er vanskelig å forstå og man kan ha egne barrierer mot å leke på en konstruktiv måte med barnet i terapi. Parallelt med at det blir mindre leketerapi, er det også færre som bedriver psykodynamisk orientert foreldrearbeid hvor felles temaer for foreldre og barn arbeides med parallelt i ulike eller samme rom. For å oppnå god terapieffekt i forhold til et barn, kan det etter min erfaring være avgjørende at også foreldrene får gjøre et bearbeidende og lekende/utforskende foreldrearbeid.

Når arbeidsplassene blir preget av byråkratiske prosedyrer og kontroll, og en overdreven, nærmest mytisk tro på det rasjonelle i mennesket dominerer, så

blir det gjerne også mindre rom for den lekne kreativiteten kollegaene imellom. Den er viktig å bevare, ikke kun for å ha det gøy, som er viktig nok, men også for å forebygge kynisme og mekaniskhet, som er antiterapeutisk i forhold til klientene. Blant terapeuter både i barne- og ungdomspsykiatri-feltet og i psykiatrien generelt er det symptomatisk at egenbehandling og motoverføringsarbeid er blitt mye mindre vektlagt og praktisert. Det er også, kanskje delvis som en konsekvens av dette, en sterk tendens til å årsaksforklare atferd ut fra diagnose. Diagnose blir da ikke lenger bare en beskrivende sekkebetegnelse. Klinisk-faglige diskusjoner vedrørende klienter stopper ofte opp rundt spørsmålet om det dreier seg om den ene eller den andre diagnosen, som om det skulle være målet for diskusjonen og ikke å forstå klienten mer individuelt og meningsfylt.

Den diagnosen som rommer stadig flere individer med et stort spekter av atferd og symptomer, er ADHD-diagnosen. Økningen både i antallet som får diagnosen og de som blir medisineret for det, er etter mitt syn ute av alle proporsjoner. Det er blitt en klar tendens til å la den stå som årsaksforklaring på svært mye forskjellig atferd. Den bekymringsfulle inflasjonen i bruken av diagnosen, er blitt påpekt i debatter i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (Idås, Løkke, Smith, 2006), men generelt har det vært få kritiske røster i forhold til de som ikke har vært det. Idås, Løkke og Smith har hevdet at en ureflektert bruk av ADHD-diagnosen kan bidra til å hindre oss i å se helhetlig på det barnet strever med, og i verste fall medvirke til å overse for eksempel skjulte traumer og tidlig relasjonsskade. En svært uheldig konsekvens av det har blitt at disse barna ikke har fått nødvendig behandling. Det er å håpe at ettertiden vil dømme oss hardt! Lekeobservasjon som utredningsmetode kunne bidratt til å se mer av disse barnas problematikk. Den utredningen kunne også satt oss bedre i stand til å vurdere bl.a. leketerapi som en relevant behandlingsmetode i tillegg til de nødvendige tilrettelegginger i og veiledning til barnas omgivelser. "Er du helt ADHD?" er et uttrykk som verserer blant barn og ungdom i dag når de vil gi uttrykk for forakt og hån. De har kanskje fanget opp at det er noe be- tent som hefter seg ved denne diagnosen?

## Å se et barn

Barn blir ikke sett i psykologisk forstand når de ikke får tid og rom nok til å uttrykke seg med mer enn bare ord. Det verbale språket er mye mer mangelfullt utviklet enn hos voksne. Barn trenger dessuten å uttrykke seg indirekte via for eksempel lek eller formingsaktiviteter. De er som regel svært bundet av

lojalitet til sine nærmeste. Et ekstremt eksempel på et barn som ikke ble sett av sine omgivelser er den i Norge mye medieomtalte Christoffer Kihle Gjerstad, 8 år, hvis stefar i 2009 ble dømt for å ha mishandlet han til døde. Ifølge Østli (2009) var flere i den lille bygda han bodde i bekymret for at gutten hadde mange blåmerker, sår, kuler og hevelser og at han var blitt så merkelig stille. Men ingen varslet sine bekymringer. Den lokale BUPA hadde gitt gutten AD-HD-diagnose. Mor og stefar fikk der veiledning til å takle guttens angivelige selvskadende atferd og utagering hjemme.

Dette dypt tragiske tilfellet illustrerer hvor galt det i ytterste konsekvens kan gå hvis vi ikke virkelig lytter til hva våre klienter har å formidle, ikke minst de yngste av dem. Mange av barna som blir henvist til BUP kan bære på så mange vonde erfaringer eller mangle viktige erfaringer, at det gjelder å gi dem nok rom til å få uttrykt seg best mulig og gi dem mulighet til å komme seg videre. Å gi nok rom vil etter min erfaring ofte innebære å ta lek i bruk. Noen barn trenger også å oppøve evnen til å leke.

## Et mangfold av metoder

Jeg er ikke mot alle former for kvantitative mål, bruk av diagnoser og bruk av kognitive og atferdsorienterte metoder. Vi trenger både kvantitative og kvalitative mål og et mangfold av metoder til ulik bruk. Det er balansen jeg er bekymret for, at det er blitt for lite rom i teoriene og metodene til å ta høyde for det unikt subjektive hos hvert menneske. Jeg mener det er interessant i den sammenheng at psykoanalytisk teori som i utgangspunktet så tydelig tok hensyn til autenticitet, både har tapt terreng og at praktiseringen av den ikke alltid klarer å være trofast mot denne målsettingen. Jeg har holdt fram forhold ved tidsånden for å forstå autenticitetens og lekens tilbaketog og hvorfor psykoanalyse og psykoanalytisk orientert terapi har mistet sin dominerende posisjon i teori- og terapifeltet. En annen innfallsvinkel er å se på psykoanalysens historiske utvikling.

## Psykoanalysen og subjektets natur

Freud var med sin medisinske bakgrunn opptatt av naturvitenskapelighet. Da han utviklet den psykoanalytiske teori og metode, så han seg imidlertid nødt til å fravike det rådende positivistiske vitenskapssyn. I sin kliniske erfaring med de pasientene han beskrev i 1895, fant han ut at han oppnådde best resultat hvis han tonet ned sin umiddelbare ambisjon om å kurere og bare kon-

sentrerte seg om å høre på hva hans pasienter sa. I drøftingen av kasushistorien om “Elisabeth von R” hadde Freud følgende, mye refererte kommentar: “It still strikes me myself as strange that the case histories I write should read like short stories and that, as one might say, they lack the serious stamp of science. I must console myself with the reflection that the nature of the subject is evidently responsible for this, rather than any preference of my own” (Breuer & Freud, 1895, s. 160, ref. i Reeder, 2008, s. 114).

I sine yngre år hadde Freud vært svært interessert i filosofi. I en tekst i 1925 plasserte han psykoanalysen i en mellomposisjon mellom medisin og filosofi. Freud beklaget ikke at filosofer i hans tid ikke omfavnet psykoanalysen. Han mente også at psykoanalysen ikke ville profittere på et for nært bånd til psykiatrien. Ernst Jones (1957) nevner at Freud skrev til han at psykoanalysen aldri måtte bli “psykiatriens husholderske” (s. 323). Freud ville at psykoanalysen skulle stå på egne ben. Men psykoanalysen oppnådde aldri denne uavhengigheten. Etter Freuds død og etter den andre verdenskrig var Europa i ruiner, og det var også en stor del av europeisk psykoanalyse. Det var USA som ble hovedsetet for psykoanalysen i årene etter krigen, og da ble det en sterk allianse med psykiatrien. Ifølge Jurgen Reeder (2008) har denne alliansen bare vokst seg sterkere fram til i dag og gjort det vanskelig for psykoanalysen å tenke på seg selv i andre termer enn som en behandlingsmetode mot patologi.

Psykoanalysens forpliktelse overfor *the nature of the subject* blir da skadelidende. Dette *subjektets natur* kaller Reeder (2008) det personlige narrativ som inneholder eget forhold til seg selv og andre og egne følelser og oppfatninger. Det personlige narrativ utgjør kjernen i en etisk dimensjon hvor evnen til selvrefleksjon er sentral. “Psychoanalysis is probably one of modernity’s most sophisticated methodological procedures for restoring the individual to the ethical dimension and for helping her to arrive at a personal and responsible interpretation of her place in existence” (s. 116).

For barn i psykoanalytisk orientert behandling innebærer dette at de får brukt sin mest personlige uttrykksform som gjerne er leken. I min egen kliniske erfaring med leketerapi, har det vært slående hvor mange forskjellige typer lek barn tar i bruk på terapirommet ut fra forskjeller i personlighet og hva de trenger å utvikle og bearbeide. Noen foretrekker rolige formingsaktiviteter, noen spiller mye spill, noen leker dramalek med dukker og figurer, noen får mest utbytte av fysisk lek, for eksempel fotball eller fektekamper og atter andre vil lage fortellinger eller bare snakke mens de husker eller gjør noe annet med leker.

## Mer vekt på biologi og diagnoser

Auestad (1992) hevder at kanskje den vesentligste nyvinningen i Freuds tanker var at begrepet “psykodynamisk” innebærer at vi mennesker har opplevelser og følelser i oss, bak oss og mellom oss som har noe til felles. Det betyr at vi alle er i samme bås, det fins ingen bare syke eller noen helt friske. Hun peker på at det eksisterer et stadig samfunnspress når det gjelder å skille ut syke – “de andre” versus “oss sunne og friske”. Dagens opptatthet av diagnostisering, også av barn, er etter mitt syn et uttrykk for dette.

Gullestad (2009) sier følgende om diagnostisering: “Sykdomsdiskursen preger i stadig større grad den offentlige arena, der kamp om rettigheter utspilles med diagnoser som innsats. Den dominerer i økende grad vår selvforståelse, og behersker også kliniske retningslinjer for behandling, som ofte utelukkende er basert på klassifikatorisk diagnostikk. Et slikt hegemoni er uakseptabelt”. Gullestad mener at behandlingsråd basert på gruppetilhørighet er helt utilstrekkelige. Hun mener alternativet er en individualisert vurdering av den enkelte klients personlighetsstruktur, motivasjon og aktuelle situasjon. “Bare hinsides sykdomspråket er det mulig å skape en dialog som er respektfull samtidig som den treffer pasienten på måter som fremmer utvikling og ansvarliggjøring (...) Den psykoanalytiske samtalen tar utgangspunkt i den enkeltes spontane livsopplevelse, det er den subjektive erfaringen som er i fokus. Ikke sjelden er det en utfordring å få pasienten “ut” av diagnosen og gi ham individualiteten tilbake” (Kronikk i Morgenbladet, 06.11.09, nettutgave).

## Tapt terreng for psykoanalyse og demokrati

Psykoanalysen er avhengig av statlig regulering og beskyttelse for å drive med behandling. Det ikke-dømmende i psykoanalysen blir forstyrret av dette. Den blir ifølge Reeder (2008) ikke en uavhengig institusjon i et demokratisk samfunn, den svikter sin forpliktelse overfor *the nature of the subject*. Å flykte fra denne etiske posisjon betyr en svekkelse av demokratiet. Reeder mener psykoanalysen bør forholde seg til at den er avhengig av demokrati og at den bør kjempe for å øke folks kompetanse til å leve i den etiske dimensjonen. Bare da kan den fylle sin rolle som sosial institusjon i et demokratisk samfunn.

Psykoanalysen er blitt kritisert for disippelmentalitet som står i motsetning til demokratiske prinsipper. Denne kritikken er etter mitt syn dessverre ikke ubegrunnet. Det er et kjent fenomen at tilhengere av en bevegelse, institusjon eller religion, kan bli mer katolske enn paven selv. Dessuten kan psykoanaly-

sens svekkede posisjon også stå i sammenheng med at Freuds etterfølgere ikke i samme grad som han har klart å formidle kontroversielle teorier med autoritet, karisma og personlig engasjement. Hans tekster hadde en selvransakende form som på en unik måte fikk framhevet hans teoretiske poenger. Slik stod han også fram som en modell for konstruktivt å ta i bruk egen subjektivitet. Vi har kanskje ikke gode nok slike modeller i dag? Summers (2008) mener psykoanalysen har tapt så mye terreng at han kaller det et felt i krise. Han mener en viktig årsak til det er at det er for lite ordentlig dialog mellom de ulike retningene innen psykoanalysen. Den preges av mange rivaliserende leirer. Dermed mangler et bredt fagmiljø som kunne tatt mer vare på hovedfokuset på det autentiske og betydningen av lek.

## Mindre oversikt og mindre toleranse for det flertydige og smertefulle

I vår omskiftelige tid er det spesielle utfordringer forbundet med å være selvreflekterende, lekende og autentisk. For eksempel blir teknologien stadig mer avansert og går over hodene på de fleste av oss. Det er lett å føle på maktesløshet når det er så mye vi ikke forstår av hvordan de fysiske-tekniske ting rundt oss fungerer, og dessuten kan informasjonsstrømmen og valgmulighetene være overveldende. Det kan bli et desto større behov for mer håndfast teori enn den psykoanalytiske eller for å gjøre den psykoanalytiske teorien mer håndfast.

En forbedret smertebehandling, lavere barnedødelighet og høyere levealder fører dessuten til at vi ikke lenger er så vant til å måtte forholde oss så mye til død og fysisk smerte, noe som også kan påvirke vår vilje til å møte vår livsmerte. For mange av oss må det en alvorlig livskrise til før vi nærmest tvinges til å være ordentlig nærværende i eget liv med all den smerte det innebærer. Men et slikt nærvær bringer også med seg og gir kraft til glede, lek og spontanitet. Å være i det betydningsfulle og gåtefulle i eget liv, skjer gjerne kun i glimt. Med en gang vi prøver å gripe for å holde fast i dette når det kommer tett innpå oss, så glipper det vekk igjen. Vårt nærværs flyktighet sier noe om hvor sårbart vårt indre rom er.

Ikke minst kan vår autenticitet også bli truet av dagens medievirkelighet. Mediene kan sies å ha åpnet det offentlige rom inn mot det private i svært stor grad. Det private ned til den minste detalj deles stadig oftere i full offentlighet, bl.a. i reality-serier og blogger. Faren er at enkeltindividets private og indre rom banaliseres og forflates.

Et annet voksende problem som kan påvirke oss på grunnleggende måter, er

at det skjer fordreininger av fakta i media og i forskning. Journalisten Borch (2008) hevder at inforådgiverne manipulerer fakta og truer demokratiet. *Neokapitalisme* er et begrep han bruker for å betegne vår tid; alt er blitt marked, alt må pakkes inn, alt må selges. Da Tony Blair startet som statsminister, var det ca. 300 som drev med informasjon i det britiske regjeringsapparatet. Da han gikk av, var det 3700!

## Hvor ble det av det samfunnskritiske i psykologien?

Teorier som har som intensjon å forstå mennesket og våre muligheter for psykologisk vekst, mener jeg blir mangelfulle og lite robuste når en samfunnskritisk analyse ikke er med. Nora Sveaass (2009) etterlyser røster i den europeiske og amerikanske psykologien for en psykologi som er en aktiv del av politisk endring og frigjøring. I deler av verden hvor fattigdom og undertrykking har dominert, som i Latin-Amerika, hevder frigjøringspsykologien at fagets primære oppgave er å forstå sin egen virkelighet gjennom å reflektere over egne sosiale erfaringer, og at psykologiens oppgave er å tydeliggjøre de undertrykte situasjon og gi dem tro på sin stemme og sin mulighet til opprør.

Ole Jacob Madsen (2009) hevder i en av de svært få samfunnskritiske artiklene i Tidsskrift for Norsk Psykologforening at psykologien fungerer mot sin hensikt ved å undertrykke, ikke frigjøre, at den fra et samfunnsperspektiv ikke bare er dønn konservativ, men også aktivt konserverende. Kapitalismekritikken fra venstresiden hevder ifølge Madsen at den sene kapitalismen har vært helt avhengig av fremdyrkelsen av en individualismeideologi som kamouflerer at mennesket i virkeligheten er fratatt en subjektiv autonom identitet.

## Avslutning

Jeg har i denne artikkelen tillatt meg selv å reflektere over samfunnsforhold som sjelden blir tatt med i psykologiske teorier eller drøftinger. Mindre rom for lek kan ses som et symptom på at frigjøring og autentisitet er truet i vår tid. Et bidrag til å snu dette er etter mitt syn at vi makter å ha et metaperspektiv på det samfunnet vi er en del av. En vesentlig del av det terapeutiske arbeidet henimot klienten, er at terapeuten arbeider med å bevare en tilgjengelighet uten å miste sin frihet til å føle og tenke. Dette mener jeg også bør innebære at vi ikke blindt innordner oss rammebetingelser som er antiterapeutiske. Å skape tilstrekkelig rom for autentisitet og helende lek vil også være grunnleggende for å bevare og styrke et robust demokrati.

*Barn kommer fra et hemmelig sted  
der tiden renner inn i verden*

*Bruk tiden – for plutselig er barnet  
forsvunnet langt inn i en voksen.*

*Trond Viggo Torgersen*

## Referanser

- Auestad, A-M. (1992). Om emosjonell læring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 29, 921-929.
- BBC News. (2009, 2. september). Depression looms as global crisis. *BBC MMX*. Nedlastet den 11.02.10 fra <http://newsvote.bbc.co.uk/mpapps/pagetools/print/news.bbc.co.uk/2/hi/health/8230549.stm?ad=1>
- Borch, C. (2009). *Samhetens kår*. Cappelen Damm A/S.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error*. New York. Putnam.
- Eide-Midsand, N. (2007). Boltrelek og lekeslåsning: I. Lekens funksjon i psykoterapi og i barns normale utvikling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1459-1466.
- Gullestad, S. (2009, 6. november). Hvorfor er jeg sånn? Ansvar for eget liv forsvinner med jeg-et når diagnosen er stilt. *Morgenbladet* (Kronikk).
- Habermas, J. (1987). *The Philosophical Discourse of Modernity: Twelve Lectures by Jürgen Habermas*. Polity Press.
- Idås, E. (2006). Urovekkende utvikling rundt ADHD? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 262-264.
- Jones, E. (1957). *Sigmund Freud: Life and work*. Vol III. London: The Hogarth Press, 1980.
- Kaurel, J., Østrem, S. (2009, 3.november). Verdien av å leke. *Klassekampen*, s. 16. (Kronikk).
- Løkke, P. A. (2006). ADHD-epidemien og det biomedisinske paradigmet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 265-267.
- Madsen, O. J. (2009). Psykologi, samfunn og etikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 144-152.
- Mehren, S. (1987). *Vår tids bilde som antropi og visjon*. Oslo. Aschehoug.
- Panksepp, J. (2008). Play ADHD and the construction of the social brain. *American Journal of Play*, 1, 47-55.
- Reeder, J. (2008). The enigmatic "nature of the subject". With philosophy at the interface of Psychoanalysis and society. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 31, 114-121.
- Smith, L. (2006). ADHD: Forekomst, årsaksmekanismer og effekt av medikamentell behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 268-269.
- Stefansen, K. (2008). Et uendelig ansvar. Om foreldreskap i middelklassen. I: Puntervoll Bø, B, Rappana Olsen, B. C. (red.), *Utfordrende foreldreskap*. (s. 27-50). Gyldendal Akademisk.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books.
- Summers, F. (2008). Theoretical insularity and the crises of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 25 (3), 413-424.



- Sutton-Smith, B. (1999). The contemporary rhetorics of definitions. I: S. Reifel (red.), *Play and culture. Studies. Vol. 2.* (s. 238-256). Ablex Publishing Corporation. USA.
- Sveaass, N. (2009). Politisk psykologi – mellom forklaring og forandring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 142-143.
- Torgersen, T. V. (2007). *Tenke sjæl. En bok om å trives med den man er, og ikke streve med å bli noe andre vil du skal være.* Pantagruel Forlag.
- Ulvik, O. S. (2009). Barns rett til deltakelse – teoretiske og praktiske utfordringer i profesjonelle hjelperes samarbeid med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 1148-1154.
- Wifstad, Å (1994). Møtet med Den Andre. Om ekspertkunnskapens grenser. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 30, 3678-3680 (Kronikk).
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality.* London: Tavistock.
- Yalom, I. D. (2002). *The Gift of Therapy.* Harper Collins Publishers. New York.
- Østberg, M. (2010). Rom for lek? I. Betydning av lek i terapi og hvorfor brukes det mindre? *Matrix. Nordisk tidsskrift for psykoterapi*, 3, 215-230.
- Østlie, K. S. (2009, 17. april). Gutten som ble usynlig. *Aftenpostens A-magasin*.

## Abstract

Marit Andersen Østberg: Sufficient space for playing? II. A social perspective on the conditions for playing

*How do cultural and social factors in contemporary society undermine authenticity, which is vital in playing? Decreasing space for playfulness can be seen as an important aspect of the current authenticity crisis and the crises of psychoanalysis. This authenticity crisis is reflected in the rather weak meta-perspective on social conditions in psychology, and the near-mythic belief in rationality and manualised methods. An expanding bureaucracy and demand for economic efficiency are making their way directly into the therapist's work and into the children's world. In kindergartens and schools also, emphasis on academic achievement is at the expense of playtime. This streamlining impoverishes childhood and may in the long run have serious consequences for the free and autonomous adults on which a robust democracy depends.*

*Keywords: Playing, social perspective, authenticity, democracy*

# Overføringsfokuseret psykoterapi

– en oversigt

Matrix, 2011; 1, 18-47

Lars Neisig Møller og Laura Louise Clausen

*Overføringsfokuseret psykoterapi udspringer af den psykoanalytiske tradition. Især står den i gæld til objektrelationsteorien. Den henvender sig med sin særlige indfaldsvinkel til patienten med den sværere personlighedsforstyrrelse og grundlæggende psykiske helbredsudfordringer i form af usikker selvopfattelse og ringe tilpasningsevne. Det er erfaringen, at denne patient ikke er lige så modtagelig for klassisk psykoanalytisk terapi som den med en lettere personlighedsforstyrrelse eller forbigående adfærdsforstyrrelser. Den amerikanske psykiater O. F. Kernberg er en af grundlæggerne af den overføringsfokuserede psykoterapi. I erkendelse af, at nogle særligt belastede patienter, der hverken kunne betegnes som neurotiske eller psykotiske, havde brug for en psykoterapi, der nok sikrede dem imod følgerne af en kaotisk livsførelse, men samtidigt stillede dem evnen til selvrefleksion og fuld uafhængighed i udsigt, kombinerede han elementer fra de renere fortolkende og støttende behandlingsskoler. I dag findes den overføringsfokuserede psykoterapi i manualiseret udformning. Den konkurrerer med en lang række andre skoler, men synes indtil videre at klare sig tilfredsstillende i sammenlignende undersøgelser.*

Lars Neisig Møller, MD, Distriktspsykiatrien (Region Sjælland), Havnevej 7, DK-4000 Roskilde.  
Laura Louise Clausen, MD, Psykiatrisk Center Ballerup, Gentofte Afdeling (Region Hovedstaden),  
Niels Andersens Vej 65, DK-2900 Hellerup.

## Første del

### Indledning

Overføringsfokuseret psykoterapi (eng. transference-focused psychotherapy, TFP) betegner en psykoanalytisk baseret terapiform beregnet på patienter med svære personlighedsforstyrrelser. Den psykoanalytiske objektrelationsteori, som den blev lanceret i efterkrigsårene af fremtrædende britiske psykologer (W. R. D. Fairbairn, Melanie Klein m. fl.), bibringer det historisk-teoretiske grundlag for behandlingen (Fairbairn, 1952, bog; Klein, 1957, bog). Grundlæggende for TFP er således begrebet om internaliserede objektrelationer som bærende elementer i psykens struktur. Udformningen af TFP, som den kendes i dag, skyldes i første række den amerikanske psykiater O. F. Kernberg, hvis grundbegreber står i gæld til den ego-psykologiske skole<sup>1</sup>.

Skønt TFP først for alvor vandt indpas i løbet af halvfemserne, blev de metodologiske anbefalinger, der udmærker terapiformen, i hovedtræk formuleret så tidligt som i begyndelsen af halvfjerdserne. Således fandt man i forbindelse med et stort anlagt forskningsprojekt (Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project), at patienter med svære personlighedsforstyrrelser eller en såkaldt borderline-personlighedsorganisation (BPO) i højere grad profiterede af en modificeret psykoterapeutisk tilgang med hovedvægten på overføringsanalyse end klassisk psykoanalyse eller supportiv psykoterapi (Kernberg, 1972, 1-275). Dette tankevækkende fund, der selvfølgelig viste tilbage til forekomsten af nogle kronisk lidende patienter med helt andre udfordringer i livet end de neurotiske eller psykotiske, blev bestemmende for sammensætningen af et passende behandlingstilbud. Som et banebrydende terapeutisk alternativ til de eksisterende skoler kom TFP derfor til at forene væsentlige træk (fra det strategiske over det taktiske til det tekniske plan) fra de renere fortolkende og støttende betragtningsmåder, der hver for sig havde vist sig at være utilstrækkelige.

1 For Kernberg er overføringsanalysen omdrejningspunktet i den psykoterapeutiske tilgang. Patientens objektrelationer aktiveres principielt i enhver relation til andre personer. Overføring finder altså sted såvel i terapeutiske sessioner som i alle andre tilfælde af interpersonel interaktion. Kritisk er i klinisk henseende netop antagelsen om, at uintegrerede objektrelationer, så at sige patientens infantil-primitive skabeloner for relationerne til andre personer, vil røbe sig i sessionerne, hvor de i terapeutens forpligtende nærvær kan blive underkastet fordomsfri (ikke-fordømmende) bestræbelser på fortolkning. De fortolkninger, der indgår i overføringsanalysen, er ret beset hypoteser, der dels udtrykker terapeutens erkendelse af fraspaltede objektrelationer i overføringen, dels udtaler sig prøvende om grundene til adskillelsen. Dermed bliver overføringsanalysen indgangen til patientens ubevidste konflikter (Clarkin, 1999, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

Fra terapeutisk hold udtrykte man på den ene side betænkelighed ved den form for rådgivende indblanding i patientens ydre virkelighed, der ligger i den supportive psykoterapi, i årevis standardtilbuddet til BPO-patienter mange steder i den vestlige verden. Man var derudover utilbøjelig til at give afkald på overføringsanalysen eller de sandhedssøgende fortolkninger i bredere forstand. Den rosende, trøstende og opmuntrende støtte til patienten skulle i den udstrækning, den overhovedet havde en plads i behandlingen, under ingen omstændigheder have lov til at stå alene. Et behandlingstilbud til patienterne måtte simpelt hen stile højere end at yde, hvad der kunne ligne en forsinket forældreomsorg. I virkeligheden bidrog man med TFP til at markere et bemærkelsesværdigt brud med flere skolers stiltiende holdning til BPO (jf. E. R. Zetzels synspunkt, at behandlingen for BPD grundlæggende skulle være støttende, uden forventning om, at patienterne nogen sinde opnåede autonomi (Zetzel, 1971, 867-871)). Med andre ord forkastede man det pessimistiske standpunkt med hensyn til BPO-patienternes prognose og potentiale for fremgang, om ikke helbredelse. – På den anden side fremhævede man, givet patienternes karakterologiske særpræg, nødvendigheden af med passende virkemidler eller støttende indgreb at kunne sikre behandlingsrammen imod truende anslag udefra, f.eks. i form af selvmordstruende adfærd eller andre udtryk for *acting-out*. Som udgangspunkt var BPO-patienternes forudsætninger for deltagelse i et planmæssigt fremadskridende samarbejde med terapeuten utvivlsomt ringere end for patienter med en neurotisk personlighedsorganisation (NPO). Alligevel var målsætningen på samme tid at tilbyde BPO-patienterne en indsigtsgivende terapi i sessionerne og ved hjælp af nærmere bestemte forholdsregler (lige fra fremskyndet fortolkning til støttende indgreb) afværge de nærliggende trusler fra en kaotisk livsførelse uden for sessionerne.

I mellemtiden har Kernberg og hans medarbejdere systematisk udviklet de psykoanalytiske begreber og metoder, således at de som kliniske arbejdsredskaber er blevet tilpasset udfordringerne hos den udvalgte patientpopulation (Fairbairn, 1952, bog; Kernberg, 1984, bog; Clarkin, 1999, bog; Kernberg, 2001, 195-208; Clarkin, 2007, 35-56; Yeomans, 2007, 17-34; Kernberg, 2008, 601-620). Der foreligger i dag en detaljeret behandlingsmanual for TFP. Deri redegøres der for anvendelsen af de udvalgte psykoanalytiske redskaber, som behandlingen udvikler sig fase for fase. Af forfatterne stilles høje krav til terapeutens selvindsigt og ubestikkelighed (Clarkin, 1999, bog; Clarkin, 2006, bog)<sup>2</sup>.

2 Kernberg stiller utvivlsomt ret høje krav til terapeutens personlige egenskaber. Der er i enkeltheder redegjort for de pågældende krav nedenfor. I nogle henseender kunne

## Patienten midt imellem neurosen og psykosen

Kernberg kan tilskrives æren for at have indført begrebet om BPO. Andre kom ham dog i forkøbet med hensyn til at indkredse den følelsesladede, stridbare og ubeherskede patient med usikker selvopfattelse og ringe tilpasningsevne, men uden vrangforestillinger eller hallucinationer (Kernberg, 1967, 641-685).

### I. Identifikation af en særskilt patientpopulation

Psykoanalytikeren Adolph Stern skulle være en af de første til at beskrive, hvad eftertiden har valgt at betegne BPD-patienter. Således bemærkede han, at nogle patienter ikke uden videre kunne indpasses i det dikotome klassifikatoriske system bestående af neurotiske og psykotiske patienter. Med hensyn til sygdommens sværhedsgrad anbragte patienterne sig nærmest midt imellem neurosen og psykosen. De besad ikke neurotikerens grad af tilpasning, dennes selvbeherskelse eller hæmning, men var på den anden side heller ikke så utilpassede og omsorgstrængende som den psykotiske patient (Stern, 1938, 467-489; Stern, 1945, 190-198).

Robert Knight fulgte efter med beskrivelsen af nogle patienter, hvis adfærd syntes at vidne om et særligt behov for struktur. Han beskrev patienter med en udpræget tilbøjelighed til sammenstød og ubeherskede følelsesudbrud. I denne adfærd, der virkede anstrengende på andre, så han nogle umiskendelige regressive træk (Knight, 1953, 1-12).

terapeuten nærmest synes at skulle være et overmenneskeligt dydsmønster, der til stadighed bevarer overblikket og er på vagt over for trusler imod behandlingen. F.eks. omtales de fristelser, som terapeuten skal modstå i selskab med en idealiserende patient. Men er Kernbergs krav nu også uden forbindelse med virkeligheden? – Han foreslår en lang række praktiske forholdsregler, der skal sikre behandlingsforløbet imod forstyrrelser. Det påhviler terapeuten at se hen til forholdsreglerne som retningslinjer, men fuldkommenhed som sådan skulle Kernberg vel være den sidste til at forvente. Det ville i sandhed være en primitiv position at forsvare. I princippet skal man altså overholde reglerne, som de er nedfældet i behandlingskontrakten og i det hele taget fremgår af manualen, men i det virkelige liv, også som det udfolder sig i det terapeutiske rum, må man på en moden og målrettet måde tilpasse sig omstændighederne og løbende rette behandlingen ind efter de forstyrrelser, der måtte forekomme. Ved ethvert større brud på reglerne kan terapeuten immervæk forbeholde sig sin ret til at erklære time-out og underkaste uregelmæssighederne den fortolkning, der er påkrævet for, at terapeuten og patienten sammen kan komme videre. Alt i alt synes Kernbergs forholdsregler snarere at vidne om hans rige erfaringer fra det virkelige liv. De udtrykker ikke nødvendigvis nogen akademisk virkelighedsflugt.

Som en opsamlende bestræbelse på grundlag af sine egne observationer foreslog R. R. Grinker nogle diagnostiske kriterier for BPD: (1) svigtende identitetsfølelse (selv-identitet), (2) anaklitisk tilknytning (udtalt afhængighed af betydningsfulde andre), (3) nedtrykthed grundet ensomhed og (4) overvægt af udtrykt vrede (Grinker, 1968, bog).

I dag er *borderline*-begrebet for længst blevet indlemmet i både den amerikanske og internationale diagnosenøgle, dvs. DSM-III i 1980 henholdsvis ICD-10 i 1992.

## II. Borderline-personlighedsorganisation

Foruden tilfælde af *borderline personality disorder* (BPD) *per se* omfatter BPO-patienterne svære tilfælde af *histrionic/hysterical personality disorder*, *dependent personality disorder*, *paranoid personality disorder*, *schizoid personality disorder*, *schizotypal personality disorder*, *antisocial personality disorder* og *narcissistic personality disorder* i henhold til den amerikanske diagnosenøgle DSM-IV<sup>3</sup>. Begrebet om BPO, som det finder anvendelse i forbindelse med fremstillingen af principperne i TFP, henviser til den kliniske konstellation af tre psykostrukturelle kendetegn, nemlig identitetsdiffusion, primitive forsvarsmekanismer og delvis intakt realitetstestning.

### (i) Identitetsdiffusion

BPO-patienter antages grundlæggende at lide af syndromet identitetsdiffusion. Derved forstår man en kronisk tilstand kendetegnet ved manglende klarhed, ensartethed og vedholdenhed i selvopfattelsen. Modsætningsvis er NPO-patientens ego-identitet solid. Jeg-begrebet er imidlertid flydende, uskarpt afgrænset og foranderligt hos patienten med BPO. Det samme gælder begrebet om betydningsfulde andre. En uadskillelig del af syndromet skulle være den manglende evne til at forudsige, beskrive og fortolke følellestilstande og adfærdsformer. Endvidere skulle der være en manglende evne til dels at sondre imellem den indre og ydre virkelighed, dels at forlige modstridende tanker eller sindstilstande. Overhovedet skulle patienten mangle evnen til at erkende

3 Derudover medregner Kernberg en række personlighedsforstyrrelser, der ikke nævnes særskilt i DSM-IV, nemlig *syndrome of malignant narcissism*, *hypochondriasis*, *hypomanic personality disorder* og *sadomasochistic personality disorder*. *Histrionic/hysterical personality disorder* (med det ovennævnte forbehold), *obsessive-compulsive personality disorder* og *depressive masochistic personality disorder* henregnes til NPO.

modsigelserne i tænkningen, følelserne og adfærden. Evnen til selvrefleksion er tilsyneladende fraværende, skadet eller uudviklet<sup>4</sup>.

Det hedder sig, at identitetsdiffusionen har sine rødder i opvæksten, hvor mangelfuld integration af selv- og objektrepræsentationer tilskrives en overvægt af negative (i modsætning til positive) internaliserede objektrelationer<sup>5</sup>. Traditionelt går de ætiologiske overvejelser på overgreb (f.eks. seksuelle) eller forsømmelser fra forældrenes (eller andre omsorgsgiveres) side. Psykotraumer, især ved gentagelsestilfælde over længere tid, skulle teoretisk set forstyrre patientens kognitiv-afektive modning, bl.a. opbygningen af en sund dømmekraft i omgangen med andre mennesker og indlæringen af passende følelsesudtryk. Årsagssammenhængen imellem psykosociale belastninger og udvikling af BPO er imidlertid kompleks. I virkeligheden tyder undersøgelser på, at BPO-patienter ikke er hyppigere traumatiserede end andre psykiatriske patienter. Nogle BPO-patienter kan end ikke påberåbe sig nogen indlysende belastninger i den ydre virkelighed, f.eks. i form af afvisende forældre eller overgreb i barndommen. Det er altså ikke belastningen i sig selv, men noget andet, der ligger til grund for personlighedens særlige udvikling. Forskellen ligger snarere i BPO-patienternes manglende evne til selv at bearbejde ophobede følelseskader og i det hele taget anstille sig (selv-)reflekterende (Patrick, 1994, 375-388; Fonagy, 1996, 217-233). En kongenit disposition eller konstitutionel sårbarhed (vulnerabilitet) kunne synes at være påkrævet. Nogle kommer til verden med en større mestnings- eller modstandsevne end andre. I lighed med sygdomstilstande fra det affektive og skizofrene spektrum skyldes BPO efter alt at dømme et individualiseret samspil imellem patientens arv og miljø, dvs. en

- 4 Kernbergs begreb om identitetsdiffusion, dvs. det modsatte af identitetskonsolidering, synes i sin indkredsning af patienternes grundlæggende skavank at svare til mentalisterne begreb om mangelfuld mentalisering (Bateman, 2003, 187-211) eller adfærdsterapeuternes begreb om mangel på opmærksomt nærvær (eng. mindfulness) (Linehan, 1993, bog).
- 5 Til belysning af selv- og objektrepræsentationernes naturhistorie er Kernberg fremkommet med en model, hvor der beskrives i alt fem udviklingstrin. På det tredje trin, med en alder på 6-8 til 18-36 måneder, skal barnet i henhold til modellen blive i stand til at sondre imellem selv og anden. Mislykkes dette, bliver barnet stående på det andet trin svarende til PPO. På det fjerde trin, med en alder på over 36 måneder, skal barnet normalt blive i stand til at integrere "gode" og "onde" selv- og objektrepræsentationer, således at det affinder sig med mødet imellem komplementære egenskaber (modsatninger) hos den samme person, det være sig selvet såvel som objektet. Udebliver denne integration, bliver barnet stående på det tredje udviklingstrin svarende til BPO. Med andre ord går barnets udvikling i stå før tiden. På trods af stigende alder vil den pågældende forblive umoden i sit syn på sig selv og andre (Kernberg, 1984, bog).

kombination af genetiske anlæg (konstitutionel emotionel reaktivitet, temperament) og især tidlige påvirkninger fra omgivelserne.

Grundlæggende for den psykoanalytiske tilgang til BPO-patienterne er den antagelse, at den vedvarende utilpassesthed, der kendetegner sygdomsbilledet, skyldes den ubevidste efterligning i bl. a. sessionernes her-og-nu af patogene internaliserede objektrelationer fra fortiden; overleveret i form af internaliserede objektrelationer iscenesættes ubevidste konflikter igen og igen på en symbolsk måde. Så udtalt er patienternes mangel på selvrefleksion, at de almindeligvis er blinde for det repetitive motiv. Men selv i en livsførelse, der udadtil virker fuldkommen kaotisk, kan dette motiv identificeres. Netop gentagelsesmønstret med hensyn til ufrugtbare, skadelige adfærds- og samlivsformer (f.eks. det konsekvente valg af partnere med antisociale personlighedstræk) kan ellers synes udenforstående at være lige så indlysende som ubegribeligt. – Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at patientens internaliserede objektrelationer ikke nødvendigvis aktiveres i forhold til andre personer, men også i forhold til fysiske symptomer. Således angives en hyppig form for somatisering hos BPO-patienter at være en almindelig hypokondrisk tilbøjelighed, hvor affekt-ladete relationer til andre personer erstattes med relationen til patientens egen krop. Foruden at indebære en forarmelse af patientens relationer til andre personer er denne omdirigering af objektrelationerne almindeligvis også ensbetydende med en sænket tærskel for somatiske symptomer.

Negative affekter, især aggression, synes særligt egnede til at undergrave evnen til at integrere delselv- og delobjektrepræsentationer på en moden måde. Aggression er netop en fremherskende affekt hos BPO-patienten. Det er, som om patienten på det ubevidste plan frygter, at den overvældende virkning af de negative affekter, der tegner hans relationer til andre personer, fuldkommen skal ophæve virkningen af de positive affekter. En indre virkelighed uden positive affekter ville trods alt være utålelig. Derfor gælder det for enhver pris om at beskytte den mindre andel af positive objektrelationer imod de negative. Patienten bliver ubevidst stående på et lavere udviklingstrin, hvor han rigtigt og ureflekterende må forlade sig på primitive forsvarsmekanismer for at holde dyadernes affekter, selv- og objektrepræsentationer adskilt (segregeret). Adskillelsen sker altså dybest set af hensyn til de positive affekter.

Frem for at integrere affekter og repræsentationer hver for sig, som man ellers lærer det i løbet af opvæksten, vedbliver patienten med at adskille dem. Det sker ved en dissociativ undvigelse eller ubevidst fraspaltning af de enkelte affekters eller repræsentationers modsætninger. Spaltningen finder vel at mærke sted på flere planer. Patienten er i kraft af sin spaltningstilstand tilbøjelig til



at springe frem og tilbage imellem modsætninger, det være sig imellem polerne i den enkelte objektrelation eller de modstridende affekter fra hver sin objektrelation, men så længe, han befinder sig i den pågældende tilstand, er han sig kun den ene af modsætningerne bevidst ad gangen; han ænser ikke den anden. Kendetegnende for hans tilstand kan han ikke bringe modsætninger sammen på den selvfølgeligt afprøvende måde, der kendetegner den modne holdning til virkeligheden, dens personer og begivenheder.

For BPO-patienten er der tilsyneladende ingen glidende overgange eller blanding i tilfælde, hvor følelser er på spil, men kun skarpt afgrænsede yderligheder; spaltningstilstanden, patientens umodne holdning til sig selv og andre, henviser ham til vedholdende tænkning i fuldkomne modsætninger såsom alt-eller-intet, sort-eller-hvidt og altid-eller-aldrig. Modsatte egenskaber kan f.eks. ikke findes side om side hos den samme person; den ene egenskab fortrænger nødvendigvis den anden. Udtrykt på en måde svarende til den teoretiske model er patientens selv- og objektrepræsentationer, der parvis (dyadisk) forbindes af affekter, ret beset fragmenterede delselv- og delobjektrepræsentationer, dvs. overforsimplede, karikerede misrepræsentationer (vranggenivelser) af virkeligheden<sup>6</sup>.

På personer i sine omgivelser virker patienten i sine klarere fremtrædelsesformer uligevægtig, lunefuld og lidenskabelig. Under pres, hvor det truende sammenbrud tvinger hans afvigende personlighedstræk frem i lyset, vil han kunne drive det til såkaldte "affektstorme". For en overfladisk betragtning kan patienten også fremtræde slagfærdig og udadvendt på en tiltrækkende måde. En hæmningsløs, uforfærdet og udfordrende holdning kan let blive forvekslet med dybereliggende personlig afklarethed og uafhængighed (selvstændighed). Men før eller siden udstiller patienten uvægerligt sin dybt rodfæstede spaltningstilstand. Det bliver klart, at han så langt fra er afklaret eller uafhængig. At han i bund og grund skyr bevidstheden om de modsætninger, der må findes side om side i ham selv og andre personer, at han på en uberegnelig måde svinger i holdningen til de samme personer, og at han er uden den fornødne udholdenhed til at føre sine planer ud i livet, kommer til udtryk i en mang-

6 Virkelighedens personer er i henseende til tænkning, følelser og adfærd sammensatte skabninger og lader sig selvfølgelig ikke reducere til et enkelt personlighedstræk, en bestemt sindsstemning eller handlemåde. Den stiliserende beskrivelse, hvor modsætninger eller konflikter (f.eks. moralske anfægtelser) hos den enkelte undertrykkes for i stedet at blive fremstillet som relationsformer, dvs. vedrørende relationen imellem personer snarere end dele af den samme person, hører ret beset hjemme i eventyrets verden, i fabler og tegneserier for de mindste børn.

lende evne til at bedømme sig selv og andre personer i dybden, fastholde nære venskaber og forpligte sig længere tid ad gangen på arbejdsmarkedet; alt i alt virker han ustabil (famlende, selvmodsigende) i sin omgang med andre personer og unuanceret (forgrovet) i sit syn på verden. I længden magter patienten ikke at holde sammen på sig selv, men udvider den intrapsykiske konflikt, der er blevet et grundvilkår i tilværelsen, til den ydre virkelighed, hvor andre personer, f.eks. partneren eller barnet, bliver ufrivilligt inddraget. Sammenbruddet i parforholdet eller på arbejdet truer til stadighed patienten (Kernberg, 1984, bog; Kernberg, 1994, 701-714; Clarkin, 1999, bog; Kernberg, 2001, 195-208; Kernberg, 2003, 517-545; Kernberg, 2006, 969-1004; Levy, 2006, 481-501; Yeomans, 2007, 17-34; Kernberg, 2008, 601-620).

### *(ii) Primitive forsvarsmekanismer*

Højere udviklede forsvarsmekanismer kendetegner den neurotiske personlighedsorganisation. Det drejer sig f.eks. om fortrængning, humor, reaktionsdannelse, rationalisering og intellektualisering. Modsætningsvis er BPO – og i endnu højere grad den psykotiske personlighedsorganisation (PPO) – kendetegnet ved brugen af overvejende primitive forsvarsmekanismer. Eksempler derpå er splitting, projektiv identifikation, omnipotens, omnipotent kontrol, devaluering, benægtelse og primitiv idealisering. Forsvarsmekanismerne tjener i sidste ende til at beskytte patienten imod den angstfremkaldende erkendelse af konflikt. Virkningen skyldes, at modsætningsfyldte oplevelser af selvet og betydningsfulde andre – eller udtrykt i henhold til teorien: fraspaltede objektrelationer – holdes adskilt.

TFP er udformet som et særligt tilbud til BPO-patienter. Derfor er man i TFP også nødt til at være forberedt og forholde sig aktivt udfarende (konstruktivt) til de forsvarsmekanismer, der kendetegner BPO-patienterne. Så meget mere er denne aktive holdning påkrævet, som forsvarsmekanismerne, især tidligt i behandlingsforløbet, kan true patientens samarbejdsevne (adhærens). De primitive forsvarsmekanismer er symptomatiske; de røber afgørende væsenstræk, f.eks. noget om patientens ubevidste spaltning i synet på verden, ved den til grundliggende psykopatologi. Frem for at lade dem gå upåagtede hen eller fordømme dem (afskrække patienten fra at anvende dem ville man efter sagens natur ikke kunne), sørger man i det terapeutiske rum for at drage fordel af forsvarsmekanismerne. Det tjener nemlig et klart terapeutisk formål at aktivere dem; dermed stilles de så at sige til skue og bliver tilgængelige for et nærmere eftersyn. Forsvarsmekanismerne skal med andre ord aktiveres i overføringen for at kunne observeres af patienten og terapeuten i fællesskab. Således

påhviler det i denne sammenhæng terapeuten at henlede patientens opmærksomhed på mekanismerne og tålmodigt hjælpe ham til at forstå det overordnede formål, som mekanismerne tjener i hans tilværelse (Kernberg, 1989, bog; Clarkin, 1999, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

### *(iii) Intakt realitetstestning*

Den del af realitetstestningen, der vedrører perceptionen, er intakt hos patienter med NPO eller BPO. Derimod kan den sociale realitetstestning være lædret ved BPO. Hos patienter med PPO går både den ene og den anden tabt (Kernberg, 1989, bog; Clarkin, 1999, bog; Levy, 2006, 481-501).

## Behandlingens forandrings-/virkningsmekanisme

Det overordnede behandlingsmål i TFP er at forandre de væsenstræk ved patienternes internaliserede objektrelationer, der er ansvarlige for det uheldige gentagelsesmønster i patienternes utilpassede adfærd og de kroniske kognitiv-affektive forstyrrelser. Forandringer på et dybereliggende psykostrukturelt plan forudsætter tilsyneladende opløsningen af rigide, primitive objektrelationer såvel som integrationen af fraspaltede selv- og objektrepræsentationer i modne, fleksible begreber om verden. Anderledes udtrykt tilstræber man, at patienterne ved hjælp af TFP bevæger sig fra BPO hen imod NPO (Clarkin, 1999, bog). Af Klein bliver målet for udviklingen i retning af modenhed konceptualiseret som den såkaldt "depressive position", hvor patienten sørger over tabet af sine umodne, primitive og virkelighedsfjerne idealer, men i stedet får adgang til virkelige menneskelige relationer (Steiner, 1979, 385-391; Kavalier-Adler, 1993, 187-204)<sup>7</sup>. Forandringsmekanismerne kan ifølge K. N. Levy konceptualiseres på to planer:

### *(i) Forandring på patientens plan*

Hvori består forandringen ved behandling? – Oprindelsen til patientens selvusikkerhed (usikre selvopfattelse), svingende sindsstemninger og utilpassede adfærd i det hele taget, med andre ord den kaotiske livsførelse kendetegnet

7 Ifølge Kleins udviklingsteori vil barnet normalt bevæge sig fra den såkaldt "paranoid-skizoide position", dvs. det primitive udgangspunkt i tilværelsen, hen imod den depressive position, hvor det lærer at tilpasse sig virkeligheden og affinder sig med fraværet af rene, modsætningsfri repræsentationer (f.eks. god eller ond) af selvet og relationernes objekter (Klein, 1957, bog).

ved påtrængende tilskyndelser (impulsivitet) og en stadig drift imod yderligheder, antages at skulle søges i ubevidste intrapsyiske konflikter. Grunden til disse konflikter lægges i opvæksten. Uden at kunne gøre krav på at udtrykke den historiske virkelighed henviser patientens internaliserede objektrelationer således til konflikter med betydningsfulde andre. Svarende til deres tidlige dannelse er objektrelationerne netop primitive, barnligt overforsimplede og forvrængede gengivelser af virkeligheden. Modningen af objektrelationerne er imidlertid gået i stå hos patienten. Deri består dybest set hans personlighedsforstyrrelse. Går den anviste behandling efter planen, lærer patienten lidt efter lidt at integrere objektrelationernes bestanddele, dvs. de fraspaltede affekter såvel som de polariserede selv- og objektrepræsentationer.

*(ii) Forandring på terapeutens plan:*

Hvori består behandlingens virkemidler? – Drivhjulet i udviklingen hen imod den kognitiv-affektive integration (erkendelsen af modsætninger i de samme personer, hvad enten det er patienten selv eller betydningsfulde andre), der betegner behandlingsmålet, er terapeutens klart strukturerede behandling, herunder anvendelsen af de analytiske nøgleredskaber eller behandlingsteknikker afklaring, konfrontation og fortolkning (overføringsanalyse). Behandlingsrammen, dvs. den formaliserede behandlingsalliance som beskrevet i behandlingskontrakten (jf. nedenfor), tilvejebringer et terapeutisk rum, hvor patienten kan udlevere sine objektrelationer i overføringen her-og-nu. For med et rimeligt udbytte at komme igennem de indledende faser af behandlingsforløbet er det afgørende, at patienten overbevises om terapeutens professionelle integritet og forrang af det analytiske arbejde i forhold til så mange andre af livets forpligtelser og adspredelser. Uden frygt for at støde terapeuten fra sig skal han kunne give sig hen til udforskningen af sine personlige relationer. Arbejdet skal til enhver tid udføres i tillid til, at terapeuten, hvis metode netop drager fordel af overføringen, kan rumme hans affektive ustabilitet og intrapsyiske konflikter. Med behandlingsrammen tilbydes patienten i første omgang struktur og ordnede forhold som den neutrale baggrund for affektive udladninger. I anden omgang yder behandlingsrammen patienten sikkerhed for plads til selvrefleksion. Under gennemgangen af en række behandlingsfaser bevæger patienten sig væk fra en simpel, usikker og slet bearbejdet erfaring i overføringen og hen imod komplekse, stabile og integrerede repræsentationer af terapeuten (Clarkin, 1999, bog; Levy, 2006, 481-501; Levy, 2007, 1105-1120; Caligor, 2009, 271-301).

## Behandlingens metodologi

Afhængigt af, om perspektivet er hele behandlingsforløbet, den enkelte session eller øjeblikket, kan den systematisk-praktiske tilgang ved behandlingen af BPO-patienter i henhold til TFP beskrives på et af tre planer.

### I. Strategiske betragtninger

Målet for behandlingen er som anført at aktivere BPO-patientens fraspaltede objektrelationer, så at de i den udstrækning, de røber sig i overføringen, kan gøres til genstand for fortolkning. Med overføringsanalysen som drivhjul skal patienten efter planen bevæge sig hen imod en integreret indre virkelighed (dss. indre verden), hvor der ikke længere hersker kaos, men orden<sup>8</sup>. Behandlingskontrakten, der sikrer behandlingsrammen, har til formål at lette arbejdet ved at rydde forudsigelige hindringer af vejen og skabe et fristed til selvrefleksion for patienten; antagelsen er, at den forbedrer betingelserne for at aktivere de fraspaltede objektrelationer i de terapeutiske sessioners her-og-nu. Der anbefales i TFP 2-3 ugentlige sessioner af hver 45-50 minutters varighed efter den indledende bedømmelse (eng. assessment) af patienten. Patienten, der sidder ansigt til ansigt med terapeuten, opfordres til at associere frit under sessionerne, imens terapeuten til en begyndelse indtager en tilbagetrukket holdning og begrænser sig til omhyggelig observation.

8 BPO-patientens kaotiske livsførelse kan indimellem, navnlig i behandlingens tidlige faser, sætte det terapeutiske rum under pres. Formålet med behandlingskontrakten er som bekendt at foregribe undergravende anslag imod behandlingsrammen, hvad enten anslagene kommer i form af selvmordstruende adfærd eller sindsoprivende sammenstød med en tredje person uden for det terapeutiske rum. Man har altså forsøgt at tage højde for det noget nær uundgåelige. Den kernbergske overføringsanalyse adskiller sig fra den klassiske psykoanalytiske overføringsanalyse ved, at den altid er tæt knyttet til analysen af patientens problemer i den ydre virkelighed; formålet er angiveligt at foregribe anklagen om de psykoterapeutiske sessioners løsevethed fra patientens hverdagsliv. Således erkender man dels nødvendigheden af at håndtere de begivenheder i den ydre virkelighed, der kunne true patientens deltagelse i de planlagte sessioner, dels nytten af at anskueliggøre anvendeligheden af behandlingen for patienten, hvis motivation for at holde ved ligger under for den samme omskiftelighed som alle andre forhold i hans tilværelse. (Man kunne i øvrigt tilføje, at alene det ovenfor omtalte princip om at sætte ind, hvor affekten er stærkest, af sig selv vil lede opmærksomheden hen på begivenheder i patientens ydre virkelighed.) Indførelsen af den ydre virkelighed i overføringsanalysen, der indledes ved den første session, adskiller TFP fra bl. a. kleiniansk og ego-psykologisk psykoanalyse (Clarkin, 1999, bog; Kernberg, 1999, 90-99; Kernberg, 2003, 517-545; Kernberg, 2008, 601-620).

Terapeutens opgave er grundlæggende at anstille sig udforskende snarere end rådgivende. Det påhviler terapeuten, der så vidt muligt indtager en neutralt bedømmende holdning (jf. begrebet om teknisk neutralitet), at identificere de fraspaltede objektrelationer, dvs. dyaderne bestående af affektivt forbundne selv- og objektrepræsentationer, i overføringen<sup>9</sup>. Patienten udleverer sig selv i overføringen; ved hjælp af sine udtalelser og adfærd, dvs. verbal såvel som nonverbal kommunikation, præsenterer han sine primitive skabeloner for relationerne til betydningsfulde andre. Og med identifikationen af patientens fraspaltede objektrelationer vokser terapeutens kendskab til patientens intrapsykhiske, ubevidste konflikter. Afhængigt af, hvor svært belastet patienten øjeblikkeligt måtte være (og derfor hvor påtrængende behovet for støttende indgreb fra terapeutens side), kan terapeuten umiddelbart eller efter yderligere observation give sig hen til fortolkninger af overføringen. I nogle tilfælde, hvor patientens liv eller behandlingsforløb skønnes at være i overhængende fare, kan det med forbehold for hypotesernes træfsikkerhed være påkrævet med fremskyndede fortolkninger. Som det påpeges af Kernberg, skal terapeuten i det hele taget være omhyggelig med ikke at udskyde fortolkningen alt for længe (heller ikke under påberåbelse af sikkerhed i fortolkningen), da den i så fald mister noget af sin virkelighedsforløsende – og dermed terapeutiske – betydning i forhold til sessionernes her-og-nu (jf. nedenfor). Patienternes symptomer drejer sig netop om manglen på sund dømmekraft og sikker forankring i virkeligheden, hvad angår egne og andres følelser og motiver (jf. sondringen ovenfor imellem perceptuel og social realitetstestning).

Det antages, at patienten internaliserer begge objektrelationens poler, således at han på skift kan indtage selvets og objektets respektive pladser i relationen. Denne tilbøjelighed, der medvirker til at fremkalde den indledende forvirring i mødet med terapeuten, udtrykker for så vidt en side eller afledt virkning af hans grundlæggende spaltningstilstand. I overføringen vil terapeuten efterhånden kunne ane konturerne af objektrelationens poler og derfor mærke, hvorledes pladserne i objektrelationen skifter fra det ene øjeblik til det andet. Snart henvises terapeuten f.eks. til rollen som den afvisende, straffende fader, snart tildeles han rollen som det ulykkelige, forsømte barn. Objektrelationen eller dyaden betegner ifølge teorien internaliseringen af en relation med komplementære roller<sup>10</sup>. Den grundlæggende spaltning, der kendetegner

9 Objektrelationen eller dyaden afbildes f.eks. som en vægtstang med en kugle for hver ende; selve stangen repræsenterer affekten, kuglerne objektrelationens poler.

10 Kernbergs terminologiske forkærlighed for det græsk afledte "dyade" til at betegne det overforsimplet opfattede følelsesforhold, hvori to personer står til hinanden, re-

patientens indre virkelighed, drejer sig imidlertid ikke så meget om de komplementære poler i objektrelationen som de modstridende, fraspaltede affekter i dyaderne. Som anført udtrykker hver enkelt dyade en bestemt affekt. Objektrelationens selv- og objektrepræsentationer forbindes af enten positive eller negative affekter. Set med patientens øjne findes der udelukkende skarpt adskilte yderligheder, ingen blandinger eller mellemting. Patienten sørger ubevidst for at holde dyaderne og de dertil hørende affekter adskilt for på den måde at holde angsten på afstand.

Ved hjælp af fortolkningen henleder terapeuten som noget af det første patientens opmærksomhed på dennes skiftende identifikation med objektrelationens poler. Efterfølgende henledes patientens opmærksomhed på tilstedeværelsen af fraspaltede objektrelationer med modstridende affekter. Terapeutens naturlige forbundsfælle i arbejdet med at fortolke overføringen er patientens "observerende ego"<sup>11</sup>. Udfordringen går i sidste ende ud på i fællesskab at afdekke og udrede trådene i de intrapsykeiske konflikter, der er ansvarlige for dyadernes adskillelse. Fortolkningen af fraspaltede objektrelationer beskriver typisk fire trin eller behandlingsstrategier (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620):

#### *(i) Definition af de fremherskende objektrelationer*

Indledningsvis lytter terapeuten til sin patient og mærker sig, hvorledes patienten forholder sig til terapeuten i den mundtlige beretning og kropssprog.

spekteres i den nærværende oversigtsartikel. I princippet kunne "dyade" erstattes med et til lejligheden konstrueret begreb såsom "tohed" (i analogi med monade og triade henholdsvis "enhed" og "trehed"). Men det kunne let virke kunstlet foruden at være overflødig. Således forekommer brugen af "dyade" i den givne sammenhæng for det første velbegrunderet. Og for det andet skulle der ikke være nogen overhængende fare for misforståelser på grund af brugen af "dyadisk" i andre sammenhænge, også psykoterapeutisk metodologiske (dvs. dyadisk terapi til forskel fra gruppe- eller familierapi).

- 11 Af Kernberg beskrives det observerende ego som den del af en person, der er i stand til at opfatte og bedømme både intrapsykeiske kræfter (drifter/impulser og forbud) og omstændigheder i den ydre virkelighed af betydning for personens tilskyndelser og adfærd. I den sammenhæng bemærkes det, at den tekniske neutralitet, dvs. terapeutens tilbagetrukne observerende holdning i mødet med patienten, udtrykker en position, der ligger tæt på det observerende ego, men lige langt fra id'et, superego'et og ego'ets defensive sider hos patienten. Frafalder terapeuten sin tekniske neutralitet, som det kan forekomme ved utilstrækkelig fortolkning af modoverføringen, er det typisk for at indgå en uheldig (og ret beset utilladelig) alliance med andre sider af patientens psyke end det observerende ego, f.eks. id'et eller superego'et (Clarkin, 1999, bog).

Derefter fremsætter terapeuten en hypotese om den aktiverede (fremherskende) objektrelation i overføringen, herunder rollefordelingen imellem patienten og terapeuten. Hypotesen er baseret på terapeutens systematiske observationer sammenholdt med indholdet af hans egen modoverføring<sup>12</sup>. Endvidere har terapeuten ved hjælp af den såkaldte "afklaring" (eng. clarification) forsøgt at skabe en tilfredsstillende grad af sammenhæng i sine oplysninger om patientens tilværelse. F.eks. kan han ved at stille uddybende spørgsmål sikre sig, at han har forstået patienten ret og ikke ligger under for en vildfarelse. Terapeutens bestræbelser går ud på i samarbejde med patienten at tilvejebringe et troværdigt grundlag af oplysninger for de hypoteser, der skal afprøves på vejen hen imod indsigt i patientens ubevidste konflikter. Afklaringen består altså i, at terapeuten udrydder misforståelser og udbygger forhåndenværende viden ved på en sagligt udforskende måde at spørge sig for. Under dette trin kan der beskrives hele fire deltrin:

#### *Deltrin 1: At lære at tåle forvirring*

Det er en udbredt erfaring med BPO-patienter, at terapeuten, hvor dygtigt han ellers forsøger at ordne sine observationer, kan blive grebet af følelser af forvirring, rådvildhed og vrede. Derfor er det terapeutens første opgave at vende blikket indad og udrede sine egne følelser. Terapeuten skal ikke være bange for at føle forvirring. Derimod skal terapeuten fordybe sig i dem af hans egne følelser, der vækkes i mødet med patienten; han skal i princippet udforske dem med den samme fordomsfrihed, som havde det været patientens følelser, der blev gået igennem. Indholdet af modoverføringen kan give et fingerpeg om tilstedeværelsen af lignende (dvs. konkordante) eller komplementære følelser hos patienten<sup>13</sup>.

12 For så vidt begrebet om tre kommunikationskanaler, se nedenfor.

13 Modoverføringen er en væsentlig kilde til oplysninger om BPO-patienten. I nogle tilfælde, hvor overføringen primært synes at gælde relationer uden for det terapeutiske rum eller virker selvmodsigende, kan modoverføringen ligefrem være den væsentligste kilde. Derfor er modoverføringen i praksis et uundværligt redskab for terapeuten. BPO-patienter med udtalt grad af regressiv adfærd og *acting-out* i overføringen fremkalder en tilsvarende ladet modoverføring, hvilket stiller krav til terapeuten om særlig agtpågivenhed og tålsomhed. (Ubevidste konflikter kan udtrykke sig enten i adfærd som f.eks. *acting-out* eller fysiske symptomer som ved somatisering, imens en tilstand midt imellem bevidsthed og ubevidsthed om konflikter skulle repræsenteres af pseudohallucinationer.) Således kan modoverføringen i nogle tilfælde komme til at indeholde motiver og fantasier med et lige så regressivt, primitivt anstrøg som patientens egne. Medmindre terapeuten ligefrem skulle blive opskræmt eller frastødt af sin egen modoverføring, har han i indholdet deraf adgang til væsentlige



### *Deltrin 2: At påpege de fremherskende objektrelationer*

Terapeuten tillader sig at drage slutninger om patientens internaliserede objektrelationer på grundlag af gentagelsesmønsteret i dennes relationer til andre personer, herunder terapeuten selv. Terapeuten opfordres til at udfærdige en rolleliste for hver enkelt patient<sup>14</sup>. Listen skal indeholde de roller, der optræder i overføringen objektrelationer. Rollerne er efter sagens natur overfor simplede delrepræsentationer af selvet og betydningsfulde andre. Men terapeuten pålægges at beskrive dem så udtrykfuldt, som han formår (f.eks. ved skønsom, omhyggelig brug af adjektiver). For at kunne fremlægge sin rolleliste for patienten skal terapeuten forinden have indsamlet rigeligt med oplysninger om patientens nuværende følelser, ønsker for livet og ængstelser. Endvidere vil terapeuten forhøre sig om patientens forventninger til behandlingsforløbet og opfattelse af terapeuten selv. Dette arbejde henhører under afklaringen.

### *Deltrin 3: At benævne objektrelationernes rolleindehavere*

Så snart, terapeuten har dannet sig en mening om de selv- og objektrepræsentationer, der tegner overføringen, betror han sig til patienten. For ikke at efterlade det misvisende indtryk, at han er almægtig, at han bedriver magi eller, at han kan klare sig uden patientens oplysninger, forklarer terapeuten, hvorledes han er nået til sine slutninger vedrørende patientens objektrelationer. Skulle det vise sig, at terapeuten har taget fejl, må han erkende dette uden forbehold og bestræbe sig på at fremkomme med en forbedret fortolkning<sup>15</sup>.

oplysninger om patienten. Det påhviler terapeuten at fortolke indholdet af modoverføringen. Han kan selvfølgelig ikke tillade sig at indtage en moralsk fordømmende holdning til indholdets primitive elementer. Fordømmelse frem for neutral bedømmelse af modoverføringens indhold ville beløbe sig til en fuldkommen misforståelse af det analytiske redskab. Modoverføringens indhold deles ikke af terapeuten med patienten; uden at blive udtrykkeligt formidlet indgår det i stedet i den videre fortolkning af overføringens objektrelation (Clarkin, 1999, bog; Kernberg, 1999, 90-99; Kernberg, 2003, 517-545; Kernberg, 2008, 601-620).

- 14 Roller fordeler sig typisk på par (svarende til dyaderne) repræsenterende komplementære poler, f.eks. det misbrugte offer over for den sadistiske angriber, det forsømte barn over for den selviske forælder, det balstyrige, vrede barn over for den magtesløse forælder etc.
- 15 I og med, at terapeuten på en fuldkommen nøgtern måde indser og betror patienten sin fejltagelse, altså uden at han lader sig gribe af nedbrydende anfægtelser eller forsøger at dække over fejltagelsen som for at forsvare patientens idealiserende opfattelse af ham, bliver han et eksempel på sin egen påstand om, at ingen virkelige mennesker – modsat fantasiens idealvæsener – er ufejlbarlige.

#### *Deltrin 4: At bemærke patientens reaktioner*

Efter at have fremlagt sine fortolkninger, herunder den omtalte rolleliste, må terapeuten være opmærksom på patientens reaktion. Væsentligere end patientens udtrykte anerkendelse eller afvisning er vel at mærke hans associationer og adfærdsændringer i efterforløbet (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

#### *(ii) Præsentation af den alternerende identifikation med objektrelationens poler*

Man observerer ombytningen af roller i objektrelationen imellem patienten og terapeuten. Med tiden vil den vedholdende, samarbejdende patient kunne bringes til erkendelse af sin ubevidste identifikation med objektrepræsentationen. Denne indsigt i egen adfærd på det ubevidste plan vil umiddelbart kunne ligne et paradoks og virke overraskende på patienten. Identifikationen med objektrepræsentationen, til forskel fra selvrepræsentationen, udtrykkes dog ikke sjældent i adfærd snarere end ord, således at de komplementære poler i objektrelationen ikke nødvendigvis er ligestillede med hensyn til affektens valg af udtryksmidler<sup>16</sup>.

Skønt patienten ved terapeutens mellemkomst kan bringes til erkendelse af sin alternerende identifikation med begge poler i objektrelationen, kan han for så vidt opretholde sin spaltningstilstand med hensyn til de affekter, der ikke netop udtrykkes i den givne dyade. Når dyader bytter plads med hinanden, sker der ikke mindst en udskiftning af affekten. Den tilgående affekt tillader ingen erindring eller bevidsthed om den afgående; dyadernes affekter forbliver derved fuldkommen adskilte. Patientens kaotiske livsførelse beror på, at han ikke kun springer fra pol til pol i den enkelte dyade, men også springer imellem dyaderne; det ene øjeblik er han fuld af fortrosthed, oplagt til at erobre verden, for det andet at henfalde til dyb fortvivlelse og selvforagt. Det bemærkes, at rolleombytningen, der også sker på det ubevidste plan for patienten selv, indimellem kan foranledige terapeutens følelse af forvirring under observationen af patienten (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

16 På dette trin i fortolkningen fortsætter afklaringen af de oplysninger, som patienten tilvejebringer, men udvides med konfrontationen. Således foreholdes patienten på en respektfuld, udforskende måde åbenlyse modsigelser i sine forklaringer, så at han kan få lejlighed til selv at berigtige og uddybe sine udtalelser (jf. nedenfor).

### *(iii) Identifikation af de polariserede objektrelationer*

Patientens internaliserede objektrelationer er ikke uafhængige af hinanden. Tværtimod står de i et bestemt forhold til hinanden. Personlighedsforstyrrelsens ydre kendetegn, der ellers efterlader et overbevisende helhedsindtryk af uorden, sammenfattet i den kaotiske livsførelse, kan altså føres tilbage til nogle anderledes rigide strukturer. Objektrelationerne opvejer så at sige hinanden som psykostrukturelle grundbestanddele hos BPO-patienten. Således kunne man påstå, at de findes i kraft af hinanden. Som fuldkomne modsætninger er de i alt fald med til at definere hinanden og kan ordnes parvis. Men denne tilsyneladende orden på det psykostrukturelle plan modsvares som bekendt af konflikt snarere end sindsligevægt. BPO-patientens grundlæggende spaltningstilstand indebærer, at den ene dyade ubevidst holdes adskilt fra den anden, hvormed den danner et par. Ved den dissociative undvigelse siges dyaderne at forsvare sig imod hinanden. Forsvaret går ud på at fortrænge bevidstheden om truende modsætninger. Dyadernes affekter udtrykker ret beset polerne i en konflikt (ikke at forveksle med polerne i den enkelte dyade, dvs. selv- henholdsvis objektrepræsentationen). Denne intrapsykeiske konflikt er ubevidst, men udgør selve eksistensgrundlaget for de fraspaltede objektrelationer. Kampen imellem drifter og dertil svarende forbud føres på det symboliske plan imellem affektivt ladede par af selv- og objektrepræsentationer<sup>17</sup>. Systemet er ustabil hos BPO-patienten, hvor de affekter, der igennem dyaderne forsvarer sig imod hinanden, vil skiftes til at være bevidste. Hos NPO-patienten vil den ene af dyaderne, dvs. en affekt eller drift, derimod være stabilt fortrængt (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

17 I behandlingens indledende faser er had (et udtryk for aggression) almindeligvis en fremtrædende følelse. I henhold til teorien vil en had-ladet dyade, dvs. den ene side i en intrapsykeisk konflikt, så at sige erobre bevidstheden fra en dyade ladet med kærlighed; spaltningen kan i sin oprindelse vedrøre de modstridende affekter af had og kærlighed til den samme omsorgsgiver, f.eks. faderen i henholdsvis devalueret og idealiseret udgave. Kernberg bemærker, at den renlivede hadfølelse tilsyneladende giver BPO-patienten et midlertidigt pusterum fra den forvirring, der følger af identitetsdiffusionen. Det er, som om hadet samler bevidstheden og giver den en retning, men dette indtryk beror rimeligvis på patientens selvbedrag. Det er under alle omstændigheder kortlivet. Virkelig samling på sig selv opnår patienten ikke at få, før objektrelationernes dyader i den primitive form opløses for at give plads til integrerede selv- og objektrepræsentationer (Clarkin, 1999, bog).

#### *(iv) Integration af de fraspaltede objektrelationer*

Som bekendt er patientens problem, som det conceptualiseres i TFP, at han er ude af stand til at integrere affekterne fra objektrelationernes dyader. Hver enkelt affekt er adskilt fra de andre affekter, henvist til en given dyade. Denne psykiske struktur er rigid, primitiv og socialt invaliderende. Patienten udtrykker en overforsimplet opfattelse af sig selv og omverdenen. Han er i sin dissociative undvigelse afskåret fra at integrere affekterne på en måde, der modsvarer virkelighedens mangfoldighed.

På det fjerde trin sætter fortolkningen af patientens objektrelationer, som de efterhånden viser sig i overføringen, skub i integrationen af ellers adskilte affekter. Der rokkes så at sige ved patientens dissociative undvigelse; spaltningen kommer under angreb. I takt med, at patienten lærer at integrere sine affekter og opbygger en stabil selvopfattelse, svinder de afvigende personlighedstræk, der lå til grund for hans identitetsdiffusion. Han bevæger sig hen imod, hvad Kernberg betegner identitetskonsolidering. Hvor patienten førhen skulle begå sig i en verden befolket af karikerede delselv- og delobjektrepræsentationer, kan han efter en vellykket behandling begynde at vænne sig til personer med en blanding af positive og negative egenskaber. Nu er han for første gang i stand til at håndtere virkelighedens modsætninger og nuancer uden at føle angst.

Det understreges af Kernberg, at integrationen er en repetitiv proces; gang på gang, som behandlingen skrider frem, vil terapeuten være nødt til at sammenholde dyader med modsatrettede (modstridende) affekter for at fremme patientens forståelse af spaltningens skadelige følger for hans virkelighedsopfattelse (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

## II. Taktiske betragtninger

En vellykket behandling kræver dels en ydre struktur, dvs. behandlingsrammen, dels en indre struktur, dvs. indholdet af de enkelte sessioner. Kernberg arbejder med en behandlingstaktik opdelt i syv trin:

### *(i) Rangordning af sessionens emner, herunder nødstilfælde*

Terapeuten forventes at give forrang til adfærdsformer, der på en nærliggende måde truer patientens, terapeutens eller andres velfærd (liv og førlighed). Således vil det i yderste fald påhvile terapeuten at forhindre selvmord eller mord. Efterhånden, som behandlingen skrider frem, vil påtrængende emner vedrørende trusler i den ydre virkelighed træde i baggrunden, således at sessionerne

kan helliges det egentlige formål med terapien, dvs. udforskningen af emnerne i overføringen<sup>18</sup>. Med hensyn til valget af emne i den enkelte session anbefales terapeuten at overveje det mest affekt-ladete emne, det fremherskende overføringsemne i sessionens her-og-nu, modoverføringen og omstændighederne i patientens ydre virkelighed. I arbejdet med overføringen og andre affekt-ladete emner vejledes terapeuten af tre principper:

### *1. Det økonomiske princip*

Terapeutisk opmærksomhed og fortolkning knyttes til den fremherskende affekt. Det økonomiske går på patientens relative investering af affekt i et givet emne. Terapeuten skal forfølge det emne, hvor patienten investerer størstedelen af sin affekt<sup>19</sup>.

### *2. Det dynamiske princip*

Det undersøges, hvorledes de kræfter, der brydes i psyken og skaber konflikt, repræsenteres i objektrelationernes dyader. Fortolkningsrækken bestemmes, med en bevægelse fra overfladen til dybden, fra forsvaret igennem motivationen til impulsen. Det antages, at stærk affekt tilkendegiver en ubevidst konflikt omfattende en impuls, hvorimod noget andet i psyken forsvarer sig. Både impulsen og forsvaret imod impulsen repræsenteres i psyken af objektrelationernes dyader. Fordi patientens internaliserede objektrelationer observeres tydeligst i overføringen, er det dynamiske princip tæt knyttet til det terapeutiske fokus på overføringen.

18 Kernberg tilbyder terapeuten en færdig rangliste for gennemgangen af emner (Clarkin, 2006, bog: tabel 4-4, side 131).

19 Det anbefales, at terapeuten til enhver tid tilbyder sin udforskende og fortolkende indsats, hvor affekten er stærkest. Affekten skal alt andet lige være bestemmende for valget af de emner, der udforskes ved sessionerne. Men den stærke affekt røber sig ikke nødvendigvis i patientens mundtlige beretning. Den kan lige så vel komme til udtryk i patientens nonverbale adfærd eller i terapeuten modoverføring (jf. begrebet om de tre kommunikationskanaler). Denne omstændighed skærper kravet til terapeuten om agtpågivenhed. Affekten henviser til en aktiveret objektrelation. Denne påhviler det terapeuten at identificere som et led i fortolkningen. Imidlertid kan den stærke affekt, hvormed patienten møder til sessionen, primært knytte sig til personer (eller omstændigheder) uden for det terapeutiske rum. Først under patientens beretning vil terapeuten sekundært blive genstand for overføring. Inden terapeuten begynder at fortolke objektrelationen i den nærværende overføring, hvor han selv er blevet tildelt en rolle, har han til opgave at udforske betingelserne for den primære overføring (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Kernberg, 2008, 601-620).

### 3. *Det strukturelle princip*

Der gives et overblik over forholdet imellem de fremherskende objektrelationer hos patienten. Man bestræber sig på at fortolke de strukturer, der inddrages i både impulsen og forsvaret imod impulsen. Hos NPO-patienten udgøres disse strukturer af psykens id, ego og superego, hos BPO-patienten, hvor strukturerne er skrøbeligere, af objektrelationernes dyader. BPO-patientens ubevidste konflikter omhandler med andre ord dyader i indbyrdes kamp om bevidstheden. På grund af patientens kendetegnende spaltningstilstand er han sig kun den ene af kampens dyader – eller nærmere bestemt: affekter – bevidst ad gangen (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

#### *(ii) Beskyttelse af behandlingsrammen*

Det påhviler terapeuten at sikre behandlingsrammen imod undergravende adfærd fra patientens side. Virkemidlerne omfatter beslutsom udelukkelse af såkaldt "sekundærgevinst" og grænsesætning (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620)<sup>20</sup>.

20 For så vidt, som patienten lige fra begyndelsen må forventes at yde modstand imod behandlingen i sessionerne (f.eks. ved hjælp af primitive forsvarsmekanismer) såvel som uden for sessionerne (jf. den undergravende virkning på behandlingsforløbet af patientens uoverlagte, selvmodsigende problemadfærd), er terapeuten nødt til at tage sine forholdsregler. En uadskillelig del af TFP er derfor behandlingskontrakten. Denne kunne ligne en formalisering af den for overføringsanalysen afgørende behandlingsalliance. Formålet med kontrakten er at sikre behandlingsrammen. Som et tiltrængt modstykke til patientens kaotiske livsførelse tilbyder man fra terapeuten side en stabil, veldefineret struktur for patienten at forholde sig til. Nærmere bestemt tilstræber terapeuten ved hjælp af kontrakten at afværge trusler imod patientens eller andre personers fysiske integritet og sandsynliggøre patientens gennemførelse af behandlingen. Der opstilles i kontrakten en række betingelser vedrørende patientens og terapeuten respektive forpligtelser. F.eks. kan en patient med langvarigt selvmordstruende adfærd forpligte sig til i tilfælde af påtrængende tilskyndelser at henvende sig på skadestuen snarere end hos terapeuten. Andre af patientens forpligtelser kan omhandle formspørgsmål vedrørende fremmødet ved sessionerne, betalingen for behandlingen og redeligheden i samarbejdet med terapeuten. Til gengæld forpligter terapeuten sig til at gøre sit yderste for at fremme patientens bedring; han skal vise sin patient agtelse, lytte opmærksomt til patientens beretninger, ikke lade sig forlede til afvisende eller udfordrende handlinger af sin egen modoverføring, men være tålmodig og rummelig, vedholdende anstrenge sig for at forstå, på en taktfuld måde fremlægge sine fortolkninger for patienten og forsøge at bringe også denne til at forstå sammenhængen i de følelser og begivenheder, der gør det ud for hans liv. Betydningen af at udrydde faren for sekundærgevinst fremhæves, således at patienten ikke skal have lov til at aftvinge sig terapeuten opmærksomhed ud

### *(iii) Opretholdelse af den tekniske neutralitet*

Teknisk neutralitet er afgørende for TFP, fordi den tilbagetrukne holdning tillader terapeuten at observere de intrapsykeiske kræfter, der er i konflikt med hinanden<sup>21</sup>. Holdningen tillader terapeuten at analysere patientens ubevidste konflikter, som de udspiller sig i overføringen, med et vist krav på objektivitet; han mister ikke overblikket ved at blande sig på eksempelvis en støttende måde og tage parti for en af siderne i konflikten. Teknisk neutralitet i arbejdet med BPO-patienter skal regnes for en tilstræbt udgangsstilling eller grundregel, hvorfra terapeuten indimellem – især i begyndelsen af behandlingsforløbet – må undtage sig for at afbøde ulykker i patientens ydre virkelighed. Neutraliteten genoprettes efter hver eneste afvigelse ved hjælp af fortolkning i fællesskab med patienten (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

over de aftalte sessioner ved selvmordstrusler eller anden manipulerende adfærd. Bliver det undtagelsesvis nødvendigt at gribe ind fra terapeutens side og begrænse uhensigtsmæssige dele af patientens adfærd (grænsesætning) for enten at redde hans liv eller sikre den fortsatte behandling, fremhæves betydningen ligeledes af sammen med patienten at gennemgå følgerne af indgrebet for overføringen (jf. genopretningen af den tekniske neutralitet). Det skal bemærkes, at behandlingskontrakten tillægges æren for at fremkalde et dramatisk fald i patienternes selvskadende adfærd, inden behandlingsmålet med hensyn til den psykostrukturelle integration er nået (Selzer, 1987, 927-930; Yeomans, 1992, bog; Clarkin, 1999, bog; Ogrodniczuk, 1999, 297-311; Yeomans, 2007, 17-34; Kernberg, 2008, 601-620).

- 21 BPO-patienten er under vedvarende pres fra sine modstridende, fraspaltede affekter. Patientens forvirring meddeles både verbalt og nonverbalt til terapeuten. Patienten, der har svært ved at udholde sine intrapsykeiske konflikter, er tilbøjelig til så vidt muligt at eksternalisere dem. Derved kommer også terapeuten under pres. Eller rettere sagt: terapeutens tilbagetrukne observerende holdning trues. Patienten, der kan fremtræde lige så fortvivlet som påståelig, kræver af terapeuten, at han tager parti eller griber ind, hvor han som udgangspunkt må observere såkaldt "teknisk neutralitet". Imidlertid kan terapeuten i mødet med den oprevne, utilregnelige patient undtagelsesvis blive nødt til at fravige den tekniske neutralitet. Dette skridt kan blive påkrævet i tilfælde, hvor patientens liv er i overhængende fare, således at terapeuten må handle beslutsomt og gribe til grænsesætning. Så snart krisen er veloverstået, påhviler det terapeuten skyndsomt at genoprette sin tekniske neutralitet. Således må han sammen med patienten gennemgå begivenhedsforløbet og undersøge, hvorledes det har påvirket forholdet imellem parterne, dvs. følgerne for overføringen. Formålet med gennemgangen er for så vidt at undgå en længerevarende skadevirkning på forholdet af terapeutens støttende indgreb (Clarkin, 1999, bog; Kernberg, 1999, 90-99; Kernberg, 2003, 517-545; Kernberg, 2008, 601-620).

#### *(iv) Indgreb på grundlag af en delt virkelighedsopfattelse*

De eneste forvrængninger af virkeligheden, der egner sig til fortolkning, er de, der er egodystone (modsat f.eks. den psykotiske patients systematiserede vrangforestillinger, der er egosyntone). Det beskrives som et delmål i arbejdet at fremstille patientens subjektive oplevelse i detaljer for derefter at fastslå, hvorvidt patienten på egen hånd kan tage stilling til oplevelsens virkelighedspræg, dvs. grad af afvigelse fra en almindelig, delt virkelighedsopfattelse. Afklaring, konfrontation og fortolkning er de uundværlige redskaber, hvormed terapeuten afprøver patientens realitetstestning. Fremgangsmåden er, at man bevæger sig fra overfladen til dybden; først afprøver man grænserne for patientens virkelighedsopfattelse for derefter at fortolke det af begrænsningen sluttede (infere-rede) forsvar imod at opfatte virkeligheden nøjagtigt (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

#### *(v) Analyse af både den positive og negative overføring*

Det er afgørende for behandlingsalliancen, at terapeuten viser det fornødne vovemod og tillader både den negative og positive overføring i sessionernes her-og-nu; terapeuten må overbevise patienten om, at han er i stand til at rumme dennes konflikter. Skulle patienten komme til at danne sig det indtryk, at terapeuten målrettet undgik den negative overføring, ville det med stor sandsynlighed forstærke patientens frygt for, at hans følelser var for nedbrydende til overhovedet at blive tålt af nogen. Længere henne i behandlingsforløbet, hvor aggressionerne, som de viser sig i overføringen, begynder at blegne, skal der også være en fare for, at terapeuten slækker på kravene og stiller sig tilfreds med patientens idealiserende, positive overføring frem for at stå fast på den sagligt udforskende holdning. Prisen for denne forsømmelse betales i givet fald af patienten. Den idealiserende overføring kan i virkeligheden afspejle patientens forsvar på det ubevidste plan imod dybere udforskning af intrapsy-kiske konflikter. Eller – formuleret på en anden måde – den pågældende overføring kan tjene som et forsvar imod bevægelsen fra den paranoid-skizoide hen imod den depressive position (Klein, 1957, bog; Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

#### *(vi) Fortolkning af de primitive forsvarsmekanismers funktion*

En uadskillelig del af arbejdet med at bevidstgøre patienten om hans måde at være til i verden på er at henlede hans opmærksomhed på de primitive forsvarsmekanismer og forklare disse mekanismers naturlige plads i hans forstyrrede personlighed, begrænsede virkelighedsopfattelse og kaotiske livsførelse. I



anden omgang går bestræbelserne ud på at udrydde de primitive mekanismer i takt med, at behandlingen skrider frem, med integration af de internaliserede objektrelationer etc. (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

### *(vii) Opretholdelse af opmærksomheden på modoverføringen*

Af Kernberg henregnes alle de følelser, som terapeuten oplever i mødet med patienten (både under sessionerne og i mellemrummene), til modoverføringen. Modoverføringen indhold bestemmes af patientens overføringer, omstændigheder i patientens ydre virkelighed, terapeutens egen overføringstilbøjelighed og omstændigheder i terapeutens egen ydre virkelighed. Det skulle gælde som en tommelfingerregel, at jo sygere patienten er, jo stærkere er modoverføringen følelser. Der sondres terminologisk imellem konkordant og komplementær modoverføring. Hvor den første henviser til terapeutens identifikation med patientens selvrepræsentation, henviser den sidste til hans identifikation med patientens objektrepræsentation (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

## III. Tekniske betragtninger

Kernberg arbejder med tre grundlæggende behandlingsteknikker: afklaring, konfrontation og fortolkning. I arbejdet med BPO-patienter, der er den udvalgte patientpopulation, understreges især betydningen af den fortolkning, der retter sig imod overføringen i sessionernes her-og-nu. Ordentlig udnyttelse af de nævnte teknikker forudsætter vedholdende opmærksomhed på samtlige de måder, hvorpå patientens affekter – og dermed intrapsyriske konflikter – giver sig til kende. Kernberg anvender i denne forbindelse begrebet om de tre "kommunikationskanaler":

1. Patientens verbale kommunikation
2. Patientens nonverbale kommunikation
3. Det kommunikative indhold af terapeutens modoverføring.

Anvendelsen af de første to af de i alt tre behandlingsteknikker, dvs. afklaringen og konfrontationen, er i virkeligheden at regne for nødvendige forberedelser til anvendelsen af den tredje teknik, dvs. fortolkningen:

### *(i) Afklaring*

Som det første led i fortolkningsrækken tjener afklaringen til at udrede trådene i patientens forhistorie og nuværende ydre virkelighed. Patienten opfordres til at udforske og forklare de forhåndenværende oplysninger, der kan fremtræde mærkværdige eller usammenhængende. For så vidt må patienten også gerne berøre træk ved overføringen og forsvarselementer i sin adfærd, skulle han have de fornødne selvreflektoriske forudsætninger. Afklaringen har det dobbelte formål at tilvejebringe eller nærmere belyse bestemte oplysninger og medvirke til at fastslå, i hvilken udstrækning patienten selv forstår sammenhængen i de fremlagte oplysninger. At terapeuten indledningsvis føler sig forvirret, er en forudsigtelig følge af den kraftige, følelsessvingende og selvmodsigende påvirkning, som han modtager fra patienten.

Terapeuten, der stræber efter forståelse og begrebsklarhed, kan under presset fra patienten føle sig fristet til at antage en primitiv (idealiseret) rolle som alvidende; dette fænomen skyldes patientens projektion. Bortset fra, at terapeuten i almindelighed skal modstå fristelsen til at spille overføringen primitive roller, fordi denne eftergivende adfærd modarbejder den tilstræbte bevægelse hen imod integration af objektrelationer og autonomi, berøver rollen som alvidende terapeuten muligheden for at gå i dybden med afklaringen. For ikke at skuffe patientens forventninger foregiver terapeuten at vide fuld besked, inden arbejdet er fuldendt. Frem for at frygte patientens ringeagt for ikke at forstå alt, hvad der fremlægges med det samme, må terapeuten beslutsomt forfølge afklaringens mål. Ringeagten udspringer i sidste ende af umodenhed og virkelighedsfjerne forestillinger om terapeuten som objekt. En nølende holdning til afklaringen virker imod hensigten og trækker uvægerligt behandlingsforløbet i langdrag.

Terapeutens overbeviste, selvsikre brug af sine analytiske redskaber (behandlingsteknikker) – ikke at forveksle med et forløjet skin af ufejlbarlighed – er en del af behandlingsrammen for så vidt, som den medvirker til at fastholde patienten i et gensidigt forpligtende arbejdsfællesskab med veldefinerede opgaver. Er terapeuten modsætningsvis usikker på brugen af sine redskaber, vil denne usikkerhed straks forplante sig til patienten, der med sine egne problemer efterspørger klarhed snarere end tvivl hos terapeuten, med skæbnesvangre følger for behandlingen (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

### *(ii) Konfrontation*

Formålet med konfrontationen, der betegner det mellemste led i fortolkningsrækken, er at henlede patientens opmærksomhed på uoverensstemmelser i de

fremlagte oplysninger fra afklaringen. Terapeuten vil typisk være nødt til at påpege uoverensstemmelser imellem oplysninger fra de tre kommunikationskanaler. Skønt det påhviler terapeuten at konfrontere patienten på en taktfuld måde, er påpegningen af selvmodsigelser og modsætninger særdeles egnet til at fremkalde vrede. Konfrontationen tvinger nemlig patienten i retning af en erkendelse, som han i virkeligheden modarbejder på det ubevidste plan. Takket være den terapeutiske systematik kommer grundtræk ved patientens psykiske struktur, herunder den dissociative undvigelse eller spaltningstilstanden, pludseligt under angreb. Nærmere bestemt virker konfrontationen som en trussel imod patientens primitive forsvar imod bevidsthed om konflikter. Patienten vil uvilkårligt forsvare sig imod terapeutens sandhedssøgende, men uvelkomne forsøg på "bevidstgørelse" (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

### *(iii) Fortolkning*

Det afsluttende led i fortolkningsrækken er fortolkningen som sådan<sup>22</sup>. Det påhviler terapeuten at fremsætte en hypotese om ubevidste intrapsyriske konflikter. Terapeutens hypotese skal forklare sammenhængen i de oplysninger, der er fremkommet under den forberedende afklaring og konfrontation. I terapeutens hypotese skal de spredte oplysninger fra de tre kommunikationskana-

22 Som antydnet er anvendelsen af de to behandlingsteknikker afklaring og konfrontation i virkeligheden at regne for indledende skridt i det overordnede fortolkningsarbejde. Ved konfrontationen kan terapeuten, hvis bestræbelser går ud på at konstruere et sammenhængende helhedsbillede af patientens indre og ydre virkelighed, finde på at påpege uoverensstemmelser imellem patientens udtalelser til forskellige tider, imellem hans udtalelser og adfærd eller imellem hans udtalelser/adfærd og indholdet af terapeutens modoverføring (dog uden at formidle indholdet deraf). Nonverbal kommunikation er ikke mindst i begyndelsen af behandlingsforløbet værdifuld for den psykoanalytiske tilgang til BPO-patienter, hvis forudsætninger for at indgå på lige fod med terapeuten i en verbal, intellektuel udveksling kan svinge fra tid til anden. At terapeutens bestræbelser på at sikre behandlingsrammen vil aktivere patientens primitive forsvarmekanismer, er forudsigeligt. Det vil terapeuten mærke i sessionerne. Modstanden imod terapeutens bestræbelser kan af patienten også henlægges til rummet uden for sessionerne, hvor patienten på en infantil-obstruktiv måde tilsyneladende forsøger at sabotere behandlingsforløbet ved at overdrive bestemte umodne adfærdselementer, f.eks. uansvarlighed, skødesløshed og udnyttende forstiltthed i omgangen med andre personer. Begge former for modstand fra patientens side skal imidlertid besvares af terapeuten på en beslutsom måde med afklaring, konfrontation og fortolkning (Selzer, 1987, 927-930; Clarkin, 1999, bog; Kernberg, 1999, 90-99; Kernberg, 2003, 517-545; Kernberg, 2008, 601-620).

ler så at sige finde sammen på en meningsfuld måde. Kernberg stiller en række blandede form- og indholds krav (1-4) til fortolkningen:

### *1. Klarhed*

At fortolkningen udtrykker en hypotese, er ikke ensbetydende med, at fortolkningen skal formidles på en tøvende måde i patientens nærvær. Tværtimod påhviler det terapeuten at formulere hypotesen på så klar og enkel en måde, som forholdene tillader. I bevidstheden om, at den fremsatte hypotese er blevet valgt eller udformet, fordi den bedst forklarer patientens sindstilstand og adfærd, skal terapeuten virke overbevist. Skulle hypotesen ikke holde i længden, må den falde og erstattes med en anden. Terapeuten skal ikke føle, at han taber ansigt, fordi hans hypotese må forkastes i lyset af senere tilkomne oplysninger. Det er spillets regler. Den bedre hypotese udkonkurrerer den dårligere. Den endelige målestok for hypoteserne er evnen til at bringe sammenhæng i kommunikationskanalernes oplysninger – ikke hypotesernes evne til at kaste glans over terapeuten som en rådsnar, skarpsindig analytiker.

### *2. Tempo*

Af Kernberg fremstilles det som et problem, at nogle terapeuter venter for længe med at gå i gang med fortolkningen. Indimellem går terapeutens begrundelse på behovet for at indsamle tilstrækkeligt med oplysninger til at kunne hypotetisere med passende træfsikkerhed. I nogle tilfælde synes den forsinkede fortolkning imidlertid at bero på terapeutens ængstelse for patientens følelser ved modtagelsen. Tilbageholdenhed med fortolkninger på dette grundlag udtrykker en terapeutisk holdning, der er uforenelig med TFP. Terapeuten må netop indstille sig på at møde patientens affekter i ren form, som de giver sig til kende i overføringen; han må for enhver pris ikke frygte affekterne. Overføringen af affekter, som de præsenterer sig i patientens objektrelationer, er selve terapeutens ledetråde i afdækningen af de ubevidste konflikter. Lige så vel, som terapeuten skal undgå slet begrundede udskydelser af fortolkningen, skal han forberede sig grundigt og samvittighedsfuldt, før han skrider til fortolkning af de forhåndenværende oplysninger. Kernberg kræver også andet af terapeuten. Således skal denne føle sig overbevist om, at den fremsatte hypotese ret beset vil medvirke til at øge patientens selverkendelse. I modsat fald tjener det ikke noget formål at dele den med patienten. Endeligt anfører Kernberg, at terapeutens hypotese ikke fortjener at blive fremsat, medmindre patienten selv er ude af stand til at nå til erkendelse på egen hånd<sup>23</sup>.

23 Gennemgående ligger det Kernberg på sinde at understrege arbejdsfordelingen i

### 3. Relevans

Typisk falder objektrelationen med den fremherskende affekt sammen med den fremherskende objektrelation i overføringen. Men dette er dog ikke altid tilfældet. Således kan den affektivt fremherskende objektrelation gælde en person uden for det terapeutiske rum. Under sådanne omstændigheder anbefales terapeuten at henholde sig til det økonomiske princip (jf. ovenfor). Med andre ord skal terapeuten forfølge den stærke affekt og i første række udforske den relation, hvor affekten giver sig til kende. Dermed må terapeuten affinde sig med, at man for en tid ikke beskæftiger sig med selve overføringen. Før eller siden vil patientens gennemgang af det affekt-ladede emne bringe ham tilbage til sessionens her-og-nu, hvor han ubevidst giver sig hen til overføringen i forhold til terapeuten. Ved fortolkningens relevans forstår Kernberg, at den finder sted i overensstemmelse med de tre vejledende principper (foruden det økonomiske, det dynamiske og strukturelle).

### 4. Passende dybde

Dybden af en fortolkning vedrører det spørgsmål, om fortolkningen retter sig imod bestemte adfærdsformer, der tjener som hindringer for erkendelse, eller imod strukturen af de psykiske kræfter, der er i konflikt med hinanden. Kernberg beskriver tre fortolkningsplaner:

A. Fortolkning af, hvorledes *acting-out* eller primitive forsvarsmekanismer tjener til at modvirke bevidstheden om indre oplevelser (typisk den pinefulde bevidsthed om uoverstigelige, truende modsætninger og konflikter som oplevet af patienten).

B. Fortolkning af en øjeblikkeligt aktiv objektrelation med tilhørende beskrivelse af selv- og objektrepræsentationerne i dyaden såvel som ombytningen af roller inden for den samme dyade.

C. Fortolkning af den fraspaltede objektrelation, som den øjeblikkeligt aktive objektrelation antages at forsvare sig imod (Clarkin, 1999, bog; Yeomans, 2007, 17-34; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

samarbejdet imellem patient og terapeut. Således pålægger han patienten et aktivt medansvar for indsigt og bedring. Patient og terapeut indgår i et arbejdsfællesskab som ovenfor beskrevet; de er samarbejdspartnere. Det tillades ikke, at patienten indtager en passivt afventende holdning. Behandlingskontrakten skulle gerne indskærpe denne grundlæggende forståelse hos både patient og terapeut. Begge parter kan for så vidt komme til at misforstå det fælles ansvar for fremskridt i behandlingen.

## Referencer

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003 Summer). *Bulletin of the Menninger Clinic*. 67 (3): 187-211.
- Caligor, E., Diamond, D., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2009 Apr). *Journal of the American Psychoanalytical Association*. 57 (2): 271-301.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clarkin, J. F. (2007 Spring). *Santé mentale au Québec*. 32 (1): 35-56 (F).
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Routledge and Kegan Paul, 1981.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996 Apr). *International Journal of Psychoanalysis*. 77 (Pt 2): 217-33.
- Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The Borderline Syndrome. A Behavioral Study of Ego-Functions*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Kavaler-Adler, S. (1993 Sep). *American Journal of Psychoanalysis*. 53 (3): 187-204.
- Kernberg, O. F. (1967 Jul). *Journal of American Psychoanalytic Association*. 15 (3): 641-85.
- Kernberg, O. F., Burstein, E. D., Coyne, L., Appelbaum, A., Horwitz, L., & Voth, H. (1972). *Bulletin of the Menninger Clinic*. 36: 1-275.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1994 Dec). *Psychiatric Clinics of North America*. 17 (4): 701-14.
- Kernberg, O. F. (1999 Mar-Apr). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 49 (3-4): 90-9.
- Kernberg, O. F. (2001 Jun). *Journal of Personality Disorders*. 15 (3): 195-208.
- Kernberg, O. F. (2003 Spring). *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 51 (2): 517-45.
- Kernberg, O. F. (2006 Oct). *The Psychoanalytic Quarterly*. 75 (4): 969-1004.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008 Jun). *International Journal of Psychoanalysis*. 89 (3): 601-20.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Knight, R. (1953). *Bulletin of the Menninger Clinic*. 17: 1-12.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006 Apr). *Journal of Clinical Psychology*. 62 (4): 481-501.
- Levy, K. N., Yeomans, F. E., & Diamond, D. (2007 Nov). *Journal of Clinical Psychology*. 63 (11): 1105-20.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (1999 Winter). *Journal of Personality Disorders*. 13 (4): 297-311.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994 Spring). *Developmental Psychopathology*. 6 (2): 375-388.
- Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., & Kernberg, O. F. (1987 Jul). *American Journal of Psychiatry*. 144 (7): 927-30.
- Steiner, J. (1979 Dec). *British Journal of Medical Psychology*. 52 (4): 385-91.

- Stern, A. (1938). *The Psychoanalytic Quarterly*. 7: 468-89.
- Stern, A. (1945). *The Psychoanalytic Quarterly*. 14: 190-8.
- Yeomans, F. E., Selzer, M. A., & Clarkin, J. F. (1992). *Treating the borderline patient: A contract-based approach*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Yeomans, F. E., Delaney, J. C., & Renaud, A. (2007 Spring). *Santé mentale au Québec*. 32 (1): 17-34.
- Zetzel, E. R. (1971 Jan). *American Journal of Psychiatry*. 127 (7): 867-71.

## Abstract

Lars Neisig Møller og Laura Louise Clausen: Transference-focused psychotherapy – an overview

*Based on the psychoanalytical object-relation theory, (TFP) represents a manualised treatment concept specifically intended for patients with severe personality disorders. The theoretical design of TFP is primarily due to the American psychiatrist O. F. Kernberg. Working for the Menninger Foundation, whose psychotherapy research project inspired new thinking in the early seventies, he realised that patients characterised by a so-called borderline-personality organisation (BPO), ranking somewhere between neurosis and psychosis, were more likely to profit from a modified psychoanalytical approach with an emphasis on transference analysis than classical psychoanalysis and supportive psychotherapy by themselves. As conceived by Kernberg and co-workers, TFP was to mark a break with the widespread pessimism of that time regarding the prognosis of BPO patients. Ultimate achievement of normality (or at least an approximated state of informed self-reflection), including autonomy, as for patients with a neurotic personality organisation (NPO), thus suddenly turned into a realistic perspective. Addressing the special challenges of BPO patients, while reluctant to abandon the principle of technical neutrality on part of the therapist, Kernberg set out to combine an ambition of full-insight analysis with carefully measured support (i.e., reserved for emergency situations). In particular, it was recognised that initial treatment, granted the chaotic life style of BPO patients, had to be properly secured against the counterproductive effects of acting-out. Hence, a formal treatment contract obliging the patient and the therapist to engage in mutually respectful co-operation became essential to TFP. During the nineties, in parallel with its final manualisation, TFP began to gain ground, though competing with a number of viable psychotherapeutic alternatives. Empirical evidence of the relative efficacy of TFP in the form of randomised controlled trials has now been available for a few years.*

*Key words: borderline-personality organisation, Kernberg, object-relation theory, transference analysis, transference-focused psychotherapy.*

# “Den som leter, finner ikke. Den som ikke leter, blir oppsøkt.”

En drøfting av motstandsfenomener i gruppeterapi, sett i sammenheng med administrative forhold som påvirker deltakeres opplevelse av valgfrihet

Matrix, 2011; 1, 48-66

Knut Skjøstad

*Deltakere ved et landsomfattende forskningsprosjekt i Norge, ble randomisert etter bestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier til kort- eller langtids gruppepsykoterapi (her 20 eller 80 sesjoner). En slik seleksjonsprosedyre kan gi opplevelse av å bli “tvunget” inn i en behandlingssituasjon en selv ikke har ønsket.*

*Artikkelen drøfter antatte konsekvenser for gruppekulturen når mulighet for påvirkning av dynamiske betingelser er redusert, her ved terapeutens innflytelse på inntak og gruppens komposisjon samt deltakeres valgfrihet mht terapiens varighet, i tillegg til tidkrevende arbeid med utfylling av spørreskjema parallelt med behandlingen. Teori drøftes belyst ved eksempler fra praksis, som viser til noen mulige sammenhenger.*

*Artikkelen antyder mulige stabiliserende tiltak og en mer aktiv stimulering av gruppens interaksjon fra oppstart, ved en psyko-educativ introduksjonsprosedyre og strukturert tilnærming til bearbeidning av motstand.*

*Intensjonen er å diskutere hvordan dynamiske betingelser som reduserer opplevelsen av valgfrihet, kan synes å redusere motivasjon og forsterke motstand mot interaksjon, og mot utviklingen av en konstruktiv gruppeprosess. Noen sider ved gruppeterapeutisk forsk-*

Knut Skjøstad, Selvstendig psykologpraksis, Kr. Augusts gt., 13, 0164 Oslo.  
E-mail: knutsjo@online.no



*ning problematiseres – betydningen av et i utgangspunktet gjensidig samarbeid poengteres, som kan bringe forsker og kliniker nærmere hverandre.*

## Innledning

**E**n aforisme av Franz Kafka er tittel, og tjener – sammen med undertittelen – som introduksjon til denne artikkelen, basert på en paper presentasjon ved det 14. europeiske symposium i Dublin (Skjøstad, 2008). Den viser her til møtet med det irrasjonelle som også styrer atferden, forstyrrer eller beriker livet når vi tilstreber kontroll og handlefrihet. Betingelser knyttet til det å ha innvirkning på viktige situasjoner, er et sentralt tema i det følgende.

Erfaringer som gruppeterapeut ved et norsk forskningsprosjekt innen gruppepsykoterapi (se Lorentzen, m.fl., 2008), er utgangspunktet.

Jeg har i seinere år vært opptatt av dynamiske og metodiske forhold ved forberedelse til og oppstart av prosessgrupper, samt utvikling av allianser og gruppekultur. Polikliniske terapigrupper og undervisning i prosessforståelse til psykologer under videre utdanning, har bl.a. vært fokus.

Oppstart av forskningsgruppe vil innebære noen ekstra belastninger for både pasienter og terapeut. Dette henger primært sammen med intra-psykiske forhold, men reflekterer også en reell sårbarhet for de dynamiske betingelsene, som her vil avvike fra normalen. Et fokus på mulige effekter når betingelsene knyttet til forskning er atypiske og kan oppleves krevende, samt evt. måter å kompensere for dette, er hovedtema for denne artikkelen.

## Bakgrunn for artikkelen

En dominerende erfaring hos mange klinikere er fortsatt at mye forskning er vanskelig tilgjengelig og kan oppleves for lite klinisk anvendbar. Parallelt med dette er det mangel på utvikling av former for systematisk registrering av pasientdata, som samlet kunne gitt bedre innblikk i effekten av eget arbeid. Mange klinikere forholder seg ofte for passivt til nyere forskning. Solid klinisk forskning er på sin side meget komplisert og krevende å gjennomføre, men svært viktig for å styrke berettigelse og evidensgrunnlag for psykologisk behandling. Dette arbeidet overlates tradisjonelt til forskeren, og det eksisterer en gjensidig spesialisering, som slik gjenspeiler en avstand mellom to atskilte “verdener”.

Motivet bak denne artikkelen er først og fremst personlig, basert på et ønske om å dele egne kliniske erfaringer og plassere de innenfor en selvvalgt teore-

tisk ramme. Bakgrunnen er nettopp et solid gjennomført forskningsprosjekt (nærmere beskrevet nedenfor), der alle terapeutene ved flere anledninger, før oppstart og underveis, ble fulgt opp ved seminarer, opplæring innenfor meto- disk tilnærming og forberedelser på bl.a. ledelse av korttids gruppeterapi. Vi fikk anledning til å trene, å sette oss inn i relevant litteratur, og det ble gitt kontinuerlig veiledning til terapeutene i forhold til kliniske problemstillinger som oppsto under behandlingen.

Både kort- og langtidsgruppen syntes tidlig å utvikle en kultur preget av sub- grupper relatert til utfallet av randomiseringen, dvs behandlingens varighet. Reaksjonene viste seg på mange og ulike nivåer og var et spennende utgangs- punkt, som i de to gruppene fikk helt forskjellige uttrykk.

Terapeutens mangel på kontroll med seleksjon og sammensetning av delta- kere, var en faktor som i etterhånd kan sies ikke å ha blitt tilstrekkelig proble- matisert. En beredskap i forhold til oppstarten var ikke drøftet mot denne bak- grunnen.

Ved inntaksprosedyren vil terapeuten normalt være sentral på alle nivåene i en forberedelsesfase, dvs. han (jeg vil fra nå av bruke denne benevnelsen) føl- ger den enkelte deltaker fra første kontakt. En tanke her, er at deltakere i en forskningsgruppe i større grad har behov for en type forhåndsopplæring (her en tydeliggjøring av målsetting og sentrale behandlingsprinsipper), som antas å sette den enkelte bedre i stand til å tåle frustrasjoner og evt. usikkerhet knyt- tet til en oppstart under mer krevende betingelser.

Å skulle styrke håndteringen av begrensninger og uforutsigbarhet som et forskningsprosjekt i større grad impliserer for både deltakere og terapeuter, krever etter min erfaring et fra første pasientinntak tett, gjensidig samarbeid mellom terapeut og forskningsadministrasjon. Å bygge bro mellom forsker og praktiker representerer for øvrig et annerledes forskningsparadigme, som for eksempel kan innebære å utvikle praktiker-forsker-nettverk. Dette diskuteres som en mulig lovende måte å engasjere gruppeterapeuter i å kombinere forsk- ning med klinisk praksis, bl.a. i Lau, M.A., e.al. (2010).

## Rasjonale for forskningsprosjektet

Utgangspunkt for dette prosjektet har vært det faktum, at kunnskap om effekt av gruppepsykoterapi er godt dokumentert, men at sammenlikning av indivi- duell behandling og gruppebehandling ikke har gitt signifikante forskjeller i effekt. Generaliseringer av funnene til den kliniske populasjonen har også vært problematisk, fordi de fleste terapistudier har vært av meget kort varighet,

samt at utvalgene av pasienter i studiene ofte avviker betydelig fra den kliniske populasjonen. Det vises for øvrig til prosjektbeskrivelse på webadressen:

[www.med.uio.no/ipsy/aker/projects/psychodynamic\\_group\\_therapy/index.html](http://www.med.uio.no/ipsy/aker/projects/psychodynamic_group_therapy/index.html)

Rasjonale for studien har vært å utforske forholdet mellom gruppeterapiens varighet og ulike pasientgruppers behandlingsbehov. Korttids terapi har blitt vist mye interesse, mer av politiske enn av faglige grunner. Men tidsfaktoren, dvs. varighet, viser seg å ha avgjørende betydning for mange pasientgrupper, bl.a. ved behandling av moderate og alvorlige personlighetsforstyrrelser med stor grad av komorbiditet, negative holdninger til terapi og høyere grad av kronifisering. Det er tidligere vist (Lorentzen & Høglend, 2004a) at gruppebehandling opp til 2,5 år predikerte sterkt positivt for pasienter med negative forventninger, kronifisering, alvorlige symptomplager, fiendtlighet og personlighetsforstyrrelse.

Det var et ønske om å måle effekt av behandling i hhv kort- og langtids gruppeterapi (20 eller 80 sesjoner), knyttet til ulike pasientparametere, terapeutvariabler, gruppekulturen og varighet av behandlingen.

Til sammen 13 terapeuter deltok med hver sin hhv kort- og langtids gruppe, fordelt over tre ulike geografiske områder i Norge (Stavanger/Sandnes, Ålesund og Oslo). Prosjektet startet i 2005 og er nå inne i en avsluttende fase. Siste terapigruppe avsluttet våren 2009.

## Teoretiske betraktninger

Brukermedvirkning og betydningen av å skape trygghet gjennom stabiliserende tiltak, er i økende grad blitt integrert i tenkningen omkring behandling av mennesker. Dette gjelder innenfor både skole- og helsesektoren.

Spørsmål omkring betingelser for og introduksjon til gruppebehandling, er tema i denne artikkelen – jfr også mitt tidligere fokus på betydningen av leders rolle under de innledende sesjonene i en nystartet gruppe (Skjøstad, 2005/07).

## Tanker omkring utvelgelse, sammensetning og det frie valg

Det individuelle, frie valg er et prinsipp som står sterkt i vår vestlige kultur, også innenfor psykologisk behandling. Filosofen Heidegger har et eksistensialistisk, mer økologisk perspektiv på frihet, her beskrevet som produkt av det å erkjenne iboende *muligheter* i menneskets væren i verden (1988), (fra O`Connor, e.al., 1997, s 146-147). Autentisk væren er ikke det å realisere meg selv som enestående, men ved å erkjenne min væren som alene definert i relasjon til andre.

Den som leter, finner ikke

Dette er i tråd med gruppeanalysen, som bl.a. fokuserer kompleksiteten som ligger i individets streben etter autonomi, parallelt med avhengigheten av tilhørighet til flokken, dvs. som tilknyttet den sosiale matrix.

Foulkes bygger også på dette perspektivet når han snakker om sammensetning av terapigrupper (1990, s. 67): "To allow the group to do its own selecting is to pay particular heed to the group's needs as a group. The therapist, too, in his own selective procedure, may choose his patients on the grounds of suitability for a particular group, on the assumption that what is good for the group must be good for the individual, and this frequently turns to be the case." Han tar utgangspunkt i at terapeuten innen en bestemt setting vil kunne komponere en gruppe, med deltakere som vil ha et optimalt utbytte av hverandre.

Yalom (1985, s. 253-75), foretar en gjennomgang av ulike forhold knyttet til best mulig gruppekomposisjon, men konkluderer ved å referere til virkeligheten, nemlig de begrensninger mht. tilgang på interesserte som er tilfelle for de fleste gruppeterapeuter og risiko for å "trette ut" potensielle deltakere på venteliste, slik at de faller fra. Han skriver bl.a. (1985, s. 274): "Only the crudest principles of group composition are employed (av de fleste terapeuter, m.a.), such as having an equal number of men and women or a wide range of age or activity, for example if two men already selected for the group are too passive, it is desirable to create balance by adding more active men." Det han her beskriver, antas å være representativt for den kliniske hverdag.

Vurdering av egnethet via kriterier for eksklusjon/ inklusjon, vil ideelt stå i forhold til hva slags terapigruppe som planlegges og andre betingelser av betydning. Det er sannsynlig at begrensninger ved de samme betingelsene ofte vanskeliggjør det å ivareta de "objektive" kriteriene, slik at intuisjon basert på evt. lang erfaring i stor grad kan komme til å bestemme inntak og sammensetning.

Den kliniske virkelighet setter altså begrensninger ved terapeutens kontroll med seleksjon og sammensetning. Når betingelsene forbundet med et forskningsdesign i tillegg på mange vis "overtar" innledende prosedyrer, reduserer dette ytterligere terapeutens frihetsgrader i denne fasen.

Foulkes sier om den heterogene gruppen (1990, s. 66): "This is a 'mixed bag' of diagnosis and disturbances which are blended together to make a well balanced and therapeutically effective mixture. The process of *blending* may be based on diagnosis (psychotics with psychoneurotics), temperament (forthcoming with shy patients), verbal participation (talkers with silent patients), and so on ... The greater the 'span' between the 'polar' types, the higher the

therapeutic potential, *if the group can stand it*" (min uthevelse). Den siste kommentaren – dersom gruppen holder ut med det – står sentralt her, ved det faktum at det *fins en grense, og at den ligger både hos deltakere og terapeut*.

Det bør m.a.o. være terapeut og en evt. forskningsadministrasjon sitt ansvar å legge til rette for at prosessen *skal bli til å holde ut med*. Hva er mulige kliniske implikasjoner av dette prinsippet?

## Frihet og motivasjon

Et fokus for diskusjoner de siste tiårene innen helse- og skolesektoren, har bl.a. vært hvordan en *aktiv deltakelse* (brukermedvirkning) kan styrke motivasjon og med dette tilstedeværelse, sosial tilknytning, trygghet, stabilitet og kapasitet for mentalisering. Det er ofte begrensninger knyttet til å realisere et slikt ideal.

Vi vet fra historien og fra samtiden, at meningsinnholdet i begrepet frihet, evt. det å oppleve reell innflytelse på egen livssituasjon, varierer mellom historiske epoker, ulike kulturer og mellom enkeltmennesket i nåtidens Vesten.

Den demokratiske utviklingen i vår del av verden, har også avdekket kompliserte reaksjoner på muligheter til å påvirke vår egen situasjon. Dette er kjent som "frihetens problem" (Brøgger, 1993, s. 93-96). Mennesket vil ikke nødvendigvis føle seg komfortabel med for mange valgmuligheter og det ansvaret som må følge. Sannsynligvis eksisterer det dypere liggende behov for lederskap, for grenser og for å bli diktert, der en betydelig grad av ansvar ønskes plassert på våre ledere. Innenfor en slik ramme er frihet *fra* ansvar et viktig aspekt ved dette begrepet, dvs. behov for noe som avlaster, gir anledning til å si nei, til å markere egne grenser. Dette gir en helt nødvendig mulighet for distanse til hverdagens krav, en beskyttelse mot for mye press, og en frigjøring av krefter til å konsentrere seg om viktige oppgaver og interesser.

I dagens Vesten er det samtidig en selvfølge for mange å kunne føle stor grad av kontroll med eget liv. Når dette blir en del av kulturens "krav", vil sårbarheten for ikke å lykkes forsterkes ved enhver opplevelse av redusert kontroll. Eksempel her kan være å erkjenne behov for hjelp, der dette innebærer å eksponere seg for en kanskje helt ny og ukjent verden: Terapigruppen.

Dette perspektivet – evt. sett i et evolusjonsperspektiv – kan bidra til å forklare hvorfor individets lengsel etter og eksponering for frihet og nye muligheter ofte vekker angst. En viktig måte å *balansere* på, vil bli å søke trygghet/støtte gjennom ledelse/struktur og evt. mulighet for å trekke seg tilbake. Det kan være viktig å ta særlig hensyn til Fromm's beskrevne "frihet til å trekke seg

fra" en situasjon (se bl.a. Fromm, E, (1975), og May, R., (1981)). Dette evt. ved tiltak som fungerer stabiliserende. Utfordringer deltakelse i en terapigruppe skal innebære, antas å ha begrenset eller kanskje negativ effekt dersom behovet for stabilisering ikke er tilstrekkelig ivaretatt. Dette er bl.a. en forutsetning som er kjent fra behandlingen av pasienter med PTSD.

"Frihetsparadokset" er også beskrevet av O'Connor (1997, s. 146) som et eksistensielt dilemma, idet vi både vil og ikke vil være ene ansvarlig for beslutninger vi tar, for eksempel når vi både kan oppleve oss mest effektive idet vi arbeider uforstyrret (Scudder, 1994) og samtidig være avhengige av strukturer som ligger i den sosiale matrix av samhörighet ("togetherness"). I en diskusjon om individets behov for frihet fra bånd og restriksjoner som egne tanker og følelser pålegger oss for hvordan vi skal være, skriver O'Connor, e.al., (1997, s. 144): "Men å skifte fokus fra frigjøring til selvkontroll, betyr å utforske den komplekse interaksjonen mellom subjektiv følelse av frihet og objektive grenser ... man kan frykte en opplevelse av handlingsfrihet når meningsfulle begrensninger av valg og muligheter ikke finnes. Denne 'frihetsangsten' som en klinisk tilstand, kan hindre muligheter for endring" (min oversettelse).

## Motstand og "frihet"

I dette perspektivet kan "frihedsangst bidra til å forsterke motstand også under etablering av terapigruppen. For terapeuten er dette normalt en naturlig del av behandlingen og en utfordring å håndtere for han selv og deltakerne.

Steget fra forberedelsesstadiet til oppstarten i gruppe, kan betraktes som det å bevege seg fra en mindre til en mer krevende struktur, som åpner for muligheter, men samtidig representerer risiko. Dette "gapet" kan altså bli for stort, konsekvensen kan bli unødvendig mye angst og motstand hos og mellom deltakerne.

Prosessen kan derfor forsterke den naturlige konflikten mellom egne forventninger om autonomi og trygg selvrepresentasjon versus avhengighetsbehov i tilknytningen til andre og behov for ledelse (se ovenfor), en konflikt mellom frihet ... "som et positivt krav til handling (frihet til ...) eller den negative impulsen for å unnsnippe press (... frihet fra)" (min oversettelse) (O'Connor, 1997, s. 144).

Vi kjenner til Bions beskrivelser av grunnantakelsesgruppene, som uttrykk for underliggende forsvar mot angst forbundet med arbeidsgruppen, dvs. for møtet med de oppgavene gruppen er ment å skulle løse (Bion, 1993). Når gruppemedlemmer ter seg som barn, tjener dette også til å dekke over angst.

De kan te seg som om de ikke har noe ansvar eller innflytelse i forhold til det som skjer, og forventer kanskje mirakler fra sin leder. Dette gjelder særlig der lederen ikke gir noen agenda eller oppgave for gruppen. For eksempel vil en benektning av rivalisering mellom deltakere og "allmektighet" plassert på lederen, hemme interaksjon, vekst og arbeid med egen autonomiutvikling.

Individuelle ønsker om frihet til å påvirke en situasjon versus reell mulighet til dette, kan også gjenspeile *konflikt mellom illusjon og virkelighet* og resultere i en *skjør allianse* under en forberedelsesfase, der motstridende interesser mellom pasient og terapeut (evt. en prosjektledelse) ikke erkjennes. Eksempel her blir når den hjelpetrengende antar at dette er det eneste tilbudet og undertrykker motforestillinger knyttet til betingelsene. Hvor forpliktende vil en kontrakt på dette grunnlaget oppleves? Hvordan kan det komme til å påvirke den videre prosessen? Vil det øke risiko for utvikling av defensive allianser mellom deltakere (dannelse av subgrupper)? Finnes det bedre måter å skape grunnlag for alliansebygging på?

## Opptatt – mulige sammenhenger

Scudder (1994), er opptatt av et fenomen kalt "Need for cognition" (NFC) definert av Petty og Cacioppa (1986, s. 48), som et mål for mulig grad av "intrinsic" kapasitet for aktiv deltakelse, kapasitet til å reflektere og produsere ideer, med eller uten det å være i interaksjon med andre. Han sier (1994, s. 76), at idet pasienter i gruppen møter ulikevekt mht. NFC kan det oppstå problemer, fordi individer her anses predisponert for hhv "latskap" versus mentalt engasjement og produktivitet. De "late" vil kunne ha en smitteeffekt på de mer produktive pasientene (med "høy" NFC). "Equity theory" postulerer, at når noen er "høy" på NFC, vil de utvikle sinne mot de med "lav" NFC, med konflikt mellom subgrupper som resultat. Sistnevnte føler skyld som følge av sin lave produktivitet, noe som forsterker subgruppering og gruppemotstand og truer motivasjon for videre innsats.

Fra et mer psykodynamisk ståsted, kan disse konfliktene tolkes som proaktivt forsvar mot å erkjenne egen sårbarhet i prosessen. Uansett reiser dette igjen spørsmål om hvordan ivareta en sårbarhet for at motsetninger knyttet til predisposisjoner hos pasientene skal prege oppstarten i gruppen og evt. bidra til å aktivere eller forsterke en negativ (anti-gruppe) utvikling (Nitzun, 1991). Angst forbundet med eksponering for usikkerhet kan for eksempel dempes gjennom defensiv alliansebygging og projisering, bl.a. på leder.

Subgruppekonflikter er naturlige og vil oppstå i terapigrupper, og de er vik-

tige å utforske. Lav motivasjon hos enkelte pasienter kan relateres til prosessen. Nitzun representerer et gruppeanalytisk perspektiv på dette når han sier (1991, s. 7): "I believe that most, if not all, groups contain an anti-group, but that whereas in some groups it is resolved with relative ease, in others it can undermine and destroy the foundations of the group. Because of this, I consider it important – if not essential – to be able to understand its origins." Han sikter til det essensielle ved selve motstandsbearbeidingen, som imidlertid betyr at situasjonen oppleves håndterbar for både terapeut og deltakere, noe som – igjen – kan avhenge av kvaliteter ved sammensetning og introduksjon.

I sin artikkel konkluderer Scudder (1994) fra en hypotese om negative gruppeeffekter pga. ulikevekt i NFC ved å si: "Kommentarer fra deltakere i grupper omkring slike erfaringer, gjør det tydelig at grupper trenger et mål å vurdere sin innsats ved hjelp av" (1994, s. 79; min oversettelse). En "missing link" kan altså være en forhåndsintroduksjon, som kan bestå i en tilstrekkelig klargjøring av hensikten med behandlingsopplegget, med noen foki for behandlingen som bakgrunn for – i løpet av prosessen – å få feedback som hjelp til å erkjenne personlige steg i en utvikling.

Før jeg går videre ved å belyse med eksempler, vil jeg peke på noen mulige sammenhenger mellom forberedelse og prosess, som her kan implisere det jeg vil kalle "forsterket motstandsutvikling".

Utvalgt teori beskrevet over, er tatt med i forsøk på å underbygge hvordan en slik forsterket motstand kan utvikles, ved:

- at forskjellighet mht. forutsetninger skaper utvikling av subgrupper, som aktiveres og evt. "låses" ytterligere av
- reell sårbarhet for de spesielle omstendighetene ved introduksjonen og den videre prosessen (ytre betingelser), som derved muliggjør en eskalering av frustrasjon og konflikt også hos motiverte pasienter
- at dette kan uttrykke seg særlig rettet mot terapeuten ved – i disse gruppene – en sterkere grad av terapeut-avhengighet.

Alternativt perspektiv:

- noen pasienter opplever seg "forført" eller "kastet" inn i et arrangement (her forventet gruppeinteraksjon) de nå er ambivalente til
- terapeuten føler seg dårligere forberedt gjennom møtet med disse utfordringene, ved å ha en begrenset mulighet til å influere på introduksjon og alliansebygging, noe som videre kan gjenspeile
- reelle mangler ved den innledende fasen.



Det er viktig å poengtere, at mangler i dette tilfellet både kan gjenspeiles i mulige konsekvenser av for lav medbestemmelse OG relateres til for lite struktur ved både introduksjon og prosess.

## Vignetter fra praksis – en introduksjon

I det følgende beskrives utvalgte eksempler fra begge forskningsgruppene.

I begge gruppene forventes noen tidlige reaksjoner knyttet til hvordan randomiseringen falt ut, slik som: "Jeg skulle egentlig vært i annen gruppe (kort tid)!" I korttidsgruppen vil reaksjoner også kunne bli preget av "travelhet", der konflikt knyttet til oppstart og kortere tidsramme, utsettes og kommer mer direkte til uttrykk i avslutningsfasen.

I vanlige polikliniske terapigrupper antas grad av konflikt og unnvikelse / motstand ikke å vise seg like sterkt, fordi pasientene er mer inneforstått med behandlingens varighet. Pasientene antas lettere å tilpasse seg, finne trygghet og samarbeide omkring det å utforske hvordan de skal "involvere seg" i den nye situasjonen. Motstand vil komme til uttrykk mer differensiert og over lengre tid. Dette antas evt. å ha sammenheng med gunstigere betingelser for og åpenhet omkring en tidlig alliansebygging.

Vignettene er ment som mulige eksempler på konsekvenser av et forskningsdesign, som med standardiserte krav til inklusjon og randomiseringsprosedyrer, kan ha komplisert oppstarten for både deltakere og terapeut. Implikasjonene for gruppeinteraksjonen gir evt. høyst ulike utslag i de to gruppene over tid, men selvsagt er sammenhenger her komplekse og vanskelige å fastslå med sikkerhet.

### Vignett 1 – korttidsgruppen

I korttidsgruppen synes de fleste å ha et godt utbytte av behandlingen idet gruppen nærmer seg 20. og siste sesjon. Terapeuten mener lenge å ha observert en slags kulturelt betinget undertrykkelse av mer åpen og kritisk orientering. Reaksjoner på og refleksjon knyttet til kommende avslutning har en tendens til å skulle utsettes, og dette antas å ha betydning for interaksjonen. Terapeuten har begynt å snakke om avslutning fra det 13. møtet. Noen pasienter reagerer hver gang ved irritasjon og opplevelse av å bli forstyrret. Under det aller siste møtet kommer reaksjoner gjennom skuffelse over å måtte betale for et umeldt fravær, der noen viser sinne ved å kritisere prosjektledelsen for også å ha vært for lite empatisk. Noen mener de skulle blitt betalt for alt arbeidet

Den som leter, finner ikke

med skjemaene. Idet de fleste pasientene er tilfredse ved avslutningen, berøres ikke konflikter mellom subgrupper, noe som antas å påvirke gruppens evne til å ta farvel og nyttiggjøre seg erfaringer knyttet til denne siste fasen av behandlingen. Det var for eksempel ikke åpenhet til å dvele ved den kontra-avhengighet dette antakelig gjenspeilte for noen, som lindring mot frustrasjon knyttet til selve avskjeden – også et fenomen som gjennomgående kan sies å ha preget denne gruppen.

## Kommentarer

Når jeg ser tilbake på korttidsgruppens aller siste sesjon, blir to subgrupper et naturlig fokus: De som ønsket å fortsette og følte seg avbrutt, og de som tilsynelatende var tilfredse og godtok at behandlingen nå ble avsluttet. Denne konflikten var nærværende under prosessen, dog lite tilgjengelig for utforsking. Bak en til dels tvungen kultur sentrert omkring temaet å arbeide med eksponering for konfliktpregete livssituasjoner med ønske om å styrke troen på seg selv, antas samtidig hemmeligheter bevart i gruppen som gruppemotstand mot noe mer truende: Å skulle utforske forskjellighet i motiver og forutsetninger (jf. for eksempel "høy NFC" vs "lav NFC"), med evt. risiko for selvavsløring. Gjennom dette er det mulig at gruppen uttrykte noe av det å "være fanget" som et dilemma, der fakta omkring begrenset tid ikke ble erkjent, men heller av noen unnveket, for så å reagere som om avslutningen kom uventet.

Interaksjonen mellom deltakerne var relativt markant knyttet til enkelthistoriene og særlig dagliglivet og vanskeligheter de opplevde. En alternativ innfallsvinkel kan i denne gruppen også være å se på den ene subgruppen – særlig ved avslutning – som mer preget av akutt ubehag; den andre ved øket distanse; i begge tilfeller som uttrykk for forsvar mot å forholde seg til reaksjoner her og nå. Fried (1965, s. 55-56) skriver – med henvisning til Freud – at det ideelle utgangspunkt for pasienten til å gripe noe av sitt problem er en viss grad av ubehag. Dersom ubehaget enten er for lite eller for sterkt, sammenfaller dette med en motstand mot introspeksjon.

En måte å forstå denne splittingen på er også ved å knytte den til forberedelsesfasen, der begrensninger i valgfrihet og for lite struktur ved introduksjonsprosedyren kan ha bidratt til at pasienter aksepterte betingelsene for raskt, noe som videre kan ha skapt en psykologisk "link" mellom denne fasen og den gruppekulturen som seinere utviklet seg.

## Vignett 2 – langtidsgruppen

Under første sesjon i langtidsgruppen, uttrykker en 50 år gammel kvinne skuffelse over å måtte gå i behandling i hele 2 år. I tillegg beskriver hun nå behovet for hjelp som betraktelig redusert pga. positiv utvikling i hennes familie.

Dessuten fikk hun angivelig god hjelp under de forberedende samtalene, noe hun er takknemlig for, men hun vil selvsagt være lojal overfor gruppen og fortsette. Disse ytringene inspirerer andre som "føler det samme" mht. behandlingens lengde, det blir lettere å fremme motforestillinger knyttet til å føle seg "fanget" eller "lurt". De to til tre første sesjonene får et preg av "tvilerkultur" mht. riktig behandling (for så vidt på sin plass i en forskningsgruppe som nettopp skal gi ny informasjon om dette spørsmålet). Terapeuten møter motforestillingene og tvilen, ved å støtte åpenheten dette uttrykker. Han tolker utsagnene som naturlige i den nye situasjonen, idet alle må ha tid på seg for å få tak i mening og sammenheng, evt. oppleve utbytte av det som skjer. Men han går ikke videre mht. å tolke de forskjellige reaksjonene.

### Kommentarer

Hva skjer med denne kvinnen? Reaksjonen kan bl.a. være resultat av

- faktisk å ville fått passende og tilstrekkelig hjelp i en korttidsgruppe
- initial motstand mot åpenhet overfor mange (fremmede) mennesker
- motstand mot å oppsøke mer smerte enn den hun allerede har erfart
- at hun faktisk bare har "godtatt" betingelsene ut ifra et akutt behov den gangen, og unnviker nå alvoret i det å ha påbegynt gruppebehandlingen
- uttrykk for ambivalens til det å skulle ha behov for hjelp, som et karaktertrekk ved henne.

Noen av disse mulige forklaringene, hvis riktige, kan ha vært uforenlige med fortsettelse.

Hva med terapeutens rolle? Hvordan hjelper han deltakerne til å engasjere seg i å utforske mer av dette?

- En parallellprosess i terapeutens opplevelse av for liten innflytelse på situasjonen der og da erkjennes, men han antas å få problemer med å se strategier som kan bidra til å ivareta deltakerne godt nok.
- Han uttrykker noe av usikkerheten ved en pendling mellom aktiv/passiv atferd, med fare for å overse situasjoner; bli mer målorientert og mindre empatisk, stå i fare for å feiltolke reaksjoner, osv.

Den som leter, finner ikke

- Gruppemotstanden utviklet seg til å bli så sterk at dette sannsynligvis vanskeliggjorde å forholde seg til intervensjoner fra terapeuten. En slags anti-autoritær reaksjon opplevdes å bli gruppens forsvar mot angst, en høy grad av terapeutavhengighet skjulte angsten for intimitet og ble problematisk å intervenere i forhold til.

## Fortsettelse vignett 2

Etter noen sesjoner viser kvinnen økende motstand og ambivalens, uttrykker redusert motivasjon og behov. Parallelt med redusert investering, orienterer hun seg mot andre og får "tilhengere" ved noen pasienter som for sin del er skuffet over fravær av umiddelbar effekt av behandlingen. Terapeuten forsøker å vise empati i forhold til kritikken og inviterer gruppen til å utforske det som skjer. Dersom han minner om rammene ved for eksempel å si noe om langtidsperspektivet, tolkes dette av noen irettesettende og styrker motstanden. Terapeuten opplever en vedvarende splitting mellom to subgrupper, som forstyrrer motiverte deltakere som ønsker mer interaksjon. Kvinnen legger etter hvert selv grunnen for sin egen drop-out etter ca. fire måneder.

## Kommentarer

I de første månedene utviklet det seg en vedvarende konflikt mellom subgruppe-interesser. En subgruppe ønsker å bruke tid på å utforske egen smerte knyttet til dypere livsproblemer, en annen viser en utålmodighet, er symptomorientert og i behov for mer struktur og effektivitet, retter fokus mot terapeut og unnviker interaksjon. Med en slik uvanlig stor grad av terapeutavhengighet fra start, antas dette i tillegg forsterket av en subgruppe-konflikt mellom "høy" og "lav" NFC (jfr. s. 7). Gruppen blir i økende grad preget av konflikt, med to drop-outs som resultat, noe som skaper usikkerhet omkring gruppens fortsettelse.

Terapeuten tar inn to nye deltakere i hhv 4. og 6. måned. Dette blir siste mulighet for å ta inn nye i gruppen.

## Vignett 3 – langtidsguppen

Et parallelt fenomen på gruppenivå fra 1.– 4. sesjon: Tre av mennene finner raskt en kontakt i sin oppfatning av angstplager og behov for lindring, med varierende grad av åpenhet. Det kommer fram at en av de står på venteliste til

døgnbehandling, og vil ta imot plassen dersom han får den. En annen begynner raskt å lete etter "effekt" av behandlingen og ignorerer terapeutens invitasjon til å bruke tid. En tredje er "konstant plaget av angst" – ingen bedring "skjedd" etter at han begynte i gruppen. Denne subgruppens uttrykk for å være presset i situasjonen (ingen effektiv hjelp eller lindring å få), underbygger en terapeutavhengighet, det kreves svar på spørsmål, påpekes mangelfull kompetanse (latterliggjøring av skjemaene, erfaringer med bedre behandling andre steder, etc.). Dette også som et sterkt uttrykk for motstand mot introspeksjon og interaksjon, som forstyrrer utvikling av en tryggere gruppekultur.

Det blir vanskelig å ivareta deltakere som inviterer til interaksjon, for eksempel når en kvinne tidlig deler åpent om seg selv og blir skuffet over at gruppen ikke "følger opp". En annen kvinne viser åpenhet i tillegg til å ville hjelpe andre ved å lytte og komme med råd, men holder etter hvert tilbake informasjon om seg selv når hun føler andre ikke er like åpne. Terapeuten forsøker å balansere gjennom å vise empati og søke å invitere andre til å aktivisere seg mer. Men det er stadig problematisk å hjelpe gruppen ut av en kultur preget av en passivt avhengig posisjon.

## Kommentarer

Hvordan kan det som her er beskrevet knyttes til problemene med bl.a. redusert valgfrihet og mangelfull struktur ved introduksjonen, evt. som relatert til utfallet av randomiseringen.

En utålmodighet, evt. utrygghet uttrykt hos noen pasienter, kan i dette perspektivet allerede gjenspeile lavere motivasjon for en langtidsbehandling. Ønsket om klarere intervensjoner og direkte hjelp for angstplager (øket struktur), kan snarere fortelle om behov for en mer strukturert behandling, som går over kortere tid. Dette som i konflikt med den andre subgruppen, hvor det gjennomgående – i alle eksemplene – utvises en større tålmodighet og en motivering for interaksjon og introspeksjon. Dvs. at det som gjenspeiles i eksemplene, kan være tidlige uttrykk for noe av det prosjektet primært tar sikte på å undersøke.

Kan en styrket struktur knyttet til innledningen primært være et behov hos noen, mens andre uansett evner å ivareta en motivasjon, er tilstrekkelig trygge, osv.? Etter min mening er det sannsynlig at mer struktur (psyko-edukasjon) til alle, uansett kan være en fordel.

## Diskusjon

Alle vignettene beskriver forskjellige, direkte og indirekte uttrykk for motstand mot interaksjon, men det er særlig i langtidsgruppen dette blir synlig. I korttidsgruppen eksisterer en begrenset interaksjon gjennom en felles interesse knyttet til uttrykte ønsker om å samarbeide og støtte hverandre i den korte tiden til rådighet.

Det er gjennomgående et spørsmål om hvordan gruppeterapeuten bedre kunne håndtert den motstand mot interaksjon og trussel om oppløsning, som kom til å prege langtidsgruppen fra tidlig i prosessen. Og det er spørsmål om det gruppeklima som tidlig hadde utviklet seg, bar preg av å ha nådd en grense for hva som er håndterbart.

Til slutt vil jeg kort presentere noen tanker i forhold til evt. stabiliserende tiltak, uavhengig av forskjeller i behandlingsbehov. Det at det her dreier seg om forskning, bør altså etter mitt syn ikke hindre et arbeid for utvikling av en tilpasset form for psyko-edukasjon. Dette vil ikke endre holdbarheten ved det som undersøkes, fordi forskningsgruppene representativitet primært har sammenheng med forhold knyttet til selve rekrutterings- og inklusjonsprosessen, og fordi terapeutenes tilnærming uansett vil variere – her innenfor rammen av et faglig ståsted forankret i psykodynamisk og gruppeanalytisk teori og metode.

## Drøftelse av noen aktuelle tiltak

Avvikene i de dynamiske betingelsene antas å gi et atypisk "gap" mellom introduksjon og prosessens muligheter, sammenliknet med normale prosedyrer. Dette er forsøkt belyst her ved bruk av eksempler fra forskningsgruppene.

Som utgangspunkt for mulige forbedringstiltak, presenteres her noen teoretiske bidrag som kan peke mot en tilnærming.

Rutan (1988, s. 459-72), skriver om et *tredimensjonalt forsvar, som er pasientens, gruppen som en helhet og terapeutens motoverføringer*. På s. 471 beskrives hvordan det – fra et objektreasjonsteoretisk ståsted – er *forsvaret mot farene (virkelige og innbilte) innbakt i intimitet som er sentralt for all psykopatologi*. Forsvaret uttrykker seg i terapigruppen gjennom disse tre dimensjonene, noe gruppelederen trenger å være oppmerksom på. Dette perspektivet vil kunne være til hjelp når forsvar i form av motstand uttrykker seg innenfor håndterbare rammer. Å konsentrere behandlingen om å identifisere disse prosessene på flere nivå er altså viktig, og mulig, når situasjonen er tolererbar og under rimelig kontroll.

Ormont (1988, s. 32-33), beskriver ulike måter motstand uttrykker seg på, når han deler inn i verbal motstand og holdningsmotstand, slik:

Verbal motstand:

1. Søke fakta
2. Lete etter feil
3. Kamp
4. Sette betingelser for nærhet
5. Avledning.

Holdningsmotstand:

1. Selvabsorbering
2. Distansering
3. Misnøye
4. Mistillit
5. Lydighet.

Han beskriver videre (s. 34-) hvordan disse formene for motstand fungerer godt som en del av pasientens karakter, som han eller hun overlever med i hverdagen. Det antas at disse formene forsterkes ved økende press. Ormont er også (som Rutan over) *opptatt av motstand mot frykten for intimitet*, og at terapien må starte med å avdekke denne, vise aksept og gjennomarbeide grunnlaget for og innholdet i frykten. Det tredje og siste stadiet handler om å frigjøre tidlige former for intimitet som betingelse for å kunne hjelpe pasienten i utviklingen av moden intimitet. Dette er en modell som henspiller på en lengre terapiprosess. Jeg tar den med som eksempel på en konkretisering, som kan presenteres for pasienten som en idé om et fokus for behandlingen, der alle kan speiles i den andre som objekt for sin egen prosess og utvikle mer modne former for samhandling og tilknytning.

Bateman og Fonagy beskriver betydningen av psyko-edukasjon for pasienter, når de får forklart hvordan det å arbeide i grupper kan bidra til å styrke selvutvikling (Bateman og Fonagy, 2007, s. 61-63). De mener at en første formulering av en behandlingsgruppes prinsipper bør foretas av en annen enn terapeuten, etterfulgt av en skriftlig redegjørelse. Dette kan eksempelvis her benyttes ved administrasjonens introduksjon – fulgt opp under forhåndssamtaler med terapeut.

I Bateman og Fonagys beskrivelse gjelder det borderline pasienter, hvor følgende tema er vektlagt:

Den som leter, finner ikke

- Målet (med den aktuelle formuleringen)
- Kalkulerte risiki
- Hvordan forstå selvet
- Viktige faremomenter knyttet til forholdet til andre
- Positive aspekter
- Forventet fremgang i løpet av prosessen.

I behov for bedre beskrivelser til pasienter, gir Bateman og Fonagy her et eksempel på en potensielt anvendbar modell i forhold til denne pasientgruppen og terapissetingen. Modellen kan tjene som eksempel på anvendelse av en form for struktur, som kan bidra til å redusere angst og motstand mot interaksjon.

Oppsummert her: I denne artikkelen understrekes betydningen av *grundig* planlegging og forhåndsdrøftelser mellom terapeut og administrasjon/prosjektledelse for å utvikle optimale introduksjonsprosedyrer. Sentralt i dette står, at slike prosedyrer kan utarbeides gjennom en planlagt arbeidsdeling som best mulig ivaretar pasientens informasjons- og behandlingsbehov.

Terapeuter sitter inne med rik erfaring fra sin gruppepraksis. Dette er viktig som grunnlag for utvikling av en forståelse av pasienten i forskningsgrupper, både i forslaget om prosedyrer ved en felles og strukturert introduksjon som kompenserer for atypiske betingelser, og ved en strukturering av behandlingsprosessen, som gjennomgående kan fungere stabiliserende.

Parallelt med det som her er sagt gjelder selvsagt, at det sentrale uansett må være terapeutens ansvar for at pasienten når sine terapeutiske mål – også i forskningsgrupper. Tilgang på veiledning gjennom behandlingens forløp, er viktig.

## Konklusjon

Problem som har oppstått i de forskningsgruppene denne artikkelen fokuserer, illustrert ved eksempler, antas å ha en sammenheng med at dynamiske betingelser knyttet til forskningsdesignet har gitt terapeut og pasienter mindre frihet i utviklingen av en terapeutisk allianse.

Det foreslås å arbeide med forbedring av introduksjonsprosedyrer og tydeliggjøring gjennom et inkluderende, gjensidig samarbeid mellom alle aktører. Pasientenes tilbakemeldinger anses også å inneha viktig materiale å legge til grunn her.

Begrepet "explicit mentalizing" (Bateman, e.al., 2007, s. 179), er fra teorien et valgt eksempel på en introduksjonsstrategi. Artikkelen har forsøkt å vise at det å ta i bruk en mer instruktiv introduksjonsprosedyre (psyko-edukasjon),



kan bidra til å styrke pasientens motivasjon og redusere angst og motstand, også gjennom å presentere og anvende en mer strukturert modell for behandlingen. Målet er å styrke evnen til tryggere tilknytning og samhandling med betydningsfulle andre, gjennom trening over tid innenfor en kort- eller langtid gruppeprosess.

Faren for å bli for akademisk og distansert i forhold til pasientens og klinikerens virkelighet, er et reelt problem i forbindelse med forskning. For stor avstand mellom to fra før av spesialiserte områder – klinikerens og forskerens hverdag – kan bl.a. gå ut over kvaliteten og tilgjengeligheten. Artikkelen kan forhåpentlig tjene som et lite bidrag i en større diskurs, der det å kombinere behov for utvikling av forskningsdesign som ivaretar en tettere dialog mellom to parter, kan styrke evidensgrunnlaget, anvendelsesmuligheter og derved også forståelsen av klinisk praksis.

## Referanser

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse*. Arneberg forlag.
- Bion, W. (1993). *Erfaringer i grupper*. Dansk utgave: Hans Reitzels Forlag A/S, København.
- Brøgger, J. (1993/1999). *Kulturforståelse. En nøkkel til vår internasjonale samtid*. 5. utgave, ELO Tiskarna, Ljubljana, Slovenia.
- Foulkes, S. & Anthony, E.J., (1990). *Group Psychotherapy, the postanalytic approach*. BPCC Wheatons Ltd, Exeter.
- Fried, E., (1965). Some Aspects of Group Dynamics and the Analysis of Transference and Defenses. In *International Journal of Group Psychotherapy*, Vol. 15: 44-56.
- Fromm, E., (1975). *Escape from freedom*. Penguin, London.
- Heidegger, M. (1988). *Problems in phenomenology*. Indiana university press, Bloomington.
- Lau, M.A., Ogrodniczuk, J., Joyce, A.S. & Sochting, I. (2010). Bridging the Practitioner Gap in Group Psychotherapy Research. In *International Journal of Group Psychotherapy*, 60 (2).
- Lorentzen, S. & Høglend, P. (2004a). Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 25-35.
- Lorentzen, S., Høglend, P., & Ruud, T (2008). The efficacy of short- and longterm psychodynamic group psychotherapy. A Norwegian multicenter study. Panel presentation at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research. Barcelona, Spain.
- May, R., (1981). *Freedom and destiny*. W.W. Norton, New York.
- Nitzun, M., (1991). The Anti-group: Destructive Forces in the Group and their Therapeutic Potential. In *Group Analysis*. Sage, London, Newbury Park and New Delhi, Vol. 24, 7-20.
- O'Connor, K., Stravynski, A. & Hallam, R. (1997). Freedom and therapy: from self-liberation to self-control. In *Journal of Psychotherapy, Research, Practice, Training*, Vol. 34, 2.
- Ormont, L. (1988). The Leader's Role in Resolving Resistances to Intimacy in the Group Setting. In *International Journal of Group Psychotherapy*. 38 (1), 29-45.

- Petty, R.E. & Cacioppa, J.T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. Springer-Verlag, New York.
- Rutan, S. J., Alonso, A. & Groves, J.E., (1988). Understanding Defences in Group Psychotherapy. In *International Journal of Group Psychotherapy*. 38(4).
- Ruthan, S. & Stone, W. (2003). *Psychodynamic group psychotherapy*. Third edition. The Guilford Press, New York.
- Scudder, J.N., Herschel, R.T. & Crossland, M.D. (1994). Test of a model linking cognitive motivation, assessment of alternatives, decision quality, and group process satisfaction. In *Small group research*, Vol. 25(1), 57-82
- Skjøstad, K. (2005/07). The role of self protection and aggression in groups, as implications of a leader's active support early in group life. Paper presentasjon ved det 13. europeiske symposium i gruppeterapi i Molde, august, 2005./ Eller i: *Dynamische Psychiatrie*, Vol. 40, Jahrgang 2007. 3-4, Nr 221-222, s. 184-199.
- Skjøstad, K. (2008). A discussion on resistance phenomena in group therapy and education, as connected to administrative conditions influencing the participants' experience of choice. Paper presentasjon ved det 14. europeiske symposium i gruppepsykoterapi, Dublin, august 2008.
- Yalom, I. D., (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. Third Edition. Basic Books, Inc., USA.

## Abstract

Knut Skjøstad: "The one who is searching will not find. The one who is not searching will be looked for." A discussion of resistance in group therapy in relation to administrative conditions which influence the participants' experience of freedom of choice. *In a countrywide Norwegian research project, participants were selected from certain inclusion and exclusion criteria. They were randomised for short or long term group psychotherapy (here 20 or 80 sessions). A random selection procedure may possibly give the impression of being "forced" into a treatment one did not choose.*

*This article focuses on some hypothetical consequences for the group culture, when the influence on dynamic conditions is restricted – both the therapist's usual control with selection and composition of the group as well as participants' freedom of choice considering treatment duration – in addition to time consuming work through administering questionnaires over time. Theoretical considerations are discussed, clarified by examples that may illuminate some potential connections. The article proposes in retrospect possibly stimulating introductory actions, and a structuring work on resistance from first sessions.*

*The intention is to discuss how dynamic conditions reducing experiences of choice at treatment onset, might represent extra strains that reduce motivation and reinforce resistance to interaction, that will disturb a development towards constructive group processes. As such pointing on some complicating aspects of group psychotherapy research – it ends up by emphasizing the importance of mutual cooperation from start, bringing researcher and clinician closer together.*

*Key words: Research project, freedom of choice, introductory action, group culture*

# Debat

## En sammenlignende analyse af Intensiv dynamisk korttidsterapi og Kybernetisk psykoterapi vedrørende begrebet forsvarsmekanismer

Matrix, 2011; 1, 67-86

Karin Dons

*I artiklen diskuteres, hvilken betydning terapeutens opfattelse af og tilgang til den bagvedliggende teoretiske forståelse af begrebet forsvarsmekanisme får i mødet med klienten. Dette gøres ved at analysere to teorier og metoder; specielt med fokus på begrebet forsvarsmekanisme. Teorierne er henholdsvis Ole Vedfelts kybernetiske psykologi og psykoterapi og "intensiv dynamisk korttidsterapi" repræsenteret ved Della Selva. Der foretages en teoretisk analyse baseret på teori om det antropologiske dilemma af Esben Hougaard. For at belyse forskellen imellem de to tilgange inddrages et klinisk eksempel. Endvidere inddrages empirisk forskning i diskussionen af konsekvenserne, som den teoretiske forståelse af begrebet forsvarsmekanisme får i mødet med klienten. Afslutningsvis følger en konklusion.*

Forsvarsmekanismer – en diskussion af hvilken betydning terapeutens opfattelse af og tilgang til den bagvedliggende teoretiske forståelse af begrebet forsvarsmekanisme får i mødet med klienten.

Jeg har siden 89, hvor jeg blev færdiguddannet som psykolog interesseret mig for dette tema, dels i egenskab af at være praktiserende psykolog, dels som klient i egenerapi i forskellige former for terapi i forbindelse med efteruddannelse og endvidere som supervisor eller supervisor i forskellige former for supervision i tilknytning til arbejdsforhold. Det er min erfaring, at mange samtaler med klienter har et omdrejningspunkt omkring forsvarsmekanismer. Ikke

*Karin Dons, cand.psych., specialist i psykoterapi.*

at forstå således, at det er det direkte tema i samtalerne, men at det er et begreb som ligger bagved terapeutens forståelsesramme og tilgang til klienten – og som sådan får stor indirekte betydning i samtalerne.

Min interesse for temaet blev yderligere skærpet, da jeg omkring år 2000 meldte mig på et kursus i intensiv dynamisk korttidsterapi, hvor omdrejningspunktet i terapien netop er forsvarsmekanismer. Jeg gik på samme tidspunkt på kursus i kybernetisk psykologi hos Ole Vedfelt og blev efter nogen tid klar over, at disse to meget forskellige terapeutiske tilgangsvinkler for mit vedkommende dårligt kunne kombineres, da den teoretiske spændvidde er for stor. Denne artikel er således opstået ud fra en undren og i en søgen efter at kaste lys over, hvad det er i de to teoretiske tilgange, der gør, at de for mig fremstår uforenelige.

Artiklen er i hovedtræk disponeret således, at der efter denne indledning følger et afsnit, hvori baggrundsteorien for de to terapeutiske tilgangsvinkler præsenteres. Her præsenteres Vedfelts kybernetiske psykologi samt teorien, som dannede udgangspunkt for kurserne i intensiv dynamisk korttidsterapi, udarbejdet af Patricia Della Selva. Herefter analyseres og diskuteres teorierne ud fra "det antropologiske dilemma" af Esben Hougaard (2004). Efter disse teoretiske overvejelser fortsættes med de praktiske terapeutiske konsekvenser. Dette gøres via inddragelse af et klinisk eksempel for at belyse forskellen imellem de to tilgange. Konsekvenserne, som den teoretiske forståelse af begrebet forsvarsmekanisme får i mødet med klienten, diskuteres endvidere ud fra empirisk forskning.

Fokus i det følgende er individuel psykoterapi rettet mod lettere til moderate lidelser hos unge og voksne klienter (neurotiske tilstande og personlighedsforstyrrelser). Det er endvidere ikke de enkelte forsvarsmekanismer såsom projektion, forskydning, splitting mm., som jeg vil beskæftige mig med, men derimod det bagvedliggende teoretiske begrebsapparat – teoriens opfattelse af forsvarsmekanismer.

Det har vist sig hensigtsmæssigt i denne sammenhæng at skelne imellem begreberne forsvarsmekanisme og modstand, da disse ofte bruges i flæng. Begrebet forsvarsmekanisme defineres i Psykologisk Leksikon (Madsen, K.B., (red.), 1980) som tilhørende egofunktionerne i psykoanalytisk teori. Forsvarsmekanismerne anvendes til at holde uacceptable impulser væk fra bevidstheden, når disse truer personens integritet eller tilpasning til omverdenen. Indholdet i de derved opståede indre konflikter holdes også væk fra bevidstheden ved hjælp af forsvarsmekanismer såvel som den dertil knyttede angst. Forsvarsmekanismerne fungerer ubevidst og er således ikke et resultat af et valg fra individets side.

Begrebet forsvarsmekanismer er en af den tidlige psykoanalyses store nyskabelser. Begrebet har i tidens løb vundet indpas i mange senere opståede terapiformer. Begrebet modstand anvendes i det følgende, når forsvaret optræder i en terapisituation og der gøres modstand mod den indsigt, som terapeuten forsøger at hjælpe klienten til at få om sine ubevidste konflikter (Egidius, 2001).

Teorierne vil nedenfor blive gennemgået specielt med henblik på at afdække den teoretiske forståelse af og tilgang til forsvarsmekanismer. Dette betyder, at dele af teoriernes baggrund lades uberørt af hensyn til omfanget af artiklen. Teorierne bliver således ikke gennemgået på egne betingelser, og den enkelte teori ydes ikke den plads, den retfærdigvis fortjener og er berettiget til.

## Intensiv dynamisk korttidsterapi

Denne terapiform bygger på den psykoanalytiske tradition og er bearbejdet og udviklet af Davanloo. Det bagvedliggende psykologiske og teoretiske begrebsapparat vil ikke blive gennemgået her, da den psykoanalytiske teori forudsættes bekendt. Det er hovedsageligt Davanloos teoretiske overvejelser og teknik, som metoden er baseret på. Davanloos stil er dog meget konfronterende, men Patricia Coughlin Della Selva (Della Selva, 2001) har bearbejdet den, så den fremstår mere modereret samt smidiggjort og i en mere lettilgængelig form.

Centralt i teorien er ligesom for andre terapier, som baserer sig på psykoanalysen, begrebet modstand. Via konfrontation med modstanden eller forsvaret bringes klienterne ind i følelser og erindringer, som knytter sig til relationerne til og i familien igennem opvæksten. Dette forstås som udtryk for en intrapsykisk konflikt (Davanloo, 1980, 1990), hvor symptomets mening og den interpersonelle eller relationelle indsigt er vigtige elementer i terapien. Ifølge både Davanloo og Della Selva eksisterer følelser ikke i et tomrum, men opstår både overfor og i reaktion på andre. Når en følelse bliver vakt, vil det således altid være i en interpersonel sammenhæng, i det mindste i fantasien. Det antages, at de følelsestilstande som omsorgsgiverne ikke tålte, vil blive præget af angst og føre til, at et forsvar sættes i gang. Følelserne anses som drivkraften i det intrapsyke system, og der identificeres tre bestanddele i en følelse, som skal være til stede for at klienten "er i kontakt med" følelsen. Tilsammen udgør det kognitive, fysiologiske og motoriske element således den emotionelle oplevelse. Et fravær af et af elementerne tolkes som der er et forsvar i gang. Som et eksempel nævnes, at histrioniske klienter ofte kun oplever de fysiologiske og motoriske aspekter af følelsen; de forsvare sig mod at vide, hvad det er de føler og i forhold til hvem.

Forsvaret defineres af Della Selva som bestående af kognitive, emotionelle og interpersonelle strategier som bliver anvendt af patienter til at holde angstfremkaldende tanker og følelser borte fra bevidstheden. Forsvarsmekanismerne opdeles i forskellige kategorier, herunder formelle og taktiske forsvar. De formelle forsvar er hovedsageligt intrapsyriske og opdeles i to kategorier, de repressive og regressive forsvar. De taktiske forsvar fungerer hovedsageligt interpersonelt og omfatter verbale og non-verbale manøvrer for at undgå følelsesmæssig kontakt. Det bliver vigtigt i terapien at vurdere, hvilket form for forsvar der anvendes, ligesom det skal vurderes om forsvaret er syntont eller dystont. Disse vurderinger anvendes diagnostisk til at fastlægge graden af klientens jegstyrke.

Forsvaret anvendes ifølge teorien for at mindske angst i forbindelse med forbudte tanker og følelser. Der beskrives tre primære kanaler for angsten: nemlig den tværstribede muskulatur, den glatte muskulatur og den kognitive funktion.

Det tillægges ligeledes stor diagnostisk betydning at forstå arten og graden af klientens angst, ligesom det er vigtigt at vide, hvilken måde angsten kanaliseres på. Generelt er klienter, der kanaliserer angst ind i den tværstribede muskulatur i stand til at identificere deres kropslige anspændthed og forbinde den med angst, ligesom de også ved, hvad de er angste for. Derimod hersker der en større ubevidsthed, når angsten kanaliseres ind i kroppen i den glatte muskulatur, hvorfor det er nødvendigt at arbejde med klientens evne til at udholde angst, før der kan gås videre med at arbejde med intense følelser. Kanaliseres angsten ind i den kognitive funktion, således at klienten eksempelvis bliver usammenhængende i sin tænkemåde, tyder det på en skrøbelighed i jeg'et. En sådan skrøbelighed i jeg'et vil være kontraindicerende i forhold til korttidsterapi. Det fremhæves, at disse klienter ikke egner sig til en hurtig afdækning af følelser og forsvar, da deres jeg er for svagt til at kunne holde til det. Her skal behandlingen i stedet rettes imod at opbygge jegstrukturer, som er mere stabile og fleksible. Intensiv dynamisk korttidsterapi er udviklet med henblik på at få hurtig adgang til det ubevidste. Dette opnås ved at vende jeg'et imod forsvaret, hvorved der brydes igennem forsvaret for at fokusere på klientens oplevelse af intense følelser – især i overføringen. Målet er, at klienterne bliver kognitivt og følelsesmæssigt klar over gentagelsesmønstre i samspillet med andre, der har haft indflydelse i deres måde at fungere på. Når klienterne bliver opmærksomme på disse dynamikker via overføringen, bliver de i stand til at træffe bevidste valg, i stedet for at "nære regressionen og forlænge elendigheden" (Della Selva, p. 215).

Som i andre teorier baseret på psykoanalysen anses jeg'et også her for at være det højeste organisationsniveau i personligheden. Jeg'et skal i den terapeutiske proces vendes imod forsvaret og anvendes til at bekæmpe dette.

## Kybernetisk psykologi og psykoterapi

Den kybernetiske psykologi er udarbejdet af Vedfelt. Den kombinerer viden fra de største psykoterapeutiske og psykologiske skoler samt fra den østlige filosofi. Det er en integrerende teori for bevidsthed, der tager afsæt i systemteori, kybernetik og informationsteori. Det psykiske system antages således at have forskellige niveauer og selvorganiserende enheder og opfattes som selvregulerende med en evne til kreativ udvikling, -emergens. Personligheden betragtes som et informationsbearbejdende system. Kendetegnende for teorien er, at den ikke blot anerkender den normale vågne bevidsthed, men også andre bevidsthedstilstande og deres betydning for personligheden som helhed.

Vedfelt opfatter personligheden som "bestående af mange systemer og undersystemer med forskellige, men overlappende hukommelsessystemer, med varierende grader af bevidsthedstilstande eller ubevidst funktion og med hver deres sæt af valgmuligheder og begrænsninger" (Vedfelt, 1996, p. 113). Personligheden vil fra fødsel til død være i en stadig proces af udvikling og forandring. Personligheden ses som et åbent system, hvor bevidstheden og dennes udvikling er nært forbundet med omverdenen. Denne udvikling går fra primitive til mere differentierede og komplekse niveauer, således at der via en kreativ proces opstår et højere niveau af styresystem, som bliver besat med energi, der tidligere var bundet i lavere systemniveauer. Fra dette nye overordnede niveau kan en integration af lavere niveauer og en differentiering af personligheden finde sted. Personlighedens udvikling består i kybernetisk psykologi i at kunne bearbejde oplevelser af stigende kompleksitet. Den normale vågne og rationelle bevidsthed anses for at være en for lille informationsbearbejdende kapacitet til at kunne håndtere organisationen af disse overordnede styringsniveauer. En del af denne regulering finder sted automatisk uden for jeg'et og bevidsthedens kontrol.

Som det fremgår af ovenstående anses jeg'et og den rationelle bevidsthed således ikke for at være det højeste niveau, men det ligger uden for intensio-  
nerne med denne artikel at gå i dybden med dette tema. For at personligheden kan udvikle sig er bevidsthed nødvendig. Her tænkes på en bevidsthed, der udtrykker sig i eksempelvis drømme, kropssprog samt terapeutisk og meditativt materiale. Dette udtryk antages at være refleksioner af vores psykiske sy-

stemers kommunikationsprocesser samt overførsel af energi og information imellem systemerne. Den reflekterende opmærksomhed ses som katalysator for disse processer.

Loven om nødvendig kompleksitet er én af grundpillerne i den kybernetiske psykologi. Ashby har godtgjort ud fra spilteorien, at i et spil imellem to systemer, vil systemet med de fleste variationsmuligheder vinde over systemet med de færreste variationsmuligheder. Det er dog en forudsætning, at mulighederne udnyttes. Endvidere godtgøres det, at "Hvis systemet har en begrænset "kanalkapacitet", er der en øvre grænse for den mængde regulering eller kontrol, der kan opnås" (Ashby, W. Ross i Vedfelt, p.114). Dette overføres til at gælde den menneskelige psyke i den kybernetiske psykologi. Omverdenen opfattes som generelt mere kompleks end den enkelte organisme, og for at overleve må organismen foretage en begrænsning af en del af omverdenen, som den skal have kontrol over og behøver for sin selvregulering.

Denne begrænsning bliver, når kybernetikken overføres til den menneskelige personlighed, opfattet som problemløsningsadfærd. Dette forstås således, at hvis en kompleks omverden forstyrrer selvreguleringen i stedet for at understøtte den, må personligheden reducere en del af omverdenen samt de berørte potentialer i sig selv for at overleve. Neurosen eller personlighedsforstyrrelsen bliver således anset for en problemløsningsadfærd, som i et givet miljø og på et givet tidspunkt har været en kreativ måde at overleve på. Alvorlige psykiske traumer vil ifølge kybernetisk psykologi altid ramme styringssystemer på et højt niveau.

I forlængelse heraf forstås modstand og forsvar i en kybernetisk psykologi som "constraints". Constraints er begrænsninger ethvert system må pålægge sig for at kunne fungere. Jo færre begrænsninger et system har, jo større er dets valgfrihed, kaldet "kontingens". Har det for mange valgmuligheder, vil det blive handlingslammet. Stivner personligheden i tidligere tillærte constraints er det med Jungs begrebsapparat masken eller persona.

Vedfelt opererer på et overordnet niveau i forhold til Freud og efterfølgeres syn på forsvarsmekanismer: forsvarsmekanismerne, som den er beskrevet i psykoanalytisk litteratur, ses som værdifulde diagnostiske og terapeutiske hjælpemidler, men må ifølge Vedfelt omskrives til et kybernetisk sprog eller forkastes som forklaringsmodel. Der fremhæves her forsvarsmekanismen forskydning, som et eksempel på, hvordan forsvar kan forstås i en kybernetisk terminologi: "En forsvarsmekanisme, der lader sig overføre, er forskydning, hvor eksempelvis et barns vrede mod sin mor på grund af et muligt kærlighedstab opleves som farlig. Et overordnet selvregulerende system kan her be-



lægge mor-barn relationen med begrænsninger, så vrede ikke kan udtrykkes. Energien flyttes nu til relationer, som ligner en mor-barn relation, men hvor vrede følelser vil få mindre alvorlige konsekvenser. For eksempel fra moderen til en senere partner" (Vedfelt, pp. 119 og 120).

Modstanden mod eksempelvis at arbejde med sig selv i terapi eller at give sig hen i et kærlighedsforhold ses ikke begrundet i, at det ripper op i tidligere traumatiske oplevelser og uløste konflikter, men derimod at jeg'et er uforberedt på et regulere energien fra et styringssystem, som er mere komplekst end det selv. Oplevelser af smerte, angst og ubehag kan være hensigtsmæssige constraints, så der undgås at åbne op for højere niveauer. Normalbevidsthedens constraints vil således hele tiden forsøge at bremse de selvregulerende processer og bringe dem under kontrol. Selvreguleringen vil dog finde sin vej igennem kommunikationskanaler, som normalbevidstheden ikke har kontrol over. Dette er en proces, som strækker sig over tid og som kan anvendes i en terapeutisk proces.

At gå ind i negative oplevelser kræver opbygning af en positiv overføring og tillid til, at indre ressourcer kan bære, inden den gamle oplevelsesmåde forlades. Vedfelt kombinerer forskellige metoder fra de store psykologiske skoler og har erfaret, at netop denne kombination giver "en langt større præcision i arbejdet med modstandens mange lag og aspekter, end de hver for sig kan tilbyde" (Vedfelt, p.118). Dette betyder i praksis, at man hurtigere kan komme om bag den såkaldte modstand og aktivere højere styringssystemer, men også at jeg'et og modstanden kan styrkes, hvis det er hensigtsmæssigt.

## Metateori, teori og teknik

I den følgende analyse af teorierne har det vist sig hensigtsmæssig at skelne imellem tre niveauer: et metateoretisk niveau, et teoretisk niveau og et teknisk niveau. Da det er på det tekniske niveau at metateorien og teorien udmønter sig i mødet med klienten, er det dette niveau, der vil blive behandlet mest indgående og detaljeret. Metateori og teori vil blive behandlet nedenfor og under samme afsnit:

**Metateori og teori:** Freuds psykoanalyse blev til med naturvidenskaberne som forbillede. Metateoretisk afspejler den splittelsen imellem det naturvidenskabelige paradigme og person-paradigmet, idet de begreber der anvendes er hermeneutiske (Paahus, Mogens i *Psykologibogen*, 1993, p. 16). Freud opstillede en teori om personligheden som en lagdelt struktur omhandlende personlighedens motivation. Tonen i den tidlige psykodynamiske tradition er

undertiden forbundet med et lidt pessimistisk farvet syn på tilværelsen. Teorien om dødsdriften er et eksempel herpå og følgende udtalelse af Freud om psykoanalysens målsætning underbygger dette depressive aspekt: "... meget er dermed opnået, når det lykkes at forvandle ... hysterisk nød til almindelig ulykke" (Breuer og Freud (1952/ 1895) i Esben Hougaard, 2004 p. 582).

Det fremgår ikke klart af Della Selva, hvor vidtgående der bygges på metapsykologiske aspekter af psykoanalysen. Meget af teorien tager dog udgangspunkt i Freuds anden angstteori, men også Davanloo og hermed Della Selva tager afstand til den klassiske driftsteori. Ifølge Davanloo ses menneskets følelser og begær som "grundlæggende sunde og i orden, men når de bliver forbundet med angst, skyld- og skamfølelse, bliver måden at søge tilfredsstillelse på forvrænget og virkningsløs" (Della Selva, p. 214). Endvidere tager Davanloo teoretisk afsæt i Ferenczi og Reich.

De har begge teoretiseret over deres kliniske arbejde med forsvar og modstand og deres overvejelser peger ifølge Della Selva på en række områder i samme retning: For at forsvaret blev konfronteret og overvundet, måtte der skabes et følelsesmæssigt engagement i behandlingen, hvilket indebærer, at terapeuten skulle være aktiv og fokusere på forståelse af adfærdens betydning i nutiden. Når forvaret så var "ryddet af vejen" og der var et tydeligt følelsesmæssigt engagement i behandlingen kunne man beskæftige sig med fortiden. Ferenczi har specielt bidraget med inspiration vedrørende patientens evne til at fantasere og til åbent at give udtryk for følelser overfor terapeuten, specielt negative og aggressive følelser. Reich har inspireret Davanloo med "den karakterologiske modstand" også kaldet "karakterpanseret". Ved disse begreber forstås et psykisk panser, som beskytter individet mod forstyrrende stimuli udefra og libidinøse impulser indefra og som også omfatter kroniske muskelspændinger og hermed kropsholdninger og kropssprog. Reich fokuserede endvidere på proces frem for indhold og var mere optaget af *hvordan* klienten fortalte end *hvad* der blev fortalt. Både Ferenczi og Reich så det direkte udtryk for vrede, raseri, sårethed og længsel i forhold til terapeuten som et væsentligt skridt i retning af at bryde igennem patientens forsvarspanser.

Metateoretisk ligger tyngdepunktet i Vedfelts teori et helt andet sted: Vedfelt tager afstand til teorien om dødsdrifterne. I stedet vægtes det positive og der er fokus på ressourcerne i klienten.

Metateoretisk er den kybernetiske teori og metode i ifølge Vedfelt syntetiserende, integrerende og ontologisk forenelig med systemfilosofien, som forestiller sig verden organiseret i vekselvirkende niveauer: "I mennesket samles

det hele i krop, sjæl, ånd og social samhørighed. Dette fører til et flersidigt niveauopdelt menneskesyn: biologisk, humanistisk/psykologisk, social og transpersonligt. Disse tilværelsesplaner kan forstås som niveauer i en overordnet systemisk helhed i personligheden, hvor de er forbundet og vekselvirker. (...) Det centrale filosofiske spørgsmål omkring viljens frihed overfor det synspunkt, at alt på forhånd styres ud fra årsagslove (kausalt determineret), besvares ud fra en teori om bevidsthedsniveauer, som giver forskellig grad af frihed og indsigt i nødvendighed" (Vedfelt, p. 109). Viljen beskrives af Della Selva i modsætning hertil som underlagt forsvarsmekanismerne og det ubevidste.

Som det ses af ovenstående tager de to teorier grundlæggende afsæt i meget forskellige syn på personligheden. Det er ca. 100 års forskel imellem oprindelsen af dem, hvilket naturligvis afspejles i såvel metateori som teori. Dette betyder blandt andet at teorierne opererer på to meget forskellige niveauer, hvor den korttidsdynamiske teori kan siges at være teoretisk underordnet den cybernetiske. Det vil blive behandlet mere indgående næste afsnit om teknik, men alligevel skal der her nævnes som et eksempel: proceskanalerne er ifølge Vedfelt er "fordelt" på de psykoterapeutiske skoler: Freud og eksistentialpsykologerne er specialiseret i det verbale, Jung det visuelle, Perls i det følelsesmæssige, Reich i det kropslige, nyfreudianerne og nyjungianerne i overførings- og modoverføringsprocesser. Alle benytter altså primært én af flere proceskanaler og har specialiseret sig heri. Vedfelt søger integration og fremhæver, at der i de nyere dynamiske psykoterapier "er enighed om værdien af at komme bag bevidsthedens begrænsninger og på den anden side sikre kontrol med denne proces, så den ikke løber løbsk. I en sådan strategis tjeneste er det derfor vigtigt med en så specifik viden som muligt om de enkelte proceskanalers funktion og samspillet imellem dem" (Vedfelt, p.131).

Della Selva har en noget anden tilgang til proceskanalerne. Eksempelvis tolkes det som et forsvar, hvis ikke alle bestanddele er til stede i en affektiv oplevelse – i Vedfelts terminologi ville det være forskellige proceskanaler, der er tale om. Della Selva arbejder med det kognitive, det verbale, det kropslige og overføringen som proceskanaler.

Centralt i den dynamiske teori om korttidsterapi er diagnostisering, hvorved der klarlægges om klienten har tilstrækkelig jeg-styrke, så han/hun er i stand til kæmpe imod forsvarsmekanismerne. Sprogbruget er pågående – man kunne fristes til at kalde det "voldeligt" – der skal "brydes igennem" forsvaret. Vedfelt beskriver, at gamle oplevelsesmåder skal opgives efter opbygningen nye indre ressourcer og via en positiv overføring, hvilket jeg oplever som værende langt mere tillidsvækkende.

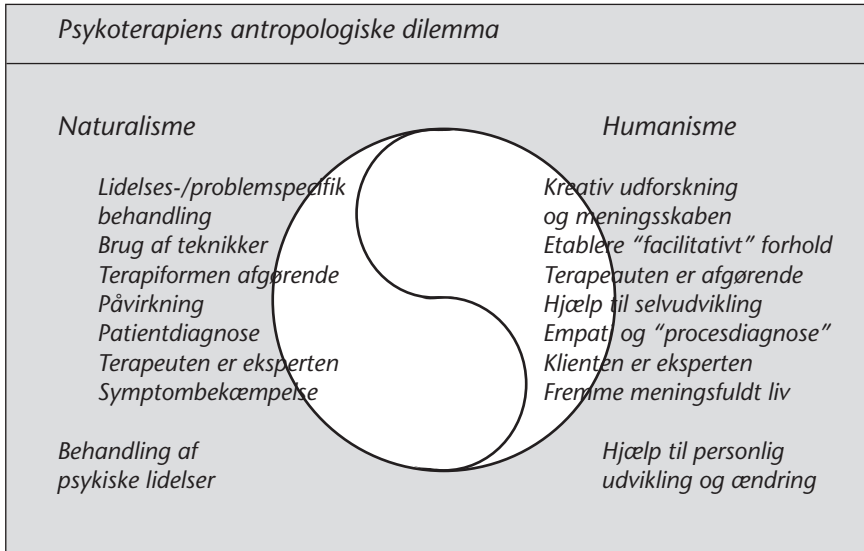
Idéen om selvregulering er en central tese i den kybernetiske teori. Også dette er med til at adskille de to teorier på væsentlige punkter. Teorien bygger på en positiv holdning til personligheden og en tillid til personlighedens evne til at regulere egen udvikling, mens den korttidsterapeutiske ser jeg'et – på trods af dets overordnede funktion – som underlagt forsvaret, og forsvaret bliver en "fjende", der skal bekæmpes. Dette kan kun ske ved hjælp udefra – igennem terapi, så jeg'et fremstilles som noget hjælpeløst.

Endvidere skal det fremhæves, at *constraints* er et bredere begreb end forsvarsmekanismer. *Constraints* er begrænsninger ethvert system må pålægge sig for at kunne fungere, hvorimod forsvarsmekanismer i en korttidsterapeutisk forstand er en "fejludvikling".

For at kunne beskrive yderligere forskelle og ligheder imellem de to teorier, har jeg fundet det hensigtsmæssigt at inddrage teori om det antropologiske dilemma. Esben Hougaard har udarbejdet nedenstående figur, som illustrerer psykoterapiens dobbelte natur: Det antropologiske dilemma. Den er blandt andet opstået på baggrund af den hollandske filosof Stephen Strasser (Strasser, 1963 i Esben Hougaard, p. 621), som omtalte psykologiens almene dilemma. Dilemmaet beskrives som: "at vi selv som menneskelige subjekter skal gøre mennesket som subjekt til genstand for en tilstræbt objektiv videnskab, som dens antropologiske dilemma". Hougaard fremhæver videre, at psykoterapi er andet og mere end et personligt, medmenneskeligt møde:

"Psykoterapeuten vil ud fra sin viden om psykiske lidelser og problemer kunne gøre klienten til genstand for vurdering og analyse, og i kraft af sine metodiske færdigheder vil han eller hun kunne handle på og med klientens subjektivitet. Psykoterapi indebærer på samme tid, at terapeuten indgår i et forhold kendetegnet ved "personlig nærhed" og "videnskabelig afstand", som Frankl (1967) udtrykker det, eller i et "Jeg-Du"- og et "Jeg-Det"-forhold (Buber, (1964/1922) i Hougaard, p. 621).

De to aspekter ved psykoterapi fremhæves forskelligt inden for forskellige terapeutiske traditioner (Hougaard, 1998b i Hougaard). Der findes således psykoterapiformer, der anskuer psykoterapi analogt til medicinsk behandling eller social påvirkning, mens andre vægter aspekter som medmenneskelig omsorg og hjælp til selvudvikling, hvor det er det medmenneskelige ved relationen, der fremhæves. Figuren søger at opridse nogle af disse dilemmaer.



Figur 1.0 Psykoterapiens antropologiske dilemma (Hougaard, p.622).

Vestresiden af figuren svarer til aspekter ved psykoterapi, som typisk fremhæves af teknisk orienterede terapiformer og fortalere for evidens. Højresiden derimod har været i fokus inden for humanistiske og konstruktivistiske terapiformer. For at illustrere, at de to aspekter af psykoterapien normalt er tæt sammenvævede i et terapeutisk arbejde har Hougaard valgt Yin og Yang-figuren. Han fremhæver, at en for ensidig fokusering på en af siderne vil have uheldige konsekvenser for psykoterapi, ligesom det vil have uheldige konsekvenser for psykologien i det hele taget jf. Strasser (Strasser, 1964 i Hougaard, p. 622). Valget af ovenstående figur er som nævnt foretaget med begrundelse i, at den beskriver forskellige aspekter ved og illustrerer centrale forskelle imellem de to valgte teorier.

Den dynamiske korttidsterapi vil med modifikationer blive indplaceret længere til venstre i figuren end Vedfelts cybernetiske psykoterapi. Ifølge figuren vil teorien bagved dynamisk korttidsterapi således overvejende kunne karakteriseres som naturalistisk og teknisk orienteret, mens Vedfelts teori kan karakteriseres som værende mere humanistisk. Det skal dog fremhæves her, at korttidsterapien også arbejder på en terapeutisk alliance eller med figurens ord: at "etablere et facilitativt forhold" og at der i den cybernetiske psykoterapi anvendes teknikker. Den cybernetiske tilgangsvinkel tager altså ikke afstand fra teknikker. Centralt er endvidere at *både* klienten *og* terapeuten i cybernetisk forstand er eksperter, således at der i det terapeutiske møde sker et møde mellem to ekspertiser. Begge karakteristikker må, som førnævnt, tages med modi-

fikationer, idet aspekterne – som figuren netop illustrerer – er tæt sammenvævede. Samtidig indikerer figuren vigtige aspekter i mødet med klienten og danner således en overgang næste afsnit, hvor jeg vil gå mere i dybden med udvalgte aspekter af psykoterapien.

**Teknik:** Før jeg går over i en nærmere behandling af det tekniske niveau – og hermed mødet mellem psykoterapeut og klient – vil jeg i forlængelse af ovenstående henlede opmærksomheden på, at det ovenfor "kun" er teorier, der beskrives. En teori er altid en måde at forstå et stykke af virkeligheden på, et forsøg på at begribe nogle sammenhænge. Som sådan vil en teori altid være en tilføjelse til virkeligheden og kan derfor være mere eller mindre dækkende for det område, den forsøger at beskrive. Ligeledes vil det valgte perspektiv være af stor betydning for genstandsfeltet af teorien. En kompleks teori som den cybernetiske må antages at kunne møde og rumme mere af det menneskelige univers end en forenklet teori som den korttidsterapeutiske.

For at klargøre hvordan de to teories forskellighed udmønter sig i mødet med klienten, vil jeg anvende et klinisk eksempel fra egen praksis: Mette (pseudonym) er en voksen kvinde med symptomer på moderat depression. Under opvæksten har der været flere skelsættende og betydningsfulde episoder, som har mærket Mette negativt. Eksempelvis var der meget vold i hjemmet – både forældrene imellem og fra forældrene hver især til Mette. Mette har "løst" situationen ved ikke at tillade sig at følge sig selv og ikke mærke sorg. Mettes hensigt med at starte i et samtaleforløb er at få det godt og at kunne håndtere relationen til moren på en mere tilfredsstillende måde, da det er svært at lade være med at hjælpe mor og at respektere dennes beslutninger.

Der er i samtalerne fokus på relationen til moren. Her arbejdes ud fra en cybernetisk tilgangsvinkel med at opbygge ressourcer. For første gang i samtaleforløbet giver Mette sig efter 3 samtaler "lov til" at græde. Efterfølgende mærkes en positiv varme i brystet, som visualiseres. Hun går hjem og "maler følelsen" for at fastholde og fokusere på denne positive tilstand. I den næste samtale fortæller hun, at det er lykkedes at sige nej til moren uden at få dårlig samvittighed. Hun ser glad ud, da hun fortæller det og den positive følelse i forbindelse hermed forstærkes og visualiseres. Ved slutningen af sessionen mærker hun en "varme" bagpå i det nederste af ryggen og bagdelen, som forbindes med at være bange og med at faren slog. Da det er i slutningen af samtalen, forholder jeg mig undersøgende på et overordnet plan og spørger ind til klientens tanker om grunde til, at den fornemmelse dukker op nu. Det rundes af, og klienten giver udtryk for at have det godt inden hun går. Til den efterfølgende samtale møder Mette op og giver udtryk for at have det meget dårligt.

Hun er hektisk, kort for hovedet, aggressiv i sine bevægelser og virker irriteret på mig. På et direkte spørgsmål om hun er irriteret på mig, svarer hun nej. Irritationen viser sig at være opstået på baggrund af sidste samtale, hvor hun mærkede den førmtalte varme bagpå i det nederste af ryggen og enden, som hun forbandt med at være bange og med at faren slog. Hun har imellem sessionerne oplevet og tolket hændelsen som om, der er blevet introduceret et nyt tema i terapien nemlig angst, og syntes, at det faldt uden for de rammer, der var aftalt, idet hun kom for at arbejde med relationen til moren. Da jeg spejler hende og viser forståelse for hendes irritation falder hun til ro og ender med at være lettet og meget berørt over at blive forstået. Modstanden ses her ud fra den kybernetiske forståelse som kommunikationsforsøg, der ikke lykkes. Der arbejdes derfor i terapien på "at oversætte" det mislykkede kommunikationsforsøg til et sprog som både klienten og jeg forstår.

Fra et korttidsterapeutisk perspektiv vil det ud fra ovenstående eksempel vurderes, at Mette i det nævnte eksempel udviser modstand. I forhold til de svære følelser over for sin far, kommer hun i kontakt med et formelt regressivt forsvar. Forsvaret er dystont: hun benægter at føle irritation over for mig på trods af, at kroppen taler et tydeligt sprog. Ses der på bestanddele i den affektive oplevelse er det kun den fysiologiske arousal ("Jeg har det skidt"), som er til stede. Den kognitive og motoriske bestanddel er Mette ikke i kontakt med. Angsten formodes kanaliseret ind i den tværribede og den glatte muskulatur, da hun er ubevidst om årsagen til, at hun har det skidt, men bliver klar over det i løbet af samtalen. Der skal derfor gås langsomt og støttende frem og var der blevet arbejdet ud fra en korttidsterapeutisk referenceramme, havde arbejdet fortsat med at arbejde med evnen til at udholde angst og derefter med at konfrontere Mette med hendes forsvar for at vende jeg'et imod det og bekæmpe det. Når forsvaret presses vil det ifølge Della Selva vække intense og modsatrettede følelser over for terapeuten, hvilket skaber en intrapsykisk krise. Terapeuten vil udfordre klienten til at være åben og ærlig omkring følelser, og ethvert forsvar vil påvises. Forsvar og modstand vil øges, jo mere angsten øges. For at der er tale om et fuldt gennembrud i følelserne skal samtlige tre bestanddele af følelsen være til stede (kognitive, fysiologiske og motoriske). Centralt ville være "at billedsætte impulsen", hvor fantasi og visualisering anvendes som teknikker for at opnå et fuldt udtryk for impulsen. Klienten vil således blive opfordret til at give udtryk for sine angiveligvis fjendtlige følelser over for terapeuten, idet det antages at åbne vejen for udviklingen af en stærk terapeutisk alliance. Oplevelsen af overføringsfølelserne har således en central plads i denne teknik.

For yderligere at beskrive, hvordan en kybernetisk tilgangsvinkel udmønter

sig i mødet med klienten vil jeg fremhæve følgende citat af Vedfelt: "I en kybernetisk, psykologisk forståelse har personlighedens forskellige systemer varierende grader af kompleksitet og kapacitet. Jeg'et har i den normale bevidsthedstilstand ikke den kompleksitet og kapacitet, der skal til for at kontrollere og regulere det totale psykofysiske system. En del af denne regulering finder sted automatisk uden for jeg'et og bevidsthedens kontrol. I ændrede bevidsthedstilstande er det muligt at aktivere højere systemer med højere grad af kompleksitet og dermed påvirke og regulere større psykiske områder. Disse systemer kan også regulere det rationelle jeg" (Vedfelt, p. 114). Der sker således en regulering af "det totale psykofysiske system", som er pålagt begrænsninger, constraints, for at kunne fungere. Da constraints er et meget bredere begreb end begrebet modstand har det i den kybernetiske psykoterapi en anden plads i mødet med klienten. Modstanden mod udvikling ses ikke begrundet i uløste konflikter og smerteundgåelse, men derimod i at jeg'et er uforberedt på at regulere energien fra et styringssystem, som er mere komplekst. Normalbevidsthedens constraints vil forsøge at bremse de selvregulerende kommunikationskanaler. Som følge heraf vil der i mødet med klienten være fokus på disse kommunikationskanaler eller proceskanaler. Her anvendes en bred vifte af metoder i arbejdet med proceskanalerne som eksempelvis er tanker, visuelle forestillinger, kropslige impulser, følelser og overføringsreaktioner.

Centralt i mødet med klienten er endvidere en afsvækning af normalbevidsthedens constraints. Dette gøres ved at skifte proceskanal, således at terapeuten forstærker de selvregulerende systemer. "Målet med det kybernetiske arbejde er at komme i kontakt med bevidsthedstilstande, som har større kompleksitet og valgfrihed og som forarbejder information ikke gennem én kanal af gangen, men parallelt og simultant ..." Det kan således være en uvilkaarlig bevægelse, der forstærkes og som bringer en følelse frem, der kan mærkes i maven eller en oversættelse fra et kropsligt ubevidst system til normalbevidstheden ved eksempelvis at bevidstgøre kropssprog. Eksempelvis rører en klient sig blidt i panden under en indledende samtale. Han opfordres til at forstærke denne bevægelse, hvilket medfører, at en rørthed over at være i stand til at give sig selv omsorg. Ved de efterfølgende samtaler kommer denne bevægelse til at danne indgangsport til bearbejdningen af sammenknyttede følelser og oplevelser. Endvidere kan der tilskyndes til at visualisere følelser eller tegne dem m.m. Ud over at give feed-back, søger terapeuten at oversætte de kommunikationsforsøg, som ikke lykkes imellem systemerne. Processen i terapien vil i forhold til den korttidsterapeutiske tilgangsvinkel gå af andre – og blidere – veje.

Hvis vi igen vender tilbage til ovenstående kliniske eksempel og tager ud-



gangspunkt i, at jeg "med korttidsterapeutiske briller på" havde fastholdt, at Mette var irriteret på mig og havde bedt hende om at give udtryk for denne fjendtlighed via billedsættelse af impulsen, formoder jeg, at der var sket et brud på alliancen. Jeg var faktisk i tvivl om hun ville komme til den efterfølgende og 7. samtale, da jeg ikke var sikker på om den terapeutiske alliance på daværende tidspunkt var stærk nok. Det gør hun – og hun kommer og beretter om et væld af positive drømme. Tacklingen af konflikten medfører således en øget intensitet i forløbet. Samtidigt bliver det tydeligt for mig, at bearbejdningen af Mettes relation til faren, må vente indtil hendes ressourcer er øget og relationen til mig kan bære det.

Ifølge den korttidsterapeutiske teori skulle der dog netop også gås varsomt frem med denne klient. Det er så op til terapeuten at afgøre, hvad der er varsomt i forhold til timingen af tolkningerne og konfrontationerne – og heri er der en stor usikkerhed indlagt, hvilket jeg vil vende tilbage til nedenfor.

Della Selvas teknik er konfronterende og pågående med det mål at gennembyrde forsvaret. Resultatet af denne pågåenhed er, at forsvaret kommer i spil og der vil opstå modstand med det formål at klarlægge forsvaret og bekrige det. I den kybernetiske "setting" afsvækkes forsvaret på en mere legende og kreativ måde – i samarbejde med klienten – efter de nødvendige ressourcer er aktiveret. Della Selvas tilgangsvinkel bygger som tidligere nævnt på Reich. Reichs tilgangsform til at arbejde med kroppen er af ældre dato. Nyere kropsterapeuter som eksempelvis Lillemor Johnson arbejder med aktivering af underspændte muskler, således at musklernes ressourcer udnyttes. Dette resulterer i, at de overspændte muskler, som repræsenterer forsvaret, lettere giver slip (Vedfelt, p.123). Denne forståelse for nødvendigheden af at aktivere ressourcer er en vigtig og basal antagelse i den kybernetiske tilgangsvinkel.

Nonspecifikke faktorer er – ud over teknikker funderet i en given teoretisk baggrund – endnu et vigtigt aspekt at tage med i overvejelserne om mødet med klienten. Antagelsen om nonspecifikke faktorer i psykoterapi tager udgangspunkt i, at de virksomme faktorer i psykoterapi mest må søges om bag terapiernes selvforståelse og på tværs af terapeutiske retninger. Nonspecifikke faktorer kan grupperes i tre hovedklasser: forventnings-faktorer, faktorer knyttet til terapeut-klient forholdet og fælles kliniske strategier. Det vil primært være faktorer knyttet til terapeut-klientforholdet, der fokuseres på i denne forbindelse. Ifølge Hougaard har de forskellige klasser af nonspecifikke faktorer forskellig status i forhold til psykologiske teorier og metoder. Eksempelvis beskrives relationen som den helende faktor i psykoterapi; "it is the relationship that heals" i citat af Yalom (Yalom, 1980 i Hougaard, p. 273), ligesom Rogers

fremhævede relationsfaktorerne i sit værk om klient-centreret psykoterapi fra 1951. Hougaard fortsætter med, at der er andre " – og nok de fleste – der opfatter forholdet som en nødvendig betingelse for virkningen af terapiens teknikker; det kit som binder terapeut og klient sammen, så man i fællesskab kan arbejde med at løse klientens problemer" (Hougaard, p. 273). Empirisk forskning har tilsyneladende dokumenteret, at faktorer i retning af Rogers' "facilitative betingelser" er centrale terapeutegenskaber, og at terapeutens aktive bestræbelser for at lade disse faktorer komme til udtryk har en gunstig virkning på terapien. Hougaard fortsætter: "Forskningen har meget konsistent dokumenteret, at klientens oplevelse af terapeutens personlige fremtræden og af terapeutiske opgavers relevans hænger sammen med udbyttet af behandlingen. Ingen terapeut kan tillade sig at negligere sådanne aspekter ved terapien. At det personlige forhold ofte spiller en større rolle end terapeutens teori-relaterede teknik er en opdagelse med klare implikationer for den terapeutiske holdning i psykoterapi. Terapeuter bør være yderst opmærksomme på de relationelle konnotationer af deres terapeutiske indgreb. Klienterne vil ofte bag om indholdet i terapeutens ord lytte efter signaler om, hvordan terapeuten vurderer ham eller hende som person eller opfatter deres indbyrdes forhold. Traditionelle psykoanalytiske tolkninger, især sådanne der er rettet imod klientens modstand, opfattes således ofte af klienter som misbilligelse, kritik eller afstandtagen (Wile, 1984 i Hougaard, p. 316).

Dette synspunkt understøttes af egne erfaringer med den psykodynamiske korttidsterapi; nemlig det at arbejde med at bekæmpe sit forsvar kan opleves som ikke at være god nok. Endvidere kan tolkninger af den deraf opståede utilfredshed fejlagtigt blive tolket som overføring, – i stedet at blive hørt og mødt. Denne erfaring kan underbygges af forskning: Hougaard omtaler i forbindelse med forskning vedrørende psykoanalysen at: "Der er ikke empirisk belæg for overføringstolkningers særstilling i psykoanalysen. For mange overføringstolkninger i psykodynamisk korttidsterapi vil tværtimod kunne have en negativ indvirkning på terapiens resultater" (Hougaard, p. 571).

Teknikker kan således være hæmmende for et reelt møde og være medvirkende til et alliancebrud. Spinelli har været en af de mest kritiske over for brugen af teknikker i psykoterapi. Ifølge Spinelli (Spinelli (1994) i Hougaard, p. 623) er det vigtigere at "være" med eller for klienten end at "gøre" noget ved den pågældende. "Teknificeringen" af psykoterapi kan således være hindrende for terapeutens spontane og kreative nærvær i det terapeutiske møde, ligesom for mange teknikker risikerer at mystificere og tingsliggøre klienten. Psykoterapeuten må møde sin klient som medmenneske eller medsubjekt i et personligt

møde jf. Buytendijk. Ifølge denne kan "psykologen kun lære et andet menneske at kende, idet han virkelig møder den anden, og det "af ganske sit hjerte" ved at vove sig selv i mødet" (Buytendijk (1950) citeret i Hougaard, p. 621).

Spinelli og Buytendijk er dog temmelig yderliggående med dette synspunkt. I praksis oplever jeg, at det er vigtigt med teknikker til at fastlægge rammerne for indholdet af terapien. Det skaber tryghed. Som førnævnt bruges der også i en kybernetisk terapi teknikker.

En del nyere forskning har beskæftiget sig med den terapeutiske alliance. Dette er selvsagt meget vanskeligt at udforske, idet et forhold mellem terapeut og klient er yderst kompliceret. Det kan være vanskeligt at udskille centrale komponenter i en sådan relation og undersøge dem, idet der kan være andre og betydningsfulde variable, der indvirker på resultaterne uden at de er medtaget i undersøgelsen. Hougaard fremhæver, at den hidtidige allianceforskning kun i begrænset omfang har taget hensyn til forholdets kompleksitet, men på trods heraf er der frembragt teoretisk og praktisk relevante fund: "Den terapeutiske alliance er fundet at spille en vigtig rolle i alle undersøgte former for psykoterapi. Særligt klientens perspektiv ser ud til at være afgørende. Fundamentet for alliancen vil kunne dannes på et meget tidligt tidspunkt i terapien, i og med at klienten oplever terapeuten som varm og empatisk og terapiens metoder som meningsfulde i relation til hans eller hendes opfattelse af problemet. På et senere tidspunkt vil terapeuten bidrage til at tackle et alliance-brud, der optræder i forbindelse med bearbejdelsen af konfliktfyldt materiale, kunne spille den største rolle for terapiens konstruktive forløb" (Hougaard, p. 318).

Hougaard fremhæver videre, at det er vigtigt at være opmærksom på, at der ud over de personlige aspekter i terapeut-klientforholdet også er et opgaveelement i kraft af de fælles bestræbelser for at løse klientens problemer. Begge terapiformer vægter dette opgaveelement, dog på forskellig vis jf. ovenstående. Allianceforskningen støtter ikke Rogers' ovenfor omtalte antagelse om, at det personlige forhold alene er afgørende i psykoterapi.

## Stor teoretisk og teknisk spændvidde

Som det fremgår af ovenstående har de forskellige niveauer: det metateoretiske, det teoretiske og det tekniske niveau indflydelse på mødet med klienten – og centralt heri er terapeuten opfattelse af og tilgang til den bagvedliggende forståelse af begrebet forsvar. Holdningen hertil får afgørende betydning for, hvordan den virkelighed, der udspiller sig i samværet med klienten begribes og håndteres.

På trods af deres store forskellighed er der også lighedspunkter imellem de to retninger. Fælles for de gennemgåede teorier er, at de beskæftiger sig med det ubevidste og arbejder med ubevidste dynamikker. Dette er dog ud fra vidt forskellige måder at anskue det ubevidste på. Kybernetisk psykologi arbejder med ubevidste dynamikker ud fra et mere ressourceorienteret synspunkt. Den kybernetiske teori opfattes som værende overordnet og beskæftiger sig med et andet niveau af virkeligheden end den psykodynamisk orienterede korttids-terapi. Begge retninger vægter endvidere et fælles opgaveelement i bestræbelserne på at løse klientens problemer, ligesom begge retninger arbejder med at billedsætte impulser.

Den psykoanalytisk inspirerede korttids-terapi vægter tekniske interventioner i form af korrekte og korrekt timede tolkninger som terapiens centrale og kurative element. Modstand samt tolkning af modstand og overføring er derfor hovedingredienserne i terapien – og i mødet med klienten. Forsvaret antages at bestå af kognitive, emotionelle og interpersonelle strategier, som anvendes for at holde angstfremkaldende tanker og følelser væk fra bevidstheden.

Forsvarsbegrebet er mere ressourceorienteret i kybernetisk psykoterapi, idet forsvar ses som en nødvendig begrænsning for at kunne regulere energien fra mere komplekse og overordnede systemer. Udviklingsprocesserne ses som selvregulerende. Modstand ses i en kybernetisk forståelse som kommunikationsforsøg, der ikke lykkes. Der arbejdes derfor i terapien på "at oversætte" det mislykkede kommunikationsforsøg til et sprog som både klienten og terapeuten forstår. Dette gøres via afsvækningen af normalbevidstheden constraints ved eksempelvis forstærkning og feed-back, ligesom arbejdet med drømme og tegning af fornemmelser og følelser er også centrale elementer. Den kybernetiske metode er syntetiserende og integrerende og anvender en bred vifte af proceskanaler. Forsvaret, som ud fra et kybernetisk synspunkt, er en kreativ og hensigtsmæssig begrænsning, skal der ifølge korttids-terapien "slås ned på". I praksis oplever jeg, at den kybernetiske terapiform virker blidere og mere tillidsvækkende end den pågående korttids-terapi. Relationen klient-terapeut er i den kybernetiske metode præget af respekt, idet både terapeut og klient opfattes som eksperter, således to ekspertiser mødes. I korttids-terapi fremstår terapeuten som værende eksperthen, der "slår ned på" ethvert forsvar, som klienten måtte fremvise. Her vil det nok nærmere anskues respektløst ikke at slå ned på forsvaret. Som det fremgår, er der stor forskel på en terapiform, der fokuserer på klientens umiddelbare forståelse af sine vanskeligheder og den psykoterapi, hvor terapeuten forstår klientens udtalelser og adfærd som afledt af nogle bagvedliggende ubevidste forhold. I den kybernetiske praksis vil terapeuten arbejde direkte med de problemer som klien-

ten har formuleret og på samme forståelsesniveau som klienten selv. I den korttidsterapeutiske form må terapeuten skabe et rum, hvor de ubevidste forhold kan træde frem og blive bevidste for klienten, hvilket kræver såvel en særlig ramme som en særlig relation mellem klient og terapeut.

Ovenstående kan komme til at fremstå meget kritisk over for den intensive dynamiske korttidsterapi. Det skal understreges, at jeg på kurser med Patricia Della Selva har oplevet hende som kompetent og med en fin sans for timing i forhold til, hvornår der skulle lægges pres på forsvaret og i forhold til tolkninger. Anskues dette ud fra en kybernetisk vinkel må det konkluderes, at Della Selva i mødet med klienten bruger andre – og flere – proceskanaler, end dem, der er beskrevet i teorien og de terapeutiske eksempler. Denne terapiform er ligesom al anden terapi farvet af terapeutens personlighed og personlige stil; eksempelvis arbejder Diana Fosha med en mildere og mindre konfronterende udgave af korttidsterapi.

Den store force ved Della Selvas teori om dynamisk korttidsterapi er, at der tydeligt defineres dynamiske begreber i operationelle termer. Styrken er endvidere, at forsvaret beskrives usædvanligt klart og detaljeret – oprindeligt tænkt til diagnostisk brug i praksis, men det har vist sig at være til stor inspiration for mig i samtalerne med klienterne.

Det pågående og krigeriske sprog i teorien bagved korttidsterapien står for mig dog i en skærende kontrast til holdningen bag ved megen psykoterapi jf. eksempelvis Rogers' facilitative betingelser, hvor kærlighed/accept fra terapeuten fremhæves som én af de bærende kræfter for en forandring hos klienten. Jeg kommer til at savne nænsomhed – det være såvel i sprogvvalg som i holdningen til forsvaret.

## Accept og nænsomhed

Ifølge Hougaard er psykoterapi en praksisdisciplin, og det er vanskeligt at forstå eller vurdere terapeutiske metoder uden konkrete erfaringer med de pågældende metoder. Som det blev nævnt indledningsvist har jeg erfaringer med begge de i artiklen behandlede terapiformer, men havde en uklarhed omkring, hvad det er i disse tilgangsvinkler, som gjorde, at de på for mit vedkommende virkede så uforenelige.

Det er igennem analysen af de to teorier blevet tydeligt for mig, hvorfor disse terapeutiske tilgangsvinkler ikke kan kombineres og at det uforenelige blandt andet ligger i den pågående holdning til forsvaret, som for mig er svært at forene med accept og nænsomhed i terapien.

Psykoterapi handler om livet og det at være menneske. Som en naturlig følge heraf må den psykoteraeutiske praksis også rumme noget af den samme kompleksitet og dialektik og nogle af de samme transformerende processer. Der kan være fare for, at en teori, der opererer på et forenklet niveau også vil indebære en reduktion og forenkling af det menneskelige.

Der er en stor effekt i de non-specifikke faktorer og i fokuseringen på klientens ressourcer. I den kybernetiske psykoterapi fokuseres der netop på ressourcer. Den teoretiske holdning til forsvaret fremstår her omsorgsfuld og har, hvilket jeg har søgt at påvise i ovenstående, omfattende betydning i mødet med klienten.

## Litteraturliste

- Brørup, M., Hauge, L. & Thomsen, U.L. (red.) (1993). *Psykologibogen – om børn, unge og voksne*. Gyldendal, København.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. Aronson, New York.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious*. Wiley, New York.
- Della Selva, P. C. (2001). *Intensiv dynamisk korttidsterapi*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Egidius, H. (2001). *Nyt Psykologisk Leksikon*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi. Teori og forskning*. Dansk Psykologisk Forlag, Virum.
- Madsen, K.B. (red.) (1980). *Psykologisk Leksikon*, 2. rev. udgave, Gyldendal, København.
- Vedfelt, O. (1996). *Bevidsthed. Bevidsthedens niveauer*. Gyldendal, København.

## Abstract

Karin Dons: A comparative analysis of intensive short-term dynamic therapy and cybernetic psychology and psychotherapy with specific focus on the concept of defence mechanism.

*This paper discusses the importance of the therapist's perception of and approach to the theoretical understanding of the concept of defence mechanism and how this affects the meeting with the client. This is done by analysing two theories and methods, specifically focusing on the concept of defence mechanism. The theories are "Cybernetic psychology and psychotherapy" developed by Ole Vedfelt and "Intensive short-term dynamic therapy" represented by Della Selva. The theory of the anthropological dilemma by Esben Hougaard is used to elucidate the difference between the two approaches, and empirical research is used in the discussion of the theoretical understanding of the concept of defence mechanism. Finally it is concluded that an approach of acceptance and gentleness like the cybernetic psychology and psychotherapy is of great importance in psychotherapy.*

*Key words: Defence mechanism, cybernetic psychology and psychotherapy, intensive short-term dynamic therapy*

# Replik til artiklen "En sammenlignende analyse af intensiv dynamisk korttidsterapi og kybernetisk psykoterapi vedrørende begrebet forsvarsmekanismer", af cand.psyk. Karin Dons

Matrix, 2011, 1; 87-89

Ulrik Haahr

Denne artikel er et spændende oplæg til en diskussion af begrebet forsvarsmekanismer, ud fra to helt forskellige psykoterapeutiske teorier. Det drejer sig som jeg ser det om en form for debatoplæg, ikke en egentlig videnskabelig artikel med en mere teoretisk metodisk gennemgang af to forskellige teorier. Forfatteren er således ikke neutral, det er under hele læsningen helt åbenbart, hvilken form for terapi hun selv foretrækker. Artiklen giver da også lyst til at debattere, og forhåbentlig vil andre tage diskussionen op.

Begrebet forsvarsmekanismer er jo meget centralt i den teoretiske forståelse af, hvad de forskellige psykoterapeutiske retninger står for, og hvilke implikationer det har for den terapeutiske praksis.

De to forskellige psykoterapeutiske retninger gennemgås, først den intensive dynamiske korttidsterapi (ISTDP)<sup>1</sup> bygget på Habib Davanloo, men det er primært Patricia Coughlin Della Selva's værk, som forfatteren baserer sin kritik på. Hun er naturligvis også en central person, men andre kunne nævnes, eksempelvis David Malan (Malan & Coughlin Della Selva 2007), Leigh McCullough og ikke mindst Allan Abbass (Abbass 2006, Messer & Abbass 2010, Abbass & Driessen 2010). Det er i denne sammenhæng væsentligt at vide, at der er mange forskellige retninger inden for den intensive dynamiske korttidsterapi, men fokusering specielt på Della Selva gør måske, at portrættering af denne terapimetode indimellem bliver unødigt unuanceret.

Herefter beskrives den kybernetiske psykoterapi udarbejdet af Ole Vedfelt. Jeg synes, det er et problem, at forfatteren sammenligner en psykoterapeutisk ret-

1 For nærmere detaljer om denne psykoterapiretning, se [www.istdp.com](http://www.istdp.com).

*Ulrik Haahr, overlæge, klinisk forskningslektor, Kompetencecenter for debuterende psykose, Psykiatrien Roskilde, Smedegade 10,1., 4000 Roskilde, Danmark.*

ning, som i hvert fald på nuværende tidspunkt i et vist omfang er evidensbaseret, og som man ved har virkning i mange forskellige sammenhænge, med en retning, som ikke er videnskabeligt dokumenteret, men hviler på et meget spekulativt grundlag. Jeg er helt klar over, at Ole Vedfeldts teoretiske arbejde er meget omfattende og grundigt, og at han er teoretisk meget velfunderet på mange måder, ligeledes er hans meget integrative teoridannelse da meget fascinerende, men hviler som sagt på et grundlag, som ikke er så anerkendt og veldokumenteret som den psykodynamiske teori bag ISTDP er det. Imidlertid har han jo mange lighedspunkter med andre terapiretninger, som fx systemisk terapi, og mange af de problemstillinger, som forfatteren nævner i artiklen, kan også siges at være relevante, hvis man skulle sammenholde psykodynamisk terapi med visse systemiske retninger. Artiklen havde vundet ved at drage sådanne sammenligninger, dette kunne eksempelvis være pointeret mere i afsnittet om metateori, teori og teknik. Her bliver Della Selvas model ganske udmærket perspektiveret i forhold til Freud, Ferenczi og Reich, mens det er, som om hun ikke klart får placeret Vedfeldts teorier i en metateoretisk perspektiv. Det er nærmest, som om det er Vedfeldts teori, som bliver til metateorien.

Min største anke er imidlertid beskrivelsen af hendes case på side 78. Denne skulle kunne illustrere, hvad forskellen mellem korttidsterapien og Ole Vedfeldts terapi er, i en konkret relation. Jeg synes, det giver en karikatur af, hvad en korttidsterapeut vil gøre. Det er måske rigtigt nok, at risikoen for, at alliancen ville brydes, fordi terapeuten kunne blive for konfronterende, er til stede, hvis vi taler om psykodynamisk korttidsterapi, men dybest set er det jo et spørgsmål om, hvor erfaren og dygtig terapeuten er til at håndtere situationen. Ud fra mine to års erfaring i supervisionsgruppe hos Patricia Coughlin Della Selva vil jeg mene, at denne balance er helt realistisk at opnå også i ISTDP.

Beskrivelsen af, hvad der sker i den kybernetiske terapi, finder jeg meget diffus, bortset fra at det hele tiden pointeres, at der skal opbygges ressourcer. Det nævnes adskillige gange, at man arbejder på andre niveauer af virkeligheden end den psykodynamisk-orienterede korttidsterapi. Hvad det er for nogle niveauer af virkeligheden, det drejer sig om, og hvordan man skal forstå dette, er imidlertid meget diffust og spekulativt.

Forfatteren skriver også, at hun kan komme til at fremstå meget kritisk over for den intensive dynamiske korttidsterapi. Hun bløder lidt op på det til slut, men igen får jeg fornemmelsen af en noget sort/hvid beskrivelse af denne terapiform, eksempelvis anfægter hun det krigeriske sprog i teorien bag korttidsterapi som kontrast til holdningen bag ved kybernetisk psykoterapi, hvor kærlighed og accept fra terapeuten fremhæves som en af de bærende kræfter for



en forandring. At en terapeut kan være konfronterende er ikke nødvendigvis det samme som at være krigerisk; i den sammenhæng kunne man sige, at en kirurg bliver nødt til at skære igennem for at kunne udvirke nogen som helst form for helbredelse, hvilket ikke står i modsætning til, at der også kan være indføling, varme eller accept. I øvrigt er det jo også, hvad der rent faktisk foregår i de terapeutiske situationer, der er afgørende i denne sammenhæng, og ikke så meget hvad en teori i øvrigt kan udtrykke.

Jeg savner meget refleksioner over, hvilke ulemper/problematikker der er i den kybernetiske terapi. Lidt provokerende kunne man overveje, om den terapiform risikerer at ende med at være så nænsom, at der intet sker inden for en tidsramme, der er rimelig.

Konkluderende vil jeg sige, at problemstillingen omkring, hvordan man som psykoterapeut håndterer forsvarsmekanismer (eller om man vil: modstand) i den konkrete psykoterapeutiske relation er et altid aktuelt emne, som bør undersøges og diskuteres, bedst eksemplificeret af Hougaards (2004) arbejde, som forfatteren jo også beskriver udmærket i sin artikel.

## Litteraturliste

- Abbass, A. (2006). Intensive short-term dynamic psychotherapy in treatment resistant depression: a pilot study. *Depress Anxiety*; 23:449-552.
- Abbass, A. & Driessen, E. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a summary of recent findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, volume 121, issue 5, p. 398.
- Hougaard E. (2004). *Psykoterapi. Teori og forskning*. Dansk Psykologisk Forlag, København.
- Malan D. & Coughlin Della Selva, P. (2007). *Lives Transformed*. Karnac Books, London.
- Messer S. & Abbass, A. (2010). Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders. In: Magnavita, J. (ed.). *Evidence-Based Treatment of Personality Dysfunction: Principles, Methods and Processes*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

# Boganmeldelse

## Terapiens essens

### Åbent brev til en ny generation af terapeuter og patienter

2. udgave

Irvin D. Yalom  
Hans Reitzels Forlag, 2009

Oversat fra engelsk efter *The Gift of Therapy. An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients* af Ole Thornøye

Matrix, 2011; 1, 90-95

Anmeldt af Tina Dam Kristensen

Yalom er ud over at være terapeut og professor emeritus ved Stanford University forfatter til adskillige faglitterære og skønlitterære bøger, som har opnået klassikerstatus. De væsentligste hovedværker, Yalom har skrevet som professor, er *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* fra 1975 og *Existential Psychotherapy* fra 1980 (Dansk version 1999). I *Terapiens essens* forsøger Yalom nu at distillere sine 45 års psykoterapeutiske praksis til 85 små kapitler på 2-5 siders længde – med titler, der indimellem næsten bliver

slagord, såsom: "Skab en ny terapi til hver patient" og "Alt er vand på nuets mølle". Yalom øser i bogen gavmildt og personligt af sine erfaringer, med alt lige fra praktiske tips til begyndende terapeuter i form af specifikke spørgsmål at stille patienterne til filosofiske referencer og generel terapeutisk visdom, og han formår at formidle sin intense, inderlige lidenskab for det psykoterapeutiske håndværk og i særdeleshed for den altafgørende relation med patienterne.

Forordet er skrevet af psykoterapeut Marianne Davidsen-Nielsen

Tina Dam Kristensen, cand.psych.aut., OASIS, Nygade 4, 2 sal, 1164 Copenhagen K.  
E-mail: tina@oasis-rehab.dk

(forfatter til *Den nødvendige smerte* og *Blandt løver*), som tydeligt inspireret af Yaloms meget personlige stil redegør fint for Yaloms indtog i den danske behandlerverden, og også forholder den til hendes egen praksis. Marianne Davidsen-Nielsen forsøger også at redegøre for, hvordan Yaloms indsigter er vokset ud af en forskningsmæssig og fagvidenskabelig sammenhæng, hvilket kompenserer noget for, at dette fokus stedvis savnes i resten af bogen.

Yalom redegør selv i indledningen for sin baggrund for at skrive bogen. Han starter typisk for sine skrifter direkte med tanke på sin kommende død og bevidstheden om, at han nu befinder sig i, hvad han inspireret af Erikson omtaler som sidste generative livsstadium. Eller som Yalom selv udtrykker det: *"Jeg har et ønske om at videregive det, jeg har lært. Og det så hurtigt som muligt"*. Yalom har rundet de 70 år, og han er ramt af bekymring over udviklingen i et sundhedssystem, der i USA i høj grad styres af økonomiske interesser hos forsikringselskaber. Dette medfører ifølge Yalom ensidig støtte til omkostningsminimerede, symptomorienterede psykologiske behandlingstilbud, som han vurderer som korte, overfladiske og indholdsløse. Yaloms projekt med bogen synes at være at fastholde, styrke og intensivere fokus på relationen mellem terapeut og patient

som dét afgørende og helbredende element i psykoterapi – *terapiens essens*; samtidig med at han advarer mod en udvikling, han mener udhuler selv samme. Bogens indhold er derfor meget præget af dette fokus på den interpersonelle relation, men de eksistentielle temaer får også deres plads i kapitler som: *"Tal om døden"*, *"Tal om livets mening"* og *"Frihed"*.

Om end der ikke hersker amerikanske tilstande i Danmark, er problemstillingen dog nærværende og relevant. Nedsikringer i sundhedsvæsenet, standardkrav til psykoterapiers længde og metode og unuanceret brug af evidenskravet er også i Danmark med til at vanskeliggøre det professionelle liv for mange psykologer og psykoterapeuter, der arbejder med f.eks. interpersonel eller psykodynamisk referenceramme. Som udgangspunkt har jeg stor sympati for Yaloms projekt, men flere aspekter får mig til at undre, hvorvidt Yalom rammer den målgruppe, der kunne have størst glæde af bogen. Mere om dette problem senere.

Ud over at være en god historiefortæller, der bl.a. levendegør sine pointer med klinisk materiale, skriver Yalom i et flydende og lettilgængeligt sprog. Bogen er i bemærkelsesværdig grad befriet for fagsprog, og forudsætter ikke fagspecifik viden for at opnå et ud-

bytte. Yalom er ingen verdensfjern teoretiker, men fremstår både i sprog og indhold insisterende på en mellemmenneskelig relation præget af åbenhed og ærlighed. Formen fremmer den umiddelbare tilgang og forståelse, men selvom Yalom redegør for en sammenhæng i de korte kapitler, løst struktureret ud fra overordnede temaer, er det nemt at tabe den røde tråd undervejs og løbe lidt træt i kapitlernes opsummerende "paragraf-form". Yalom skriver selv, at han har valgt kernepunkterne vilkårligt og ikke forventer, at de læses på en systematisk måde. Desværre, må jeg tilføje – fordi *sammenhæng* på mange niveauer for mig bliver en mangel ved bogen, som ironisk på nogle punkter tenderer til at komme til at ligne det, som Yalom frygter mht. psykoterapien: kapitlerne bliver tidvis korte og overfladiske. Mod dette står, at Yaloms tekster aldrig er indholdsløse.

Yalom redegør i indledningen for sit faglige udgangspunkt. Selvom Yalom primært er anerkendt som en kreativ udvikler af den eksistentielle psykoterapi, hvor mestringen af tilværelsens grundvilkår er den tilbagevendende, almenmenneskelige udfordring – redegør han selv for i bogen, hvorledes den eksistentielle psykoterapi ikke i sig selv kan betragtes som en fritstående referenceramme, men nærmere som et

supplement der i princippet kan appliceres til alle dynamiske psykoterapeutiske metoder. Han selv betegner sig som dynamisk eksistentiel psykoterapeut, som arbejder ud fra en interpersonel referenceramme, men fremhæver en åbenhed over for patienten og situationen med en grundindstilling om, at *psykoterapi ikke bør være teoristyret, men relationsorienteret*. Yalom følger op med et kapitel om at "skabe en ny terapi til hver patient" og plæderer for vidstrakt kreativitet, spontanitet og åbenhed i det terapeutiske arbejde (under forudsætning af at de interpersonelle begivenheder i den terapeutiske relation anvendes i den dynamiske udforskning af og indsigt i patientens problematik). Selvom Yalom kan virke inspirerende med dette udgangspunkt, må det være væsentligt at understrege, at denne indstilling nødvendigvis kræver megen træning, supervision og egenterapi; og desuden er en indstilling, der har passet til hans egen kliniske praksis med en relativt velfungerende patientgruppe i Californien. Jeg kan undervejs i bogen savne en problematisering af de interventioner og tilgange, Yalom uhyre selvsikkert fremstiller som essentielle for den gode, terapeutiske relation. F.eks. i spørgsmålet om selvafløringer, som Yalom behandler i adskillige kapitler. Han præsenterer åbenhed omkring den

terapeutiske teknik og her-og-nu-situationen som uproblematisk, men advarer dog om at udvise forsigtighed mht. åbenhed om terapeutens privatliv – hvorefter resten af kapitlet omhandler eksempler på, hvordan hans egen åbenhed omkring sit privatliv har vist sig at være terapeutisk gavnlig. I denne sammenhæng (og ligeledes i spørgsmålet om hjemmebesøg, at berøre patienterne, venskab mellem terapeut og klient) savnes diskussion af gavnligheden i forhold til en mere differentieret patientgruppe præget af sværere psykopatologi; og der savnes en mindre umiddelbar tilgang og mere kritisk refleksion, når Yalom f.eks. refererer til en undersøgelse om, at patienter synes bedst om terapeuter, der anvender selvførelser. Den interpersonelle fokus bliver således sine steder på bekostning af en intrapsykisk. Hvis Yaloms behandlingsprincipper uden videre tages i anvendelse af unge psykoterapeuter uden psykiatrisk erfaring, kunne man frygte, at der opstod problemer.

Dette aspekt peger på det tidligere nævnte problem med bogen, som omhandler målgruppen. Yalom skriver, at bogen er tilegnet den nye generation af psykoterapeuter, der insisterer på grundig træning og uddannelse rettet mod bredere personlig vækst og forandring, og de patienter, der helhjer-

tet søger disse terapiformer. Imidlertid indskrives Yalom sig for mig at se i en humanistisk casestory-tradition, hvor han som historiefortæller med referencer til filosofi og poesi (Rilke f.eks.) uforvarende kommer til at fremme en dikotomi mellem den humanistiske, hermeneutiske tradition og den naturvidenskabelige empiriske forsknings-tradition. Der er så mange af Yaloms erfaringsbaserede pointer og indsigter, der kunne belyses med nyere forskningsresultater inden for neurovidenskab, og hans skrift bliver fattigere af, at dette ikke integreres i teksten, men alene fremgår overordnet af et sidste efterskrift. Mit indtryk af "den nye generation af terapeuter" er netop, at denne dikotomi for længst er overskredet, og at de er uddannet i en tradition, hvor erfaringsbaseret indsigt altid forholder sig til den forskningsbaserede viden. Yalom har ikke haft intention om at skrive en tung, teoretisk bog, men kommer i min optik til at fremstå som den ældre, vise historiefortæller, der sidder og fortæller inderlige og bevægende historier med lærerige pointer, frem for at være den psykologfaglige vidensudvikler han faktisk er. Jeg er ikke sikker på, at den nye generation af psykoterapeuter finder denne form appellerende. Det er min fornemmelse, at de (forhåbentligt) kræver integration med et viden-

skabeligt grundlag for deres praksis (og forhåbentligt kræver, at dette grundlag er nuanceret i forhold til det komplicerede forskningsfelt, som interpersonelle relationer udgør).

Som ikke helt ny psykolog savner jeg klart en mere stringent redegørelse for, hvordan Yaloms indsigter forholder sig til nyere forskningsbaseret viden, og hvordan han reflekterer sin praksis i forhold til andre videreudviklinger af dynamiske terapiformer. Bogens gode råd og indsigter vil ikke være ny viden for psykoterapeuter med mere end 5-10 års praksis, men mere en bekræftelse af hvad de allerede har erfaret. Det er f.eks. ikke tilstrækkeligt, når Yalom refererer til, at terapeuten er rollemodel for patienten mht. ærlighed, åbenhed og indlevelse. Nogle af Yaloms råd bliver for indlysende, grænsende til det banale, når de ikke følges op af yderligere refleksion. Et eksempel er, når Yalom postulerer, *at venskab mellem terapeut og patient er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig betingelse i terapiprocessen*. Hvad mener han med venskab? Hvordan vil patienter, der læser bogen fortolke dette? Er venskab en betingelse for den ægte intimitet? Til gengæld finder jeg enkelte kapitler forfriskende direkte og ærlige, f.eks. når Yalom åbner for det let tabuiserede emne omkring det faktum, at psykoterapi

også er en gave til terapeuten, der kan få et stort personligt udbytte og megen udvikling som følge af arbejdet med sine patienter (kapitlerne *"Om at bringe patienterne længere end man selv er kommet"* og *"Om at få hjælp af patienten"*). Yalom beklæder: *"Jeg ved med mig selv, at jeg utallige gange er begyndt en terapitime og har følt mig i ubalance, men ved afslutningen af timen været meget bedre tilpas ..."*. Yaloms demaskering af terapeuten og indædte insisteren på at afmystificere terapeutrollen er beundringsværdig og skarp, f.eks. *"Hvis vi absolut skal kokettere med rollen som troldmand, så råder jeg til, at vi gør legen kort og hjælper patienten til en mere ægte terapeutisk relation"* (fra kapitlet *"Undgå mirakelkure"*). Jeg tror, denne åbenhed er hjælpsom for nye terapeuter, men muligvis også krævende, idet der kræves stor selvsikkerhed, megen træning gennem erfaring og supervision og desuden forsoning med egen skrøbelighed og fejlbarlighed gennem bl.a. egenterapi. Det kan for mange være en lidt længere proces at nå til den grad af menneskelig og faglig selvaccept, Yalom fremstiller som terapeutisk gavnlig, hvorved hans gode råd kan risikere også at øge usikkerheden hos nye terapeuter.

Som helhed betragtet er bogen et fint bidrag til psykologer og psykoterapeuter under uddannelse eller i

den spæde start af deres praksis. Hvis den blev brugt som oplæg til drøftelser i undervisning eller studiegrupper, vil den tjene sit formål fornemt, men jeg har lidt vanskeligt ved at se bogen stå alene uden uddybende refleksion, hvor Yaloms indsigter forholdes til nyere forskningsviden og teoretisering inden for det interpersonelle felt. Brugt i kombination med andre tekster el-

ler refleksion, kunne bogen klart bidrage med stor vitalisering og en vigtig menneskeliggørelse af terapeut-patient-relationen. Yalom brænder for sine patienters udvikling, og hans inderlige menneskelige engagement vil være et inspirerende supplement til den "hard science", man nødvendigvis må og heldigvis kan forholde sig til i sin psykodynamiske praksis.



# DISPUK

Narrative og poststrukturalistiske perspektiver

## KONFERENCE OM NARRATIV PÆDAGOGIK

Kom og mød nogle af forfatterne til bogen  
"Fra terapi til pædagogik"

Konferencen handler om, hvordan man kan bruge narrativ teori og metode i praksis, i arbejdet med børn, unge og familier. Deltagerne vil få et unikt indblik i, hvordan narrativ teori og metode kan bidrage til mere brugbare beskrivelser og flere handlemuligheder for alle involverede.

Med Steen Larsen, Allan og Anette Holmgren, Lone Kaae, Magnus Brammer, Troels Hammer, Jacob Folke Rasmussen og Martin Nevers

Den 25. - 26. oktober 2011 i DISPUK, Snekkersten  
Kursusnr. 880-11

## STORT SEMINAR MED TODD MAY, USA

Hvad handler poststrukturalisme egentlig om?  
Hvordan kan vi forstå os selv ud fra de  
poststrukturalistiske perspektiver?  
Hvad er pointerne hos Foucault, Deleuze,  
Derrida, Lyotard & Nietzsche?

Todd May er en fantastisk levende og engageret  
underviser, som kan formidle ellers svært tilgængeligt  
stof på en ligetil og enkel måde.

Kursuscenter Magleås, Høsterkøb 20.-21. juni 2011  
Kursusnr. 818-11

## NARRATIVE PRAKSISDAGE I DISPUK

DISPUK i Århus åbner dørene for deltagelse i narrative samtaler (terapi, supervision, coaching o. lign.) fire eftermiddage i efteråret 2011. Der vil være mulighed for at overvære dagens samtale og drøfte det bagefter.

Med Allan Holmgren m.fl. i Snekkersten  
Kursusnr. 859-11

## MICHAEL WHITE EFTERMIDDAGE

Allan Holmgren vil praktisere narrativ terapi og interviewe klienter en række mandage/tirsdage fra august 2011 i Snekkersten, hvor man kan overvære interviewet og drøfte sessionen bagefter.

Kursusnr. 848-11

## TRAUMEBEHANDLING I NARRATIV TERAPI

Med Allan Holmgren & Anne Romer

Introduktion til centrale aspekter i den narrative metafor relateret til narrativt traumearbejde:

- At gå fra indre tilstande til intentionelle tilstande
- At arbejde med "det fraværende men implicite" som grundfigur
- Magt- og modmagtsbegrebet i subjektiveringsprocesser - inspirationen fra den franske idéhistoriker og psykolog Michel Foucault
- Introduktion til begrebet "fornemmelse af sig selv" inspireret af den australske psykiater Russell Meares

Snekkersten den 1.-2.12.2011 • Kursusnr. 824-11

## NARRATIV PRAKSIS Modul 1

Modul 1 er både for deltagere med noget kendskab til narrativ praksis, som ønsker bedre forståelse af de grundlæggende metoder og principper og for deltagere uden forkendskab til narrativ praksis.

Narrativ Praksis, modul 1, er det første af 3 moduler, som tilsammen svarer til et basisår.

Med Anette Holmgren

Snekkersten den 6.-10. juni 2011

Kursusnr. 651-11

## ALLE KAN TALE OM TRAUMER: TRAUMEBEHANDLING I NARRATIV TERAPI

Med Anette & Allan Holmgren

For behandlere, som arbejder med personer ramt af større eller mindre traumer som f.eks. overfald, seksuelle overgreb, mobning, dødsfald, skilsmisser, ulykker, røverier eller andre stærke oplevelser, som personerne kan have svært ved at komme sig over.

Oslo den 1.-2. september 2011

Kursusnr. 826-11

# Hverdagspoetisk praksis

Samtaler, terapi, coaching, supervision, workshops, kurser & efteruddannelser  
www.dispuk.dk