

Indholdsfortegnelse

Peter Ramsing: Redaktionelt	98
Wendy Hanson: "Unzipping" identitet: om affekt, mat og å finne seg selv. Observasjoner og erfaringer i en gruppe for kvinner som har gjennomgått fedmereduserende tiltak	100
Lars Neisig Møller og Laura Louise Clausen: Overføringsfokuseret psykoterapi – en oversigt. Anden del	117
Geir Høstmark Nielsen og Elisabeth Norman: Klinisk intuisjon og taus kunnskap: nødvendige ingredienser i evidensbasert praksis?	147
Jytte Mielcke: "Nu-øjeblikke" og deres betydning i psykoterapi med tilknytningsforstyrrede barn	164

Boganmeldelser

Dorthe Kofoed: <i>J.G. Allen, P. Fonagy & A.W. Bateman: Mentalisering i klinisk praksis</i>	180
Mattias Due Madsen: <i>Hanne Hostrup: Gestaltterapi. Indføring i gestaltterapiens grundbegreber</i>	184

Table of contents

Peter Ramsing: Editorial	98
Wendy Hanson: "Unzipping" identity: on affect, food and finding yourself	100
Lars Neisig Møller og Laura Louise Clausen: Transference-focused psychotherapy – an overview	117
Geir Høstmark Nielsen og Elisabeth Norman: Clinical intuition and tacit knowledge: Necessary ingredients in evidence-based practice? . . .	147
Jytte Mielcke: "Now-moments" and their importance in psycho- therapy with children suffering from attachment disorder	164
2 Book reviews	180

Artiklerne i dette nummer af Matrix har forskellige perspektiver på problemstillinger i det kliniske arbejde. Den første artikel af Wendy Hansson: *"Unzipping" identitet: om affekt, mat og å finne seg selv*, beskriver erfaringer fra et tidsafgrænset, lukket gruppeterapeutisk forløb for kvinder, som havde gennemgået en fedmereducerende operation. Udgangspunktet for gruppen er, at en del af de personer, som gennemgår fedmereducerende behandlingstiltag med det formål at opnå en hurtig ændring af kroppens størrelse, får tilpasningsvanskeligheder efterfølgende. I gruppeterapien, hvor der er fokus på bevidstgørelse af underliggende psykiske problematikker for at forbedre evnen til at tåle intens affekt, blev det muligt for en del af deltagerne at få en større forståelse af, hvordan mad kan bruges til at regulere psykiske reaktioner. Dette kunne føre til en erkendelse af nødvendigheden af livsvarig, langsom gennembearbejdning af affekt og følelser for at forebygge fedme og på den måde imødegå urealistiske forestillinger om at kunne forandre kroppen med et kirurgisk indgreb uden sammenhæng til psyken. Det er tankevækkende at følge beskrivelsen af forløbet i gruppen, hvor der netop kommer mere fokus på de bagvedliggende emotioner og på, hvordan disse kan rummes.

Herefter følger en artikel af Lars Neisig Møller og Laura Louise Clausen: *Overføringsfokuseret psykoterapi – en oversigt*. Det er den anden del af to artikler om dette emne. I sidste nummer af Matrix (nr. 1) gennemgik de to forfattere den overføringsfokuserede psykoterapi, som den er udviklet af O.F. Kernberg. I anden del i dette nummer af Matrix gennemgår Møller og Clausen det empiriske grundlag for overføringsfokuseret psykoterapi og de laver en grundig gennemgang og sammenligning med andre væsentlige terapiformer til behandling af personer med alvorlig personlighedsforstyrrelse. Således gennemgår de: (1) Psykoanalytisk baserede terapiformer herunder mentalisering, (2) Kognitivt baserede terapiformer herunder dialektisk adfærdsterapi og skema-fokuseret terapi og endelig (3) Blandet psykoanalytisk-kognitivt baserede terapiformer herunder kognitiv-analytisk terapi. Møller og Clausen påpeger og argumenterer for, hvor væsentligt det er, at der er tilstrækkelige behandlingstilbud til denne gruppe patienter om end behandlingen er både udfordrende og tidskrævende. Alternativet er større omkostninger for både patienter og samfund.

Geir Høstmark Nielsen og Elisabeth Norman tager i artiklen: *Klinisk intuition og taus kunnskap: nødvendige ingredienser i evidensbasert praksis* et meget væsentligt område op til undersøgelse og debat. Forfatterne definerer klinisk intuition som umiddelbar indsigt eller forståelse uden bevidst tilgang til de processer, som leder frem til den. I artiklen argumenteres der for, at vellykket samling af umiddelbare erfaringer i den terapeutiske proces med eksisterende kundskab og erfaring forudsætter brug af klinisk intuition. Det illustreres med et klinisk eksempel. Høstmark Nielsen og Norman hævder, at klinisk intuition ikke står i et modsætningsforhold til empiri og teoretisk formuleret kundskab, men at klinisk intuition i mange tilfælde reflekterer oparbejdet kundskab. Det vigtigste budskab er, at klinisk intuition er både nødvendig og forenelig med evidensbaseret praksis. Det er en tankevækkende artikel, som lægger op til at gå mere i dybden med det, der sker i den terapeutiske proces.

Den sidste artikel af Jytte Mielcke: *"Nu-øjeblikke" og deres betydning i psykoterapi med tilknytningsforstyrrede børn* ligger godt i forlængelse af Høstmark Nielsens og Normans artikel. Jytte Mielcke undersøger på grundlag af en case med en tilknytningsforstyrret dreng en konkret situation i en længerevarende terapi. Der beskrives et øjeblik i terapien, som blev forandrende for det videre forløb. Jytte Mielcke reflekterer over, hvordan hun som terapeut responderede på det, patienten lagde op til. Hun skriver, at det ikke var hendes tolkning, men hendes nærvær, intuition og parathed til ikke at ville påvirke, ændre, håbe eller forvente, at noget bestemt skal ske, der efter hendes mening muliggjorde, at øjeblikket blev til et forandrende øjeblik. Artiklen giver således et bidrag til at udvide vores forståelse for, hvad der kan være forandrende i selve den terapeutiske proces, og illustrerer værdien af den casebaserede undersøgelse.

Til slut er der to anmeldelser dels ved Dorthe Kofoed af bogen: *Mentalisering i klinisk praksis* af Allen, Fonagy og Bateman og dels ved Mattias Due Madsen af bogen: *Gestaltterapi. Indføring i gestaltterapiens grundbegreber. 2. udgave.*

God læselyst.

Peter Ramsing

“Unzipping” identitet: om affekt, mat og å finne seg selv

Observasjoner og erfaringer i en gruppe for kvinner som har gjennomgått fedmereduserende tiltak¹

Matrix, 2011; 2, 100-116

Wendy Hanson

Ekstrem overvekt er et voksende helseproblem. Et økende antall personer gjennomgår fedmereduserende behandlingstiltak som har som formål å oppnå rask endring av kroppens størrelse. Flere av disse personene opplever i etterkant av slik behandling tilpasningsvansker. I forkant av behandlingen har de antatt underliggende psykiske årsaker som har ført til den sykelige overvekten ikke vært behandlet, eller ikke tilstrekkelig behandlet. Flere opplever begrenset kapasitet til å tåle intens affekt, særlig skam, samt manglende utviklet evne til transformering av affekten til identifiserbare og tolererbare følelser. Dette beskrives av pasientene som sentrale faktorer for manglende bedring over tid. Mat brukes som middel for å oppnå indre ro, samtidig som hyppig bruk av en slik strategi fører til overvekt. Denne artikkelen beskriver erfaringer fra en poliklinisk tidsavgrenset, lukket gruppeterapi. Her ble bearbeidelse av affekt forsøkt som tiltak for kvinner som hadde fysiske og psykiske tilpasningsvansker i etterkant av fedmereduserende behandling. Gjennom gruppens prosess ble det tydelig at deltakerne hadde forskjellige personlighetstyper og personlighetsstruktur. Dette tyder på at ulike intervensjoner kan være nødvendig i forhold til populasjonen som sliter med fedme. Terapien ble analytisk i karakter og var godt egnet for halvparten av deltakerne. Konklusjonen etter behand-

1. Presentert på den syvende nordiske konferanse i gruppepsykoterapi, Stavanger, 26 – 28. mai 2010.

Wendy Hanson, spesialist i klinisk psykologi, diplomert gruppeanalytiker.
Email: w-hanson@online.no

lingen er at rask vektreduksjon ved hjelp av kirurgi eller intensive livs-tilsøsendrende opplegg kan skape iatrogeniske psykiske vansker. Dette skjer både som utilsiktet forsterkning av forestillingen om at perfekt kroppsform er en nødvendighet og som forsterket skamfølelse knyttet til tanker om personlig nederlag ved ny vektøkning. Gruppeterapi som har fokus på bevisstgjøring av underliggende psykisk problematikk for å fremme forbedret evne til å tåle intens affekt hos de med emosjonelle spiseforstyrrelser, synes å være nødvendig i perioden der den enkelte må lære å leve med redusert fysisk mulighet for overspising. Gjennom affektiv gjennomarbeiding i analytiske grupper kan deltakerne få økt forståelse av hvordan mat brukes til å regulere psykiske reaksjoner. Dette kan føre til erkjennelse av nødvendigheten av livsvarig, langsom gjennomarbeiding av affekt og følelser for å forebygge fedme.

Den første gangen jeg behandlet en person med ekstrem overvekt, fikk jeg høre et ønske som senere har vist seg å være svært utbredt. Kvinnen som hadde vært ekstremt overvektig mesteparten av sitt liv, drømte om å kunne “unzippe” sin korpulens. Hun opplevde korpulensen som en “utenpåliggende drakt”, og ønsket å tre ut av sin overvektige kropp og inn i en ny, slankere og mer tiltrekkende form. Kroppen, vekten og utseendet hennes var fremmed for kvinnen; hun holdt fast en forestilling om seg selv som lik andre kvinner hun så. Når det gjaldt egen kropp, hadde hun en tydelig opplevelse av noe som var henne, nemlig smerte og slitasje som fulgte med den ekstreme overvekten. Hun kjente at hun var fysisk hemmet i bevegelser, og hun lengtet etter å kunne leke med sine barn i fysisk aktivitet. Til slutt var det lengselen etter reelle muligheter til å ta sin kropp i bruk sammen med sin familie som motiverte henne til å redusere sin vekt. Underveis hadde hun mye kontakt med mange hjelpere som var opptatt av hvordan hun opplevde endringene og prosessen. Da hun hadde fått en kropp som kunne være i aktivitet, sørget hun for å bruke den sammen med andre mennesker.

Bildet av overvekten som kunne bli “unzipped” (tredd ut av raskt) er blitt en viktig metafor for noen klienters egne refleksjoner rundt fedme. I IT-verdenen betyr “zipping” komprimering av filer slik at de tar mindre plass. I den psykologiske verden kan “unzipping av fedme” stå for en prosess hvor forbindelsen mellom affekt, mat og selvet blir gjenstand for utforskning. Et høyt inntak av mat som lindrende middel for utholdelig affekt brukes som en “zipping”, eller komprimering av psykiske opplevelser, og fører over tid til overvekt. Nathanson (1992) forklarer hvordan spiseatferd er påvirket av affekter:

“Unzipping” identitet: om affekt, mat og å finne seg selv

Shame of great intensity and prolonged duration can trigger distress, just as chronic distress can produce a feeling of helplessness and chronic shame. These two affects commonly form a reciprocating pair, one magnifying the other. If the conditions are right for the addition of fear, which makes us experience shame in the form known as guilt, most of us will define this assemblage as "depression". This particular combination of affects is seen in the type of depressed patient who is compelled to eat into oblivion. These people do not eat "because" they are in the throes of shame, guilt, fear, or depression, but because they know no other way of handling affect of such density (p. 423).

Affekten som blir borte er aldri opplevd, ageringen forhindrer dette. Overvekten er opplevd som plagsom i det at den forhindrer livsutfoldelse i noen grad, men det som er bakenforliggende handlinger som fører til overspisingen, forblir skjulte fra bevisstheten. Det at noe kjennes fremmed, "ikke er meg", kan ha forbindelse med manglende kontakt med tidligere erfaringer. For å gjenopprette en bedre forbindelse mellom kropp og selv er det viktig at affekten kan tåles og oppleves som følelser. På den måten blir det tydelig at kroppen er personen som rommer en viktig opplevelse. Jeg er av den oppfatning at opplevde psykiske virkeligheter av alle slag må til for at personen kan føle seg som hel og av "riktig størrelse". En forutsetning for å oppleve dette er å hjelpe pasienten med denne problematikken slik at hun blir oppmerksom på egen affekt og i stand til å tåle den. Dette er en beskrivelse av den subjektive opplevelsen til flere som har slitt med overvekt over tid. Empiriske studier viser en høy incidens av depresjon, negativ kroppsoppfatning, spiseforstyrrelser og lav livskvalitet hos ekstremt overvektige personer (Greenberg, Perna, Kaplan & Sullivan 2005). Sammenhengen er også rapportert av Floriana et al (2010) som beskriver en gjensidig forbindelse mellom depresjon og sykelig overvekt. Overvekt økte risikoen for å utvikle depresjon, og videre kunne depresjon predikere utvikling av overvekt. I en oversiktsartikkel der god praksis for behandling av fedmereduserende, kirurgiske tiltak beskrives (Greenberg, Sogg & Perna 2009) nevnes særlig tre ulike spisemønstre som krever psykologiske intervensjoner for å sikre gode resultater av inngrepet. Disse tre inkluderer ukontrollerte spiseepisoder, nattlig inntak av mat og emosjonell spising. For det siste mønsteret (emosjonell spising) antas omfanget av dem som søker behandling å være underrapportert. Det finnes ikke publiserte data på utfall av fedmereduksjon for denne gruppen, ei heller standardiserte metoder for å kartlegge frekvens eller grad av spising som en mestringsstrategi. Denne formen for spising synes å ha en likhet med det som kvinnene i samtalegruppen

beskrev som deres problem, nemlig at “maten blir en venn, en jeg kan ty til når jeg trenger trøst”.

Noe av arbeidet som er gjort i forhold til overvekt er basert på Cognitive Behavioral Therapy (CBT)-tilnærming. Dette arbeidet behandler blant annet klargjøring av faktorer som utløser uhensiktsmessig matinntak og mestring av alternative strategier for å klare affekt (Fairbairn 2008). Dette er målorientert behandling som foregår i et tidsavgrenset format. For noen personer synes behandlingsprosessen å være for rask. Noen ser ut til å ha en psuedobedring der de fortsetter å “endre seg” og “være flinke” fremfor å få kontakt med en indre erkjennelse av at affekt og følelser er noe som må ønskes velkommen og rommes, og ikke bare mestres. Og det bør helst skje gjennom deling med andre personer. For denne undergruppen kan den ytre støtten et CBT-program representerer bli en forlengelse av drømmen om “unzipping ” av fedme. Det er en meget utbredt forestilling at ”hvis bare jeg følger den rette oppskriften, vil jeg snart bli slank og fin – og uten problemer”. Jo mer kvinnene klarer å kontrollere sin atferd og redusere vekten i løpet av den korte behandlingen, jo mer bygger de opp forestillingen om “unzippingens” positive funksjon. Når programmet er over og den ytre støtten faller bort, er det kort vei tilbake til vektøkning for de som ikke har integrert en reell kompetanse i affekttoleranse. Denne gang med en enda større opplevelse av skam over å ha mislyktes nok en gang. For noen er det igjen en opplevelse av å oppnå mer kontroll i en periode, for deretter å miste den, som de tidligere har gjort flere ganger med perioder med slanking. Det er mulig at en underliggende variabel er at disse personene sliter med en variant av emosjonell spising, og som vil kunne trenge en særskilt behandlingstype over en lengre periode.

Det er en reell fare at ulike behandlingstiltak faktisk forverrer den psykologiske mekanisme hos personer som bruker “zipping” av affektiv informasjon og vanskelige opplevelser. Omkring 20 % av de som opereres har tilbakefall og opplever at vekten igjen øker betydelig (Greenberg et al, 2009). En del kvinner med fedmeproblematikk rapporterer at velmenende leger og kirurger har bekrftet at problemer og psykiske symptomer vil bli mindre når kvinnene har redusert sin kroppsvekt betydelig. Når det ikke er kirurgi som tilbys, men livsstilsendring med fokus på endret matinntak og trening, er målet svært likt selv om midlene som benyttes er annerledes og tar lengre tid. Antakelsen om at overvekt er den utløsende faktor for psykisk ubehag eller symptomer debatteres i litteraturen. For noen av pasientene kan det oppleves som om medisinsk personell har en forståelse av at fedme er den primære sykdomstilstanden og at psykologiske symptomer er en sekundær følge av dette. Dette står i kontrast

“Unzipping” identitet: om affekt, mat og å finne seg selv

til en forståelse av fedme som resultatet av dyptliggende psykiske vansker. Innen fagfeltet, der analytisk orientert gruppepsykoterapi har blitt anvendt i behandlingen av spiseforstyrrelser, er det mange ulike hypoteser om underliggende psykologiske mekanismer. Disse inkluderer blant annet emosjonell deprivasjon i barndommen, utviklingsmessig svikt i forhold til selvet og forstyrrelser knyttet til endringer i kvinnens rolle i samfunnet (Gold, 1999). Et supplerende terapeutisk perspektiv er affektteori hvor skam har en sentral plass (Keith et al, 2009; Nathanson, 1992, og Troop et al, 2008).

Det er utviklet raskere kirurgiske teknikker som fører til drastisk vekttap på seks til tolv måneder. I etterkant kan det foretas plastiskkirurgisk oppfølging. Dette gjør det enda lettere å opprettholde forestillingen om å "tre ut av" en fedmetyngt kropp og at den psykiske smerten forsvinner med kiloene på veien mot en lykkelig tilværelse. Gitt den forlokkende forstillingens kraft er de som ønsker å operere seg i liten grad opptatt av mulig risiko for egen helse, eller for de mange begrensninger og varige bivirkninger denne behandlingen medfører. Etter behandlingen, når den vanlige euforien etter markant vekttap er forbi (ca. 12 – 24 måneder ifølge erfaringer fra denne gruppen) merkes hos en del en hittil ukjent og ikke behandlet psykisk smerte. Siden overspising ikke lenger er en fysisk mulighet, kan det oppstå en forverring av symptomer som depresjon og angst. Cook (1996) understreker at blant mennesker med psykiske vansker er skam den mest utbredte iboende affekt og en kjerneaffekt for utvikling av det som vanligvis betegnes som depresjons- og angstsymptomer. Oppfølging av livsstilendringer som er gjort i løpet av de første 24 månedene etter behandling peker mot en tendens til økt livskvalitet som kan betraktes å være innenfor normalvariasjon (Andersen et al, 2009).

Den subjektive opplevelsen av overvekt i et samfunn som er helse- og kroppsfokusert

Å sortere tankene en får når en selv sliter med overvekt etter en fedmereduserende intervensjon er problematisk. Det kan være problematisk å attribuere årsakene til enten manglende suksess med å oppnå det ønskede antall kilo, utseende eller livsglede som en forestilte seg i forkant av operasjonen(e) eller treningsopplegget. Kvinnene undres over om de har sviktet, om teknikkene ikke er effektive eller om behandlerne og/eller samfunnet har sviktet. Dette fører til mange ulike affekter som sinne, skyld og fortvilelse. Mest av alt vokser skammen som oppstår når iver og interesse for en "ny kropp" ikke blir bekrefte-
tet av realiteter. Å plassere kilden til skammen blir maktpåliggende.

For en del personer som sliter med overvekt etter behandlingsintervensjoner oppleves samfunnets omtale av overvekt som en slags “fedmefascisme”, som gruppedeltakerne uttrykte det. Her plasseres kilden til skammen utenfor dem selv. Med dette menes at folk flest har en forakt for fedme og at det forventes av samfunnet at mennesker skal tilpasse seg et slags allmenngyldig mål når det gjelder kroppsstørrelse og utseende. Denne henspeiling til “fascisme” eller et statlig, autokratisk system der ensrettet tenkning og politikk hersker, kan forstås som en metafor for opplevd undertrykkelse fra en ekstern makt som skaper både fortvilelse og hjelpeløshet når en selv ikke har opplevelse av å kunne kontrollere sin etter hvert “foraktelige” vekt. I samfunnet er det utbredt forventning om at kroppen skal være normal og sunn. Når den ikke er “normal” og er i risikozonen for utvikling av sykdom, oppstår en smertefull dissonans i følelseslivet.

Om skammen vendes innover, kan dette føre til en forsterkning av selvforakt og en opplevelse av ikke å “ha kontroll” over sitt forhold til mat, sitt forhold til kropp og sitt forhold til utseende. I samtaler uttrykkes dette på følgende måte: “Alle andre kan, bare ikke jeg fordi jeg ikke klarer det andre klarer”. Kvaliteten av dette utsagnet er ofte mer en konstatering av virkeligheten enn refleksjon av deres egen opplevelse. Selvforakten i forhold til egen kropp, utseende og verdi kan bli så sentrert om kroppen at andre kilder til anerkjennelse kommer langt i bakgrunnen for kvinnene. Den spiseforstyrrede tilværelsen fortsetter til tross for økte fysiske muligheter til å holde ved like en noenlunde normal kroppsvekt.

Problemstilling

Hvordan blir de psykologiske konsekvensene for personer som er svært opptatt av eget utseende, når de i etterkant av kirurgisk behandling får redusert kroppsstørrelse, men får en kropp med mye overflødig og løs hud? Er fedmeopererte en ensartet gruppe? Kan psykologiske tiltak tilbys slik at disse personene finner gode løsninger og opplevelsen av skam reduseres?

Slike spørsmål stilte jeg meg da jeg vurderte muligheten for å danne en gruppe for personer som hadde gjennomgått fedmereduserende tiltak og som hadde vansker med tilpasning etter at det var gått noe tid etter den første vekt-reduksjon.

Som gruppeanalytiker har jeg lang erfaring med å observere hvordan en gruppe kan påvirke mennesker slik at de lettere kan identifisere egen affekt, formidle den, og med gruppens bistand lære å tåle følelser. Jeg har observert at

“Unzipping” identitet: om affekt, mat og å finne seg selv

agering som har til hensikt å redusere følelser med tid avtar. Etter hvert får deltakerne en ny forsterkning av sin identitet, som kan uttrykkes ved utsagn som: "Gruppen har lært meg å kjenne meg selv bedre og å akseptere hvem jeg er". Med slike erfaringer fikk jeg tro på og håp om at gruppeterapi kunne være et egnet tiltak som kunne hjelpe personer som strever med affekt- og identitetsvansker knyttet til vedvarende fedme.

Bakgrunn for etableringen av gruppen

På bakgrunn av spesifikke behandlingsbehov hos en del egne klienter, samt mange ubesvarte spørsmål om konsekvenser av somatisk behandling av fedme, startet jeg i august 2009 en poliklinisk tidsavgrenset, lukket gruppe for personer som hadde gjennomgått vektreduserende tiltak uten å oppnå et varig tilfredsstillende resultat. Hovedmålet for gruppebehandlingen var å fokusere på utfordringene som kunne oppstå i forhold til en markant endring av kroppsstørrelse og utseende. Som gruppeanalytiker hadde jeg som arbeidshypotese at det ville være mulig å øke affekttoleranse og modifisere en antatt negativ selvaktelse hos deltakerne. Jeg håpet at deres egenverdi i noen grad ble mindre påvirket av ytre kriterier som vekt og utseende og mer basert på større selvakseptering. Med andre ord antok jeg at det var flere som søkte fedmereduserende tiltak som hadde en spiseproblematikk som var relatert til emosjonell spising.

Jeg forventet å oppnå dette blant annet gjennom at deltakerne fikk større mulighet til gjennomarbeiding av egen skam. Gruppeformatet er velegnet til dette formålet (Hanson 2005).

Gruppens deltakere er blitt forespurt ved oppstart av gruppen om tillatelse til å skrive om gruppens erfaringer og terapeutiske prosess. Alle samtykket til dette. Det kliniske materialet er blitt anonymisert så langt det er mulig, noe som gjør det vanskelig å se sammenheng mellom den enkeltes styrke, lidelsespress, psykiske og sosiale utfordringer.

Gruppens sammensetning

Gruppens sammensetning ble preget av tilfeldighet og en stor grad av variasjon når det gjaldt henvisningsgrunnlag. Tre av deltakerne var egne pasienter under behandling for andre problemer. Deres fedmeproblematikk ble vurdert å være sekundær til andre psykiske tilstander, men ikke kvalifisert til diagnoser under "spiseforstyrrelser" etter diagnosesystemet International Statistical Clas-

sification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). To av deltakerne hadde deltatt i flere tiltak sammen og kjente hverandre godt. Dette var noe jeg ble klar over først etter flere møter. De andre deltakerne ble rekruttert fra distriktpspsykiatriske sentre. Tiden siden gjennomført kirurgisk inngrep varierte fra seks til ni måneder før oppstart av gruppen.

Av de syv opprinnelige medlemmene, var alle kvinner mellom 25 og 45 år. Tre hadde partner og barn, to var alene med omsorg for barn og to var enslige og barnløse. Tre av deltakerne var i hel – eller deltidsarbeid, også delvis uføre. Tre var heltids uføre og/eller under rehabilitering. En var sykmeldt.

Alle ble innkalt til mellom to og fire individuelle intervjuer, med fokus på deres vektproblem og om tiltak de allerede hadde forsøkt. Gruppens målsetting og rammer ble presentert og drøftet med deltakerne. Det ble anbefalt å være avholdende i forhold til sosial kontakt med gruppedeltakerne mellom gruppemøtene og informert om viktigheten av regelmessig oppmøte. Alle fikk en skriftlig oversikt over datoene for de sytten planlagte gruppemøtene og beskjed om at det ville bli planlagt ett attende møte på høsten etter gruppens avslutning før sommeren.

Personene ble vurdert ved bruk av Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0)² og Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0)³. Dette er et skjema som kartlegger spisemønster, vekt, syn på eget utseende og hvordan dette påvirker ens liv.

Gruppens struktur

Rammen for gruppen var atten møter over vel et år. Det første og de siste tre møtene fra september til mai var ukentlige. De resterende møtene var annenhver uke, med noe variasjon grunnet høytidsdager. Hvert møte varte i 90 minutter og ble holdt i eget grupperom.

Drøftinger om moralsk taushetsløfte hos deltakerne og betydningen av regelmessig frammøte ble gjentatt i første møtet. Gruppen ble invitert til å følge fysisk utvikling gjennom å måle en kroppsdel med målebånd ved hvert møte. Denne intervensjon ble forkastet av deltakerne etter de første fire- fem samlingene.

2. Fairburn, C. G. og Beglin, S., (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). I *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (309 – 313). New York: The Guilford Press
3. Bohn, K. og Fairburn, C. G. (2008). Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0). I *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (315 – 317). New York: The Guilford Press

“Unzipping” identitet: om affekt, mat og å finne seg selv

Gruppen valgte selv tema for møtene. Intervensjonene i starten hadde fokus på å sørge for at alle fikk anledning til å si noe, for etablering av en åpen og aksepterende kultur med plass for forskjellighet.

Etter seks møter ble deltakerne bedt om å gi konkret tilbakemelding om gruppemøtenes innhold. Den samsvarte med deres tidligere utsagn om at de fant det meningsfylt å ha en fri diskurs om selvvalgte temaer fremfor en mer lederstyrt form der strategier for mestring av personlige problemer ble drøftet. Formen for gruppesamtale ble endret fra mer psykoedukativt og strukturert samtale slik at terapeuten nå åpnet for en fri samtale med større vektlegging av affektivt materiale knyttet til situasjoner utenfor, så vel som i, gruppen. Videre ble dette forsøkt relatert til matinntak og refleksjon omkring mat som en slags "løsning" i relasjon til intrapsykiske og interpersonlige opplevelser og behov. Målebåndet ble lagt vekk, og gruppen forsøkte å finne ord på sin kamp mot fedme.

Forløbet i gruppen:

Prosesser i løpet av den første halvdel av behandlingssekvensen

"Fedmefascisme" som metafor så ut til å være en omskrivning av skam som var så intens at den ikke kunne omtales direkte. Over lengre tid i begynnelsen hadde "som om" kvaliteten vært fraværende i gruppen. Dette gjorde det nesten umulig å utforske hvor den omtalte "fascismen" kom fra, eller om den kun eksisterte hos noen i gruppen og ikke hos andre. For dem som opplevde "fascismen" som reell, ble det "de andre", inklusiv gruppeterapeuten, som angivelig benektet at den fantes. Metaforen gjorde et "comeback" i gruppen halvveis i behandlingen. Her var det igjen snakk om grov intoleranse fra "samfunnet" og manglende vilje hos medisinsk personell til å ta deres plager helt på alvor. Eksempler på dette inkluderte avvisning av behov for plastisk kirurgiske inngrep for å fjerne overflødig hud.

For meg ble dette som en kraftig projeksjon av overdrevne og maligne intensjoner for å fornede og krenke den som ba om hjelp. Ettersom ingen andre i gruppen utfordret disse projeksjonene gjorde jeg noe som ga sterke reaksjoner hos enkelte deltakere. Jeg kom med noen mulige begrunnelser for avslag fra legenes side. De opplevde dette som en avvisning av deres behov. Det reflektive rommet hadde kollapset.

Særlig en deltaker ble krenket av min intervensjon, men i det påfølgende gruppemøtet kunne drøftingen av dette fenomenet begynne på alvor. Først måtte krenkelsen og affekten dette utløste utforskes. Deretter kunne jeg bekreftede at jeg forsto krenkelsen og at affekten var en berettiget respons til det

som hadde foregått i gruppen. Da kunne deltakeren sette ord på egen fortvilelse over å ha båret en av sine foreldres narsissistiske forventninger om å være slank og fin som barn. I dag kunne deltakerne se at hun hadde vært et vanlig fint barn med en vanlig kropp, men den kroppen tilfredstilte ikke foreldrenes behov for å være særskilt fin, muligens den fineste. Som ung kvinne hadde denne deltakeren opplevd at hennes foreldre forklarte at hun ville være heldig hvis hun beholdt ektefellen, underforstått at hun måtte holde seg slank.

I løpet av samtalen rundt deltakernes opplevelser fra oppvekstfamilien, forsvant det vennlige smilet hun til vanlig hadde. Ansiktet ble preget av alvor og jeg etterlyste gruppens affektive respons på det de hørte. Andre kunne fortelle at de ble triste, noe som så ut til å påvirke deltakeren. En av deltakerne kunne ikke føle noe, noe som også ble rommet i gruppen. Det var som om noe kvalitativt nytt skjedde i gruppen da hun fortsatte med å fortelle at hun syntes det var mer skammelig og "vondt" å være såpass trist og usikker i forhold til andre mennesker enn at hun hadde tildekket dette gjennom "å spise seg tjukk".

Dette utløste respons som ga uttrykk for gjenkjennelse og resonans. Flere hadde hatt liknende opplevelser i forhold til foreldres behov for å bruke barnet som en kilde til egenverdi og identitet for å bekrefte noe relatert til helse, skjønnhet, femininitet eller vellykkethet. Særlig vanskelig synes det å ha vært når det var mor som hadde slike behov. Det fordekte mislykkede selvet hadde kommet til syne i gruppen, og behovet for tildekkingen hadde blitt formulert med ord. På slutten av timen fortalte deltakeren at hun hadde lyst "å springe ut og finne noe godt å spise". I tillegg sa hun spontant at denne timen hadde vært svært meningsfylt og at hun opplevde at gruppen ga henne noe viktig.

Prosessen i løpet av den andre delen av behandlingssekvensen

I løpet av den andre halvdelen av behandlingsopplegget var fortsatt fravær et stort problem. Som terapeut reflekterte jeg over om fraværet kunne være relatert til ambivalens i forhold til gruppens prosess. Under et møte hadde en deltaker "tilfeldigvis" med seg en stor skål sjokolade som hun skulle transportere videre etter gruppen. Gruppeterapeuten tok tak i denne situasjon for å snakke om hvordan ambivalens kunne oppstå og hvordan mennesker i omgivelsene kunne skape tilsynelatende harmløse situasjoner der mat var tilgjengelig, men hvor det kunne fungere svært dårlig når deltakerne brukte mat som middel til å eliminere affekt fra sin bevissthet.

Temaene i denne delen av gruppens liv ble mer relasjonsorientert enn tidligere. Deltakerne ble mer direkte med hverandre og mer konfronterende i for-

"Unzipping" identitet: om affekt, mat og å finne seg selv

hold til “unzipping”- fantasier om endringer. De to som hadde lengst erfaring som fedmeoperert kunne enes om en erkjennelse av at manglende selvaksept førte til en opplevelse av å være mindreverdig eller å være hemmet i ulike aktiviteter. Skammen rundt dette var ikke direkte relatert til kroppens størrelse, men heller til hvor fornøyd en selv var med kroppens størrelse og utseende på reisetidspunktet.

Gruppen begynte å utforske ulike tankemønstre som kunne påvirke atferd med konsekvenser for matinntak eller trening. En av kvinnene holdt fast ved påstanden om at hun ikke kunne spise “fornuftig” når hun var på jobb. En annen deltaker mente at dette hadde sammenheng med at kvinnen fortsatt strevde med å føle at hun hadde kontroll over sin egen situasjon. Manglende affektiv kontroll ble ansett av gruppen som en omgjøring til en forestilling om manglende “kontroll over muligheten for riktige måltider” hos den første kvinnen.

En annen kvinne arbeidet med å finne anerkjennelse i sin lettere kropp. Hun hadde alltid opplevd at hennes verdi ble bekreftet når hun viste omsorg for andre. Hun hadde en klar tendens til å undertrykke egne behov til fordel for andres. Gruppen hjalp henne til å se at hun kunne skjerme seg fra å gjøre dette i sitt arbeid og i sin familie gjennom å velge andre arbeidsoppgaver. Hun fikk støtte til å be om en ny arbeidssituasjon der hun kunne utvikle ferdigheter til å kunne sette grenser for kollegaer på jobben. På denne måten fikk hun mer tid og anledning til å delta i andre aktiviteter som kunne skape nye kilder til anerkjennelse.

Det som preget gruppens prosess var nå flere nyanser når det gjaldt hva den enkelte strevde med og hvordan gruppe medlemmene møtte hverandre. Noen av deltakerne snakket om behovet for utprøving og utholdenhet og det at det var forståelig at problemer oppsto i forhold til å finne ut av hvordan en nå skulle håndtere affekt og relasjoner. Noen av deltakerne var fortsatt sterkt plaget av manglende tro på egen evne til å finne løsninger og fullføre disse, med andre ord av mindreverd. For disse var det en løsning å imitere andre. Uten indre struktur og forståelse for å gjennomføre mislyktes de likevel. Dette ble en forsterking av skamfølelse og mindreverd.

Stemningen kunne være dempet når frustrasjonen i forhold til det møysommelig og jevne arbeid som var nødvendig for å nå mål og holde kropp og psyken i god form, også etter operasjon, vokste i gruppen. Og med jevne mellomrom kom metaforene rundt “unzipping fedme” tilbake, omenn i en mindre uttalt form. Når de perfeksjonistiske, magiske “løsningene” var blitt identifisert som lite realistiske, var det som om gruppen måtte forholde seg til en

gråere hverdag der en selv ble ansvarliggjort for både kroppens tilstand og for sin egen selvakseptering og tilpasning i relasjoner til andre. Denne diskursen hvor menneskelig feilbarlighet og alminnelighet ble konstatert som realistisk, ble for noen av deltakerne frustrerende og lite tilfredsstillende. For andre ble denne akseptering av en halvveis løsning for seg selv og sitt utseende en god nok løsning etter år med indre smerte.

Diskusjon

En gruppe er mest sårbar i oppstartsfasen når det skal etableres en arbeidsallianse mellom gruppeterapeuten, hver enkelt deltaker og deltakerne imellom. En terapeutisk kultur der normene for godt samspill som fører til terapeutiske prosesser dannes skal etableres. I grupper som er sammensatt av personer med felles problematikk, er det forventet at gruppen raskt blir "kohesive", det vil si at gruppen opplever samhold og finner det relativt lett å identifisere seg med hverandre (Scaturro, 2000). Gruppen hadde en del utfordringer til tross for en viss grad av homogenitet knyttet til manifeste "symptomer", nemlig vansker med å regulere matinntak og holde en rimelig vekt over tid. I begynnelsen fremstod dette som en sammensatt gruppe bestående av personer som ikke hadde tilfredsstillende behandlingsresultater. Kvinnene rapporterte før gruppen startet et høyt psykisk ubehag og mangel på livskvalitet og hadde motivasjon for endring.

Gruppetilbudet skulle være strukturert og psykoedukativt i form slik at det var mulig å tilpasse tilbudet til deltakerne. Fokuset skulle være rettet mot forbedring av selvaksept gjennom speiling og en gruppekultur som kunne få fram selvaksept og regulering av affekter i gruppetimene. Jeg har relativt mye erfaring med tilpasning av tids- og fokusavgrensede grupper med psykoedukative mål og vurderte før oppstart at det i stor grad ville være mulig å tilpasse formatet for denne gruppen. Denne tilpasningen foregikk i løpet av de første fem-seks møtene der jeg aksepterte deltakernes ønske om mer affektfokus og intervenerte slik at dette ble hovedtemaet.

I ettertid kan jeg se at en av kvinnene ikke fant seg til rette med denne tilpasningen og ga uttrykk for at hun hadde sett for seg at de skulle delta på "et kurs" hvor de skulle få råd om mat og mosjon. Hun hadde stort fravær den andre halvdel av gruppetiden. To deltakere som strevde med å identifisere affekter og med å uttrykke og tåle disse, ga uttrykk for at de hadde behov for å jobbe slik gruppen gjorde, men hadde motstand mot å gjøre dette. Den ene hadde ikke fravær, mens den andre etter hvert fikk større problemer med å

møte opp. Hun hadde fullført et supplerende behandlingstilbud som falt bort. I tillegg hadde hun kommet i arbeid, og fikk store vansker med å regulere sin døgnrytme, inklusiv søvn og matinntak. Det kan antas at tilpasningen i gruppens form var gunstigere for noen enn for andre, og at dette kan ha vært medvirkende til at noen ikke møtte til timene.

Gjennom gruppens samtaler ble det tydeligere for meg at nesten samtlige av deltakerne hadde en sterk følelse av mislykkethet i forhold til egen måloppnåelse. Det var avstand mellom deres idealer og det de hadde oppnådd. Dette vakte sterk og ubehagelig affekt. Denne følelsen av tilkortkommenhet var vanskelig å sette ord på. Det kunne likne både skyld og skam. En måte å fortolke denne affektive stemningen på var å se Nancy Mc Williams beskrivelse av ulike personlighetstyper (1994). Mc Williams differensierer mellom den "depressive personlighet" og den "narsissistiske personlighet". I den depressive personlighet spiller skyld en større rolle enn skam i selvpplevelsen. De trenger bistand til å redusere sitt strenge "overjeg" og synet på seg selv som den som "gjør feil". I den narsissistiske gruppen trengs terapi som kan lindre og utfordre opplevelsen av å "være feil". I gruppen har en kombinasjon av begge personlighetstyper muligens ført til at de med mer narsissistisk problematikk kan ha følt seg kritisert når de ble forsøkt ansvarliggjort for egne handlinger. Med bakgrunn i dette er det mulig å konkludere med at gruppen besto av kvinner med ulike personlighetstyper og personlighetsstrukturer.

En forklaring på noen av deltakernes ulike reaksjoner på den etter hvert mer analytiske kulturen kan være at deltakerne hadde homogene symptomer og heterogene personlige ressurser. Noen fungerte på det som Mc Williams betegner som "nevrotisk nivå" og som derfor kunne profittere på ekspressiv behandlingsteknikk, der målet er å avdekke hittil ubevisst forsvar, affekt, konflikter og lensler. Andre, inklusive de to som uteble fra gruppen, så ut til å fungere på et nivå der de hadde behov for støtte til å øke sin intrapsyriske trygghet og stabilitet.

Gruppeinteraksjonen hadde ofte preg av en slags distanse og sjenanse. Dette ble tydelig både i gruppesamtalene og ved høyt fravær. Noe som kjennetegnet samtalene var mangel på verdsetting av bidrag fra andre og liten anerkjennelse av de andres betydning. Dette var atypisk i forhold til andre grupper jeg leder og må dermed etter all sannsynlighet attribueres til denne spesifikke gruppematriks.

Det kan her være hensiktsmessig å reflektere over at gruppens matriks syntes å være preget av mye skam. Mc Williams (1994) forklarer hvor utbredt narsissistiske trekk er og begrunner dette med samfunnsutviklingen på følgende måte:

The world changes rapidly; we move frequently; the media exploit our insecurities and pander to our vanity and greed; secularization dilutes the internal norms that religious traditions once provided. In mass societies and in times of rapid change, the immediate impression one makes on others may be more compelling than one's integrity and sincerity, qualities that are prized in smaller and more stable communities where people know each other well enough to make judgments based on someone's history and reputation (pp. 169-170).

En oppdragelse der barnet er den som skal bekrefte den voksnes selvobjektsbehov i en eller annen form skaper vansker for barnet. Egen atferd evalueres, og angst for kritikk utvikles. Barnet blir ikke anerkjent for egne kvaliteter, men heller bedømt ut ifra hva den voksne har behov for. Dette kan gi en frykt for å bli sett på en slik måte at skammen forsterkes, og derved skape behov for å gjemme seg. Manglende bekreftelse og anerkjennelse kan føre til en indre tomhet hos barnet. Slik tomhet kan medføre en unngåelse av følelser eller handling som kan avsløre personlig svakhet eller feilbarlighet så vel som realitisk avhengighet av andre.

Med en slik indre verden vil det ifølge Mc Williams være svært vanskelig å vise anger eller uttrykke takknemlighet. I mange terapeutiske grupper som har fungert over tid, er det vanlig at deltakerne innser at deres handlinger har konsekvenser for de andre, og de blir oppmerksom på at deres fravær er en ulempe for andre. Dette uttrykkes ofte som skyld. I tillegg er det også vanlig at gruppede medlemmer anerkjenner eller takker hverandre for bidrag de har fått i form av kommentarer eller meddelelser av personlig karakter. I denne gruppen kom det få kommentarer som kunne tyde på anger eller takknemlighet.

Gruppens interpersonlige klima hadde i store deler av behandlingstiden vært preget av en vagheter og en nesten forretningsmessig stil, hvor affektive meddelelser "ble glemt" til fordel for samtaler preget av kontroll og selvbehersekelse. Fortvilelse over kontrolltap ble iblant formidlet, men det var sjelden dette førte til en umiddelbar og følelsesladet samtale om vanskene i gruppen. Dette skjedde først på slutten av behandlingssekvensen. Da oppsto en større grad av spontanitet og direkte meddelelser fra de ulike kvinnene som etter hvert utgjorde de "faste" deltakerne. Disse utgjorde en kjerne som etablerte en egen gruppekultur, hvor affekter var i fokus, og tiden ble brukt til å drøfte forholdet mellom affektive erfaringer, selvfølelse og betraktninger om og ivaretagelse av egen kropp.

Det synes som en del personer som gjennomgår fedmereduserende inngreper ut til å klare overgangen til et liv med strenge krav til en ny livsstil uten

"Unzipping" identitet: om affekt, mat og å finne seg selv

særlig besvær. For andre er denne overgangen langt mer problematisk når de lenge etterlengtede resultatene uteblir. I gruppen var det mulig å få innblikk i problemer i ulike faser etter operasjonen. De nyopererte rapporterte i begynnelsen en slags eufori. Da vekten gikk ned, følte det som om de kunne spise uten dårlig samvittighet eller skam. Dette var en uvant og ønsket opplevelse. Da vekten ikke lenger gikk ned så fort, eller holdt seg stabil, ble overgangen til opplevelse av skyld og skam forsterket for de fleste. Igjen økte redselen for å “miste kontrollen”. Da kom skammen og den ga en følelsen av å ha mislykkes.

De andre som hadde kommet lengre i prosessen innså at de måtte arbeide med den underliggende spiseforstyrrelsen. Noen av disse kvinnene slet med utholdenhetsvansker og liten tro på egen evne til å planlegge og gjennomføre det de visste var “fornuftig” av både spising og trening. Det ble etter hvert tydelig for deltakerne som forble i gruppen at jo lengre tid som gikk, jo mer påkrevd ble det å få et bevisst forhold til måltider og ernæring. Dette var like problematisk som før operasjonene for samtlige deltakere. For deltakerne som var i stand til å gjennomføre denne formen for gruppeterapi, økte bevisstgjøringen som forsterket motivasjon for

- 1) å gjennomarbeide følelser som ble avverget gjennom mat
- 2) å finne støtte for selvaktelse knyttet til egen identitet.

Disse hadde også sett viktigheten av å nyte livet og søke glede mens de arbeidet langsomt med å stabilisere sin kroppsvekt.

Der er flere holdepunkter for at fedmereduserende kirurgiske behandlingen forsterker urealistiske forestillinger om at en ny kropp, et nytt utseende og en ny selvaktelse kan oppnås uten særlig besvær. Også målrettede opplegg for endringer i kost og mosjon kan unnlate å få frem kompleksiteten og stabiliteten i de dypt forankrede psykologiske mekanismene som har forårsaket sykkelig overvekt. Kvinnene i denne gruppen uttrykte følgende: “Hodet henger ikke med kroppen”. Med dette mente de at mer langsiktig psykologisk behandling var nødvendig for dem slik at de kunne løse den intense affekten de i så lang tid hadde lindret og unngått å føle gjennom sitt misbruk av mat.

Konklusjon

Etter fedmereduserende behandling får noen pasienter vansker med å tilpasse sin atferd slik at de over tid kan leve godt med de kroppslige endringer som skal begrense kroppsvekten. For disse personene trengs tiltak som kan rette

fokus mot underliggende, stabile psykologiske mekanismer som har ført til den sykelige overvekten. Det er fare for at det kan oppstå iatrogene vansker for pasienter som forventer raske og lettvinde løsninger som speiler deres umodne og urealistiske ønsker om endret kropp, utseende og vekt. Fedmebehandlede er ingen ensartet gruppe, også blant disse finnes personer med ulike personlighetstyper og strukturer. Hvert individ vil profitere på ulik psykologisk behandling. Sannsynligvis er affekten skam en sentral og grunnleggende faktor hos de fleste som sliter med dårlig affekt toleranse og lav selvaktelse. Grupperterapi vurderes å være et viktig supplement i behandlingen av personer med tilpasningsvansker etter fedmereduserende tiltak.

Referanser

- Andersen, J.R., Bergsholm, P., Slettskog, N, Våge, V., & Natvig, G.K. (2009). Health-Related Quality of Life and Paid Work Participation after Duodenal Switch. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5 (3), s. 329-33.
- Bohn, Kristin, og Fairburn, C. G. (2008). Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0). I *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (315-317). New York: The Guilford Press.
- Cook, D.R. (1996). Empirical Studies of Shame and Guilt: The Internalized Shame Scale. I Nathanson, D.L. (red), *Knowing Feelings: Affect, Script and Psychotherapy* (132-165). New York, W.W. Norton & Company.
- Fairbairn, C.G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. og Beglin, S., (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). I *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (309-313). New York: The Guilford Press.
- Gold, B. (1999). Special Section: Eating Disorders. *Group Analysis* 32, 5-6.
- Greenberg, I., Perna, F., Kaplan, M., & Sullivan, M.A. (2005). Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. *Obesity Research* 13(2), 244-249.
- Greenberg, I., Sogg, S., & Perna, F.M. (2009). Behavioral and Psychological Care in Weight Loss Surgery: Best Practice Update. *Obesity Journal* 17(5), 880-884.
- Hanson, W. (2005). Når musikken stilner: Skammens betydning i en analytisk gruppe. *Matrix* 3, 250-260.
- Keith, L., Gillanders, D. & Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16(4), 317-327.
- Luppino, F.S, de Wit, L.M., Bouvy, P.E, Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, W. J. H., & Zitman, F.G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression. *Archives of General Psychiatry* 67(3), 220-229.
- Mc Williams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: The Guilford Press.
- Nathanson, D.L. (1992). *Shame and Pride: Affect, Sex and the Birth of the Self*. New York: W.W. Norton & Company.

“Unzipping” identitet: om affekt, mat og å finne seg selv

- Scaturro, D.J. (2004). Fundamental Clinical Dilemmas in Contemporary Group Psychotherapy. *Group Analysis* 37, 201-217.
- Troop, N.A., Allan, S., Serpell, L., & Treasure, J.L. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review* 16(6), 480-488.

Abstract

Wendy Hanson: "Unzipping" identity: on affect, food and finding yourself

Obesity is a growing health problem. Some people who undergo an intervention which entails relatively rapid weight reduction with a greatly reduced body size may experience emotional difficulty in adjusting after treatment. The supposed underlying psychological variables which lead to obesity may not be sufficiently treated, or possibly have not been a focus of treatment beforehand. A limited capacity to tolerate intense affect, especially shame, and an underdeveloped ability to transform affect to identifiable and tolerable feelings, is described as a central factor which may hinder positive outcome. By some obese people food is used as a means of attaining an inner calm, while frequent use of this self-soothing strategy leads to obesity. This paper describes the clinical process from an out-patient short-term, closed group therapy for women who had developed physical and psychological adjustment difficulties. The aim of the group was to attempt to identify and work through affect. In the course of the treatment process, it became apparent that the group's members had different personality types and personality structures. Various interventions seemed to be necessary to accommodate this group with obesity difficulties. The group therapy took an analytic form and suited approximately half of the initial members. In hindsight, it may appear that rapid weight reduction (by means of surgery or life-style changes) may lead to iatrogenic psychological difficulties. This may happen when there is an inadvertent reinforcement of the patient's belief that a "perfect body" is necessary for positive acceptance in society. Not achieving medical goals or being incapable of maintaining reduced weight can also lead to increased shame or other negative emotions. The main focus of group therapy here was greater insight into underlying psychological processes as well as identifying and working through intense affect during a period where it was not feasible to deal with emotions by means of over-eating. Through participation in a specialized group therapy, it is possible for members to achieve increased awareness into how food is used for self-soothing purposes. This may lead to an acceptance of the need for consistent and continual attention to affect and feelings in order to avoid obesity.

Key words: group therapy, obesity, weight loss surgery, shame

Overføringsfokuseret psykoterapi

– en oversigt

Anden del

Matrix, 2011; 2, 117-146

Lars Neisig Møller og Laura Louise Clausen

Overføringsfokuseret psykoterapi ser ud til at virke i randomiserede kontrollerede undersøgelser. Og i nogle tilfælde ser den endog ud til at virke bedre end de skoler, hvormed den sammenlignes. Men den virker ikke i alle tilfælde. Den kan ligefrem være kontraindiceret. Således findes der enkelte tilstande eller forstyrrelser på BPO-planen (f.eks. antisocial personality disorder i den psykopatiske form), hvor terapeuten uvægerligt kommer til kort med den kernbergske metodologi. Udbuddet af psykologiske behandlingsskoler, der forfægter hver sin indfaldsvinkel på menneskesindets symptomer, er støt voksende. Men skolerne henvender sig ikke til de samme patienter. Nogle specialiserer sig i netop den gruppe af svært personlighedsforstyrrede patienter, der i sin tid vakte O. F. Kernbergs særlige interesse. Behandlingen af disse patienter er særdeles udfordrende og tidskrævende. Men omkostningerne for patienterne og det omgivende samfund ved ikke at foretage sig det fornødne og afbøde lidelsen er uoverskuelige.

*Lars Neisig Møller, MD, Distriktspsykiatrien (Region Sjælland), Havnevej 7, DK-4000 Roskilde.
E-mail: Inmo@regionsjaelland.dk*

*Laura Louise Clausen, 1. reservelæge, MD, Psykiatrisk Center Ballerup, Gentofte Afdeling (Region Hovedstaden), Niels Andersens Vej 65, DK-2900 Hellerup.
E-mail: laura.louise.aakjaer.clausen@regionh.dk*

Anden del

Indledning

“Everybody has won, and all must have prizes”, lyder dodofuglens underfundige dom i Lewis Carrolls eventyrfortælling *Alice in Wonderland*. – Siden mellemkrigstiden, hvor Saul Rosenzweig rejste spørgsmålet om behandlingsskolernes relative fortjenester og med sin allegoriske brug af Carrolls figurer havde held til at sikre sit eget svar, dvs. *the dodo bird verdict*, for eftertiden (Rosenzweig, 1936, 412-415), har striden om den såkaldte *common factors theory* raset frem og tilbage. Spiller den enkelte behandlingsskoles metodologi nogen afgørende rolle for den kliniske virkning på patientens tilstand? Er det mester-tænkerens overlegne teori, der i kraft af sine regler bestemmer udviklingen i sygdomsforløbet, dvs. behandlingens succes eller fallit? Eller beror nyttevirkningen af psykoterapi i virkeligheden på faktorer, der er fælles for de konkurrerende terapiformer? Er patientens relation til en terapeut, der så at sige forener en kold hjerne med et varmt hjerte, af større betydning end den teoretiske indfaldsvinkel, hvorfra han bliver anskuet? – Striden blussede for alvor op igen, efter at Lester Luborsky i 2002, under henvisning til et antal meta-analyser, stod frem og hævdede, at ingen signifikant virkning (*effect size 0,2*) af behandlingen kunne tilskrives specifik psykoterapeutisk metodologi (Luborsky, 2002, 2-12).

Påstanden om metodologiens underordnede rolle i det psykoterapeutiske arbejde måtte uvilkårligt ægge til modsigelse og er med stor iver blevet angrebet fra flere sider. F.eks. er Luborsky blevet beskyldt for at drage forhastede slutninger på grundlag af et statistisk artefakt (Chambless, 2002, 13-16)¹. Og tanke-

1. Ét er, at menneskesindet så sandeligt kan anskues fra behandlingsskolernes uensartede indfaldsvinkler, kendetegnet ved hver sin foretrukne sprogbrug (konceptualisering, terminologi), uden at den enes succes er ensbetydende med en eneret til sandheden eller den andens fallit; noget andet er, at skolerne hver især kan udvælge sig bestemte patologiske dimensioner af menneskesindet, dvs. symptom- eller personlighedsforstyrrelser, med henblik på særlig fordybelse (specialisering). Det sidste synes uvilkårligt at tilsige udviklingen af terapeutiske virkemidler (metodologiske anbefalinger) svarende til de behandlingskrævende tilstandes natur – og er dermed en selvstændig grund til behandlingsskolernes uensartethed. F.eks. er behandlingen for panikangst som sådan ikke den samme som for BPD. Metodologien synes i et tilfælde som dette at gøre en indlysende forskel. – At panikangst kan optræde sammen med BPD, betyder jo ikke, at tilstandene er nosologisk ligestillede eller, at patienten for så vidt, som hin skulle gå væk, er tilstrækkeligt behandlet for denne, endsig-

gangen, som den udtrykkes af Rosenzweig og Luborsky, strider da også grundlæggende imod O. F. Kernbergs sygdomsforståelse. Han havde i sin tid, da han studerede resultaterne af Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project, en fuldkommen rationel begrundelse for overhovedet at gå i gang med udviklingen af, hvad der siden hen skulle blive kendt som overføringsfokuseret psykoterapi (eng. transference-focused psychotherapy, TFP) (Kernberg, 1972, 1-275). Som bekendt begyndte det alt sammen med afgrænsningen af et bestemt psykopatologisk konstrukt, dvs. den såkaldte borderline-personlighedsorganisation (BPO). I erkendelse af en patientgruppe, hvis behandlingskrav på afgørende punkter syntes at afvige fra dem, der blev udtrykt af patienter med enten neurotisk (NPO) eller psykotisk personlighedsorganisation (PPO), satte Kernberg sig for at anvise en anden behandling end den dengang forhåndenværende. Den forekom ham nemlig at være utilstrækkelig. Det var hans klare indtryk, at metodologisk revision var påkrævet i den anledning. Hvilende på hans erfaringer med andre behandlingsskoler kom TFP således til verden, indført som et særligt behandlingstilbud tiltænkt svært personlighedsforstyrrede patienter. Hans metodologi skulle være nøje tilpasset de psykiske helbredsklager i den udvalgte patientgruppe².

Den påstand, at stort set alle psykoterapeuter i virkeligheden skulle være eklectiske pragmatikere, der forråder principperne bag den lukkede dør, ville Kernberg afvise med bestemthed. Det svarer i det mindste ikke til hans egen praksis. For så vidt, som de hviler på en klinisk-rationel argumentation med et udtrykt standpunkt på sammenhængen imellem årsag og virkning i det terapeutiske rum, er det ikke til at komme uden om principper og regler. F.eks. står Kernberg stejlt på den tekniske neutralitet, der er en hjørnesteen i hans metodologi:

"... we do not recommend the use of supportive techniques, such as providing encouragement or advice to patients with BPO who are selected for TFP. We consider such techniques a deviation from technical neutrality (Clarkin, 2006, bog)".

helbredt; den ene er sekundær til den anden, dvs. panikangsten kan være én blandt flere symptom-forstyrrelser ved den samme personlighedsforstyrrelse.

2. Selve manualen udtrykker i sine detaljerede anvisninger, at der findes regler for, hvorledes patienten og terapeuten sammen bevæger sig hen imod behandlingsmålet på den rette måde. Behandlingen må ikke overlades til tilfældigheder bestemt af øjeblikkets bekvemmelighed eller andre fristelser, der – til fare for overføringsanalysen – kan opstå i det terapeutiske rum. Der er fra først til sidst en overordnet plan at følge. Nogle tekniske dispositioner er formålstjenlige, f.eks. set i forhold til den tilstræbte selvrefleksion eller autonomi, hvor andre er skadelige.

Empirisk evidens for nyttevirkningen af TFP

J. F. Clarkin beskrev i 2001, hvorledes TFP efter et enkelt behandlingsår fremkaldte et signifikant fald i antallet af kvindelige BPD-patienter med selvmordsforsøg. (I alt 23 kvinder deltog i undersøgelsen, med en *dropout rate* på 19,1 %.) Endvidere kunne undersøgerne påvise et signifikant fald i den gennemsnitlige risiko for selvskadende adfærd, antallet af besøg på skadestuen, antallet af indlæggelser og antallet af indlæggelsesdage. Endeligt bemærkede man en signifikant forbedring af den gennemsnitlige fysiske helbredstilstand efter selvskadende adfærd. Efter et år med TFP opfyldte 52,9 % af patienterne ikke længere de diagnostiske kriterier for BPD (Clarkin, 2001, 487-495).

I 2004 sammenlignede Clarkin tre konkurrerende terapiformer i en randomiseret kontrolleret undersøgelse. Behandlingsvarigheden var også i dette tilfælde et enkelt år. Således blev TFP sammenlignet med en anden psykoanalytisk baseret terapiform, nemlig supportiv psykoterapi (uden overføringsanalyse), og dialektisk adfærdsterapi (DBT). Både kvindelige og mandlige BPD-patienter, 90 i alt, blev inkluderet i undersøgelsen. TFP klarede sig bedst i undersøgelsen, hvor man sammenlignede resultaterne af de tre terapiformer med hensyn til seks parametre: (1) suicidalitet, (2) aggression, (3) impulsivitet, (4) angst, (5) depression og (6) social tilpasning. TFP kunne noteres for en signifikant forbedring med hensyn til ti af tolv variable på tværs af de seks parametre, DBT for fem af tolv og SPT for seks af tolv (Clarkin, 2004, 52-72; Clarkin, 2007, 922-928).

I en anden randomiseret kontrolleret undersøgelse fra 2010, indbefattende 104 kvindelige patienter og strækkende sig over et år, hvor Stephan Doering sammenlignede TFP med den metodologisk vekslende behandling ydet af psykoterapeuter fra privat praksis, viste TFP sig at være overlegen med hensyn til *dropout rate* og antallet af såvel selvmordsforsøg som psykiatriske hospitalsindlæggelser³. Derudover klarede TFP sig bedre på udvalgte områder såsom "borderline-symptomatologi", "psykosocial funktion" og "personlighedsorganisation". I begge de sammenlignede patientgrupper kunne man notere en signifikant forbedring med hensyn til de almindelige symptom-forstyrrelser angst og depression. Der var i denne henseende ingen signifikant forskel imel-

3. De psykoterapeuter fra privat praksis, der deltog i undersøgelsen, spændte lige fra psykoanalytikere, adfærdsterapeuter, klient-centrerede terapeuter (rogerianske), systemiske psykoterapeuter til en enkelt gestalt-terapeut; skønt alle erfarne på hver sit felt og særligt interesserede i svære personlighedsforstyrrelser havde de ingen erfaring med netop manualiseret behandling for BPD (Doering, 2010, 389-395).

lem grupperne. Noget tankevækkende var der derimod ingen virkning at spore i nogen af grupperne på tendensen til selvskadende adfærd (Doering, 2010, 389-395).

Ikke alle sammenlignende undersøgelser falder ud til fordel for TFP. F.eks. fandt Josephine Giesen-Bloo, der sammenlignede TFP med skema-fokuseret terapi (SFT, jf. nedenfor), at denne klarede sig bedre end hin med hensyn til fire parametre: (1) "Borderline Personality Disorder Severity Index (4th version)", (2) "quality of life", (3) "general psychopathologic dysfunction" og (4) "measures of SFT/TFP personality concepts". Undersøgelsen strakte sig over hele tre år, indbefattende 88 randomiserede patienter. Efter et, to og tre behandlingsår kunne man dog påvise en signifikant forbedring med hensyn til samtlige parametre for både TFP og SFT (Giesen-Bloo, 2006, 649-658).

Behandlingsindikationer

Nok betegner BPD en kronisk tilstand, men den samlede erfaring fra klinikerne behandlingsforløb og kontrollerede studier viser efterhånden, at den til alt held er tilgængelig for behandling; forandring til det bedre er i praktisk taget alle tilfælde en forudsigelig virkning af målrettet behandling – og til det normale i mange tilfælde et fuldt opnåeligt behandlingsmål (Perry, 1999, 1312-1321; Leichsenring, 2003, 1223-1232). Som anført er TFP som terapiform udviklet som et særligt behandlingstilbud til BPO-patienter. Alene populationen af behandlingstrængende BPD-patienter frembyder imidlertid en slående heterogenitet. Flere forhold bidrager dertil. Således må det erkendes, at sygdomssammenfald (ko-morbiditet) er udbredt⁴.

Noget andet end forekomsten af "lånte" personlighedstræk fra andre personlighedsforstyrrelser er komplikationer i form af såkaldte "symptom-forstyrrelser", f.eks. angst, depression i en strengere affektiv forstand, spiseforstyrrelse (nervøs anoreksi, bulimi), *posttraumatic stress disorder (PTSD)*, præmenstruelt syndrom (PMS) eller dissociativ forstyrrelse (somatisering). Også alkoholisme

4. Ret beset er ko-morbiditeten dog til dels et artefakt, en konsekvens af den diagnostiske kategorisering (til forskel fra dimensional diagnostik). De enkelte personlighedsforstyrrelser, f.eks. BPD, henhørende under overbegrebet BPO optræder sjældent i den rene form, der beskrives i DSM-IV (eller for den sags skyld ICD-10). I reglen finder klinikerne hos patienten en ophobning af afvigende personlighedstræk, hvoraf nogle er tilstrækkeligt fremtrædende til, at de får lov til at bestemme diagnosen. I nogle tilfælde tager klinikerne konsekvensen deraf og vælger fra begyndelsen af en blandingsdiagnose.

og forbrug af illegale eller receptpligtige psykoaktive droger er i høj grad med til at forme den kliniske fremtoning. Det er dog en forudsætning for at komme i betragtning til TFP, at man uden forbehold medvirker til, at de pågældende komplikationer bliver selvstændigt håndteret (f.eks. ved hjælp af medicin eller afvænnning), altså uden for det terapeutiske rum, og bragt under kontrol.

Skønt skizotypi inden for rammerne af ICD-10 opfattes som en subpsykotisk tilstand fra det skizofrene spektrum, findes end ikke patienter med *schizotypal personality disorder*, der i DSM-IV gælder for en akse-II-tilstand på lige fod med andre personlighedsforstyrrelser, uegnede til at modtage TFP. Også patienter med udtalt hypokondri, f.eks. i form af dysmorfofobi hos den skizotypiske patient, kan i princippet tilbydes TFP.

Patienten med egentlig *antisocial personality disorder* indtager for Kernberg at se en særstilling. I erkendelse af hans grundlæggende (dvs. manglende) forudsætninger for at indgå i et redeligt samarbejde, som det kræves i behandlingskontrakten, vil man på forhånd være tilbøjelig til at udelukke ham fra TFP. Fordi hadet og bedrageriskheden er fuldkommen enerådende i hans grundsyn på sig selv, som det røber sig i hans tilknytning til andre, herunder terapeuten, er der ingen sand modtagelighed for behandling, ingen grobund for personlig udvikling i retning af selvrefleksion og autonomi, ingen oprigtig vilje til forandring⁵. Det er i det mindste udgangspunktet for den pessimistiske holdning – og afvisningen af ham som psykoterapeutisk patient. Den psykopatiske overføring, som den undtagelsesvis kan studeres på nærmeste hold af terapeuten, er ifølge Clarkin et virksomt forsvar imod en underliggende overføring, der er paranoid, og som i særlige tilfælde, hvor patienten er under pres, kan give sig til kende som en paranoid-psykotisk overføringsregression (Clarkin, 2006, bog)⁶. Spørgsmålet vil dog i det enkelte tilfælde være, om patienten virkelig er så psykopatisk anlagt, at terapeuten er ude af stand til at finde et eneste støt-tepunkt (f.eks. et forsonende træk af indføling eller ansvarlighed) i hans personlighed, der så at sige kan tjene som et brohoved for den psykoterapeutiske kampagne (Kernberg, 1998, 372-392); antisocial adfærd som sådan, dvs. som

5. Noget andet er, at psykopaten kan finde på at foregive modtagelighed (eller anden personlighedsfremmed forandringsvillighed) for at opnå en bestemt belønning, f.eks. prøveløsladelse fra et fængsel.
6. "Clarkin udtrykker sig på følgende måde: In antisocial personality disorder, the complete absence of superego functions, of any capacity for guilt and concern, and of any non-exploitive investment in others practically precludes the possibility for a psychotherapeutic relationship, and at present this disorder is practically untreatable by psychotherapeutic approaches" (Clarkin, 2006, bog).

defineret i DSM-IV, dækker ikke i nær alle tilfælde over psykopati i snæver forstand, men kan lige så vel fremkomme på grundlag af narcissistiske eller andre svært afvigende personlighedstræk. Ved psykopati som klassisk skildret af H. M. Cleckley eller R. D. Hare (jf. *Psychopathy Checklist-Revised, PLC-R*) kommer terapeuten derimod til at lede forgæves efter grundlaget for en behandlingsalliance (Cleckley, 1976, bog; Hare, 2008, 217-46).

Næst efter *antisocial personality disorder* regnes *narcissistic personality disorder* for at have den ringeste prognose på borderline-planet. De vekslende sværhedsgrader af den narcissistiske forstyrrelse kommer til udtryk i tre særskilte personlighedsstrukturer: (1) *narcissistic personality disorder*, (2) *narcissistic personality disorder with antisocial features* og (3) *syndrome of malignant narcissism*. Antisociale adfærdstræk vil alt andet lige tjene til at forværre den i forvejen dystre prognose. Optrædende i nogen videre udstrækning hos den narcissistiske BPO-patient vil de i bedste fald kunne medføre en særdeles tidsrøvende, stædig modstand og dermed byde på store udfordringer for terapeuten, i værste fald forpurre behandlingsforløbet lige fra begyndelsen. Hverken spredte elementer af antisocial adfærd eller symptom-forstyrrelser udelukker dog i sig selv patienter fra behandling.

Bortset fra *antisocial personality disorder* omfatter kontraindikationerne som antydte nogle bestemte narcissistiske fremtrædelsesformer med svære antisociale træk. Kernbergs *syndrome of malignant narcissism* kendetegnes således ved konstellationen af (1) en narcissistisk personlighedsstruktur, (2) ego-synton aggression, (3) paranoide træk og (4) antisocial adfærd. Til forskel fra *antisocial personality disorder*, der i sin renere psykopatiske form er entydigt ondartet, spænder det kernbergske syndrom over indlysende modsætninger. Skønt had og misundelse er fremherskende affekter, svarende til en overvægt af aggressive i forhold til libidinale affekter, findes også et vist anlæg for skyldfølelse og hadfri tilknytning til andre. Denne modvægt til hadet og misundelsen, der er terapeutens støttepunkt ved behandlingens indledning, åbner i sidste ende vejen for den terapeutiske bevægelse fra den psykopatiske over den paranoide til den depressive overføring.

For at kunne profitere i fuld udstrækning af TFP må patienten sandsynligvis være normalt begavet. Tilpasset en specifik problemstilling i sit udvalg af analytisk-terapeutiske redskaber, dvs. BPO, henvender TFP sig ikke til patienter med NPO eller PPO (Clarkin, 1999, bog; Stone, 2000, 193-210; Clarkin, 2006, bog; Kernberg, 2007, 503-539; Kernberg, 2008, 601-620).

Konkurrerende psykoterapiformer

Fra flere psykoterapeutiske skoler kan man i dag tilbyde særligt tilpasset behandling af BPD/BPO-patienter. TFP er altså ikke noget nær alene på markedet for personlighedsforstyrrelser. Som konkurrenter til TFP markedsføres derfor følgende terapiformer: (1) mentalisering, (2) dialektisk adfærdsterapi, (3) skema-fokuseret og (4) kognitiv-analytisk terapi. Men også andre skoler bidrager traditionelt til behandlingen, om ikke andet fordi de uvilkårligt inddrages i behandlingen for de fænomener, der ret beset (og i alt fald ifølge en psykodynamisk tankegang) optræder sekundært til personlighedsforstyrrelserne, dvs. symptom-forstyrrelserne, f.eks. angst og depression⁷.

Synet på elementerne i den tilgrundliggende psykopatologi veksler fra skole til skole. Ligeledes er de metodologiske anbefalinger i behandlingen uensartede. Baggrunden er, at man i hver enkelt skole bekender sig til sin egen indfaldsvinkel på menneskesindet og sine egne begreber til anskueliggørelse (konceptualisering) af sunde henholdsvis sygelige tanke-, følelses- og adfærdsmønstre⁸. Alligevel er der for både psykoanalytisk og kognitivt baserede terapiformer blevet påvist en nyttevirkning på fremtrædende parametre såsom selvskadende adfærd (Kernberg, 1993, 659-673; Kernberg, 1995, 73-82; Kernberg, 1999, 90-99; Perry, 1999, 1312-1321; Clarkin, 2004, 52-72; Stone, 2006, 15-20; Clarkin, 2007, 922-928; Levy, 2007, 1105-1120; Kernberg, 2008, 601-620; Zanarini, 2009, 373-377).

I. Psykoanalytisk baserede terapiformer:

(i) Psykodynamisk psykoterapi/ego-psykologisk psykoanalyse (EPP):

Heinz Hartmann var hovedmanden i udviklingen af denne skole. I lighed med tilhængerne af EPP, der var toneangivende i efterkrigstidens Nordamerika, hvor også Kernberg selv blev påvirket i sine læreår, lægger man i TFP vægt på patient-

7. Det ville i denne sammenhæng føre alt for vidt at komme nærmere ind på nogle af de psykologiske behandlingsforsøg, der ser dagens lys i disse år, f.eks. med indarbejdelse af musik- og tegneterapi i det psykoterapeutiske tilbud (Christensen, 2007 Jan 1, 55-58).
8. Skeptikere kunne i lighed med Rosenzweig finde på – lidt nedladende i andres øjne – at hentyde til den delte myte, der forener tilhængerne af en bestemt psykoterapeutisk skole, f.eks. den freudianske myte om psykens struktur (strukturmodellen). Men et kildent spørgsmål er det nu alligevel, om man så at sige på tværs af myterne – og på trods af nok så meget metodologisk tågeslør – kunne formulere en psykologisk enhedsteori, hvor f.eks. den indlæringsteoretiske konditionering blev oversat til Kleins internaliserede objektrelation.

tens umiddelbare adfærd i sessionerne, den fortolkende bevægelse fra overfladen til dybden og tilvejebringelsen af et indforstået arbejdsgrundlag af observationer, som deles af patienten og terapeuten. De indsamlede observationer danner udgangspunkt for det terapeutiske samarbejde i fremtiden. I det kliniske arbejde forbindes EPP især med forsvarsanalysen; ved hjælp af teknikkerne afklaring, konfrontation og fortolkning (som beskrevet i fortolkningsrækken ovenfor) lærer patienten sine udvalgte forsvarsmekanismer at kende, herunder deres meningsfulde plads eller berettigelse i hans liv, for siden hen at blive herre over dem. Også i TFP er man stærkt optaget af den plads, som de primitive forsvarsmekanismer udfylder i BPO-patientens liv. TFP, sammenlignet med psykoanalysen, udmærker sig imidlertid ved den forholdsvis store vægt på overføringsanalysen. Også i synet på den tekniske neutralitet går skolerne hver sin vej; EPP tillader ingen undtagelser fra reglen, end ikke for at afværge truslerne fra patientens kaotiske livsførelse og *acting-out*. På grund af denne metodologiske rigiditet vil EPP i Kernbergs øjne nok være at anse for uegnet til utilpassede, stemningssvingende og fjendtligt udfordrende BPO-patienter (Hartmann, 1958, bog; Kernberg, 1989, 723-729; Kernberg, 2008, 601-620).

(ii) *Kleiniansk psykoterapi (KP):*

TFP står i gæld til den kleinianske psykoterapeutiske skole. Begreber vedrørende de primitive forsvarsmekanismer (projektiv identifikation m. fl.), objektrelationerne og kondenseringen af ødipale/præ-ødipale konflikter er overtaget fra kleinianerne. Væsentlige fællestræk i det kliniske arbejde omfatter udvalgt af tekniske indgreb, hyppigheden af indgreb og den fremskyndede overføringsanalyse.

Forskellene imellem KP og TFP går bl.a. på dennes lavere hyppighed af sessioner, nemlig 2-3 imod 4-5 ugentligt, ansigt-til-ansigt-opstillingen, der står i modsætning til den klassiske psykoanalyses selviscenesættelse, dvs. med en divan tiltænkt den liggende patient og terapeuten anbragt på en stol bag hovedenden, og terapeutens vedholdende opmærksomhed på affektivt ladede begivenheder i patientens ydre virkelighed.

Den mest iøjnefaldende forskel er imidlertid tilpasningen af begrebet om teknisk neutralitet. I forbindelse med udviklingen af TFP, der henvender sig specifikt til svært personlighedsforstyrrede patienter med en kaotisk livsførelse og lejlighedsvis forekommende behov for støttende indgreb og beskyttelse (imod følgerne af ukontrollable affekter/impulser), er begrebet blevet tilpasset udfordringerne fra en bestemt psykopatologi. Således er det under forudsætning af en efterfølgende gennemgang af begivenhedsforløbet, med særligt

henblik på følgerne for overføringen, blevet terapeuten tilladt at træde ud af rollen som tilbagetrukket observatør for at grænsesætte patienten og dermed sikre behandlingsrammen (patientens selvmord ville jo i utide bringe behandlingen til afslutning). Denne frihed deles ikke af kleinianeren. Som grundlag for sin fortolkning holder han sig strengt til indholdet af overføringen og ser bort fra sådanne begivenheder, der nok kunne virke åbenlyst truende, men som ikke leverede det fremherskende emne til overføringen i det terapeutiske rum (Klein, 1957, bog; Spillius, 1988, bog; Kernberg, 2008, 601-620).

(iii) Intersubjektiv/relational psykoanalyse (RP):

I lighed med RP, grundlagt af G. E. Atwood og R. D. Stolorow i fællesskab, lægger TFP stor vægt på umiddelbare interpersonelle interaktioner⁹. Også optagetheden af modoverføringen betegner for så vidt et fællestræk ved skolerne. Imidlertid er nogle af fortalerne for RP også tilhængere af en formidling af modoverføringens indhold til patienten. Denne formidling strider imod principperne i TFP. En anden forskel imellem skolerne vedrører aggressive adfærdstræk og primitiv seksualitet, der tillægges noget mindre betydning af intersubjektivismen (Stolorow, 1983, 117-28; Atwood, 1984, bog; Renik, 1993, 553-571; Renik, 1996, 495-517; Kernberg, 2008, 601-620).

(iv) Supportiv-ekspressiv psykoterapi (SEP):

SEP skyldes Lester Luborsky. Af de psykoanalytisk baserede terapiformer var SEP den første, der blev fremlagt for offentligheden i manualiseret udformning (Luborsky, 1984, bog). I dag findes SEP i særskilte udgaver tilpasset problemstillinger såsom angst, depression, bulimi, stofmisbrug (kokain, opioid) – og bestemte personlighedsforstyrrelser. Med afsæt i den psykoanalytiske tradition, hvor psykiske symptomer tilskrives uløste konflikter og defekte ego-funktioner, men i øvrigt også under påvirkning af Menninger Foundation's

9. Stående på skuldrene af selv-psykologiens grundlægger, Heinz Kohut, udviklede Atwood og Stolorow begrebet om intersubjektivitet. Fra at have tilhørt de fænomenologiske filosoffer, herunder Edmund Husserl, blev det overtaget af de psykoterapeutiske teoretikere og kom til at henvise til en særlig psykoanalytisk betragtningsmåde. Dialogen imellem patienten og terapeuten fremstilles af intersubjektivismen som en katalysator for patientens forståelse af sine tidlige oplevelser i tilværelsen. I mødet imellem patienten og terapeuten, i selve berøringsfladen imellem parternes subjektive verdener, skabes ny mening til erstatning for gamle vaner i selvforståelsen. Som følge af mødet lærer patienten at se sine oplevelser i et andet lys end hidtil og bliver til slut i stand til at løsrive sig af det belastende gentagelsesmønster i tænkning, følelser og adfærd.

Psychotherapy Research Project, indførte Luborsky begrebet om *Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)*. Ifølge Luborsky påhviler det terapeuten at identificere patientens særlige CCRT på grundlag af et indgående kendskab til dennes symptomer. Fremgangsmåden er blandet støttende (supportiv) og fortolkende (ekspressiv eller interpretativ) med henblik på opbygningen af en *helping alliance* henholdsvis befordringen af patientens forståelse af hans nuværende symptomer og det tilgrundliggende CCRT, hvortil de henviser. Afhængigt af problemstillingen kan SEP være kortvarig og begrænse sig til 6-25 sessioner eller langvarig og udstrække sig fra nogle få måneder til flere år (Luborsky, 1990, bog; Leichsenring, 2007, 57-64).

(v) *Supportiv psykoterapi (SP)*:

Det teoretiske grundlag for TFP, der med sin kendetegnende vægtning af overføringsanalysen betegner en *ekspressiv* snarere end supportiv tilgang, og SP er i vid udstrækning det samme¹⁰. Men tilhængere af denne skole lægger vægt på at styrke patientens tilpasningsevne i den ydre virkelighed ved løbende at rådgive og opmuntre patienten, der ellers udstråler hjælpsøgende rådvildhed og fortvivlelse. Det gælder om at opspore og fremhæve patientens stærke sider for derigennem at give næring til hans selvagtelse og fremme udviklingen af positive mestringsfærdigheder. Terapeuten skal i denne sammenhæng ikke vige tilbage for at vise medfølelse. Uanset, om der i det enkelte tilfælde foreligger en udtrykkelig opfordring dertil fra patientens side, ligger det ligefor at tage skridtet fuldt ud og indimellem gribe ind i patientens ydre virkelighed. Så i denne sammenhæng giver terapeuten afkald på sin tekniske neutralitet, ligesom han afstår fra fortolkninger af overføringen. I stedet arbejder han målrettet på at fremelske en positiv overføring, der skal lette patientens identifikation med hans egne kognitive og affektive holdninger. Han bliver i virkeligheden en form for rollemodel, mentor eller *coach* for patienten¹¹. For

10. Det skal bemærkes, at begrebet om supportiv psykoterapi undertiden anvendes i en bredere forstand, hvor det også hentyder til eklektiske terapiformer.

11. I TFP finder man det modsætningsvis afgørende, at terapeuten undgår at indtage en medfølelse holdning; det ville blive på bekostning af de sandhedssøgende, indsigtsgivende bestræbelser, der med overføringsanalysen som omdrejningspunkt er grundlæggende for TFP. Med andre ord er støttende indgreb, med undtagelse af sådanne indgreb, der foranlediges af patientens øjeblikkelige fare for at lide overlast eller opgive behandlingsforløbet, at fraråde af hensyn til den fulde udvikling af overføringen i sessionernes her-og-nu. Støttende indgreb fra terapeuten side antages således at være til skade for overføringen. Netop af denne grund er den terapeut, der i overensstemmelse med anbefalingerne fra TFP har været nødt til midlertidigt at

Kernberg at se strider den supportive psykoterapi grundlæggende imod den side af behandlingsmålet, der omhandler opnåelsen af autonomi for patienten (Rockland, 1993, 1053-1060; Holmes, 1995, 439-445; Ogrodniczuk, 1999, 297-311; Appelbaum, 2002, 201-202; Aviram, 2004, 145-155; Appelbaum, 2006, 317-332; Clarkin, 2007, 922-928; Kernberg, 2008, 601-620).

(vi) *Mentalisering (mentalisation-based therapy, MBT):*

I lighed med TFP henvender denne terapiform sig til svært personlighedsforstyrrede patienter, nærmere bestemt dem med BPD. MBT er grundlagt af A. W. Bateman. Men også Peter Fonagy har lige siden begyndelsen bidraget til at forme tankegangen. I kølvandet på SEP og TFP (Kernberg, 1989, bog) var MBT den tredje af de psykoanalytisk baserede terapiformer til at blive manualiseret (Bateman, 2004, bog). – I MBT, der markedsfører sig som en tidsbegrænset behandling, tilbyder man en blanding af terapeutiske sessioner på tomandshånd og gruppeterapi, således at formen skifter fra gang til gang, med fremmøde hver 14. dag (Bateman, 2010 Feb, 11-15).

For mentalisterne at se består den grundlæggende problemstilling i patienternes *manglende erkendelse af mentale tilstande*. At mentalisere er i ordets oprindelige betydning at gøre noget mentalt. Hvad der mentaliseres, er handlinger. Ikke, at handlinger i sig selv er det samme som mentale tilstande. Derimod skal handlinger ses i lyset af mentale tilstande for at give mening. Den, der mentaliserer, er altså i stand til at sætte sine egne og andres handlinger i forbindelse med mentale tilstande, dvs. tillægge sig selv og andre mentale tilstande. Mentalisering betegner udnyttelsen af en evne til implicit og eksplicit at fortolke sine egne og andres handlinger som meningsfulde på grundlag af intentionale mentale tilstande (f.eks. ønsker, behov, følelser, formodninger og grunde) (Bateman, 2004 Feb, 36-51; Bateman, 2008 Feb, 181-194; Bateman, 2010 Feb, 11-15). Flere sider af BPD-patienternes kaotiske livsførelse, f.eks. problemer vedrørende affektregulering og impulsivitet, kan utvivlsomt henføres til, hvad mentalisterne konceptualiserer som mangelfuld mentalisering. Behandlingen går derfor ud på ved tålmodige bestræbelser at styrke patientens forudsætninger for at erkende mentale tilstande hos både sig selv og andre. Det er tanken, at BPD-patienten hen ad vejen, givet trygheden i de terapeutiske rammer, gradvis skal lære at mentalisere, tilegne sig evnen til selv-

forsage den neutralt bedømmende holdning, også nødt til efterfølgende at afsætte tid til at genoprette neutraliteten – og dermed en væsentlig del af grundlaget for det analytiske arbejde i sessionerne.

refleksion og blive i stand til at bedømme andre i dybden (Bateman, 2004 Feb, 26-51)¹².

Mentalisternes syn på oprindelsen af BPD er påvirket af tilknytningsteoretiske og udviklingspsykologiske standpunkter. Der forudsættes dog under alle omstændigheder en konstitutionel (biologisk) sårbarhed. Angiveligt skyldes udviklingen af BPD således et uheldigt samspil imellem (1) en tilknytningsforstyrrelse, (2) belastende (traumatiske) livserfaringer og (3) neurobiologiske risikofaktorer. Det antages, at "tilknytningssystemet" så at sige bliver overfølsomt (eng. hyper-responsive) som følge af den skadelige påvirkning tidligt i livet. Overfølsomheden svækker evnen til at mentalisere under de følelsesbetonede belastninger, der venter patienten senere i livet. Omvendt tyder erfaringen på, at den, hvis primære omsorgsgiver under opvæksten var i stand til at mentalisere, selv vil have en fordel i så henseende. En aktivt mentaliserende mikrokultur i barndomshjemmet synes at yde en vis grad af langtidsbeskyttelse imod symptomerne på den svære personlighedsforstyrrelse: jo bedre tilknytning tidligt i livet, jo bedre mentalisering senere hen (Bateman, 2003 Summer, 187-211; Fonagy, 2006 Apr, 411-430; Bateman, 2007 Feb, 51-62; Fonagy, 2008 Feb, 4-21; Bateman, 2010 Feb, 11-15).

Mentalisternes konceptualisering af den tilgrundliggende psykopatologi og terapeutiske metodologi er nok sin egen. Men udviklingen hen imod dybere selverkendelse og moden dømmekraft i forholdet til andre personer, som den beskrives af mentalisterne, kunne i grove træk svare til det behandlingsforløb, der ifølge TFP begynder med en tilstand af identitetsdiffusion og dissociativ undvigelse for at ende med identitetskonsolidering, dvs. fuld integration af objektrelationernes affekter, delselv- og delobjektrepræsentationer.

Der er imidlertid også bemærkelsesværdige forskelle imellem TFP og MBT. Behandlingsmålet for MBT angives således at være oplæring i mentalisering snarere end indsigt i de historiske begivenheder, f.eks. den primære omsorgsgivers forsømmelser eller overgreb, der måtte være skyld i hans nuværende tilstand. I MBT helliger man sig altså fremelskelsen af en bestemt proces, dvs. mentalisering. Holdningen til patientens problemer er anderledes praktisk be-

12. Som påpeget af Bateman og Fonagy er mangelfuld mentalisering ingenlunde beholdt patienter med BPD. Tværtimod indgår nok et element deraf i de fleste psykiske lidelser (Bateman, 2010 Feb, 11-15). – Lignende betragtninger kunne gøres gældende for den opmærksomhedsforstyrrelse, der nok kan være primær, som det er tilfældet ved *attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*, men i øvrigt kendetegner psykiske lidelser i almindelighed, hvad enten det drejer sig om psykotiske tilstande eller mildere forstyrrelser såsom angst og tvangsadfærd.

tonet. Med afsæt i patientens nuværende udfordringer, dvs. følgerne af den mangelfulde mentalisering, er de terapeutiske bestræbelser fremadrettede. Man insisterer ikke på en tilbageskuende, symbolsk renselse for intrapsyriske konflikter med rødder i barndommen¹³. Vejen til bedring, om ikke helbredelse, går ikke nødvendigvis over den pinefulde genopførelse af sygdomsfremkaldende livserfaringer i overføringen. For at komme i retning af behandlingsmålet aktiverer terapeuten patientens tilknytningssystem. Forandringsmekanismen menes at afhænge af den tryghedsskabende tilknytning, som terapeuten tilbyder¹⁴. Med en tryghed i tilknytningen, som patienten blev berøvet i sin opvækst, skal han lære at udforske sine egne og andres mentale tilstande, også i de tilfælde, hvor de pågældende tilstande umiddelbart måtte virke skræmmende¹⁵. Trygheden i den tilknytning, der bibringes i de terapeutiske rammer, skal så at sige blive vendepunktet i hans tilværelse og grundlaget for hans selvstændige, uforfærdede og modne måde at forholde sig til sig selv og andre på (Fonagy, 2006 Apr, 411-430).

En anden forskel imellem MBT og TFP ligger i mentalisternes antagelse om, at den fremskyndede fortolkning skulle indebære en fare for skadelig påvirkning, fordi den pånøder patienten en formulering, der ikke svarer til hans mentale tilstand som oplevet af ham selv. Begrundelsen for denne betænkelighed kan imidlertid afvises af Kernberg under henvisning til, at fortolkningen ret beset ikke pånøder patienten noget fremmed bevidsthedsindhold, men simpelt hen tjener det formål at henlede patientens opmærksomhed på hans alternerende identifikation med dissocierede mentale tilstande (jf. identifikationen med objektrelationernes komplementære poler eller dyadernes modstridende, fraspaltede affekter). Patienten er skam bevidst oplevende til stede i samtlige mentale tilstande, men kun i en ad gangen; så længe, som han befinder sig i en bestemt mental tilstand, er han som fremmed for de andre – han dissocierer. Fortolkningen, som den udfylder sin plads i TFP, lærer ham med

13. Af Bateman og Fonagy henstilles det til terapeuten, at hun til stadighed plejer sin egen evne til at mentalisere, fremelsker en stemning af "mental nærhed" som grundlag for patientens uvante følelse af tilknytning, opretholder opmærksomheden på øjeblikkets mentale tilstande og afstår fra udstrakt brug af konflikt-fortolkninger og metaforer (Bateman, 2003 Summer, 187-211).
14. Som altid i psykoanalytisk baserede terapiformer tjener relationen, dvs. forholdet imellem patient og terapeut, i sidste ende som drivhjul (vehikel) for bevægelsen hen imod bedring af den behandlingskrævende tilstand.
15. Til sammenligning er den observation almindelig, at børn, der ikke tvivler om forældrenes omsorg, er forholdsvis modige og selvstændige i forældrenes nærvær – og på en legende måde vover at udforske omgivelserne.

tiden at betragte de mentale tilstande i forhold til hinanden og integrere bevidsthedsindholdet i tilstandene (Bateman, 2004, bog + 36-51; Kernberg, 2008, 601-620; Zanarini, 2009, 373-377).

II. Kognitiv baserede terapiformer:

(i) Kognitiv terapi (cognitive therapy, CT):

Med CT henvendte A. T. Beck sig i første række til patienter med symptomforstyrrelser i form af angst og depression. Disse tilstande snarere end de grundliggende personlighedsstrukturer var det umiddelbare angrebsmål for hans behandling. Hans simple påstand om vekselvirkningen imellem tanker, følelser og adfærd blev banebrydende. Og hans hierarkiske lagdeling af tænkningen i grundantagelser (skemata), betingede antagelser (leveregler) og automatiske tanker blev med tiden overført til nogle af de afledte terapiformer, f.eks. skema-fokuseret terapi, der i dag henvender sig specifikt til BPO-patienter (Beck, 1979, bog).

(ii) Kognitiv adfærdsterapi (cognitive behaviour therapy, CBT):

I CBT mødes hypoteser om begrebsligt erkendende/antagende (kognitiv) tilpasning til omgivelserne (ved hjælp af bestemte, tidligt formede tankemønstre) og adfærdsindlæring. Nyttevirkningen af CBT på symptomforstyrrelser så som generaliseret angst (generalised anxiety disorder), panikangst (med og uden agorafobi), social fobi, unipolær depression og PTSD fremgår af store meta-analyser (Butler, 2006, 17-31). Hvor egnet klassisk CBT i grunden er ved behandlingen for BPD som sådan, har derimod været omstridt.

Skulle BPD i sin grundform, ikke at forveksle med de sekundære fænomener (dvs. symptomforstyrrelserne), da virkeligt være påvirkelig for CBT? – Det har fra flere sider været anført, at behandlingsvarigheden (det begrænsede antal sessioner) som udgangspunkt var for kort, patienternes kaotiske livsførelse og ringe samarbejdsevne taget i betragtning. En frugtbar behandlingsalliance med opbygning af tillid og delt ansvarsfølelse kunne simpelt hen ikke nå at komme i stand inden for det afmålte tidsrum. Således har det iblandt skeptikere været opfattelsen, at CBT ret beset henvendte sig til forholdsvis veltilpassede patienter med NPO. På den anden side er der også med hold i randomiserede kontrollerede undersøgelser blevet argumenteret for en fremtidig plads til CBT i behandlingen for BPD (Davidson, 2006, 450-65). Både den dialektiske adfærdsterapi og den skema-fokuserede terapi kan fremstilles som forsøg på at tilpasse den kognitiv-adfærdsmæssige tilgang til BPO-patienternes særlige symptomatologi (jf. nedenfor).

(iii) *Dialektisk adfærdsterapi (dialectic behaviour therapy, DBT):*

Psykologen M. M. Linehan er grundlæggeren af DBT. I sit udgangspunkt henvendte den sig til BPD-patienter med hang til selvskadende (parasuicidal) adfærd. Den udmærker sig endnu i manges bevidsthed ved at være den første terapiform, der kunne anbefale sig under henvisning til randomiserede kontrollerede undersøgelser (Linehan, 1991, 1060-1064; Feigenbaum, 2007 Feb, 51-68). Det gav den nogle indlysende politisk-økonomiske fordele for en overgang. Som bekendt er den dog i mellemtiden blevet indhentet af flere konkurrerende skoler¹⁶. – I lighed med andre af samtidens behandlingsskoler tilbyder DBT en biosocial forklaringsmodel (Linehan, 1993-a, bog)¹⁷.

I betragtning af sin udbredelse fortjener DBT en forholdsvis grundig fremstilling i den nærværende sammenhæng:

1. Lærebygningens søjler:

Noget brogede psykologisk-filosofiske bestemmelsesgrunde (determinanter) bidrager til udformningen af DBT, som den foreligger i dag¹⁸. Afhængigt af perspektivet kan der beskrives fire søjler i adfærdsterapeuternes lærebygning:

16. I dag er DBT også blevet tilpasset BPD-patienter med bestemte symptom-forstyrrelser, f.eks. komplicerende stofmisbrug (Linehan, 1999, 279-292) og udvalgte spiseforstyrrelser (Wiser, 1999, 755-768; Palmer, 2003 Apr, 281-286). Endog er indikationen for behandlingen forsøgsvis blevet udvidet til også at indbefatte antisociale/dyssociale adfærdselementer hos lovovertrædere (Rizvi, 2001 Feb, 64-69; Quinn, 2009 Sep-Oct, 288-293). I tillæg til de oprindelige anvisninger, der var beregnet på patienter fulgt i ambulant regi, er der på baggrund af dyrekøbte erfaringer med udpræget regressiv sygdomsadfærd og konfliktskabende tendenser på afdelingerne blevet afledt en underart af DBT tilpasset hospitalsindlagte (Swenson, 2001 Winter, 307-324). DBT bygger vel at mærke på holdarbejde eller -behandling (eng. team treatment). Enhver, der vil praktisere DBT i overensstemmelse med reglerne, må altså gøre det som en del af et hold (Linehan, 1993-a, bog; Lynch, 2007, 181-205).
17. Således angives BPD at udtrykke, hvad der betegnes *emotional dysregulering*. Oprindelsen til denne problemstilling skal angiveligt søges i samspillet imellem biologiske risikofaktorer (jf. begrebet om biologisk sårbarhed) og belastende opvækstbetingelser. Patienten antages fra naturens hånd at have et følelsessvingende temperament og være særligt letpåvirkelig for følelsesbetonede påvirkninger. Dette personlighedstræk er åbenlyst uegnet som et grundlag for mestring under bestemte opvækstbetingelser, hvor det tværtimod viser sig at være en ulempe (så at sige et naturligt handikap) og vil betinge hans utilpassede adfærd i fremtiden (Linehan, 1993-a, bog).
18. Linehan sammenfatter selv rødderne til DBT på følgende måde: "DBT combines the basic strategies of behavior therapy with eastern mindfulness practices, residing within an overarching dialectical worldview that emphasizes the synthesis of opposites" (Dimeff, 2001, 10-13).

A. Kognitiv-adfærdsmæssig tradition: Meget af den klinisk-praktiske grundholdning til patientbehandlingen, men også bestanddele af selve den terapeutiske metodologi, synes uden videre at være blevet overtaget fra CBT. Foruden validering og færdighedstræning indgår f.eks. opfordringer til selv-observation i behandlingen. Med betoningen af den fremadrettede bevægelse hen imod mestring af livets udfordringer ved hjælp af indlærte færdigheder indbydes patienten til at samarbejde med sin terapeut på en åben, ligeværdig og forpligtende måde, der er egnet til at skabe synlige fremskridt, dvs. konkrete forandringer på hverdagsplanet.

B. Dialektisk tænkning: I en dialektisk tankegang fremhæver man, hvorledes tanker, følelser og adfærdsmønstre, der umiddelbart kunne synes at stå i modsætning til hinanden, alligevel kan forliges ved nærmere eftersyn og dermed viser sig at hænge sammen på en eller anden (meningsfuld) måde. Udtrykt på en anden måde bevæger man sig fra tese og antitese til syntese. For Linehan at se omhandler den grundlæggende dialektik (modsætnings-)forholdet imellem – på den ene side – validering og accept af patienten, som han er, og – på den anden side – terapeutiske bestræbelser på samtidigt at ændre ham til at blive noget andet (Dimeff, 2001, 10-13).

C. Zen-filosofi: Et nøglebegreb i denne sammenhæng er sindfuldhed/opmærksomt nærvær (eng. mindfulness). At udvikle evnen til at være sindfuld/opmærksomt nærværende og dermed til stede i øjeblikket baner angiveligt vejen for patientens oplevelse af på en anderledes tilfredsstillende måde at være herre over sig selv. Et beslægtet begreb vedrører ligevægten imellem accept og forandring (jf. ovenfor).

D. Terapeutisk aktivisme: I DBT udtrykker man en forkærlighed for metaforer og fyndord. Holdningen til behandlingen er præget af utålmodighed på patientens vegne og aktivistisk. Man kvier sig ved stilstand og understreger betydningen af til stadighed at være i bevægelse – hen imod det erklærede behandlingsmål. Den slagfærdige brug af metaforer og fyndord kunne i den sammenhæng synes at tjene til at holde modet oppe hos patienten og opmuntre til at holde bevægelsen ved lige (Linehan, 1993-a, bog)¹⁹.

19. Både patienten og terapeuten forpligter sig i samarbejdet om at fremme patientens bevægelse hen imod behandlingsmålet. Forpligtelsen, der tilkendegives udtrykkeligt, er afgørende for behandlingens udsigt til succes. I den henseende svarer tankegangen ganske til Kernbergs syn på behandlingskontrakten (dvs. den formaliserede

2. Behandlingens organisatoriske bestanddele:

Behandlingen, der forener terapi på tomandshånd med gruppeterapi, strækker sig som udgangspunkt over et enkelt år og består af følgende dele:

A. Individuel terapi med rangordnet fordybelse: Patienten møder til individuelle sessioner en gang om ugen. Hver enkelt session varer 45-60 minutter. Patienten redegør for den forgangne uge ved hjælp af dagbogskort (eng. diary cards). Der anbefales en bestemt struktur eller dagsorden for sessionerne, hvor emnerne er nøje rangordnede²⁰. Undertiden tager man sin tilflugt til en detaljeret kædeanalyse for at afklare, hvorledes en bestemt krise i patientens liv udviklede sig.

B. Gruppeterapi med færdighedstræning: Også fremmødet i gruppen er ugentligt og varer hver gang 2-2½ time. Færdighedstræningen følger anvisningerne i en særskilt manual (Linehan, 1993-b, bog). I gruppen er der plads til forskellige øvelser og rollespil. Også hjemmearbejde kan komme på tale. I manualen angives fire moduler:

1. *Emotional regulation* (da. affektregulering)
At kunne identificere og styre sine følelsesudladninger
2. *Distress tolerance* (da. mestring)
At kunne udholde følelsesbelastninger uden at forfalde til uhensigtsmæssig, f.eks. selvskadende adfærd
3. *Interpersonal effectiveness* (da. gennemslagskraft i forhold til andre)
At kunne trænge igennem med sine behov og klare konflikter i personlige relationer
4. *Mindfulness* (da. sindfuldhed/opmærksomt nærvær)
At kunne observere og beskrive på en fordomsfri måde

behandlingsalliance med hovedvægten på det forpligtende samarbejde) som behandlingsgrundlaget. Skulle samarbejdet af den ene eller anden grund svækkes med tiden, kan det blive påkrævet med endnu en gennemgang af grundlaget for samarbejdet. Og enes patienten og terapeuten om at genoptage samarbejdet i fuld udstrækning, kræver det en erklæring, der er klar i sproget, så at ingen er i tvivl om hinandens hensigter (Linehan, 1993-a, bog).

20. Princippet i rangordningen kendes for så vidt fra Kernberg. Livstruende adfærd står til enhver tid øverst på dagsordenen. Derefter kommer adfærd, der undergraver behandlingen eller forringer livskvaliteten. Endeligt er opmærksomheden henledt på gennemgangen af mestringsfærdigheder (Linehan, 1993-a, bog).

C. Telefonisk kontakt uden for sessionerne: Hvert opkald skal være af ikke over 5-10 minutters varighed. Opkaldene skal vel at mærke ikke misbruges som terapeutiske ekstra-sessioner. Formålet med opkaldene er udelukkende at afværge truslen om umiddelbart forestående selvskade eller bekræfte patientens i hans forpligtende samarbejde med terapeuten. Ved udført selvskade pålægges patienten derimod en 24 timer varende telefon-karantæne.

D. Holdbehandling med supervision: Rådgivningsgruppen er, hvor holdet af individuelle terapeuter og færdighedstrænere mødes for at yde hinanden supervision (Linehan, 1993-a, bog; Linehan, 1993-b, bog).

3. Behandlingens udviklingstrin:

Der beskrives i alt fire behandlingstrin:

A. Målet er dels at bekæmpe den adfærd, der truer patientens liv, undergraver hans behandling eller forringer hans livskvalitet, dels at fremelske de praktiske mestringfærdigheder, der så at sige skal redde ham på længere sigt²¹.

B. Målet er at forbedre udsynet og styrke fremtidstroen hos den patient, der tilsyneladende, efter at have lagt den impulsive, affektlabile eller -eksplosive acting-out på trin 1 bag sig, har nået en tilstand af "stille fortvivelse". På dette trin skal man angiveligt være særligt opmærksom på posttraumatiske belastningsfølger.

C. Målet er at fremme en bevægelse hen imod følelser af "almindelig lykke og modgang" ved at beskæftige sig med hverdagens problemstillinger, f.eks. gnidninger i parforholdet.

D. Målet er at overvinde en følelse af ufuldstændighed, det være sig i form af en kronisk tomhedsfølelse, og udvikle "en evne til vedvarende glæde" (Linehan, 1993-a, bog; Dimeff, 2001, 10-13).

21. I princippet skal terapeuten være som en rådgiver for patienten. Patientens indlæring af færdigheder lettes af hans selvstændige forsøg på problemløsning. Selvstændig mestring skulle i det hele taget gerne være behandlingsmålet på længere sigt. Støttende indblanding i tide og utide vil uvægerligt ske på bekostning af patientens udvikling – og selvstændighed – på længere sigt. Af hensyn til gevinsten på kort sigt kan aktive indgreb fra terapeutens side imidlertid være ikke kun velbegrundede, men også uomtvisteligt påkrævede. Det kan f.eks. dreje sig om at redde patientens liv (Linehan, 1993-a, bog).

4. DBT sammenlignet med TFP:

Den adfærdsterapeutiske tilgang til BPO-patienten er selvfølgelig en anden end den psykoanalytiske. Men der er alligevel tankevækkende lighedspunkter. Således er man også i DBT optaget af at understrege behovet for en klart struktureret behandling, rangordningen af emner (behandlingsmål), sikringen af behandlingsrammen og nytten af løbende supervision på gruppeplan (Linehan, 1993-a, bog; Koerner, 2000, 151-167; Palmer, 2002, 10-16; Linehan, 2006, 757-766; Lynch, 2007, 181-205; Kernberg, 2008, 601-620; Zonarini, 2009, 373-377).

(iv) Skema-fokuseret terapi (schema-focused therapy, SFT):

Tilhængerne af denne skole, herunder grundlæggeren J. E. Young, tilbyder BPO-patienterne en form for supportiv terapi. For dem at se er patienten i bund og grund et såret barn. Sygdomsbegrebet i denne skole drejer sig om regression til intense følelsestilstande fra barndommen. Således opfordres terapeuten til, alt afhængigt af omstændighederne, at rose, trøste og opmuntre patienten, som skal bringe orden i et kaos af barnlige forventninger og skuffelser. Endog indgår omfavnelser i udvalget af tilladte terapeutiske virkemidler. I SFT arbejder man videre med den beckske tankegang i begrebet om *tidlige utilpassede (maladaptive) skemata* (grundlæggende måder at anskue verden på), der hver især står for en måde, hvorpå patienten opfatter sig selv og andre²².

Fire overbegreber sammenfatter skolens teoretiske lærebygning: (1) tidlige maladaptive skemata (eng. early maladaptive schemas), der henviser til uhenigtsmæssige tankemønstre med en iboende tendens til gentagelse livet igennem²³, (2) skema-domæner (eng. schema domains), der henviser til barnets grundlæggende affektive fornødenheder (behov), (3) mestringsmåder (eng. co-

22. Der angives, for at være nøjagtig, at være i alt atten skemata fordelt på fem såkaldte skema-domæner: (1) *disconnection and rejection*, (2) *impaired autonomy and performance*, (3) *impaired limits*, (4) *other-directedness* og (5) *overvigilance and inhibition*. Således forholder de pågældende skemata sig gruppevis til bestemte af barnets grundlæggende behov (Young, 2003, bog).

23. Skemata bliver ifølge Young til ved et samspil imellem barnets medfødte temperament og skadelige påvirkninger fra omgivelserne, f.eks. oplevelsen af svigtende forældre (Young, 2003, bog). I sine grundtræk svarer denne tankegang for så vidt til Kernbergs egen. Skemata drejer sig dybest set om patientens relationer til (betydningsfulde) andre og den deraf afledte selvopfattelse. Med en vis tilnærmelse (!) kunne de youngske skemata måske oversættes til objektrelationernes affekter, som de defineres i TFP. Modellerne, skønt tilhørende hver sin psykoterapeutiske tradition, forekommer ingenlunde uforligelige på dette punkt.

ping styles), der henviser til de måder, hvorpå barnet tilpasser sig skemata, der i sig selv udtrykker tidlige tilpasningsforsøg, og skadelige påvirkninger i den løbende vandel²⁴, og (4) skema-måder (eng. schema modes), der henviser til øjeblikkets følelses tilstande (eng. emotional states) og mestrings svar (eng. coping responses), som enhver kender til²⁵.

I henhold til SFT skyldes patientens grundtilstand af usikkerhed i hovedsagen forældrenes oprindelige synder; de har efterladt en person med uop-

24. I henhold til teorien er der tre mestringsmåder, der udtrykker barnets normale overlevelselsforsøg under abnorme opvækstbetingelser: (1) overgivelse, der indebærer, at patienten underkaster sig sine skemata og fremturer på en stivsindet måde i sin afvigende adfærd, (2) undgåelse, der hentyder til patientens forsøg på at finde udvej til at unddrage sig den skematisk adfærdstvang, og (3) overdrivelse (eng. overcompensation), der betyder, at patienten sætter sig ud over de følelser, der så at sige dikteres af hans skemata, og gør det stik modsatte. Også i denne sammenhæng understreger Young betydningen af barnets medfødte dispositioner (f.eks. temperamentet). Børn af de samme inkompetente forældre kan som bekendt udvikle sig vidt forskelligt på trods af, hvad der forekommer at være ens opvækstbetingelser; hvor det ene bliver frygtsomt og tilbageholdende, med hæmmet livsudfoldelse livet igennem, bliver det andet trodsigt og krævende, opsat på at vinde sin frihed ved den første, den bedste lejlighed. Det er kendetegnende for mestringsfærdighederne, at de på en ureflekteret måde følger patienterne langt ind i voksenalderen, hvor de strengt taget ikke har den umiddelbare betydning for overlevelsen som dengang, da de blev til – eller så at sige valgt af omstændighederne. I voksenalderen tjener barndommens mestringsfærdigheder tværtimod til at skabe forviklinger og hæmme den på samme tid fri og ansvarlige livsudfoldelse (Young, 2003, bog).

25. Skema-måder, der kan være latente over længere tid ad gangen, afhængigt af patientens øjeblikkelige livsomstændigheder, aktiveres af følelsesbetonede begivenheder, f.eks. mødet med bestemte personer; de dækker f.eks. over uoverlagte (automatiske, ureflekterede, impulsive), overdrevne reaktioner på bestemte påvirkninger fra omgivelserne, det være sig en formodet afvisning eller et ditto krav, og forudsætter således en vis (erfaringsbetinget) overfølsomhed. Den aktive skema-måde henviser til den fremherskende følelses tilstand. Der opregnes af Young i alt ti skema-måder fordelt på fire grupper: (1) *child modes*, (2) *maladaptive coping modes*, (3) *maladaptive parent modes* og (4) *healthy adult mode*. Skulle Youngs skemata kunne oversættes til kernbergske affekter, måtte skema-måderne svare til dennes objektrelationer (eller ombytkelige poler/roller derfra). Young definerer selv en skema-måde på følgende måde: "... a facet of the self, involving specific schemas or coping responses that has not been fully integrated with other facets" (Young, 2011, home page). Og han fortsætter på en måde, der i sit ordvalg minder slående om passager fra Kernbergs skrifter: "... schema modes can be characterized by the degree to which a particular schema mode state has become dissociated, or cut off, from an individual's other modes" (Young, 2011, home page). BPD sammenlignes af Young med *dissociative identity disorder (DID)*: "Both multiple personalities and borderline modes are parts of the self that have been split off, but the borderline modes have not been split off to nearly the same degree" (Young, 2003, bog).

fyldte behov, herunder tryghed, forudsigelighed, kærlighed, opmærksomhed, anerkendelse, ros og medfølelse. Antagelsen er altså, at uopfyldte behov fra tidligt i livet fører til udviklingen af utilpassede skemata og dermed en afvigende, lidelsesfuld adfærd. Det er formålet med terapien at rette op på skaden og så at sige i anden ombæring opfylde patientens grundlæggende behov fra barndommen. I det teoretiske grundlag for SFT indgår begreberne om dels fire forandringsmekanismer, nemlig (1) "kognitiv restrukturering", (2) emotionsfokuseret teknik, (3) adfærdsmæssig mønsterbrydning og (4) begrænset "genopfostring" (eng. re-parenting), dels tre behandlingsfaser omfattende (1) tilknytning (eng. bonding) med emotionel regulering, (2) ombytning af grundlæggende anskuelsesmåder (skemata) og (3) udvikling af autonomi. Sammenlignet med TFP fremstår SFT i øvrigt som en i forhold til omkostningerne virkningsfuld – *cost-effective* – behandling for BPD (Young, 2003, bog; Giesen-Bloo, 2006, 649-658; Kellogg, 2006, 445-458; Kernberg, 2008, 601-620; van Asselt, 2008, 450-457; Zanarini, 2009, 373-377).

III. Blandet psykoanalytisk-kognitivt baserede terapiformer:

(i) Kognitiv-analytisk terapi (cognitive analytic therapy, CAT):

Anthony Ryle er grundlæggeren af denne skole, hvor man fordomsfrit sammenblander betragtningsmåder fra psykoanalysen, CBT, G. A. Kellys *Personal Construct Theory* (Kelly, 1955, bog), udviklingspsykologiske og vygotskianske teorier (jf. den kulturhistoriske skole; Cole, 2003, bog)²⁶. – Formålet med udviklingen af CAT var i sin tid at kunne tilbyde patienter et tidsbegrænset psykologisk behandlingsforløb inden for rammerne af det britiske sundhedsvæsen (National Health Service, NHS). Foruden personlighedsforstyrrelser indbefatter indikationerne selvstændige symptom-forstyrrelser såsom angst, depression og spiseforstyrrelser. CAT praktiseres på individ-, par- og gruppeplan.

Fortalerne for CAT lægger stor vægt på det forpligtende samarbejde med patienten. Fremskridt i behandlingen afhænger af åbenhed og en på forhånd

26. Fra den psykoanalytiske tradition indlemmer man grundlæggende begreber om konflikt, forsvar, objektrelation og overføring-modoverføring, skønt de kan gå under andre navne. Holdningen til patientens problemer er imidlertid i højere grad aktivt indgribende i CAT end i de skoler, hvor man bekender sig til en snævrere udlægning af de psykoanalytiske grundbegreber. CBT angives til sammenligning at have påvirket CAT i synet på planlægningen af behandlingsforløbet trin for trin, kravet om måling af den forandring, der finder sted under behandlingen, og opfordringen til patienten om selv-observation for tanker, følelser og adfærd. Men i CAT anerkender man og arbejder med det ubevidste.

påstået ligeværdighed for terapeut og patient²⁷. Indsatsen gælder i første række erkendelsen af *utilpassede (maladaptive) adfærdsmønstre*. Synet på oprindelsen af de svære personlighedsforstyrrelser svarer i grove træk til, hvad Kernberg og så mange andre toneangivende teoretikere i dag tilslutter sig, med fremhævelsen af vekselvirkningen imellem arv og miljø²⁸. Opvækstbetingelser, hvor barnets oplevelse af tilknytning på grundlag af stabil omsorg fra forældrenes side er udelukket, antages således i kombination med en biologisk sårbarhed at kunne fremkalde BPD. Målet for behandlingen er i nævnte rækkefølge at sætte patienten i stand til at (1) erkende de skadelige mønstre (eller såkaldte "fremgangsmåder" (jf. nedenfor)), (2) forstå mønstrenes oprindelse og (3) tillære sig nye mønstre (dvs. "fremgangsmåder" eller mestringsfærdigheder) til erstatning for de gamle, der forkastes. Behandlingen fordeler sig som regel på seksten ugentlige sessioner (udvidet til 24 sessioner i særligt udfordrende tilfælde), således at de første 4-6 sessioner udnyttes af terapeuten til grundig indsamling af oplysninger om patientens sygehistorie/levnedsløb²⁹. Udrednings- og behandlingsforløbet fordeler sig på i alt tre faser: (1) omformulering, (2) erkendelse og (3) revision.

Hovedvægten i CAT lægges på terapeutens indledende omformulering af patientens henvendelsesklager, herunder beskrivelsen af de fremgangsmåder (eng. procedures), der antages at vedligeholde hans problemer³⁰. De pågældende fremgangsmåder udtrykker ret beset fejlslagne mestringsforsøg. Men patienten indser ikke, hvor uegnede hans fremgangsmåder i grunden er til at

27. Åbenheden kommer til udtryk i kravet om uforbeholden deling med patienten af alt, hvad der nedskrives af terapeuten, f.eks. under omformuleringen af henvendelsesklagerne; ligeværdigheden i opfordringen til patienten om at rette misforståelser i omformuleringsbrevet og i det hele taget komme med bidrag til den løbende formulering eller italesættelse af hans problemer.

28. Diatese-stress-modellen, hvor påvirkningsforholdet imellem *nature* (sammenfattende biologiske risikofaktorer) og *nurture* (henvisende til livserfaringer, ikke mindst sociale påvirkninger) tematiseres, er i den forstand næppe at regne for omstridt længere. I en artikel, hvor de hylder fremtrædende lighedstræk ved MBT og CAT, herunder gælden til både psykoanalysen og den kognitive psykologi, nævner Bateman og Ryle m. fl. også udtrykkeligt det for udviklingen af BPD afgørende forhold imellem den biologiske sårbarhed og tilknytningsforstyrrelsen på grundlag af omsorgssvigt (Bateman, 2007 Feb, 51-62).

29. Strengt taget går intervallet fra 4-24 sessioner.

30. Ved fremgangsmåder forstår man i CAT bundne rækkefølger af mentale og adfærdsmæssige delforløb, der med tiden kommer til at tjene som retningslinjer for den løbende tilpasning til hverdagens udfordringer og på trods af svagheder, der måtte være indlysende for andre, f.eks. terapeuten, kan ende med at blive fulgt hele livet igennem.

løse hans problemer. Tværtimod udtrykker de for ham det velkendte, således at han er tilbøjelig til at forfalde til gentagelse. Derved vokser problemerne yderligere. For det meste arbejder fremgangsmåderne uden for bevidstheden – altså på det ubevidste plan³¹. Problemer skyldes altså vedholdende, ureflekteret brug af uhensigtsmæssige fremgangsmåder. Formålet med terapi er at identificere og revidere sådanne fremgangsmåder, som måtte have unddraget sig patientens opmærksomhed, så at vejen kan banes for den af ham selv eftertragtede forandring.

Hen imod slutningen af den første session kan patienten blive opfordret til at gå hjem og overvåge et udvalgt symptom. Derudover skal han udfylde en *psychotherapy file*, der indeholder spørgsmål vedrørende almindeligt udbredte problematiske fremgangsmåder. På grundlag af de indledende sessioner (typisk omkring fire), herunder diskussionen af patientens svar på de skriftlige spørgsmål, skriver terapeuten et såkaldt "omformuleringsbrev" til patienten, hvori hun redegør for sin forståelse af sammenhængen i hans livserfaringer, især med hensyn til de klager, der ligger til grund for hans henvendelse³². Det pågældende brev, der bliver grundlaget for patientens hjemmearbejde under størstedelen af behandlingen, vedlægges hendes diagrammatiske fremstilling af problemerne. Som udtryk for behandlingens målrettethed angives klare angrebsmål i form af *Target Problem Procedures*, der udtrykker terapeuten omformulering af patientens oprindelige henvendelsesklager. I den terapeutiske samarbejdsånd opmuntres patienten til at reflektere over terapeuten omformulering og komme med forslag til ændringer, så at en fælles forståelse af udfordringer og arbejdsopgaver i sidste ende kan komme i stand.

Betydningen af at medinddrage patienten som en ansvarlig samarbejdspartner i det psykoterapeutiske arbejde understreges i CAT, hvor han f.eks. opfordres til at føre dagbog, så at han på egen hånd (en forberedelse på den uafhængighed, der venter forude) kan begynde at danne sig et pålideligt indtryk af problemerne og de bestemte sammenhænge, hvori de opstår. Som støtte for

31. Fremgangsmåder er ordnet hierarkisk. Men fremgangsmåder på forskellige planer kan påvirke hinanden både opad og nedad. F.eks. kan en fremgangsmåde, der drejer sig om koldblodigt at snyde andre ved enhver given lejlighed, være underordnet en højere fremgangsmåde, der går på, at enhver er sig selv nærmest og er nødt til at hytte sit.
32. Patientens relationer før og nu bliver gennemgået i brevet, herunder den terapeutiske relation, der er under udvikling, og hans relation til sig selv, som den løbende påvirkes af de andre relationer. Ikke mindst vil terapeuten være optaget af at påvise sammenhængen imellem bestemte adfærdsmønstre i barndommen og en utilpasset adfærd som voksen.

den voksende erkendelse fremstiller patienten og terapeuten også i fællesskab en tegning (diagrammatisk fremstilling), hvor uhensigtsmæssige adfærdsmønstre er angivet. Videre begynder patienten under terapeutens vejledning at øve sig på at bryde ud af sine adfærdsmønstre, f.eks. tendensen til selvskadende adfærd ved udsættelse for belastninger. Afslutningsvis skriver patienten og terapeuten afskedsbreve til hinanden, hvori de hver især redegør for udviklingen i behandlingsforløbet og udbyttet deraf. En opfølgende samtale kan i nogle tilfælde tilbydes 2-3 måneder efter behandlingens afslutning (Ryle, 1997, 82-7; Margison, 2000, 145-150; Ryle, 2004, 3-35; Bateman, 2007, 51-62).

Perspektiver i behandlingen for BPD/BPO

På grund af syndromets almindelighed, den psykosocialt invaliderende symptomatologi og det langtrukne, ressourcekrævende behandlingsforløb må BPO betegnes som en alvorlig udfordring til det moderne samfund³³. Den medfører store lidelser for patienterne og deres nærmeste pårørende. Men den påfører så sandeligt også samfundet store udgifter til behandling og forsørgelse ved uarbejdsdygtighed (f.eks. i form af sygedagpenge, kontanthjælp og førtidspension)³⁴.

Foruden at frembyde en åbenlyst behandlingskrævende tilstand i sig selv udviser BPD nominel ko-morbiditet med andre diagnostiske enheder fra akse II, f.eks. *antisocial personality disorder*, og akse I i DSM-IV, især angst, depression, spiseforstyrrelser, PTSD og stofafhængighed (Zanarini, 1999, 65-71)³⁵.

33. Af fortalene for TFP anbefales som bekendt 2-3 sessioner med patienten hver uge, men med det arbejdspress, der hviler på distriktspsykiatrien i alle dele af Danmark, begrænser det psykoterapeutiske blandingstilbud sig i almindelighed til noget under denne standard, f.eks. en samtale af 30-45 minutters varighed hver 14. dag. Tidskravet til en virksom behandling ved BPD er i øvrigt, uafhængigt af teori og metode, mindst 5-10 år (Clarkin, 1999, bog; Stone, 2006, 15-20; Levy, 2008, 556-9).
34. F.eks. er patienter med BPD overalt storforbrugere af sundhedsydelse; det være sig i skadestuerne, ambulatorierne, daghospitalerne eller sengeafdelingerne (Bender, 2001, 295-302). Dertil kommer afledte udgifter til omsorg for de af patienternes børn, der lider så åbenlyse afsavn, at de må undsættes af de sociale myndigheder. BPD skønnes i vor tid at berøre 1-4 % af den almindelige befolkning i de vestlige lande, 10-15 % af patienterne fra de psykiatriske ambulatorier og op til 20 % af patienterne fra de psykiatriske sengeafdelinger (Widiger, 1989, 8-24; Widiger, 1991, 1015-1021; Weissman, 1993, 44-62; Lenzenweger, 1997, 345-351; Torgersen, 2001, 590-596; Zimmerman, 2005, 1911-1918).
35. Hvor ko-morbiditet i det første tilfælde skyldes opbygningen af det diagnostiske system, der er kategorisk snarere end dimensional (jf. ovenfor), skyldes den i det andet tilfælde ingen tilfældigheder, men udtrykker udelukkende afhængighedsforholdet

Det har vist sig, at ko-morbiditet med BPD alt andet lige virker komplicerende og formindsker nyttevirkningen af såvel psykofarmakologiske som psykoterapeutiske behandlingsforløb for patienter med akse-I-sygdomme betragteligt (Clarkin, 1996, 641-642). F.eks. kan det være særdeles udfordrende at behandle en patient for angst eller depression så længe, som de tilgrundliggende personlighedstræk bibringer en grobund for tilbagefald³⁶.

Et af de adfærdstræk ved BPD, der opskræmmer personer i patientens omgivelser, er tendensen til dels selvskadende adfærd uden noget indlysende selvmordsøjemed (f.eks. *cutting*), dels livstruende adfærd, der afhængigt af omstændighederne lader sig fremstille som hasarderede selvskader eller forudbestemte selvmordsforsøg (f.eks. hepatotoksisk overdosering med paracetamol). Selv hvor den beskriver tilsyneladende stabile, skønt afvigende adfærdstræk hos patienten, forudsiger selvskadende adfærd også selvmord³⁷.

Nok kan det i en kultur som den danske virke moralsk beundringsværdigt at tilkende BPO-patienten en førtidspension. Nogle af de sygemeldte patienter ivrer selv for denne løsning, presset af sagsbehandlere og andre, der på samfundets vegne anstrenger sig for at gøre dem selvforsørgende. Men at træffe beslutningen om pension kan i virkeligheden være ensbetydende med at lade patienten i stikken og endegyldigt afskære ham fra bedring, om ikke ligefrem helbredelse. Livslang understøttelse er ikke nødvendigvis i patientens sande interesse. Den tilstand, der lægges til grund for beslutningen, er immervæk tilgængelig for behandling. Patienten, hvis hele velfærd står på spil, har strengt taget brug for diagnostisk afklaring efterfulgt af målrettet behandling, for at han for alvor kan bevæge sig i retning af selvrefleksion og autonomi, dvs. normalisering. Overdrevne skånehensyn og uforpligtende understøttelse fastholder patienten i en perspektivløs tilstand af afhængighed og virker dermed stik imod hensigten. Af hensyn til patienten står man sig ved at indtage en utrætteligt udfordrende, opmuntrende og aktiv snarere end passiv holdning til den psykosocialt invaliderende grundtilstand. Med Kernbergs egne ord:

imellem den tilgrundliggende personlighedsforstyrrelse og de afledte symptomforstyrrelser.

36. For nogle klinikere kan det endog være en udfordring overhovedet at sondre imellem personlighedsstrukturen i dens afvigende grundform og de afledte symptomforstyrrelser. Møder man en patient, der f.eks. går for at have været deprimeret i 10-15 år i træk, kan der således være rimelig grund til at være på vagt og mistænke, at en uheldig forveksling af *state* og *trait* har fundet sted.
37. Det skønnes, at ikke færre end 8-10 % af BPD-patienterne ender med at begå selvmord (McGlashan, 1986, 20-30; Stone, 1993, 299-313).

“... we view borderline personality disorder (BPD) as a condition where (a) most patients are capable of some level of goal-directed functioning (if only a day program or volunteer job) even at the stage of entering treatment, and (b) most patients are capable of making substantial progress and of becoming autonomous and productive. Therefore, we believe it is damaging to the patient to be indefinitely supported by the social system” (Clarkin, 1999, bog).

Referencer

- Appelbaum, A. H., & Levy, K. N. (2002 Jun). *American Journal of Psychoanalysis*. 62 (2): 201-2.
- Appelbaum, A. H. (2006 Dec). *American Journal of Psychoanalysis*. 66 (4): 317-32.
- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1984). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Aviram, R. B., Hellerstein, D. J., Gerson, J., & Stanley, B. (2004 May). *Journal of Psychiatric Practice*. 10 (3): 145-55.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003 Summer). *Bulletin of the Menninger Clinic*. 67 (3): 187-211.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004 Feb). *Journal of Personality Disorders*. 18 (1): 36-51.
- Bateman, A. W., Ryle, A., Fonagy, P., & Kerr, I. B. (2007 Feb). *International Review of Psychiatry*. 19 (1): 51-62.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008 Feb). *Journal of Clinical Psychology*. 64 (2): 181-94.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2010 Feb). *World Psychiatry*. 9 (1): 11-5.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001 Feb). *American Journal of Psychiatry*. 158 (2): 295-302.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006 Jan). *Clinical Psychology Review*. 26 (1): 17-31.
- Chambless, D. L. (2002). *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9: 13-6.
- Christensen, N. B., Toft, J., Petersen, B., & Lien, K. (2007 Jan 1). *Ugeskrift for Læger*. 169 (1): 55-8.
- Clarkin, J. F. (1996 Nov). *British Journal of Clinical Psychology*. 35 (Pt 4): 641-2.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001 Dec). *Journal of Personality Disorders*. 15 (6): 487-95.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2004 Feb). *Journal of Personality Disorders*. 18 (1): 52-72.
- 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., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007 Jun). *American Journal of Psychiatry*. 164 (6): 922-8.

- Cleckley, H. M. (1976). *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-called Psychopathic Personality*. (5th Ed). St. Louis, MO: The C. V. Mosby Company.
- Cole, M. (2003). *Kulturpsykologi*. (Oversat fra engelsk af Lisbeth Eriksen.) København: Hans Reitzels Forlag.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., & Palmer, S. (2006 Oct). *Journal of Personality Disorders*. 20 (5): 450-65.
- Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). *The California Psychologist*. 34 (3): 10-3.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010 May). *British Journal of Psychiatry*. 196 (5): 389-95.
- Feigenbaum, J. (2007 Feb). *Journal of Mental Health*. 16 (1): 51-68.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006 Apr). *Journal of Clinical Psychology*. 62 (4): 411-30.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008 Feb). *Journal of Personality Disorders*. 22 (1): 4-21.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006 Jun). *Archives of General Psychiatry*. 63 (6): 649-58.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Press, Inc.
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). *Annual Review of Clinical Psychology*. 4: 217-46. Review.
- Hartmann, H., & Rapaport, D. (1958). *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. New York, NY: International Universities Press, Inc.
- Holmes, J. (1995 Oct). *British Journal of Psychiatry*. 167 (4): 439-45.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006 Apr). *Journal of Clinical Psychology*. 62 (4): 445-58.
- Kelly, G. A. (1955). *A Theory of Personality: The Psychology of Personal Constructs*. New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc.
- 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., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Kernberg, O. F. (1989 Sep). *Psychiatric Clinics of North America*. 12 (3): 723-9.
- Kernberg, O. F. (1993 Aug). *International Journal of Psychoanalysis*. 74 (Pt 4): 659-73.
- Kernberg, O. F. (1995 Mar-Apr). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 45 (3-4): 73-82.
- Kernberg, O. F. (1998). The Psychotherapeutic Management of Psychopathic, Narcissistic, and Paranoid Transferences. In T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith & R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, Criminal, and Violent Behavior*. Ch. 24, pp. 372-92. New York, NY: The Guilford Press.
- Kernberg, O. F. (1999 Mar-Apr). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 49 (3-4): 90-9.
- Kernberg, O. F. (2007 Spring). *Journal of the American Psychanalytic Association*. 55 (2): 503-39.
- 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.
- Koerner, K., & Linehan, M. M. (2000 Mar). *Psychiatric Clinics of North America*. 23 (1): 151-67.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003 Jul). *American Journal of Psychiatry*. 160 (7): 1223-32.

- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). *Current Psychiatry Reviews*. 3: 57-64.
- Lenzenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L., & Neff, C. (1997 Apr). *Archives of General Psychiatry*. 54 (4): 345-51.
- Levy, K. N., Yeomans, F. E., & Diamond, D. (2007 Nov). *Journal of Clinical Psychology*. 63 (11): 1105-20.
- Levy, K. N. (2008 May). *American Journal of Psychiatry*. 165 (5): 556-9.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991 Dec). *Archives of General Psychiatry*. 48 (12): 1060-4.
- Linehan, M. M. (1993-a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993-b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006 Jul). *Archives of General Psychiatry*. 63 (7): 757-66.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Luborsky, L. (1990). A guide to the CCRT method. In L. Luborsky & P. Crits-Cristoph (Eds.), *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9 (1): 2-12.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). *Annual Review of Clinical Psychology*. 3: 181-205.
- Margison, F. (2000 Jun). *British Journal of Medical Psychology*. 73 (Pt 2): 145-50.
- McGlashan, T. H. (1986 Jan). *Archives of General Psychiatry*. 43 (1): 20-30.
- Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (1999 Winter). *Journal of Personality Disorders*. 13 (4): 297-311.
- Palmer, R. L. (2002). *Advances in Psychiatric treatment* 8: 10-6.
- Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L., & Parker, L. (2003 Apr). *International Journal of Eating Disorders*. 33 (3): 281-6.
- Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999 Sep). *American Journal of Psychiatry*. 156 (9): 1312-21.
- Quinn, A., & Shera, W. (2009 Sep-Oct). *International Journal of Law and Psychiatry*. 32 (5): 288-93.
- Renik, O. (1993 Oct). *The Psychoanalytic Quarterly*. 62 (4): 553-71.
- Renik, O. (1996 Jul). *The Psychoanalytic Quarterly*. 65 (3): 495-517.
- Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2001 Feb). *Current Psychiatry Reports*. 3 (1): 64-69.
- Rockland, L. H. (1993 Nov). *Hospital & Community Psychiatry*. 44 (11): 1053-60.
- Rosenzweig, S. (1936). *American Journal of Orthopsychiatry*. 6: 412-5.
- Ryle, A. (1997 Jan). *British Journal of Psychiatry*. 170: 82-7.
- Ryle, A. (2004 Feb). *Journal of Personality Disorders*. 18 (1): 3-35.
- Spillius, E. B. (1988). *Melanie Klein today: Developments in theory and practice*. London: Routledge.
- Stolorow, R. D., Brandschaft, B., & Atwood, G. E. (1983 Mar). *Bulletin of the Menninger Clinic*. 47 (2): 117-28.
- Stone, M. H. (1993 Mar). *British Journal of Psychiatry*. 162: 299-313.
- Stone, M. H. (2000 Mar). *Psychiatric Clinics of North America*. 23 (1): 193-210.

- Stone, M. H. (2006 Feb). *World Psychiatry*. 5 (1): 15-20.
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., & Linehan, M. M. (2001 Winter). *Psychiatric Quarterly*. 72 (4): 307-24.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001 Jun). *Archives of General Psychiatry*. 58 (6): 590-6.
- van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Armtz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Kremers, I. P., Nadort, M., & Severens, J. L. (2008 Jun). *British Journal of Psychiatry*. 192 (6): 450-7.
- Weissman, M. M. (Spring 1993). *Journal of Personality Disorders*. Suppl 1: 44-62.
- Widiger, T., & Frances, A. (1989). Epidemiology, diagnosis, and co-morbidity of borderline personality disorder. In A. Tasman, R. Hales & A. Frances (Eds.), *Review of Psychiatry*. Vol. 8, pp. 8-24. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991 Oct). *Hospital & Community Psychiatry*. 42 (10): 1015-21.
- Wiser, S., & Telch, C. F. (1999 Jun). *Journal of Clinical Psychology*. 55 (6): 755-68.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2002). *A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Young, J. E. (2011). Schema Therapy Home Page (www.schematherapy.com).
- Zanarini, M. C. (2009 Nov). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 120 (5): 373-7.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005 Oct). *American Journal of Psychiatry*. 162 (10): 1911-8.

Abstract

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

Transference-focused psychotherapy appears to work all right in randomised controlled studies. When compared to rivaling psychotherapeutic schools, it has definitely proved competitive. However, it does not work in all cases. It may even be contraindicated. Thus, there are a number of conditions or disorders at the BPO-level (e.g., antisocial personality disorder in the psychopathic version) where psychotherapeutic methodology, though for well-defined reasons, is virtually impotent. The supply of psychotherapeutic schools is ever-growing. Each school represents a unique angle on symptoms of the human mind. But the various schools do not address the same patients. Some specialise in that group of patients with severe personality disorders that originally attracted the attention of O. F. Kernberg. The treatment of these patients is exceedingly challenging and time-consuming. But the price to be paid by the patients and society at large for not doing what is required to diminish the suffering is surely unacceptable.

Keywords: borderline-personality organisation, Kernberg, object-relation theory, transference analysis, transference-focused psychotherapy.

Klinisk intuisjon og taus kunnskap: Nødvendige ingredienser i evidensbasert praksis?¹

Matrix, 2011; 2, 147-163
Geir Høstmark Nielsen og Elisabeth Norman

Klinisk intuisjon kan defineres som umiddelbar innsikt eller forståelse uten bevisst tilgang til prosessene som leder frem til den. Artikkelen presenterer vignetter fra klinisk praksis som illustrerer hvordan vellykket sammenstilling av umiddelbare erfaringer med eksisterende kunnskap og erfaring forutsetter bruk av klinisk intuisjon. Klinisk intuisjon er særlig viktig i de mange utfordringene man som terapeut møter i samhandling med pasienten fra øyeblikk til øyeblikk. Det blir hevdet at klinisk intuisjon ikke står i noe motsetningsforhold til empiri og teoretisk formulert kunnskap, men at klinisk intuisjon i mange tilfeller reflekterer opparbeidet kunnskap. Dette underbygges med

1. Artikkelen bygger på og har benyttet tekstutdrag fra Axelsen & Nielsen (1994) og Norman & Nielsen (2009). Vi takker Tidsskrift for Norsk Psykologforening for tillatelse til å bruke disse tekstutdragene.

Geir Høstmark Nielsen, professor i klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen, leder av Poliklinikk for voksne og eldre samme sted, seniorforsker ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Region Vest og spesialist i klinisk psykologi NPF. Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, Christiesgt. 12, N-5015 Bergen. Telefon: (+47) 55 58 31 98.

E-post: geir.nielsen@psykp.uib.no

Elisabeth Norman, dr. psychol. og førsteamanuensis i pedagogikk ved Universitetet i Bergen. Institutt for pedagogikk, Universitetet i Bergen, Christiesgt. 13, N-5015 Bergen. Telefon: (+47) 55 58 9884.

E-post: Elisabeth.Norman@psysp.uib.no

eksempler fra eksperimentell kognitiv psykologi. Artikkelens viktigste budskap er at klinisk intuisjon er både nødvendig for og forenlig med evidensbasert praksis: Når en terapeut skal vurdere hvordan forskningsevidens skal integreres i kliniske handlingsvalg, spiller terapeutens kliniske ekspertise og intuisjon en avgjørende rolle.

Innledning

I boken om seg selv sier Ingmar Bergman:

“Et av mine sterkeste kort – kanskje det aller sterkeste – er at jeg ikke diskuterer med intuisjonen min, men lar den være utslagsgivende. Iblant kan jeg si til meg selv at dette går rett til helvete og er, rent fornuftsmessig sett, allerede langt inne i aftensangen, men jeg forfølger hårdnakket min intuisjon”, (Bergman et al., 1970, vår oversettelse).

Sitatet har et ledd til, men det lar vi vente.

Mange vil nikke gjenkjennende og bekreftende til den legendariske film- og teatermannens tillit til intuisjonens kompassfunksjon. Det gjelder både for små og store valg i dagliglivet og for beslutninger i kunstnerisk, vitenskapelig og annen profesjonell sammenheng. Vi har gjennom årene hørt aktører på høyst ulike områder fortelle om gjennombrudd og vendepunktopplevelser som følge av at de våget å stole på sin intuisjon. Intuisjon oppleves med andre ord å være et nyttig redskap i både problemløsning og kreativ utfoldelse. Den kommer oss ikke minst til unnsetning i komplekse og lite oversiktlige situasjoner.

Slike situasjoner er på mange måter de typiske i kliniske og psykoterapeutiske sammenhenger. Pasienten man har foran seg beskriver gjerne et omfattende og broget symptombylle. Ved hjelp av teoretiske begreper og praktisk klinisk erfaring forsøker man som terapeut å gripe symptomenes mening og funksjon. Men pasienten man sitter sammen med akkurat nå er ikke helt som teoriens modalpasient eller helt lik noen av pasientene med lignende symptombylle som man tidligere har arbeidet med. På tross av likheter i fenotyp, blir det mer og mer tydelig at den aktuelle pasienten skiller seg fra sine forgjengere med hensyn til det presenterte problemets grunnlag, funksjon og særskilte psykodynamikk.

Hver pasient har bruk for noe eget, noe unikt. For å kunne gi hjelp som monner, må vi derfor være villige og i stand til å utvide og overskride våre

etablerte faglige begreper, skjemaer og tidligere erfaringer. Samtidig som vi alltid bærer med oss tidligere erfaringer, må vi stille oss åpne for alle de inntrykk som hver enkelt pasient utsetter oss for, bevisst og ubevisst. Vi må stille oss åpne for de rollescenarier vi blir trukket inn i og for de meningsstrukturer som oppstår, samskapes og utfolder seg i og gjennom det terapeutiske samspillet. Vi må lytte til signalene fra egen kropp, og bruke våre kognitive forutsetninger kreativt til å integrere alt dette i en koherent og meningsfull helhet – dog uten at våre rasjonelt forankrede begreper nødvendigvis vil vise seg tilstrekkelige som grunnlag for virkningsfulle terapeutiske handlingsvalg. Det er her den kliniske intuisjonen kommer inn.

Psykoterapi er både kunst og vitenskap

I litteraturen blir spørsmål om psykoterapiens vesen ofte fremstilt i antagonistiske termer, ikke sjelden på formen “kunst *eller* vitenskap”. De som kjenner seg mest komfortable med kunstanalogien, fremhever gjerne det unike, det dialogiske, det intersubjektive, det uforutsigbare og det kreative i hver enkelt terapirelasjon og fra øyeblikk til øyeblikk innenfor hvert enkelt terapeutisk møte. Som i annen kunstutøvelse blir det nyskapende, kreative elementet i selve terapirelasjonen ansett som en forutsetning for god behandling, og bruken av intuisjon inngår som en vesentlig komponent i prosessen.

Det kan her være interessant å stoppe opp ved et sitat av Carl Rogers, hentet fra hans omtale av såkalt personsentrert psykoterapi:

“Som terapeut opplever jeg at når jeg befinner meg nærmest mitt indre, intuitive selv, når jeg på en eller annen måte er i kontakt med det ukjente i meg, når jeg innenfor relasjonen kanskje befinner meg i en lett endret bevissthetstilstand, da synes det som om hva enn jeg gjør, så er det ladet med en helende kraft” (Rogers, 1986, p.130, vår oversettelse).

Og et annet sted sier han:

“Jeg har lagt merke til at jeg fra min indre opplevelsesverden bringer frem utsagn som ikke synes å ha noen forbindelse med det som ytre sett foregår, men som vanligvis viser seg å ha en signifikant sammenheng med nettopp det klienten opplever akkurat der og da” (Rogers, 1965, vår oversettelse).

For den hardkokte rasjonalist og positivist, som sannsynligvis finner det mer treffende eller betryggende å beskrive psykoterapiens vesen gjennom vitenskapsanalogien enn som “kunst”, vil gjerne Rogers-sitatene fortone seg som utillatelig romantiserende og metafysiske – for ikke å si obskure. Der kunstmetaforen betoner det overraskende, det subjektive og det særegne, vektlegger vitenskapsanalogien i langt større grad det invariante, det forutsigbare, det tekniske, det objektivt målbare og det allmenne. Sammen med dette går gjerne en draging mot standardisering av klinisk praksis.

Det er ikke uvanlig at de som kjenner seg mest bekvemme med vitenskapsanalogien stiller seg generelt skeptiske til vanskelig definerbare begreper som intuisjon og gjerne spør om slike begreper i det hele tatt har noen verdi ut over å gi et navn til fenomener som i siste instans kanskje er helt illusoriske. Slik skepsis har tradisjonelt, og ikke så overraskende, gjort seg særlig gjeldende innenfor Akademia. Med få unntak var intuisjonsfenomenet lenge fraværende som gjenstand for empirisk utforskning innenfor både kognitiv og klinisk psykologi. I de senere år har bildet endret seg. Antall studier av intuisjon og tilgrensende fenomener synes å øke innenfor bevissthetsforskning og ulike grener av kognitiv psykologi, for eksempel beslutningspsykologi. Intuisjon har også vært gjenstand for forskning innenfor ulike kliniske disipliner – spesielt sykepleie, fysioterapi og allmenntidmedisin, men i mindre grad innenfor klinisk psykologi og psykoterapi (se for eksempel Nilsson & Persson, 2004).

En enkel rundspørring om intuisjonsbegrepet

For å få et inntrykk av holdninger til begrepet klinisk intuisjon innenfor et klinisk-akademisk fagmiljø, foretok vi i forbindelse med en annen artikkel (Norman & Nielsen, 2009) en enkel og uhøytidelig rundspørring på vår egen arbeidsplass, dvs. blant universitetsansatte psykologer i stillinger hvor det også inngår kliniske arbeidsoppgaver. I alt 25 informanter ble spurt (1) om de opplevde “klinisk intuisjon” som et teoretisk meningsfullt begrep, (2) om de opplevde begrepet som meningsfullt i forhold til sin kliniske praksis, (3) om de noen gang hadde benyttet begrepet for å begrunne egne kliniske handlingsvalg og (4) om klinisk intuisjon på noen måte lar seg forene med tidens krav om evidensbasert praksis.

Svarene var interessante. Selv om mer enn halvparten av respondentene (13 av 25) opplevde at klinisk intuisjon ikke var et *teoretisk* meningsfullt begrep, opplevde samtlige 25 begrepet som meningsfullt *i forhold til sin kliniske praksis*. Seksten svarte at de hadde benyttet begrepet for å begrunne egne kliniske

handlingsvalg, og 22 anså klinisk intuisjon som forenlig med begrepet om evidensbasert praksis. Noe overraskende svarte mer enn halvparten (7 av 13) av de som *ikke* opplevde klinisk intuisjon som et teoretisk meningsfullt begrep at de likevel hadde brukt det for å begrunne egen praksis. Ti av de 13 mente dessuten at begrepet, på tross av manglende teoretisk avklaring, er forenlig med evidensbasert praksis.

Samlet forteller svarene oss at klinisk intuisjon fortsatt er et høyst levende begrep, men også at dets teoretiske status er uklar. I den videre fremstilling skal vi derfor gå tilbake til start og forsøke å bidra til en tydeligere fenomenbeskrivelse og begrepsavklaring, for så å forholde oss til artikkelens egentlige problemstilling, nemlig intuisjonens forhold til evidensbasert praksis.

Forsøk på begrepsavklaring

En hyppig sitert leksikal definisjon av intuisjon finner vi i Collins National Dictionary (1966). Den er kortfattet og lyder som følger: “ immediate and instinctive perception of a truth; direct understanding without reasoning” (s. 268). Intuisjonsbegrepet viser med andre ord til en innsikt eller forståelse, som kommer hurtig og umiddelbart, og uten at personen er seg bevisst den eller de prosesser som leder frem til forståelsen. Intuitiv forståelse kan ikke begrunnes eller beskrives så detaljert som rasjonell innsikt og erkjennelse. Denne definisjonen har likhetstrekk med Carl Gustav Jungs syn på intuisjon. Han fremholdt intuisjonen som en helt grunnleggende menneskelig kapasitet, en psykologisk grunnfunksjon på linje med persepsjon og rasjonell tenkning (Jung, 1993).

En positiv oppfatning av intuisjon og intuitiv erkjennelse finner vi også hos den innflytelsesrike teoretikeren, forskeren og pedagogen Jerome Bruner. Det er ikke minst grunn til å merke seg at han spesielt fremhever intuisjonens betydning innenfor eksakte disipliner som matematikk og naturvitenskap (Bruner, 1970). Han mener at skolen bør legge større vekt på å lære elevene å gjette, å oppdage og å bruke sin intuisjon, fremfor å la analytisk deduktiv tenkning med mer eller mindre mekanisk innlæring og anvendelse av regler, bevisføring, m.v. dominere. Bruner hevder dette på tross av at han villig innrømmer at det langt fra er på det rene hva intuitiv forståelse går ut på. Men, som han sier:

“vi er i stand til å skille mellom uartikulert geni og artikulert idioti – det første representert ved eleven som gjennom operasjoner og konklusjoner røper en dyp innsikt i stoffet, men ikke finner ord for “hvorfors” og “hvordan”, i motsetning til

eleven som flommer over av de ordene som later til å være de rette her, men ikke makter å gjøre bruk av de ideene som disse ordene fortrinnsvis skulle stå for” (Bruner, 1970, s. 63).

En uærbødig digresjon: Det kunne være en interessant tanke å erstatte elevene i Bruners eksempel med terapeuter og terapeuters forståelse av og holdning til våre dagers omseggripende standardisering i form av kliniske retningslinjer og terapimanualer, begge deler sentrale virkemidler i henhold til visse oppfatninger av evidensbasert praksis. Kanskje også mange klinikere har lett for å “flomme over med” de ordene som for tiden synes å være de helsepolitisk korrekte, og der ideene bak ordene ikke kommer til uttrykk på annen måte enn som rigid metode- og prosedyrefiksering?

Ifølge Bruner (1970) er det ikke nødvendigvis noe motsetningsforhold mellom intuisjon og teoretisk formulert kunnskap. Snarere utfyller de hverandre. Bruner er inne på dette når han påpeker at folk med utstrakt kjennskap til et emne oftere treffer en avgjørelse eller finner løsningen på et problem i et intuitivt sprang – som senere viser seg å ha ført til rett svar eller riktig løsning. Som eksempel nevner han en spesialist i indremedisin som allerede ved sitt første møte med en pasient bare stiller noen få spørsmål, foretar en rask undersøkelse og så konkluderer med en nøyaktig diagnose. Under slike forhold, sier Bruner (1970),

“går intuisjon kanskje ut på å gjøre bruk av en begrenset rekke indikasjoner, fordi den tenkende vet hvilke fenomener som står i en strukturell relasjon til hverandre. Det betyr ikke at en “klinisk” diagnose er sikrere eller usikrere enn en prognose bygd på innsamlede data, bare at den er av en annen art, og begge arter er av verdi” (Bruner, 1970, s. 70).

Analoge resonnementer gjelder i forhold til situasjoner vi som mentalhelsepersonell ofte befinner oss i.

Forholdet mellom den intuitive og den mer analytisk deduktive og rasjonelle tenkningen er berørt også i Bergman-sitatet som vi innledet fremstillingen med. Av sitatets siste del, som vi lovet å komme tilbake til, fremgår det tydelig at heller ikke Bergman plasserer de to kunnskapsformene i et motsetningsforhold, men snarere lar de komplettere hverandre. Vi gjengir derfor også resten av sitatet, som ofte blir glemt når man benytter Bergman som sannhetsvitne for intuisjonens fortreffelighet:

“Siden, når man intuitivt har besluttet noe, er det nødvendig å følge det opp intellektuelt. Intuisjonen griper langt inn i mørket, siden må man fornuftsmessig forsøke å ta seg frem hele den lange veien til fots, frem til stedet der intuisjonens spyd landet” (Bergman et al., 1970, vår oversettelse).

Vi kan altså fastslå at det også for Bergman er et vesentlig poeng at den rent intuitive forståelsen ofte trenger å bli videre bearbeidet ved hjelp av rasjonell og logisk resonnerende tenkning dersom et godt resultat skal bli mulig.

Intuisjon og taus kunnskap

På folkemunne finner vi en rekke betegnelser for fenomener som i meget synes beslektet med intuisjon. Eksempler er “magefølelse”, “Fingerspitzgefühl” og “Den sjette sans”, alle sammen kroppslige metaforer. Fra faglitteraturen har vi begreper som “å lytte med det tredje øret”, “empatisk” forståelse, “mentaliseringsevne” og “randsonebevissthet”. Kanskje kan også et uttrykk som “å bruke motoverføringen” forstås som et aspekt ved klinisk intuisjon.

Enda mer nærliggende er imidlertid begrepet “taus kunnskap”. Slik vi i ser det, kan taus kunnskap betraktes som en overordnet kategori som inkluderer intuisjon og tilgrensende fenomener. Med Polanyi (1958), kan vi si at taus kunnskap skiller seg fra kunnskap som lar seg formidle via språket, samles i bøker og som vi kan lese oss til. Slik kunnskap benevnes gjerne som *påstands-kunnskap*. Den lar seg eksplisitt formulere og begrunne og kan tjene som fundament for rasjonelle og veloverveide kliniske handlingsvalg.

Annerledes stiller det seg med den tause kunnskapen. Den lar seg ikke enkelt beskrive eller begrunne, men gir seg likevel til kjenne når klinikeren viser at han eller hun behersker en bestemt arbeidsoperasjon eller yrkesfunksjon. Vi har da å gjøre med det vi også kan kalle *praksiskunnskap* eller klinisk *handlingskompetanse*. Fenomenet har også fellestrekk med implisitt lært kunnskap, som vi kommer tilbake til senere.

La oss prøve å illustrere noe av forholdet mellom artikulert, teoretisk påstandskunnskap og taus kunnskap gjennom eksempler:

I en terapitime blir det mer og mer tydelig at pasienten idealiserer og overvurderer terapeuten sin. Mot slutten av timen velger terapeuten å påpeke og tolke pasientens væremåte. Dette synes å ha en nokså umiddelbar effekt. Pasienten blir ettertenksom og sier noe slikt som at “akkurat det har jeg aldri tenkt på”. Av en yngre utdanningskandidat, som har kunnet følge terapien gjennom et enveisspeil, blir terapeuten etter timen spurt hvorfor hun valgte å inter-

venere som hun gjorde. Terapeuten svarer at hun oppfattet pasientens idealisering som positiv overføring, at overføringen fungerte som motstand og at hun derfor fant det hensiktsmessig å tolke. Terapeutens handlingsvalg var med andre ord forankret i eksplisitt, teoretisk påstandskunnskap og lot seg relativt enkelt begrunne.

Tenk så på et annet, kanskje vanligere situasjonsbilde – også dette hentet fra en terapitime: Pasienten forteller et eller annet, samtidig som tårene strømmer på. Terapeuten sier ingenting, men plasserer etter noen sekunder hånden sin forsiktig på pasientens underarm. Slik sitter de tause sammen en stund. I etterkant forteller pasienten at han nettopp gjennom denne handlemåten fra terapeuten følte seg ivaretatt, hjulpet og forstått.

La oss videre tenke at vi hadde kunnet spørre terapeuten, i situasjonen der og da: "Hvorfor valgte du å handle akkurat slik du gjorde? Hva var din teoretiske rasjonale for å møte pasienten på akkurat denne måten? Hvorfor brukte du fysisk berøring, noe du jo i din undervisning og som psykoterapiveileder maner til forsiktighet med?" Sannsynligheten for at terapeuten ville ha blitt oss svar skyldig er stor. Men minst like stor er sannsynligheten for at hun et sted inni seg likevel "visste" at hun i det kritiske øyeblikket handlet riktig eller adekvat – selv om hun med en annen pasient i en tilnærmet lik situasjon kunne ha handlet annerledes, og også der "visst" at nettopp det var et klokt og riktig valg. Til forskjell fra det første eksemplet kunne terapeuten neppe ha gitt noen klar rasjonale for sin handlemåte, men kanskje sagt noe slikt som at "det bare ble slik", "jeg kjente det naturlig akkurat der og da" eller "jeg tror pasienten behøvde det". Handlingen var med andre ord ikke begrunnet i en bestemt teori. Den var heller ikke et eksempel på en spesifikk terapeutisk teknikk eller regel, hentet fra en eller annen lærebok. Det var først og fremst en spontan, kall det gjerne *intuitiv* handling, en omsorgsfull og hensiktsmessig måte å opptre på som terapeuten hadde lært av livet selv og gjennom sin lange praksisutøvelse – altså et uttrykk for terapeuten *tause* kunnskap. Slik foreldre uten noen spesiell opplæring viser i handling at de vet hvordan de skal håndtere sitt gråtende barn, slik *visste* terapeuten hvordan hun skulle møte sin pasient akkurat der og da. Vi kan gjerne si at kunnskapen viste seg i form av en umiddelbar situasjonsforståelse.

Å handle på grunnlag av taus kunnskap

I enhver terapeuts hverdag finnes det situasjoner der vi handler på grunnlag av taus kunnskap. Det har sammenheng med at det meste av fagets velartikulerte teorikunnskap og empiri i så stor grad dreier seg om antatt generelle lov-

messigheter i menneskelig opplevelse og atferd. Slik kunnskap er *nomotetisk*; den pretenderer å gjelde for mennesker i alminnelighet, men er ikke nødvendigvis til hjelp for oss i møtet med den enkelte, eller i arbeidet med en nærmere bestemt oppgave eller et gitt saksforhold. Hvert møte er unikt, ingen oppgave er fullstendig lik en annen. Det er, som allerede nevnt, her den tause kunnskapen kommer inn. Uten erkjennelse og anerkjennelse av denne kunnskapens plass og betydning, vil klinisk yrkesutøvelse lett bli en parodi på seg selv. I verste fall blir den redusert til en form for abstrakt teoretisk lærdhet eller kontekstløs og regelstyrt teknikk- og prosedyreflinkhet – utilstrekkelig eller uegnet til å møte utfordringene vi fortløpende, fra øyeblikk til øyeblikk, blir stilt overfor i samhandling med andre. Denne fra-øyeblikk-til-øyeblikk-funksjoneringen er i sitt vesen kreativ. Den kan ikke styres av forhåndsoppstilte regelsett eller detaljert utformede manualer. Dette gjelder ikke minst måten vi fungerer på i sterkt emosjonelt ladede situasjoner, hvilket jo ofte er tilfellet i psykoterapi.

Et grunnleggende spørsmål melder seg: Når vår tause, intuitive kunnskap er utpreget ikke-språklig, uartikulert og ikke begrepsatt, hvor kommer den da fra? Hvor er den forankret? Og hvordan hentes den frem? I et forsøk på å besvare disse spørsmålene tar blant andre Bohart (1993) utgangspunkt i at vi tidligst i livet lærer vår verden og våre omgivelser å kjenne ad en ren perseptuell og kroppslig opplevelsesmessig vei. Dette gjelder ikke bare opplevelsen av enkle stimuli og sammenhenger, men også ytterst komplekse forhold og fenomener. Uten å registrere det, tilegner vi oss grammatikken for det språket vi snakker, grammatikken for sosial samhandling, grammatikken i samspillet innenfor vår egen familie, hva kulturen formidler om hva som er rett og galt – og mye, mye mer.

Vår tause, intuitive viten er utpreget *kontekstuell* og *kroppsliggjort*. I tråd med Merleau-Pontys (1994) kroppsfilosofi hevder Polanyi (1958) at vår fysiske organisme, med sitt sansesapparat, sine affekter og emosjoner, er det ultimate instrument for all personlig kunnskap, og i særdeleshet for den handlingsorienterte praktiske viten. Å for eksempel sykle eller balansere på stram line er noe vi aldri kan lære utelukkende ved å lese en bok. Det er kun mulig på bakgrunn av "kroppslig erfaring", uten at vi kan forklare hvordan vi gjør det, eller uten at vi gjennom ord alene kan lære andre å beherske nevnte ferdigheter. Skillet mellom påstandskunnskap (deklarativ kunnskap) og taus (implisitt) kunnskap står sentralt også innenfor kognitiv psykologi hvor den sistnevnte formen gjerne assosieres med ubevisst/implisitt læring (Willingham, Nissen, & Bullemer, 1989).

Det kan altså synes som at vår mest grunnleggende opplevelse av verden er mer sensorisk og perseptuell enn kognitiv og konseptuell (Bohart & Rosenbaum, 1995). I motsetning til hva kognitive utviklingspsykologer som Piaget (2000) har hevdet, kjennetegnes ikke den tidligste utviklingen av at barnet – analogt til vitenskapsmannen – ordner inntrykk og erfaringer i konseptuelle bokser og tester ut “hypoteser”. Mer treffende, mener Bohart og Rosenbaum (1995), er det de kaller “mennesket-som-kunstoplever”-analogien. Den innebærer at hvordan vi opplever kunstverk, det være seg et bilde, en skulptur eller et musikkstykke, ikke primært handler om tankevirksomhet. Vi persiperer helheter og *mønstre* og opplever kunstverket emosjonelt langs dimensjoner som form, farge og tekstur, flyt, rytme, tempo og punktuering. Vi *gjenkjenner* og *diskriminerer* mellom mønstrene på grunnlag av forholdet mellom de ulike dimensjonene eller endringer i disse. Dette skjer intuitivt og umiddelbart, altså uten at vi aktivt må tenke eller resonnere. Tilsvarende prosesser gjør seg gjeldende i vår opplevelse og våre oppfatninger av hverandre, både i og utenfor terapirommet. Hvis slike prosesser blir interferert med av kritisk analytisk tenkning, kan dette gjøre at de forsinkes og i mange tilfeller fungerer mindre adaptivt i øyeblikk-til-øyeblikk-handlinger mellom interaksjonspartnerne, eksempelvis pasient og terapeut. At kritisk analytisk tenkning kan forstyrre ikke-språklige, intuitive prosesser, finnes det mange eksempler på innenfor eksperimentell kognitiv psykologi (se for eksempel Schooler, 2002).

Intuisjon og opparbeidet erfaringskunnskap

Vi nevnte at det blant ubøyelige skeptikere finnes dem som stiller seg tvilende til om intuisjon i det hele tatt lar seg påvise som reelt fenomen, eller om det snarere dreier seg om noe rent illusorisk. Skeptikeren ber om bevis, fortrinnsvis fremskaffet gjennom kontrollerte eksperimenter. Vi har i en annen forbindelse referert en rekke studier som viser hvordan “intuitiv praksis” i ulike eksperimentelle oppsett fremstår som reelt fenomen. Interesserte henvises til den aktuelle artikkelen (Norman & Nielsen, 2009), og vi vil her nøye oss med et eksempel på nevnte type forskning.

At intuisjon kan gjenspeile faktisk opparbeidet erfaringskunnskap om komplekse sammenhenger er særlig blitt utforsket gjennom studier av såkalt *implisitt læring*, definert som læring av komplekse sammenhenger som påvirker adferd og bedømmelser uten at detaljene i det man har lært er tilgjengelig for ens bevissthet, jf. “taus kunnskap” (Reber, 1967). Den formen for implisitt læring som oftest blir referert, er læring av kunstig grammatikk, såkalt “artificial

grammar learning” (Reber, 1967). Her blir deltagerne først presentert for en serie tilsynelatende meningsløse bokstavrekker, som alle er konstruert etter en kompleks, kunstig “grammatikalsk” struktur. Men det får deltagerne ikke vite. Likevel finner man som regel at de i en påfølgende testfase, der de får seg forelagt helt nye bokstavrekker, er i stand til relativt presist å skille mellom bokstavrekker som følger den grammatikalske strukturen, og bokstavrekker som avviker fra den. Det er også vanlig at deltagerne ikke er seg bevisst nøyaktig hva denne strukturen er. Læringen kan følgelig betraktes som en form for intuisjon, fordi adferden er påvirket av erfaring og avspeiler komplekse sammenhenger, men uten at personen har bevisst tilgang til kunnskapen som styrer den aktuelle adferden.

Intuisjon og evidensbasert praksis

Oppsummerende har vi gjennom fremstillingen så langt ønsket å vise at klinisk intuisjon er et reelt, erfaringsbasert fenomen som vi vanskelig kommer utenom i vår kliniske hverdag. Dette gjelder i særdeleshet våre umiddelbare valg fra øyeblikk til øyeblikk i for eksempel terapi. Intuitive prosesser finner stort sett sted utenfor eller i randsonen av vår bevissthet. De er subtile, de foregår med høy hastighet, de er kontekstsensitive, og de involverer selektiv oppmerksomhet overfor selv små detaljer. Samtidig er de helhetsrettede, og de integrerer og gir mening til multiple og komplekse stimuli og informasjonsbiter. Gjennomgående bryter intuitive prosesser med enkel årsak/virkning-logikk (Greenhalgh, 2002). Den faktiske eksistensen av intuisjon lar seg demonstrere gjennom kontrollerte eksperimenter. Heller enn å bli oppfattet som uvitenskapelig, bør intuisjon betraktes som en kilde til kreativ hypotesebygging innenfor ulike vitenskapsdisipliner og som en snarvei til forståelse av og innsikt i våre pasienter og de komplekse og ofte uoversiktlige samspill vi som terapeuter befinner oss i (Greenhalgh, 2002).

Hva kan vi så si om forholdet mellom intuisjon og evidensbasert praksis? Problemstillingen forutsetter at vi er noenlunde enige om hva “evidens” betyr. Det er ikke uten videre gitt, noe de seneste 10-15 års omfattende meningsutveksling om evidensparadigmet er et tydelig uttrykk for. Rolf Sandell har karakterisert evidensbasert behandling som et “omstridt prosjekt” (Sandell, 2006). Det kan vi trygt kalle en forsiktig påstand. Få faglige debatter i nyere tid har nemlig i samme grad som evidensdebatten satt sinnene i kok og skapt et så intenst og emosjonelt ladet diskusjonsklima. I debatten kan vi identifisere flere fronter: Forskere mot klinikere, kognitivistene og adferdsterapeuter mot psy-

kodynamikere og humanistisk/eksistensielt orienterte terapeuter, helsepolitikere og byråkrater mot fagfolk. Plassen umuliggjør en inngående beskrivelse av de ulike frontene, men vi skal trekke frem noen sentrale aspekter ved debatten.

Vi tør anta at ingen vil være prinsipielt uenige i at klinisk praksis, så langt det er mulig, skal være forankret i forskning og dokumenterbar kunnskap – kall det gjerne evidens. Uenigheten handler mer om hva som skal telle som evidens, hvordan ulike evidens- og kunnskapstyper vektes og hva som er gyldighetsområdet for foreliggende evidens. La oss prøve å kaste lys over disse spørsmålene ved å minne om hvordan evidensbevegelsens “far”, David Sackett, og hans kolleger definerte *evidensbasert medisinsk praksis* (“evidence-based health care”):

“Evidensbasert praksis er integrering av beste forskningsevidens med klinisk ekspertise og pasientens verdier” (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996, vår oversettelse).

Vi merker oss at definisjonen inneholder *tre* ulike komponenter: Forskningsevidens, klinisk ekspertise og pasientens verdier. Dette blir ofte glemt eller utelatt av de mest ihuga evidensforkjemperne. Ikke bare ekskluderer man definisjonens to siste bestanddeler. Man begrenser også begrepet forskningsevidens til ren *prosedyrevidens*, dvs. dokumenterte virkninger av spesifikke intervensjonsteknikker overfor nærmere bestemte diagnosegrupper. Noe spissformulert blir resultatet en enkel, todimensjonal matrise, med ICD- eller DSM-diagnoser langs den ene akse og mer eller mindre stramt operasjonaliserte og manualiserte intervensjonsformer langs den andre. Gjennom krysspeiling innenfor matrisen kan man så enkelt og greit finne ut hva som er “riktig” behandling for pasienter med en nærmere bestemt diagnose. Det lyder jo i og for seg besnærende.

Men forskningsevidens er mye mer enn ren prosedyrevevidens. Den empiriske psykoterapiforskningen har også gitt oss omfattende og dokumenterbar viten om betydningen av for eksempel relasjonsfaktorer (som gjerne virker på tvers av terapiformer), om effekten av særlige pasientkjennetegn ut over formell psykiatrisk diagnose, om forekomsten av individuelle vendepunktoplevelser (“significant events”) og, ikke minst, om betydningen av særlige terapeutfaktorer. Terapeutfaktorer, vet vi nå, forklarer en vesentlig større andel av variasjonen i behandlingsutfall enn de spesifikke intervensjoner og terapiteknikker som benyttes. Noen terapeuter er rett og slett gjennomgående dyktigere

enn andre. Enkelte har derfor, igjen noe spissformulert, tatt til orde for at vi heller bør snakke om evidensbaserte *terapeuter* enn om evidensbaserte terapier (jf. Wampold & Brown, 2005).

Klinisk ekspertise og intuisjon

Når vi snakker om terapeutfaktoren, blir vi igjen minnet om den andre komponenten i Sackett et al.'s (1996) inkluderende og integrative definisjon av evidensbasert praksis, nemlig *klinisk ekspertise*. I sin utredning er Sackett og hans kolleger påpasselige med å understreke at valg av kliniske intervensjoner på grunnlag av forskningsevidens aldri må fungere etter kokebokprinsippet. Forskningsevidens har en naturlig begrensning ved at den ofte kan *informere*, men aldri *erstatte* individuell klinisk ekspertise. Det er i siste instans nettopp gjennom sin ekspertise at klinikerer er i stand til å vurdere om en nærmere bestemt forskningsevidens lar seg applisere på den individuelle pasienten og, i så fall, *hvordan* den aktuelle kunnskapen skal integreres i kliniske handlingsvalg. I slike vurderinger kommer gjerne også intuisjonen inn.

Vi vet at klinisk ekspertise hos de fleste øker i takt med økende klinisk erfaring (Greenhalgh, 2002). Novisen søker gjerne mest mulig entydighet i sin situasjonsforståelse og tilstreber profesjonell trygghet gjennom relativ rigid etterlevelse av eksplisitte regler, kliniske retningslinjer og manualer. Men en slik praksis kan i mange tilfeller også fungere som en tvangstrøye og blir derved like mye *evidensbelastende* som *evidensbasert*. Eksperten, derimot, har større toleranse for flertydighet og opptrer mer frigjort og fleksibelt i forhold til behandlingsretningslinjer, manualer og andre ytredefinerte føringer. Eksperten våger i større grad å stole på sin umiddelbare og helhetlige situasjonsforståelse og trekker på den måten veksler også på sin dyptsittende tause kunnskap (jf. Norman & Nielsen, 2009).

Men selv om intuisjonen i mange tilfeller, særlig der situasjonen er uoversiktlig eller overskrider vår evne til bevisst informasjonsprosessering, kan vise seg å være den logisk/analytiske tenkningen overlegen (se for eksempel Gigenzer, 2008), betyr ikke det at våre intuitive handlinger og valg alltid er riktige. De kan, i likhet med handlingsvalg basert på teoretisk, eksplisitt kunnskap, også lede oss galt av sted.

Den gode nyheten er at nyere forskning har vist at vår intuitive kapasitet kan utvikles og forbedres dersom vi stadig sysselsetter oss med samme type oppgave eller problem (Greenhalgh, 2002). Fra forskning på implisitt læring vet vi at intuisjonen kommer tydeligst til uttrykk når vi opererer innenfor et

område hvor vi har opparbeidet oss utstrakt erfaring. Vår intuisjon er med andre ord relativt domenespesifikk. Men den kan gi seg til kjenne også i situasjoner som på overflaten avviker fra den opprinnelige erfaringssituasjonen. Det avgjørende er at det finnes en underliggende strukturell likhet, dvs. at det strukturelle forholdet mellom relevante variabler (mønsteret) i størst mulig grad ligner på strukturelle relasjoner som er abstrahert gjennom erfaring. Erfaring alene er likevel ikke alltid tilstrekkelig. Evnen til å fange opp komplekse sammenhenger synes nemlig å være forbundet med visse personlighetsvariabler (Norman, Price, & Duff, 2006). Personer som skårer høyt på "åpenhet for følelser", viser også mer intuitiv læring. Enkelte har på dette grunnlag foreslått at implisitt læring slik kan betraktes som en evne kjennetegnet ved individuelle forskjeller (Kaufman, DeYoung, Gray, Jiminéz, Brown, & Mackintosh, 2010).

Ekspertisebegrep uten intuisjon

I Norsk Psykologforenings prinsipperklæring om evidensbasert praksis (Norsk Psykologforening, 2007), som er en oversatt og tilpasset versjon av den amerikanske psykologforeningens erklæring, er intuisjon ikke nevnt som et kjennetegn på ekspertise. Ekspertise blir i erklæringen definert på en slik måte at psykologen forventes å kunne gi en holdbar begrunnelse for sin kliniske tilnærming og sine handlingsvalg. Samtidig finnes det tungt empirisk belegg for å hevde at forsøk på å verbalisere prosesser som er overveiende ubevisste og implisitte, altså intuitive, kan virke hemmende eller ødeleggende for nettopp disse prosessene i situasjoner der en intuitiv tilgang ellers ville ha vært den overlegne (se for eksempel Schooler, 2002; Norman & Nielsen, 2009). Hvis vi, slik vi her har valgt å argumentere, lar intuisjon utgjøre en sentral komponent i ekspertisebegrepet, foreligger det med andre ord et spenningsforhold mellom prinsipperklæringens begrunnelseskrav og ekspertisens ("egentlige") vesen. Dette gjelder ikke minst for kliniske samspillsituasjoner (psykoterapi), der nettopp de løpende, affektivt påvirkede vurderingene og valgene, foretatt innenfor brøkdeler av et sekund, er hva det meste handler om.

Avsluttende bemerkninger

Vi har gjennom denne fremstillingen ønsket å kaste lys over fenomenet klinisk intuisjon og vise at begrepet lar seg meningsfullt forene med begrepet om evidensbasert praksis. Forutsetningen er at vi gir sistnevnte en videre betydning enn ren prosedyreevidens og inkluderer klinisk ekspertise som en sentral

komponent i forståelsen av evidensbasert praksis. Dette er ikke noe nytt eller radikalt, men snarere helt i tråd med Sackett et al.'s (1996) opprinnelige definisjon av evidensbasert medisinsk praksis, der også pasientens preferanser og verdier inngår i definisjonen.

Psykologforeningens prinsipperklæring bygger direkte på Sackett et al.'s tredelte definisjon. Samtidig, ved at erklæringen ikke inkluderer intuisjon som et sentralt aspekt ved klinisk ekspertise, men relativt ensidig fremhever begrunnelseskravet for kliniske handlingsvalg, oppstår det et potensielt ødeleggende motsetningsforhold. Motsetningsforholdet er mellom bruk av praksisforankret intuitiv eller "taus" kunnskap på den ene siden og artikulert, begrepsfestet påstandskunnskap på den andre. Vi har forsøkt å vise at god klinisk praksis forutsetter tilgang til begge deler. I virkeligheten glir de to kunnskapsformene over i hverandre. Likevel nyter de ulik status i ulike fagmiljøer og kulturer. Og de knytter an til ulike verdier. I vår vestlige kulturkrets, med sin utpregede tendens til dualistisk tenkning (teori *versus* praksis), har vitenskapenes mål først og fremst vært den språklige begripelse av verden. Vi oppdras til et gjennomført logisk positivistisk kunnskapssyn, der bare det som lar seg språklig formulere, som kan prøves empirisk (og helst kvantitativt) eller som kan bevises ved hjelp av formell logikk – blir akseptert som sann og gyldig viten.

Filosofen Kjell S. Johannessen stiller seg kritisk til en slik tenkning. I sin kritikk av den logisk positivistiske posisjonen sier han blant annet:

"For det er ikke det minste vanskelig å innse at en slik forståelse av kunnskapens karakter innebærer en ikke ubetydelig innsnevring av de områder hvor vi i dagligtalen med den største selvfølgelighet snakker om å vite noe. Alle former for verdier faller f.eks. helt utenfor området av legitime kunnskaper ut fra dette kunnskapssynet. For verdier er nettopp kjennetegnet ved at de *ikke* kan hverken erfaringsmessig belegges eller formelt bevises", (Johannessen, 1987, s. 2).

Praktisk klinisk virksomhet handler på mange måter om å orientere seg og manøvrere i komplekse sosiale og mellompersonlige felt. For å lykkes er klinikerer derfor avhengig av å besitte slik kunnskap som verdiene er bærere av. Klinikerer må oppfatte og forstå hvilken verdimatrise hun eller han til enhver tid er omgitt av. Slik kunnskap kan ikke erverves gjennom bøker alene. Det trengs noe mer enn teoretiske studier. Kunnskapen må erverves gjennom livet selv, gjennom handling i praktiske sammenhenger og i relasjoner til andre mennesker.

Klinisk intuisjon og taus kunnskap: Nødvendige ingredienser i evidensbasert praksis?

Referanser

- Axelsen, E. & Nielsen, G. H. (1994). Om formidling av psykologisk praksiskunnskap. I S. Reichelt (Red.), *Psykologi i forandring* (pp. 45-55). Oslo: Norsk Psykologforening.
- Bergman, I., Bjørkman, S., Manns, T., Sima, J. (1970). *Bergman om Bergman*. Stockholm: Norstedt
- Bohart, A. C. (1993). Experiencing: The basis of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 3*, 51-67.
- Bohart, A. C. & Rosenbaum, R. (1995). Configurationism: Constructionism from an experiential perspective. *Journal of Constructivist Psychology, 8*, 317-326.
- Bruner, J. S. (1970). *Om å lære*. Oslo: Dreyer.
- Collins National Dictionary. (1966). *The new national dictionary*. London: Collins.
- Gigerenzer, G. (2008). Why heuristics work. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 20-29.
- Greenhalgh, T. (2002). Intuition and evidence – uneasy bedfellows? *British Journal of General Practice, 52*, 395-400.
- Johannessen, K. S. (1987). *Tanker om taus kunnskap*. Universitetet i Bergen: Filosofisk institutt. Manuskript for forelesning på Dramaten i Stockholm, 23. november 1987. (Også utgitt i svensk versjon som: Johannessen, K. S. (1988). Tankar om tyst kunnskap. *Dialoger, 3*, 13-28.)
- Jung, C. G. & Ahlberg, A. (1993). *Psykologiska typer*. Valda skrifter av C. G. Jung. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kaufman, S. B., DeYoung, C. G., Gray, J. R., Brown, J. & Mackintosh, N. (2010). Implicit learning as an ability. *Cognition, 116*, 321-340.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fænomenologi*. Helsingør: Det lille forlag.
- Nilsson, S. & Persson, M. (2004). *Intuition som ett redskap för sjuksköterskan i vården: En litteraturstudie*. Malmö: Malmö högskola (sjuksköterskeprogrammet).
- Norman, E., Price, M. & Duff, S. C. (2006). Fringe consciousness in sequence learning: The influence of individual differences. *Consciousness and Cognition, 15*, 723-760.
- Norman, E. & Nielsen, G. H. (2009). Klinisk intuisjon: Forenlig med evidensbasert praksis? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46*, 940-947.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*, 1129-1142.
- Piaget, J. (2000). *Barnets psykiske utvikling*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge: Toward a post-critical philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Reber, A. S. (1967). Implicit learning of artificial grammars. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 6*, 855-863.
- Rogers, C. R. (1965). Transcript of Rogers and Gloria. In E. L. Shostrom (Producer), *Three approaches to psychotherapy. Part 1: client-centered therapy* [film and transcript].
- Rogers, C. R. (1986). Rogers, Kohut, and Erickson: A personal perspective on some similarities and differences. *Person-Centered Review, 1*, 125-140.
- Sandell, R. (2006). Intervju om evidensbasert psykoterapi (v/Peter Örn). *Psykologtidningen*, (Nr. 7), 4-10.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A. M., Haynes, B. R. & Richardson, S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal, 312*, 71-72.
- Schooler, J. W. (2002). Verbalization produces a transferinappropriate processing shift. *Applied Cognitive Psychology, 16*, 989-997.

- Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2005). Estimating psychotherapist variability: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.
- Willingham, D. B., Nissen, M. J. & Bullemer, P. (1989). On the development of procedural knowledge. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 15, 1047-1060.

Abstract

Geir Høstmark Nielsen and Elisabeth Norman: Clinical intuition and tacit knowledge: Necessary ingredients in evidence-based practice?

Clinical intuition can be defined as immediate insight or understanding without conscious access to the processes leading up to it. The article presents vignettes from clinical practice that illustrates how successful assembly of immediate experiences with existing knowledge and prior experience requires the use of clinical intuition. Clinical intuition is particularly important in the many challenges that the therapist faces when interacting with the patient from moment to moment. It is claimed that clinical intuition is not in conflict with the application of empirical and theoretically formulated knowledge, but that clinical intuition in many cases reflect the accumulated knowledge. This is supported by examples from experimental cognitive psychology. The article's main message is that clinical intuition is both necessary for and consistent with evidence-based practice: When a therapist attempts to integrate research evidence in clinical choices of action, the therapist's clinical expertise and intuition are central ingredients.

Key words: clinical intuition, tacit knowledge, psychotherapy, evidence-based practice, clinical expertise

“Nu-øjeblikke” og deres betydning i psykoterapi med tilknytnings- forstyrrede børn

Matrix, 2011; 2, 164-179

Jytte Mielcke

En vigtig opgave for videnskaben er at oplyse det felt af “tavs viden”, som ikke umiddelbart lever op til kravet om stringens og evidens. Der er de sidste 10-15 år sat fokus på et af de kliniske psykologers tavse kundskabsområder – “nu-øjeblikke” eller “forandringsøjeblikke” i psykoterapi.

Artiklen er et bidrag til denne udforskning og dermed udviklingen af den psykoterapeutiske alliance og på sigt til udvikling af tilknytningsevnen. Med udgangspunkt i et caseeksempel fra den kliniske psykodynamiske praksis med børn med tilknytningsforstyrrelser beskrives og analyseres en konkret situation og procesforløbet med udgangspunkt i de teoribidrag samt den forskning, der allerede er tilgængelig på området.

Forskning inden for psykoterapi

Der har været en stående kritik af savnet af evidensbaseret forskning til måling af effekten af psykodynamisk og psykoanalytisk psykoterapi, især i behandlingen af børn og unge (Kazdin, 1995). Nogle af de argumenter, der kan fremføres som forklaring på den begrænsede evidensbaserede forskning, er, at det drejer sig om langvarige, intensive behandlinger, der ofte udøves af privatpraktiserende psykoterapeuter med omfattende uddannelse, men uden bevilgede forskningsmæssige ressourcer. Endvidere, at en sådan psykoterapeutisk forsk-

Jytte Mielcke, privatpraktiserende klinisk psykolog med speciale i psykoterapi, børnepsykologi samt supervision. Psykologpraksis Den Røde Plads 10, 2. 7500 Holstebro. Mail: jytte_mielcke@mail.tele.dk

ning inden for børneområdet, samtidig bør indeholde studier og dokumentation fra de parallelle samtaleforløb, kontakter og møder med barnets og den unges netværk. Praktikere, forskere og bevilligende myndigheder har i stedet satset på en prioritering af mindre ressourcekrævende forskning indenfor korterevarende terapier, hvor terapeuten på kort tid kan trænes op i anvendelsen af en overskuelig og lettere tilgængelig målbar metode.

Op igennem 1970'erne, 80'erne og 90'erne blev der foretaget en række undersøgelser til kortlægning af, hvad det er, der gør en behandling effektiv og hvilke faktorer, som ser ud til at bidrage til forandring i psykoterapi (Koocher & Pedulla, 1977, Kazdin, Siegel & Bass, 1990 i Carlberg, 1999). Man nåede her frem til, at faktorer såsom barnets diagnose, hvor tidligt og hvor massivt barnets udvikling er blevet forstyrret samt barnets og forældrenes motivation, fandtes vigtigt. Den terapeutiske alliance samt terapeutens erfaring og uddannelse viste sig også at være faktorer, der havde væsentlig indflydelse på effekten af behandlingen. Det var hverken typen af teknik og metode, behandlingens varighed eller sessionernes hyppighed, der blev behæftet med forandringspotentiale. Carlberg (1999) påpeger, at det er et interessant fund, da det ofte er disse temaer, der er genstand for diskussion og i fokus inden for forskningen.

Der er i dag blandt udviklingspsykologer og klinikere stor enighed om, at kvaliteter ved relationen er det helt afgørende omdrejningspunkt i den psykosociale udvikling og i terapi. Der har derfor også igennem den samme årrække været og er fortsat stor interesse for at udforske den terapeutiske relation. I forskningen inden for psykoterapi med børn har fokus i højere grad været på resultaterne og i mindre grad på relationsfaktorer og procesaspekter. Inden for det sidste årti har der været en stigende opmærksomhed på studiet af "vendepunkter" eller "forandringsøjeblikke" i psykoterapi (Stern 2004, Kazdin, 2000). En sådan opmærksomhed på studiet af de komplicerede psykoterapeutiske processer er helt afgørende for den fremtidige metode- og praksisudvikling.

I en retrospektiv undersøgelse af 763 analytisk orienterede børnepsykoterapier samt børneanalyser, forestået af Peter Fonagy og Mary Target på Anna Freud Centret i London, var hovedresultatet, at denne behandlingsmetode var særdeles effektiv i behandlingen af børn under 12 år med massive udviklingsforstyrrelser under en bred vifte af psykiatriske diagnoser (Fonagy & Target, 2002). Mange børn med psykiatriske diagnoser bærer ofte problemerne med ind i voksentilværelsen. Fonagy og Targets afhandlingsarbejde viste, at prognosen kunne ændres ved længerevarende psykoterapi med barnet parallelt med støtte til forældre. Sådanne tilbud kan synes ressourcekrævende. Elisabeth Cleve har i sin bog "Från kaos till sammanhang" (2000) peget på, hvor-

"Nu-øjeblikke" og deres betydning i psykoterapi med tilknytningsforstyrrede børn

dan langvarig psykoterapi med børn over en længere årrække, suppleret med samtaler med forældrene, ikke er mere omkostningsfuld end indlæggelse på en børnepsykiatrisk afdeling eller senere fængselsophold.

I flere artikler er der beskrevet forsøg på at udvikle metoder til at undersøge processer i psykoterapi med børn. Boston & Lush (1994) har blandt andet kastet lys over behovet for at finde muligheder for at koble "objektive" metoder, herunder kravet om kontrol og systematik, med mere naturalistiske metoder. Fokus er her på at kunne beskrive, analysere, tolke og dokumentere, uden at forstyrre eller helt miste nogle af "de intuitive dimensioner", der skaber forandringer i psykoterapi. Et vigtigt tema er, hvordan vi på den ene side kan opfylde de forskningsmæssige krav til stringens, uden at påvirke den terapeutiske holdning og alliance, den frit flydende opmærksomhed og relation til barnet i negativ retning. På den anden side, at psykoterapeutens viden og forforståelse, i forhold til barnet og dets livshistorie, ikke blænder og blokerer for forskningen.

Denne artikel skal ses som et enkelt af mange intensive casestudier, der forhåbentlig kan bidrage til indkredsning og analyse af de "signifikante events", noget, som kan ses som en mulig tilnærmelse til udforskning og afprøvning i et større materiale. Leonore Terr (2008) spørger, hvad der skal til for at skabe forandringsøjeblikke, som hun her kalder "magiske øjeblikke", i psykoterapi med børn:

It takes the best training one can find. It takes experience. It takes only one commandment "Do not harm". It takes a lifelong commitment to keep reading, keep thinking, and keep trying. And it takes a big, big dose of playfulness.

Yes, a psychotherapist can – and should – occasionally act on impulse. Yes, it's okay to be counterintuitive. Yes, surprise wakens the weary child. Yes drama works. And yes, I believe in magic (s.264).

Erik Eriksons fremhæver også det intuitive som en vigtig betingelse for psykoterapi:

You need a history and you need a theory, then you must forget them both and let each hour stand for itself (ibid, s.265).

Psykoterapi med børn foregår ofte med legen som omdrejningspunkt, på et ikke verbalt plan, hvilket gør det vanskeligere at undersøge og dokumentere processen. Dette gør det endnu vigtigere at forsøge at afdække og systematisere erfaringerne (Terr, 2008).

Vendepunkter og forandringsøjeblikke i psykoterapi

Forskellige begreber er de seneste år blevet anvendt for at redegøre for de processer, som skaber ændring i den terapeutiske relation: *“moments of change”*, *“magical moments”*, *“vændpunkter”* etc. til identifikation heraf. Stern taler om *“tavs relationel viden”* (Stern, 2006, s. 231). Det er et komplekst billede, der danner sig, efterhånden som man begynder at interesse sig for vendepunkter og forandringsøjeblikke. Jeg vil i denne artikel koncentrere mig om de positive forandringer, vel vidende, at de ofte følger efter – er koblet til negative – i betydningen – destruktive procesforløb eller faser i terapiforløbet. En tolkning af overføringen eller af et udsagn kan lede til en nyopdagelse og ofte et ramme-/ kontekstbrud, der åbner til et nyt psykologisk rum for fælles oplevelse eller emotionel afstemning. Centralt i forandringsøjeblikke er, at der opstår et følelsesladet møde mellem barn og terapeut, hvilket er en vigtig forudsætning for, at barnet får en følelse af at have et indre liv. Sådanne oplevelser er også et vigtigt led i den fortløbende mentaliseringsproces i terapien, hvor terapeuten forsøger at tune sig ind på, rumme, tolke, bearbejde og regulere barnets psykiske materiale.

Klimovsky et al.(1994) skelner mellem kontinuerlige og diskontinuerlige forandringer og beskriver tre typer af forandringer: 1) *“continuous change”* i form af små, ikke særligt tydelige forandringer, som akkumulerer til en mere synlig forandring. 2) *“removable discontinuity”*- en tydelig kvalitativ forandring, men når processen fortsætter, vedbliver alt ved det tidligere kvalitative forløb. 3) *“a jump from one state to another”*, som beskriver en tydelig kvalitativ forandring fra en tilstand til en anden i det terapeutiske forløb. Jeg vil i min casebehandling koncentrere mig om sidstnævnte kvalitative forandring fra en tilstand til en anden.

Carlberg (ibid, s.58) påpeger tre aspekter, som formodes at beskrive vigtige kvaliteter ved forandring, opsamlet fra studier af terapeuters erfaringer hermed: *“forandringens natur”*, *“forandringens indhold”* og *“faktorer bagom forandringen”*. *“Et andet hovedresultat af hans studier er, at vendepunkterne skifter i indhold alt efter, hvor i terapiforløbet, man befinder sig. Han beskriver det typiske terapiforløb i følgende faser: “opbygningen af den terapeutiske alliance”, dernæst “en uddybning af alliancen”, hvor barnets vitalitet, følelser og materiale kommer mere og mere frem. Herefter følger en mere destruktiv fase med “aggressivitet, konflikter og bearbejdning heraf”*. I de data, han finder, er der mange indikationer, der viser, at selve bearbejdningen af konflikter og destruktivt materiale først finder sted efter lang tids terapi. Det valgte caseeksempel omhand-

“Nu-øjeblikke” og deres betydning i psykoterapi med tilknytningsforstyrrede børn

ler det kvalitative spring fra en længerevarende destruktiv fase til en ny og tilknytningsmæssig mindre forsvarspræget, positiv fase.

Stern taler om "mødeøjeblikke" eller "nu-øjeblikke", som henviser til den autentiske relation, hvor forandring knytter sig til "følelsen af autenticitet", der omhandler unikke erfaringer i barnets og terapeutens gensidige forhold. Mødeøjeblikke omhandler den intersubjektive genkendelse af en fælles subjektiv virkelighed. Stern beskriver endvidere "det åbne rum", som efterfølger den udviklingsmæssige uligevægt, hvis det lykkes barnets og terapeutens bevidsthed at møde hinanden (Fonagy, 2006, s. 214). Der er tale om implicite strukturer i form af en spontanitet og et emotionelt flow, hvorved sådanne møder placerer sig uden for teori og teknik, idet disse forudsætter eksplicite strukturer. Det er imidlertid ikke tilstrækkeligt at udforske disse processer alene ud fra perspektivet af tavs relationel viden. Det er vigtigt, at udforskningen af disse mødeaspekter operationaliseres, hvilket kan ske ved at inddrage observationer og teorier fra spædbørnsforskningen samt tilknytningsteorien. Jeg tænker her f.eks. på det følelsesmæssige flow, hvor spædbarnets øjne møder moderens strålende blik i fælles glædesøjeblikke. Joan Erikson gjorde tidligt opmærksom på den udviklingspsykologiske betydning af moderens skinnende øjne som spejling af barnets eksistens og værd:

We begin life with this relatedness to eyes ... It is with eyes that concern and love are communicated, and distance and anger, as well. Growing maturity does not alter this eye-centeredness, for all through life our social intercourse with others is eye-focussed: the eye that blesses and curses. (Erikson, 1977)

Allan Shore har også henledt vores opmærksomhed på betydningen af fælles glædesøjeblikke i den neurale udvikling – især for udviklingen af højre hjernehemisfæres, som organiserer emotionel kontrol. En fælles glæde, hvor både barnets og den voksnes højre hjernedel er tunet ind og begge mødes i en gensidig, spontan følelsesmæssig oplevelse (Shore, 2006, s. 176). Karen Stagnetti og Steven Harvey (2010) finder, at forandring forudsætter en kombination af "attuned play" og "special moments". De definerer attuned play således:

This is interaction where participants are engaged in shared play activities and emotionally engaged with each other, responsive to each other verbally or non verbally through eye contact, pointing, imitation and joint play actions, a sense of fun is generated with observations of smiles and laughter, a sense of curiosity

and experimentation to explore new ideas (upubliceret præsentation, Wroxton 2010).

I sin bog "Magical moments of change" har Terr (2008) samlet en række eksempler herpå fra egne og kollegers psykoterapeutiske forløb, hvor hun beskriver magiske øjeblikke i positive forandringsprocesser således:

"These are the times when young people in psychotherapy exhibit dramatic, meaningful turnarounds. Angry as they may have been, conflicted as they may have felt frightened, even terrified, something passes from a child to me – or from me to the child – within the space of minutes, or sometimes even an instant. And this "something" impels the child to begin looking at himself differently. It impels entirely new behaviours. In fact, the child is indeed changed for the better" (s. 2). ...the solution lay in something I have said or done, the office atmosphere I created, a gesture, a new way we played together, an inside joke between us" (s. 3).

Terr stiller spørgsmålet: Kan vi lære noget om psykoterapi ved at tænke over forandringsøjeblikke og er optaget af, hvor glædesfyldt, kreativ og bevægelig psykoterapi med børn er. Forandringsøjeblikke synes at opstå, når barn og terapeut uventet deler den samme følelsesmæssige oplevelse. Terr gør opmærksom på, at nogle forandringer handler om transference/overføring, mens andre om reelle og sande, her og nu relationelle oplevelser. Terr fortæller, at en af hendes yndlingssupervisorer formanede hende om at lytte til sine instinkter, hvilket forudsætter megen tænkning i den konkrete case, læring, egen terapi etc. Hun skriver herom:

Child and adolescent patients, when they receive these kinds of the counterintuitive gestures, must indeed feel surprised. When you see so many and so varied counterintuitive moves, you realize that our professional impulses and decisions to walk a different path from the ordinary actually create – at times – special moments for children (ibid, s. 270).

Terr understreger vigtigheden af at beskrive og analysere disse "moments of change" og ser det som et rigt og nyt udforskningsfelt:

I am hoping that, in the long run, there will be more formalized studies and better proof of how youngsters change in psychotherapy (s. 271).

"Nu-øjeblikke" og deres betydning i psykoterapi med tilknytningsforstyrrede børn

Caseeksempel med tilknytningsforstyrret dreng

Anders var en svært omsorgssvigtet, tilknytningsforstyrret dreng med udadreagerende, eksternaliseret adfærd. Han blev 2½ år gammel anbragt i familiepleje, efter de første år af sit liv at have levet sammen med sin mor, som var alkoholiseret og præget af en borderline-personlighedsforstyrrelse. Hun havde selv, som barn og ung, været anbragt på døgninstitution og i familiepleje. Anders havde angiveligt aldrig haft kontakt med sin biologiske far, som blev beskrevet som rocker med en kriminel livsbane. Anders havde under sit ophold i plejefamilien altid haft kontakt med sin mor og opholdt sig jævnligt hos hende i weekender, når hun ikke svigtede sine aftaler. Anders' mor havde aldrig erkendt sine problemer og havde ladet Anders forstå, at han kunne komme hjem at bo igen, når han ikke længere havde problemer med sin adfærd. Anders kom i løbet af sin terapi til at arbejde med svigtoplevelser, forbundet med sådanne hjemmeweekender hos moderen, hvor hun opholdt sig sammen med alkoholiserede venner. Ofte resulterede disse druksammenkomster i slagsmål og vold, hvor Anders følte, at han skulle forsøge at beskytte sin mor imod sig selv og andre, idet hun tit startede konflikterne og slagsmålene ved f.eks. at beskyldte andre for at have taget hendes øl eller cigaretter.

Anders havde to yngre halvsøskende, som var anbragt i en anden plejefamilie. Anders gik i specialklasse på grund af sine store indlærings- og sociale vanskeligheder. Han havde skabt splittelse imellem sin klasselærer og plejeforældre. Anders havde flere gange forladt plejehjemmet for at opsøge sin biologiske mor, der boede en times kørsel fra plejehjemmet. På et tidspunkt vurderede forvaltningen, at plejefamilien ikke var det rette sted for Anders og flyttede ham til en anden plejefamilie. Anders blev henvist til psykologisk undersøgelse og påbegyndte et par måneder efter sit legeterapiforløb hos undertegnede. Anders var da 11 år gammel.

I den psykologiske undersøgelse indgik: kognitiv og projektiv testning samt en legeobservation over tre gange. I WISC-III opnåede han et samlet resultat, der placerede ham i underkanten af normalområdet med en meget svingende profil, inden for såvel den sproglige som den praktiske del.

Legeobservation med Anders

I den 1. legeobservation vælger Anders det våde sand og bygger en borg med en voldgrav udenom. Han inddrager det aggressive legetøj: krokodiller, opretstående bjørn, elefanten, tigre, soldater, tanks etc. samt tog og træer. I nederste venstre hjørne – i udgangspositionen, hvor han sidder, placerer han tre tiger-

unger og en mand. Anders siger om sin opstilling, at *“der er krig – menneskene var i kamp med dyrene. Elefanten er ved at bryde ind, og der var som sagt krig, og manden var død. Tigermoderen havde lagt manden ud til sine unger, så de kunne lege med ham”*.

I den 2. legeobservation vælger Anders atter det våde sand. Han laver en sandbunke, som han udhuler. I hulen placerer han to stole og et bord med en blomst. Dernæst sætter han en mande- og en kvindedukke ved bordet over for hinanden. Til sidst tager han en drengedukke, som han stiller på hovedet, så hovedet er begravet i sand. Anders beskriver opstillingen således: *“De voksne sidder og snakker, og drengen faldt ned. Det skulle forestille, at han udspionerede dem. Han ville høre, hvad de lavede eller snakkede om. Han skulle nødtigt blive opdaget”*.

I den 3. legeobservation siger Anders, at han vil bygge det samme som sidst og laver igen en sandbunke, som han udhuler. Dernæst tager han toget, som han lader køre op ad skråningen til toppen. Anders siger under opstillingen: *“Jeg laver et fængsel til Anna Lindhs morder. Han må være syg i hovedet”*. (Den svenske politiker, Anna Lindh var netop blevet myrdet). Da han er færdig med opstillingen, siger han: *“Toget kører med kul og jord op ad en bakke og gennem en tunnel og er på vej hen et sted med det”*.

Temaerne i legeobservationen er: Kamptemaet og krig og vold, kontakt- og tilknytningsvanskeligheder samt behovet for hjælp til at rumme den tunge byrde af destruktivt/ambivalent materiale, han bærer rundt på. “Hulen”, som gennemgående symbol, kan tolkes som hans behov for regression til et tidligt stadium i udviklingen og i sin behandling. Denne tolkning understøttes også af Rorschach-testens tavle VII (også kaldet “mor-tavlen”), hvor han svarer: *“Ja, hvad skulle det ligne! En vugge eller sådan noget, hvor man kan sidde!”*

Legeterapien med Anders

I begyndelsen af legeterapien er Anders optaget af det positive ved at være flyttet i en ny plejefamilie uden at berøre noget savn af tidligere plejefamilie og skole. Han er samtidig præget af megen vrede og aggression, der mest kommer til udtryk indirekte i form af ambivalens, trods og sadisme. I løbet af de første 1½ år af terapien viser han sine aggressioner og vrede mere åbent. Således er han i en periode bl.a. optaget af racisme og hans lyst til at samle en gruppe i skolen, som kan undertrykke, krænke og øve vold imod indvandrerbørn.

De første to år af hans terapi, er det mest aggressive temaer, der præger hans aktiviteter og foretagsomhed i rummet, hvor jeg lytter, rummer, tolker og lin-

“Nu-øjeblikke” og deres betydning i psykoterapi med tilknytningsforstyrrede børn

ker i forsøg på at give materialet mening. Vi arbejder med overføringen og hans og min relation samt hans tendens til at forsvare sig imod tilknytning og skubbe undertegnede væk. Anders er igennem en længere periode optaget af at tegne dødningshoveder, hagekors, rockere samt soldater og identificere sig hermed. Anders taler om sin nydelse ved at se andre slås og fortæller også om nogle enkelte episoder, hvor han har forulempet andre børn ved at slå eller sparke dem.

I en session sidder vi, som så ofte før, over for hinanden, mens han tegner. Anders tegner først en garder, som er en efterligning af illustrationen på farveæskan. Dernæst et dødningshoved og siger, at han er bedst til at tegne dødningshoveder. Jeg relaterer dette til døden og følelser af sorg og tristhed. Anders svarer ikke herpå. Dernæst siger jeg, at interessen for dødningshoveder også kan have at gøre med en lyst til at slå ihjel. Anders siger herefter: *"Jeg vil gerne være soldat"*. Anders tegner nu en soldat i militærtøj, med skægstubbe og knøjern.

Jytte: *"Du har måske nogle gange lyst til at slå ihjel?"*

Anders: *"Ja, i krig skal de jo bruge nogen alligevel. Og i dag var der også nogen, der slåssede i skolen. Det kan jeg godt li" – det er sjovt at se på."*

Jytte: *"Måske, når man er vred indeni, så får man lyst til at slås eller slå ihjel."*

Anders: *"Ja!"*

Jytte: *"Du er måske også vred?"*

Anders: *"Joh, det er jeg, men jeg havde ikke lyst til at være med. Det var for psykopatisk – vildt. Det er godt at se de andre."*

Jytte: *"Så du kan mærke, at du er vred og har lyst til at slå ihjel?"*

Anders: *"Ja."*

Jytte: *"Hvad stiller du op med det?"*

Efter en stund:

Anders: *"Det ved jeg ikke."*

Jytte: *"Det må være tungt og længe at gå rundt og bære på så megen vrede."*

Anders: *"Ja."*

Jytte: *"Der er måske også andre ting, der gør, at du gerne vil være soldat?"*

Anders: *"Ja, så skal man gemme sig for at undgå at blive skudt, og nogen skal prøve at finde én."*

Jytte: *"Så du kan også godt li' at skulle gemme dig?"*

Anders: *"Ja."*

Jytte: *"Måske du kunne have lyst til at blive fundet?"*

Anders kigger usikkert og spørgende op fra sin tegning.

Jytte: "Måske du kunne have lyst til, at jeg fandt dig?"

Anders kigger atter forundret og usikkert spøgende på mig. Også jeg er usikker på mit forehavende – om Anders overhovedet er parat til og vil acceptere at indgå i en sådan leg og relation.

Anders: "Hvis jeg gemmer mig, vil du så finde mig?" Anders smiler et forsigtigt smil. Jeg gengælder hans smil.

Jytte: "Ja, jeg vil gerne finde dig."

Anders' ansigt lyser nu op i et stort smil, der spejler sig i mit:

Dette glimt af, at spædbarnet ser sig selv i moderens ansigt og senere i et spejl, giver os en måde at betragte analysen og den psykoterapeutiske opgave på. Psykoterapi går ikke ud på at fremsætte kloge og rammende tolkninger; det drejer sig om på langt sigt at give patienten det tilbage, som patienten kommer med. Det er et komplekst derivat af ansigtet, som spejler, hvad der er at se (Winnicott, 1971, s.177).

En intens gemmeleg indledes. Anders gemmer sig med stor energi og lyst – fire, seks eller flere gange – i resten af sessionen. Det er svært at huske det nøjagtige antal. Tiden står stille, øjeblikket fylder, rummet emmer af fælles lyst, energi og glæde. Anders, som er en normalt begavet dreng, fysisk på samme højde som jeg, er i fuld gang med at finde nye gemmesteder. Jeg er konstant på opdagelse, lister rundt med søgende kropsbevægelser, forventningsfuld og i evig undren over, hvor Anders kan være henne – hvor kan han mon have gemt sig? Anders ligger, som var han helt "usynlig", under den øverste af fire madrasser, som til dagligt fungerer som briks. Madrassen bølger tydeligt over ham. Eller han står bag reolen, som ikke kan dække ham. Anders er på udkik og finder uden besvær snart nye steder i legerummet, hvor det objektivt set er vanskeligt at gemme sig, uden at blive set. Anders gemmer sig helt upåvirket heraf og synes helt overbevist om, at det er svært for mig at finde ham. Når det så endelig lykkes mig at finde ham, er det med en ansigtsmimik og øjenkontakt, der stråler af fryd og glæde hos os begge. Han næsten jubler og hans kropsbevægelser er lettere og friere. Oplevelsen, atmosfæren, kontakten og energien i rummet minder til forveksling om de situationer, vi har med vore børn i 2-5 års alderen, når vi er i gang med en lystig og frydefuld gemmeleg: "Borte-tit-tit-legen som prototypen på leg, som Winnicott så klart har beskrevet det i sin bog: "Leg og Virkelighed" (1971).

Legen er i enhver henseende omdrejningspunktet. "Psykoterapi finder sted i det

"Nu-øjeblikke" og deres betydning i psykoterapi med tilknytningsforstyrrede børn

overlappende felt mellem patientens og terapeutens legeområder.” Prototypen på leg er det lille barns frydefuldt gentagne tema om at gemme sig og blive fundet, “borte-tit-tit-leg”. Den forudsætter en empatisk responderende omsorgsperson, en “tilstrækkelig god” mor, der med sin holdning imødekommer barnets behov, ser det, spejler det, finder det: Det er en fryd at være skjult, men en katastrofe ikke at blive fundet (Ibid. s.14).

Her begyndte en ny fase i terapien, hvor Anders i en periode kom ind i en mere personlig udforsknings- og vækstproces, og hvor kontakten til undertegnede blev præget af mindre ambivalens og forsvar. Han regredierede indimellem til tidligere udviklingsniveauer og kom mere til stede med sig selv i rummet. Han var i den efterfølgende periode nu mere optaget af forhold, der vedrørte hans følelse af at blive snydt ved at skulle dele legerummet med andre børn, hans oplevelse af svigt, da der kom et nyt plejebarn i hans tidligere plejefamilie, og at der boede en pige, ved samme navn, i hans nuværende plejefamilie. Anders blev samtidig mere optaget af sin egen identitet og sin herkomst.

I terapiforløbet arbejdede vi fortsat med Anders’ destruktivitet og tendens til at skubbe sine mennesker og undertegnede væk. Da han kom i puberteten tiltog Anders’ destruktivitet atter og han satte nu også sin “nye” plejefamilie på prøve ved at stikke af og opsøge sin mor og drikke med hende og hendes venner. Han beskyldte sin plejemor for at være alkoholiseret og sin plejefar for at lægge hånd på ham. Anders var anbragt i en meget omsorgsfuld, erfaren og kompetent plejefamilie, der var i stand til, med supervision fra undertegnede, at rumme denne sværeste fase i Anders’ udvikling. Anders begyndte også at vise modstand mod at fortsætte sin terapi. Det var ikke muligt at bibringe sagsbehandleren og kommunen forståelse for, at dette var en helt forventelig og meget afgørende fase i Anders’ udvikling i terapiforløbet – at afvise og forkaste sine plejeforældre og sin terapeut, ligesom han selv havde følt sig afvist og forladt. Anders fik desværre ikke mulighed for at færdiggøre sin terapi, som varede i alt tre år.

Ved afslutningen af sit terapiforløb opnåede Anders, i WISC-testen, et samlet resultat, svarende til gennemsnittet og derover for hans aldersgruppe. Der var fortsat tale om en særdeles svingende profil inden for begge områder. Den mest markante udvikling sås på det verbale område, hvor han opnåede resultater betydeligt over gennemsnittet i prøverne: ordforståelse og omtanke. I ligheds- og informationsprøven fandtes også en tydelig udvikling fra underkanten af middel til gennemsnittet for alderen og herover. Inden for perfor-

mancedelen var der betydelig fremgang i resultaterne i deltestene: billedfuldendelse, terningmønstre og puslespil, mens han opnåede et ringere resultat i labyrintprøven.

Forandringsøjeblikket med Anders

I psykoterapi fungerer spørgsmål og tolkninger ofte som redskaber til at markere, hvor grænsen for terapeutens foreløbige forståelse går. Det er, som Winnicott påpeger, ikke kun terapeutens tolkninger, der skaber forandringer i terapi. Den autenticitet, der opstår, når barnet "alene" i den voksnes nærvær eller i fællesskab med den voksne udfolder og udforsker materialet – det fælles tredje, bidrager også på helt afgørende vis hertil.

Clark Mustakas (1995) er meget optaget af begrebet "being-with", uden at miste nærværet og empatien for barnet og det, det er optaget af, uanset hvor meget, vi udfordres. Bag vreden, aggressionen og destruktiviteten er et angstbarn, der ikke er blevet set, forstået og fundet. Det er således en skræmmende "indre verden", vi er i gang med at udforske sammen – ofte så skræmmende, at barnet ikke tør eller kan "gå derind" alene, uden terapeutens ledsagelse og containment. Anders iscenesatte allerede i sin legeobservation en del af sin urscene: ikke at vide, hvad en tryk og sikker tilknytning rummer, men at føle sig efterladt i en verden fyldt med aggression, kamp og tilintetgørelse. Konkret og billedligt præsenterer Anders denne verden for mig allerede i den første legeobservation, hvor mennesker og dyr er i kamp og krig mod hinanden. I den anden legeobservation placerer han en mand og kvinde ved et bord med blomster inde i en hule, mens drengedukken står på hovedet med hovedet dækket af sand. Drengen er i færd med at udforske, hvad de taler om: "Han skulle nødtigt blive opdaget". I den sidste kører et godstog med tungt læs på alle vogne op ad hulens bakke og igennem en tunnel. I to af de tre legeobservationer er scenerne bygget op om en hule midt i sandkassen. Drengen, der befinder sig uden for hulen, trækker rundt på et stort læs og er ikke fundet endnu. Anders havde tidligt oplevet og forventede stadig, at nærheden med mennesker er farlig.

Med ord lånt fra en "symbolsk set" beslægtet profession er "nu-øjeblikket" "svangert" i betydningen, at der kan fødes og ske noget nyt. Som psykoterapeut må vi hele tiden være opmærksom på, at kommunikationen har flere betydninger/meninger og foregår på flere niveauer – på et bevidst og ubevidst niveau. Som "fødselshjælper" er vi med til, i barnets tempo, at støtte op om dets udviklingsproces gennem at opdage og "føde ny erkendelse" om sig selv og sin omverden. Som psykoterapeut er vi ikke kun opmærksom på barnets

"Nu-øjeblikke" og deres betydning i psykoterapi med tilknytningsforstyrrede børn

overføring, men også vores egen modoverføring – hvad barnet vækker i os af oplevelser, følelser etc.

I det “nu-øjeblik”, jeg i denne artikel har præsenteret i terapien med Anders, er det ikke min tolkning, men mit nærvær, min intuition og min parathed til ikke at ville påvirke, ændre, håbe eller forvente at noget bestemt skal ske. Det er “at udholde og overleve” den gentagne og tilbagevendende (gentagelses-tvungen) destruktivitet i Anders’ udsagn og adfærd i relationen, der åbner til et nyt “møde-øjeblik”. Et “møde-øjeblik” blandt andre, som bliver til et “forandrings-øjeblik”, hvor relationen præges af en større autenticitet end tidligere. Anders kommer her til stede i kontakten og i legen på et tidligere udviklings-trin præget af lyst i samspillet samt spontan og naturlig udfoldelse og udforskning i rummet.

Forandringsøjeblikke og teoriudvikling

Peter Fonagy (2006) taler også om vigtigheden af at udvide vores forståelse af karakteren af de forandringsprocesser, der finder sted i psykoanalytisk psyko-terapi. Han beskriver hvert bidrag hertil som en perle, der tilsammen danner “en strålende perlekæde, som vil komme til at smykke den psykoanalytiske tænkning” (s.211). Der er tale om bidrag, hvor klinikerer er optaget af specifikke terapeutiske delprocesser, som en vigtig ledetråd til forståelsen af psykisk forandring.

Fonagy er optaget af betydningen af at knytte empiriske data sammen med klinisk observation og af grænsefladen mellem psykoanalyse og udviklingsforskning. Fonagy understreger, at det nyskabende i “øjeblikks-modellen” er dens fokus på de interpersonelle faktorer. Stern er optaget af “det åbne rum”, som Fonagy beskriver således: Det åbne rum

efterfølger den udviklingsmæssige uligevægt, hvis det i “nu-øjeblikket” lykkes to bevidstheder at møde hinanden. I det åbne rum er der en vis frigjorthed affødt af tilliden til, at den anden er til stede og tilgængelig, formentlig bekræftet af den andens udtalte tilstedeværelse i “mødeøjeblikket”. Denne tanke, som jeg tror, hænger sammen med Donald Winnicotts beskrivelse af evnen til at være alene (Winnicott, 1958) er central i forandringsprocessen. Begge deltagere i denne udveksling er i stand til at omstrukturere deres implicite relationssystemer i lyset af deres oplevelse af det “stillads”(scaffolding) (Vygotsky, 1966), den andens mentale organiserende udgør (Ibid, s.214).

Ser vi på artiklens konkrete casebidrag til udforskningen af forandringsøjeblikke, er det måske et udmærket eksempel på, hvordan "øjeblikket" let kunne have været overset, idet Anders og andre børn og klienter ofte er fastlåste i relationsmønstre, uden erfaring for at "gribe nuet eller øjeblikket" i den nævnte form for positiv relation i et øget velvære i hinandens selskab.

Ud over de fællestræk ved forandringsøjeblikke i de foreløbige bidrag til "øjeblikks-modellen", er det også et hyppigt karaktertræk, at der er en følelsesmæssig samklang/overensstemmelse og forløsning i relationen mellem barn og terapeut. Denne kan både handle om en lettelse efter at være blevet forstået og rummet – at terapeuten har været modtager for, rummet og reguleret destruktive følelser og materiale. Det er således en afgørende terapeutisk holdning, at fokus er på at lytte med "et analytisk øre" og gøre sig umage for "at forstå", "uden at ville forandre". En anden ofte overset fælles oplevelse i overføringen er måske, som i ovennævnte tilfælde, de glædesøjeblikke, hvor barn og terapeut deler lyst og glæde, hvor begge berøres dybt og helt og terapeuten spejler barnet, som moderen, hvis ansigt og øjne stråler, og der opleves et emotionelt flow fra den ene til den anden og tilbage igen. I terapeutenes fokus på at "tune sig ind" og rumme, tolke og bearbejde barnets og den voksnes angst, sorg og smerte fra en opvækst præget af omsorgssvigt, traumer og tab, er vi måske også nogle gange låst fast i den professionelle intellektuelle refleksions- og analyserolle:

det betydningsfulde øjeblik er det, hvor barnet overrasker sig selv. Det er ikke det øjeblik, hvor jeg fremsætter min kloge tolkning, der har betydning (Winnicott, 1971, s.90).

Måske vi overser og ikke griber de "nu-øjeblikke" med mulighed for ny relationserfaringer, der vedrører ovennævnte livs- og udviklingsnødvendige oplevelser og erfaringer. De "nu-øjeblikke", hvor begge for en stund forlader "professionel-klient" relationen og hovedvægten i "mødeøjeblikket" bliver den autentiske voksen-barn-relation og den form for nyopdaget mulighed for overføring, et sådant møde åbner til lige her og nu og i det videre psykoterapeutiske forløb.

Et nu-øjeblik, der gribes terapeutisk og erkendes af begge parter, er et "mødeøjeblik". Som i forældre-spædbarn-situationen er et "mødeøjeblik" meget specifikt; hver part har aktivt bidraget med noget unikt og autentisk af sig selv som person (ikke unikt for deres teori eller terapeutiske teknik) i konstruktionen af "møde-

"Nu-øjeblikke" og deres betydning i psykoterapi med tilknytningsforstyrrede børn

øjeblikket” hvor analytikerens subjektive tilstand (affekt, fantasi, ægte oplevelse osv.) deles med patienten (Stern m.fl., 2006, s.244).

Jeg har i dette indlæg blot beskrevet et af flere af de “mødeøjeblikke”, Anders og jeg oplevede sammen i hans terapi. Jeg kunne også have valgt at se på og analysere “mødeøjeblikkene” i et andet terapeutisk forløb, og vi kunne som psykoterapeuter, ligesom Terr (2008), vælge at samle eksempler fra vore forskellige forløb. Med henvisning til Fonagy (2006) håber jeg, at der fortsat vil være interesse for at udforske “mødeøjeblikke” som et vigtigt område af relationsfaktorer inden for psykoterapi og derved bidrage til den fortsatte teori- og metodeudvikling på området.

Det er min intuitive opfattelse, at yderligere tænkning og en ånd af dristig udforskning vil kunne føre til vigtige anbefalinger af nye teknikker, især i forhold til terapi med børn og den anden gruppe, for hvem “nu – øjeblikke” er almindelige: personer med borderline-personlighedsforstyrrelse” Og videre: “Mange har skrevet om vigtigheden af relationsfaktorer i psykoterapi, men kun få har omsat denne opfattelse til en gyldig psykologisk model. Ideerne er nye, udfordrende og modne til at blive udmøntet både empirisk og teknisk. Jeg håber, at ideerne vil bidrage til indledningen af denne vigtige videnskabelige proces (ibid, s.219).

Referencer

- Boston M & Lush, D. (1994). Further considerations of methodology for evaluating psychoanalytic psychotherapy with children: reflections in light of research experience. *Journal of Child Psychotherapy* 20:225-229.
- Carlberg, G. (1999). *Vændpunkter i barnpsykoterapi*. Stockholms Universitet: Pedagogiska institutionen.
- Cleve, E. (2000). *Från kaos til sammanhang: Psykoterapi med en pojke som har diagnosen ADHD*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Erikson, E. H. (1977). *Toys and Reasons*. New York: W.W Norton & Company. Inc.
- Fonagy, P. (2006). Forandringsøjeblikke i psykoanalytisk teori: Diskussion af en ny teori om psykisk forandring. I Sørensen, J.H. (red.) *Affektregulering i udvikling og psykoterapi* (s.211-219). København: Hans Reitzels Forlag.
- Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*.
- Kazdin, A.E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents. Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Moustakas, Clark. (1995). *Being-in, being-for, being-with*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Stern, D.N. et.al. (2006). Ikke-fortolkende mekanismer i psykoanalytisk terapi: “Noget mere” end fortolkning. I Sørensen, J.H. (red.) *Affektregulering i udvikling og psykoterapi* (s. 229-254). København: Hans Reitzels Forlag.

- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton & Company.
- Sørensen, J. H. (2006). *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Terr, L. (2008). *Magical Moments of Change*. New York: W.W. Norton & Company.
- Winnicott, D. W. (1971). *Leg og virkelighed*. København: Hans Reitzels Forlag.

Abstract

Jytte Mielcke: "Now-moments" and their importance in psychotherapy with children suffering from attachment disorder.

This paper discusses the importance of enlightening the area of "implicit relational knowledge" which not immediately meets the generally accepted demands for evidence-based research.

In the last ten or fifteen years a focus has been on one part of the areas of the clinical psychologists "implicit relational knowledge": "now-moments" or "change of moments" in psychotherapy. The article contributes to this kind of practical clinical research and in that way in developing the qualities in the therapeutic alliance and in the long term supporting the development of the child's attachment ability in psychotherapy.

Presenting a case example from the clinical psychodynamic praxis with a child suffering from attachment disorder a concrete situation and therapeutic process is analysed. Available theory and research in this field is presented and applied.

Keywords: Psychodynamic play therapy, now-moments, moments of change, moments of joy, implicit relational knowledge, psychotherapy and attachment disorders, clinical practical research

Bog anmeldelser

Mentalisering i klinisk praksis

J.G. Allen, P. Fonagy & A.W. Bateman

Oversat af A. Bonnevie

Hans Reitzels Forlag 2010

Matrix, 2011; 2, 180-183

Anmeldt af Dorthe Kofoed

Mentaliseringsbaseret terapi er inden for de sidste ca. 10 år blevet vældig omtalt og eksponeret. Denne bog er da også endnu et væsentligt bidrag fra de tre vel nok mest erfarne teoretikere og praktikere inden for dette nye og væsentlige felt.

Mentalisering beskriver overordnet "at se sig selv udefra og andre indefra" – eller mere udførligt: "det, at vi ved hjælp af vores forestillings-evne opfatter og tolker adfærd som forbundet med intentionelle mentale tilstande" (p. 27). Tilgangen tager sit udgangspunkt i psykoanalysen og tilknytningsteorien, men ses overordnet at indgå i alle allerede eksisterende terapeutiske reference-rammer. Der er da heller ikke tale

om en ny metode, men mere om en forædling snarere end en fornyelse af psykoterapien. Med et fokus på proces – idet målet er at fremme deltagernes mentaliseringsevne (p. 29) – frem for bevidstgørelse af det ubevidste.

Forfattergruppen består af den amerikanske psykolog Allen samt englænderne psykolog Fonagy og psykiater Bateman – alle internationale kapaciteter inden for dette felt. De har arbejdet sammen i mange år på forskellig vis og indgik for første gang i et fælles bogprojekt ved alle at bidrage til antologien "Mentaliseringsbaseret behandling i teori og praksis" (2006). Det særegne ved denne nye bog udgivet 2 år efter er,

Dorthe Kofoed, aut. psykolog og specialist i psykoterapi, arbejder dels på Psykoterapeutisk Klinik under Psykiatrisk Center København, Nannasgade 28, 2200 Kbh. N samt som selvstændig i Psykologcentret Israels Plads, Rømersgade 11, 1., 1362 Kbh. K.

at de nu har valgt at "tale med én stemme" i et fælles ambitiøst projekt – at styrke fundamentet for psykoterapeutisk praksis generelt. Ambitiøst, idet det indebærer grundig viden om udviklingspsykologi, neurobiologisk forskning, psykoanalytisk teori og tilknytningsteorien. Og samtidig med respekt for, at alle terapeutiske referencerammer allerede anvender mentaliseringsbaserede forståelser og interventioner i forskellig grad. De tre forfatters udgangspunkt er den psykodynamiske referenceramme, idet de beken- der primært at stå i gæld til Freud (p.31). Bl.a. er Fonagy Freud Memorial Professor i psykoanalyse.

Som læser inviteres man ind i dette ambitiøse projekt på forbilledlig mentaliserende vis. Forfatterne sætter sig i læserens sted og forudsiger, hvorledes tekstens indhold stedvis kan forekomme som "gammel vin på nye flasker", at noget er svært, men nødvendigt og lige straks berigende. Jeg skal indrømme, at bl.a. kapitlet om neurobiologi også krævede denne overtalelse. Der gives mange kliniske eksempler, som for mig er så praksisnære, at jeg flere steder i bogen har tænkt på egne konkrete patienter og oplevet en øget forståelse af mit kliniske arbejde. Ord og sætninger, jeg tidligere har sagt med stor selvfølgelighed, er således blevet underbygget/nuanceret, hvilket har været berigende.

Et eksempel er en af mine patienter med invaliderende social fobi, hvor beskrivelsen af, hvad en omsorgspersons manglende validering og direkte ugyldiggørelse af barnets oplevelser, nuancerede min forståelse af patientens dilemmaer. Det blev således vigtigt i terapien hele tiden nøje at sikre, at jeg forstod helt præcist, hvad patienten tænkte og følte. Samt tydeliggøre mine egne tanker som mine – med mulighed for at undersøge og "lege" lidt med forskellighederne, hvorefter patienten blev gradvist mere bevidst om egne tanker og følelser.

Bogen er i sin form bygget meget pædagogisk op – dels i to overordnede kapitler: Teori, forskning og praksis samt ved, at hvert enkelt under-kapitel slutter af med en opsummering og opridsning af "Vigtige kliniske pointer". Indholdsmæssigt fremstår bogen med megen forskellig tyngde og krav til læseren – teoridelen er for mig som kliniker væsentlig mere udfordrende end praksisdelen. Samtidig omhandler praksisdelen vidt forskellige områder, hvorved indholdet kan fremstå uden en rød tråd. Den samlede oplevelse er på trods heraf positiv og berigende læsning, idet forfatterens mission er uforandret uanset behandlingsområde – nemlig at udbrede forståelsen for og øge anvendelsen af mentaliseringsstankegangen.

Del 1: "Mentalisering – teori og forskning" er inddelt i tre kapitler. Først udfoldes begrebet mentalisering – hvorledes selvet skabes gennem mentalisering i relation til mentaliserende og mentaliserede andre, hvilke ligheder og forskelle der er ift. beslægtede begreber, samt hvorledes psykoterapi generelt fremmer mentalisering af emotioner. Dernæst beskrives, hvorledes udviklingspsykologisk forskning understøtter mentaliseringbegrebets betydning. Dette med fokus på tilknytningsbegrebet og anskuende selvets udvikling som kommende udefra og ind. Til slut rundes af med et kapitel omhandlende neurobiologi – beskrevet af forfatterne som "stålarmring i det videnskabelige fundament for den udviklingspsykologiske forskning" (p. 139) – og ja, så er der jo ingen vej tilbage! Kapitlet slutter af med to diagnostiske eksempler på dysfunktionel mentalisering – autisme og psykopati.

Del 2: "Mentalisering i praksis" består af syv kapitler, som for mig fremstår lidt rodet. Det er måske her, at den ene stemme bestående af tre solister får svært ved at ramme den samme tone. Vi starter med en beskrivelse af "mentaliseringskunst" og derefter "mentaliserende interventioner" – begge med fokus på den sunde fornuft og med det formål at forfine den mentalisering, vi allerede udøver som psykoterapeu-

teuter. Forfatterne beskriver ligefrem behandlingen som "befriende ligetil" og "normal og spontan" (p. 237). Jeg har faktisk selv i arbejdet som gruppeterapeut oplevet det som en befrielse at kunne agere mere tydeligt, personligt og med en mere legende tilgang incl. humor. Og alligevel er metoden også beskrevet som kunst, og kan da også opleves svær. F.eks. når jeg skal få hele gruppen med på at "se sig selv udefra og andre indefra".

De følgende fem kapitler omhandler: "Behandling af tilknytningstraumer", "Forældreomsorg og familieterapi", "Borderline-personlighedsforstyrrelse", "Psykoedukation" og "Sociale systemer". På trods af de for mig oplevede noget forskellige foci må det være forfatterenes utrættelige henholden sig til mentaliseringsbegrebets indlysende anvendelighed, der gør, at det alligevel opleves sammenhængende. Dog bliver den sidste del af bogen lidt megaloman i sit forsøg på at udvide mentaliseringstankegangen til også at skulle håndtere konflikter mellem socialt og kulturelt forskellige grupper som globale konflikter. Megalomant ift. at forfatterne også selv kendetegner det at arbejde – endda som erfaren psykoterapeut – ud fra den mentaliseringsfokuserede tilgang som kunst.

Overordnet har det været udbytterigt at læse bogen. Som læser føler

jeg mig mentaliseret på empatisk vis og overordnet fagligt mødt på det rette niveau. Dvs. som erfaren klinisk psykolog med erfaring i at opøve og implementere den mentaliseringsbaserede tankegang i min gruppeanalytiske behandling. Forfatterne fremstår som meget engagerede og kompetente, beroliger når der kommer lidt udfordrende teori og lægger således op til en tryk tilknytningsrelation, hvori læring jo er optimal.

Jeg mener, at bogen rammer sin målgruppe – psykologer, psykiatere og psykoterapeuter. Og at alle – uanset teoretisk referenceramme – vil kunne få styrket fundamentet for deres psykoterapeutiske praksis ved en øget opmærksomhed på

og forståelse for mentaliseringens kunst. Bogen her er et overordentligt godt udgangspunkt for dette.

Den mentaliseringsbaserede tankegang lægger op til leg. Herunder også til brug af metaforer/billeder som udtryk for eksplicit mentalisering. Jeg har under læsningen hele vejen igennem haft billedet af tre meget entusiastiske, forskellige og dygtige "kokke", som er ved at falde over deres ben for at udforme en tapas-menu for mig. Tapas-menuen består af mange små og indholdsmæssigt forskellige retter – i denne udgave nogle lige til at gå til og andre noget uvante i smag og konsistens. Men samlet set – et udsøgt måltid.

Gestaltterapi

Indføring i gestaltterapiens grundbegreber

2. udgave

Hanne Hostrup
Hans Reitzels Forlag, 2009

Matrix, 2011; 2, 184-186

Anmeldt af Mattias Due Madsen

Bogen *Gestaltterapi. Indføring i gestaltterapiens grundbegreber* er skrevet af Hanne Hostrup og udkom for første gang i 1999. Den anmeldte udgave af denne bog er dog fra 2009, og denne er således en redigering af den oprindelige bog. At den er blevet redigeret, udviklet og nuanceret, skyldes ifølge forfatteren, at der er sket meget inden for gestaltterapi de seneste 10 år, samt at samfundsbetingelserne har undergået så stor en udvikling, at det fordrer nye teoretiske perspektiver.

Bogen, der er på 288 sider, er foruden et forord inddelt i tre dele. I del 1 fokuseres der på *baggrunden* for gestaltterapien, i del 2 fokuseres der på gestaltterapiens *grundantagelser* og i del 3 fokuseres der på den gestaltterapeutiske *praksis*. I det følgende redegøres der kort for indholdet af disse dele.

I forordet skriver forfatteren om incitamentet til at skrive denne bog. Hun fortæller, at hun har savnet en grundbog i gestaltterapi, som både kan appellere til novicer og mere erfarne. Desuden understreger hun, at hun har manglet en bog om gestaltterapi, som for alvor tager de sociokulturelle forskelle mellem USA og Danmark alvorligt. Af denne grund indledes del 1 med en kort redegørelse for disse forskelle. Endvidere er det en meget central pointe i del 1, at det er vigtigt, at man som psykolog og terapeut er bevidst om sit teoretiske ståsted, sit grundlæggende livssyn, og hvilken teori og filosofi, man er inspireret af. Af samme grund bruges der en del plads på at redegøre for gestaltterapiens *rødder*. Her skitseres koblingen til det eksistentielle livssyn og dens fokus på liv/død, værdier,

Mattias Due Madsen, cand. psych., terapeut og underviser, Center for Familieudvikling i København, Email: mdm@familieudvikling.dk

ansvar og valg. Endvidere redegøres der for gestaltterapiens tilknytning til fænomenologien. Dette kommer helt konkret til udtryk i, at det for-dres af gestaltterapeuten, at denne har en interesse og en respekt for den måde, fænomenerne/oplevelserne fremtræder for klienten. Således er det ifølge Hostrup ikke gestaltterapeutens opgave at analysere eller rådgive klienten, men at hjælpe denne til at folde fænomenerne ud, lægge mærke til nye detaljer osv. Hostrup understreger dog, at der ikke er tale om det, hun kalder fundamentalistisk fænomenologi. Med andre ord er det legitimt og faktisk meget vigtigt, at gestaltterapeuten byder ind med det, hun eller han oplever. Det skal blot ske på en respektfuld måde. Det er med andre ord vigtigt, at terapeuten ekspliciterer, at det er *terapeutens* beskrivelse, der gives udtryk for – ikke en *sand* beskrivelse *per se*.

Del 2 handler om gestaltterapiens *antagelser*. Her skitseres det bl.a., hvor vigtigt det er at fokusere på *kontaktformer*. Dette er det mest centrale tema i denne del. Endvidere understreges det, at teoretisk ud-dannelse ikke er nok, hvis man vil være en dygtig gestaltterapeut. Der er et stort fokus på selvindsigt i denne terapiform, og forfatteren betoner i forlængelse heraf vigtigheden af supervision, således at terapeuten bl.a. kan arbejde med

egne kontaktkompetencer og kontaktforstyrrelser.

I del 3 sættes der fokus på gestalt-terapiens *anvendelse*. Her betones vigtigheden af tydelighed og klare retningslinjer – det være sig i forhold til betaling, varighed, de fysiske rammer, sproget osv. Desuden pointeres det, at terapiens anvendelse er betinget af, hvem der er i terapi. Således skitseres forskellige karakteristika for hhv. individuel terapi, gruppeterapi, parterapi mv. 3. del og selve bogen afsluttes med en kort gennemgang af forskellige terapeutiske teknikker, herunder øvelsen med den tomme stol og teknikker til, hvordan man kan arbejde med drømme.

Bogen kan på det kraftigste anbefales, hvis man ønsker et større kendskab til gestaltpsykologien. Nærværende anmelder har i løbet af den 5-årige studieperiode stort set ikke stiftet bekendtskab med denne retning, idet den stort set var ikke-eksisterende i de forskellige penser. Det, denne terapeutiske retning primært var kendt for, da jeg i sin tid studerede, var den såkaldte "stoleøvelse", hvor man snakker til en tom stol. Denne øvelse blev gerne ironiseret, hvilket naturligvis har præget min forforståelse for denne retning. Min tidligere og lidt ironiske tilgang til denne retning er dog efter endt læsning blevet gjort til skamme. Hostrup har nemlig

formålet at præsentere gestaltterapi som en seriøs, sympatisk og teoretisk solidt forankret teori og metode, og hendes indledende sans for, at man må medtænke de sociokulturelle aspekter, når man formulerer en teori og metode, finder jeg meget befordrende. Hun formidler gestaltterapiens teori og metode på en overbevisende måde uden, at man føler, at man har fingrene i et "religiøst" propagandaskrift for den eneste rigtige terapietning. Del 3 indledes fx med følgende sætning: "*Enhver terapiform har sin styrke og svagheder*" (p. 221). Dette, synes jeg, er en sympatisk og ydmyg udmelding, og den understreger blot, at bogen ikke er ude på "omvende" læseren.

Sproget i bogen er rigtig godt, og Hostrups flittige brug af eksempler, vignetter og sågar tegninger og digte gør, at bogen er meget indbydende at læse. At hun dertil refererer til mange andre anerkendte teoretikere og gør brug af uddybende fodnoter medvirker til, at bogens faglighed styrkes.

Hvis man skal kritisere bogen for noget, må det være, at den i sin beskrivelse af dens praksis (del 3) bliver lidt banal. I hvert fald når det

gælder beskrivelsen af, hvordan man må forholde sig til betaling, varighed, de fysiske rammer, sproget osv. Oplevelsen af at dette bliver lidt banalt skyldes dels det faktum, at der bruges få sider på de enkelte elementer, men måske også at flere af elementerne ikke er så specifikt *gestalt*terapeutiske. Endvidere kan jeg godt savne et reelt afsluttende kapitel, hvor forfatteren kunne forholde sig kritisk til sin egen teori og metode, og hvor hun kunne perspektivere til andre anerkendte terapietninger.

Jeg har en personlig præference for andre terapeutiske retninger end denne, og jeg kunne derfor godt afslutte anmeldelsen med en problematisering af nogle aspekter ved gestaltterapien. Dog synes jeg ikke, det giver mening at kritisere *gestalt*terapien per se i denne anmeldelse. Bogen må anmeldes på de rigtige præmisser, og præmissen for denne anmeldelse er ikke at vurdere, om gestaltterapien er en god retning. Spørgsmålet må i stedet være, om bogen formår at give læseren en god *indføring* i gestaltterapien. Det synes nærværende læser, at den i allerhøjeste grad formår.



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

.....

NARRATIVE SAMTALER - LIVE

Allan Holmgren vil praktisere narrativ terapi en række mandage fra august 2011, hvor man kan overvære interviewet og drøfte sessionen bagefter. Forløbet hed tidligere MW eftermiddage. Start 22.8 i Snekkersten
Kursusnr. 848-11

DISPUK i Aarhus har åbnet 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.

Allan Holmgren (2 gange), Lone Kaae (1 gang) og Sidsel Arnfred (1 gang) • Start den 19.9 i Aarhus
Kursusnr. 859-11

.....

NARRATIV PRAKSIS - Modul 1

Med Anette Holmgren

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.

Snekkersten den 19.-23. marts 2012
Kursusnr. 651-12

NARRATIV TERAPI I PRAKSIS MED ALLAN HOLMGREN

Samtaler med børn, unge, voksne & familier.
3 inspirationsdage efteråret 2011 i Aarhus.

Tilbud: Tag en kollega/ven med til 1/2 pris
Tre dage hvor Allan Holmgren om formiddagen vil demonstrere den narrative praksis gennem livesamtaler med familier, unge og børn.
Workshoppens deltagere vil blive inddraget som bevidnende team i forhold til disse samtaler.
Århus 3 dage • start den 15. september 2011
Kursusnr. 897-11

.....

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. december 2011

Kursusnr. 824-11

.....

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

● GDU: 1-årig Gruppedynamisk Uddannelse - På arbejde under overfladen i gruppen

GDU henvender sig til personer med en videregående uddannelse, som i det daglige arbejder med og i grupper. Det kan fx være til psykologer, pædagoger, lærere og andre uddannelsesansvarlige, personale- og HR konsulenter, læger, sygeplejersker, socialarbejdere, ansatte ved politiet og forsvaret.

Som deltager får du en dybere forståelse af dynamikker i grupper. Du opnår en forståelse af din egen rolle og andel i grupper processer. Du får indsigt i, hvordan du kan bruge dine personlige ressourcer i dit professionelle arbejde med og i grupper.

GDU forløber over 18 tirsdage kl. 17:00-22:00

Ansøgningsfrist 30. november 2011
Pris 25.200 kr

Holdopstart: Januar 2012.

● GAU-D: 4-årig Diplomuddannelse i Gruppeanalyse

Uddannelse til gruppeanalytiker i gruppeanalytisk psykoterapi.

Uddannelsen er for autoriserede psykologer og speciallæger i psykiatri. Undtagelsesvis optages andre faggrupper, hvis ansøgeren har tilsvarende klinisk og teoretisk erfaring. Uddannelsen er godkendt af Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Psykolog Forening som kvalificerende til Specialist i psykoterapi for børn og voksne. Den 4-årige Uddannelse kvalificerer til Certifikation som gruppeanalytiker.

Uddannelsen indeholder:

- Egenerapi i gruppe (204 timer)
- Gruppesupervision af eget gruppeterapeutisk arbejde (145 timer)
- Teoriundervisning som seminarer og forelæsninger (112 timer)
- Udarbejdelse af skriftlig opgave (10-15 sider)
- Storgruppe (32 timer)
- Åbne refleksionsmøder og plenum (8 timer)

Kandidater, der tidligere har gennemført den 3-årige GAU uddannelse, har mulighed for at tilmelde sig det 4. år, som videreuddannelse i gruppeanalytisk psykoterapi.

Ansøgningsfrist 13. oktober 2011
Pris for 1. år 38.850 kr

Holdopstart: Januar 2012.

Ansøgningskemaer kan downloades på vores hjemmeside www.iga-kbh.dk

Du er velkommen til at ringe til administrator Karima Ittaouil onsdage kl. 12.00-20.00 (bortset fra skoleferier) på tlf. 36 44 60 64 for yderligere spørgsmål omkring vore uddannelser.

● OPU: 2-årig Organisationspsykologisk Uddannelse

OPU henvender sig til ledere og konsulenter fra det private erhvervsliv og offentlige institutioner, som er interesseret i at blive bedre til at håndtere f.eks.:

- Konfliktløsning
- Ændringsprocesser i organisationer
- Projektorienterede arbejdsformer
- Personale- og ledelsesudvikling

Gennem uddannelsen udvikles konkrete færdigheder i at analysere psykologiske processer og inter文ere i forhold til dem.

OPU forløber over 16 torsdage kl. 16.00-21.30, samt 3 konferencer pr. år.

Ansøgningsfrist 15. oktober 2011
Pris for 1. år inkl. konferencer 51.200 kr

Holdopstart: Januar 2012.

● K&L: 1/2-årlig Videreuddannelse i Konsultation & Ledelse

K&L er en 1/2-årlig videreuddannelse i konsultation og ledelse med træning i at lede gennem konsulentrollen og konsultere gennem lederrollen. Uddannelsen forløbet over et halvt år på 4 moduler a 2 dage.

Ansøgningsfrist 1. oktober 2011.
Pris 24.000 kr.

Holdopstart: 30. november 2011.

● GAU-B: 2-årig Basisuddannelse i Gruppeanalytisk Psykoterapi

Uddannelse til gruppeterapeut.

De to første år på den 4-årige GAU-D Uddannelse består af en Basisuddannelse GAU-B der kan tages som et selvstændigt modul.

Ansøgningsfrist 13. oktober 2011
Pris for 1. år 38.850 kr

Holdopstart: Januar 2012.



INSTITUT FOR
GRUPPEANALYSE
KØBENHAVN

Se mere på www.IGA-KBH.dk