

Indholdsfortegnelse

Line Indrevoll Stänicke og Svein Tjelta: Redaksjonelt	2
Agneta Bondjers: Hej då til barndomen – Unga vuxna i psykodynamisk korttidsterapi och deras subjektiva uppfattning om vad som underlättade och vad som hindrade	5
Henriette Elkjær, Erik Lykke Mortensen, Stig Poulsen, Ellids Kristensen og Marianne Lau: (U)overensstemmelse mellem behandler- og patientvurdering af effekt af gruppeterapi	23
Marjan Shahmir: En fænomenologisk beskrivelse af et gruppeterapeutisk forløb i det transkulturelle terapirum	39
Kristin Fjermestad: Gruppepsykoterapeut i krise	56
Bokanmeldelser:	
Svein Tjelta: <i>The Social Unconscious in Persons, Groups and Societies</i> redigeret av Earl Hopper og Haim Weinberg	76
Hanne Larsson: <i>Den psykologiske undersøgelse af børn</i> af Rikke Schwartz	86
Kristin G. Furuholmen: <i>Mikroseparatorer – tilknytning og behandling</i> af Ida Brandtzæg og Stig Torsteinson	89

Table of contents

Line Indrevoll Stänicke and Svein Tjelta: Editorial	2
Agneta Bondjers: Goodbye to Childhood. Young Adults in psychodynamic Short-Term Psychotherapy; Their Own View of Helpful and Hindering Factors for Change.	5
Henriette Elkjær, Erik Lykke Mortensen, Stig Poulsen, Ellids Kristensen and Marianne Lau: (Dis)agreement Between Therapist and Patient on the Evaluation of Outcome of Group Psychotherapy	23
Marjan Shahmir: A Phenomenological Description of a Group Process in the Transcultural Therapy Room	39
Kristin Fjermestad: Pregnancy, Birth, the Loss of my Mother and Father: Its Impact on my Work as Group Psychotherapist and Treatment	56

3 Book reviews

Indholdsfortegnelse

Redaksjonelt

Vi ønsker våre lesere velkommen til nummer 1/12. Dette året byr vi dere ikke kun på variert og godt lesestoff, men også på noen endringer. Vi starter med å ønske velkommen til våre to nye redaktører, Jon Morgan Stokkeland og Line Indrevoll Stänicke. De presenteres nedenfor. Line tar sin første redaksjonelle økt i dette nummeret.

Året 2012 vil by på store utfordringer for Matrix. Dette kan være det siste året vi kommer ut i papirutgave. Dansk Psykologisk Forlag, vår utgiver gjennom alle år, ser seg ikke råd til å gjøre dette lenger. Det koster å publisere i papirformat, og det er ingen hemmelighet at Matrix, på linje med andre papiermedier, har slitt en stund. Kampanjen vi satte i gang for å verve nye abonnenter har dessverre ikke kastet nok av seg.

Det er i dag en aktuell problemstilling for flere tidsskrifter å gjøre om hele eller deler av et tidsskrift til en nettbasert løsning. Dette er en rimeligere løsning, samt at vi kan øke artiklenes tilgjengelighet til flere potensielle lesere. Vi arbeider nå aktivt med å finne konkrete nettløsninger i samarbeid med Dansk Psykologisk Forlag, men kan på nåværende tidspunkt ikke garantere fortsatt liv for Matrix utover 2012. Vi i redaksjonen mener at Matrix er altfor verdifullt til å forsvinne. Det er nå få skandinaviske tidsskrift med fokus på psykoterapi og klinikk, og spesielt få med fokus på et psykodynamisk perspektiv. Enda et viktig moment er muligheten forfattere har til å bruke sitt primære behandler-språk, og begynne å skrive fra klinikk og prosjekter.

Årets første utgave inneholder fire artikler og tre bokanmeldelser. Alle artiklene har gruppeterapi som felles tema, om enn i noe ulikt format og fokus. Agneta B. Baclund formidler i sin artikkel en studie av 77 ungdommer som har gjennomført en psykodynamisk korttidsbehandling og vurdert kliniske endringer før og etter behandlingen. De ble før terapien spurt hva de trengte hjelp til, og etter terapien hva som var til hjelp og ikke. Resultatene ble analysert og presentert for to kollegiale team som vurderte svarene som troverdige. De unge formidlet at de søkte hjelp for manglende livsgnist og livskraft, ubearbeidet tapsopplevelse og svik. Andre problem gikk på relasjonelle vansker, identitetsusikkerhet og følelse av ikke å strekke til. Subjektivt opplevde de det hjelpsomt å finne rom for selvrefleksjon i relasjoner preget av respekt og gjen-

sidighet, kontakt med genuine følelser, og gjennom dette erfare betydningen av ens livssituasjon for at man er den man er.

Henriette Kiilsholm Elkjaer ser i sin artikkel på forholdet mellom behandler og pasient, og om det er samsvar i evalueringen partene gjør av effekten av metoden som var gruppebehandling. Med i undersøkelsen var 133 deltakere. Det ble funnet en signifikant reduksjon i pasientenes generelle psykopatologiske symptomnivå, samt en signifikant bedring i selvrapportert psykososialt funksjonsnivå. Det viste seg å være en viss grad av overenstemmelse mellom behandlerne og pasientenes vurdering av endring. Resultatene viste enighet om en generell bedring under terapiforløpet, men det fremkom også at behandlerne var mer positive i deres evalueringer enn pasientene.

Marjan Shahmir beskriver i sin artikkel de dilemmaer som er forbundet med behandlingsarbeid med pasienter med flyktningbakgrunn. Hun viser hvilke muligheter som ligger i et gruppeterapeutisk tilbud for denne pasientgruppen, ved å presentere et pilotprosjekt hun har gjennomført. Ti arabisktalende kvinner med PTSD arbeidet sammen i gruppe gjennom ti måneder, og effekten ved avslutning var lovende.

Den siste artikkelen er skrevet av Kristin Fjermestad, og handler om når terapeuten er i krise. Dette er en modig og åpen fremstilling om å være terapeut når egne livsomstendigheter tar plassen på godt og vondt, og en opplever at grunnen svikter en stund. Viktigheten av selvrefleksjon fremheves av forfatteren, samt bruk av teoretiske begreper for å forstå terapeutens egne prosesser i vanskelige perioder. Det å våge å vende blikket innover i seg selv som terapeut i en klinisk setting, sette ord på og se sin egen andel i prosesser som oppstår, er sentrale aspekter ved en gruppeanalytisk prosess, men også generelt i et relasjonelt perspektiv på behandling og terapi. Dette kan nettopp være medvirkende til at vi som terapeuter forstår noe mer av hva pasientene strever med, men kanskje også forstår mer av oss selv. Bruk av teori og selvanalytisk arbeid kan være med på å løse fastlåste prosesser, opprettholde behandlingsmotivasjon og skape endring.

Svein Tjelta har gjort en perspektivering av boken "The Social Unconscious in Persons, Groups and Societies" som er en antologi over fenomener som forsøkes favnet med begrepet. Earl Hopper og Haim Weinberg er redaktører på denne og de tre neste bind med dette temaet.

Kristin Furuholmen har anmeldt boken "Mikroseparasjoner" av Ida Brandtzæg, Lars Smith og Stig Torsteinsson. Boken er en innføring i tilknytningsbasert relasjonsarbeid generelt, og en presentasjon av "Circle of Security" som metode.

Den siste bokanmeldelsen er av Hanne Larson, som skriver om boken "Den psykologiske undersøgelse af børn" av Rikke Schwartz. Boken omhandler de allmenne aspekter ved den psykologiske undersøkelse, metoder og praksis. Psykisk utvikling og utviklingsforstyrrelse forstås som betinget av utløsende, predisponerende, vedlikeholdende og beskyttende faktorer, og bruk av kasus-formulering fremheves som en nyttig hypotesedannende metode.

Avslutningsvis vil vi introdusere de to nye medredaktørene. Jon Morgan Stokkeland er psykiater og arbeider ved Undervisnings- og forskningsavdelingen, Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus. Hans arbeid der er knyttet til utdanning av leger i spesialisering, psykoterapiveiledning og klinikk, med en spesiell interesse for intensiv psykoterapi med voksne pasienter. Han er utdannet ved Institutt for psykoterapi, og er nå lærer ved samme sted. Han har særlig vært opptatt av britisk objektrelasjonsteori. Også vitenskapsfilosofi er en interesse, samt hvordan psykiatrien som fag har mye å lære av skjønnlitteratur, film og filosofi.

Det andre nye redaksjonsmedlemmet er Line Indrevoll Stänicke, som er psykologspesialist med spesialitet innen voksenpsykologi, snart ferdig med spesialitet innen arbeid med barn og unge, samt kandidat ved Institutt for psykoanalyse. Hun arbeider til daglig ved ungdomsseksjonen på Nic Waals Institutt tilknyttet Lovisenberg diakonale sykehus i Oslo. Hun har forelest og skrevet om temaer som selvmordsproblematikk, mentalisering og gruppeterapi med ungdom. Et gjennomgående tema er forståelse av relasjonelle utfordringer i ulike terapeutiske sammenhenger, og i ulike allmenne sosiale situasjoner. Spesielt er hun opptatt av å formidle utviklingspsykologisk kunnskap, psykodynamisk og psykoanalytisk teori, samt eksistensielle temaer for å skape en nyanisert og dimensjonal forståelse av hverdagens utfordringer og utvikling av psykisk lidelse.

*Line Indrevoll Stänicke
Svein Tjelta*

Hej då till barndomen

Unga Vuxna i psykodynamisk korttidsterapi och deras subjektiva uppfattning om vad som underlättade och vad som hindrade.

Matrix, 2012; 1, 5-22

Agneta Bondjers

Sjuttiosju Unga Vuxna, som gick i psykodynamisk korttidsterapi (i genomsnitt 15 sessioner) vid S:t Lukas mottagning i Göteborg, tillfrågades före terapin muntligt om vad de sökte hjälp för och efter terapin skriftligt om vad som varit till hjälp och hinder för att komma vidare i utvecklingen. Svaren bearbetades med innehållsanalys och presenterades efter analys för två kollegiala team, som bedömde resultaten som trovärdiga. De Unga Vuxna sökte för brist på livslust och livskraft, obearbetade förluster och svek, problem i relationer, osäker identitet och känslan av att inte duga. Deras subjektiva upplevelse var att de haft hjälp av att få utrymme för självreflektion i en respektfull relation och att genom kontakt med genuina känslor skapa begriplighet i livssituationens betydelse för att man är den man är. Detta stämmer med den psykodynamiska terapins grundläggande förhållningssätt och med resultat från andra studier. De 7 som upplevde att de inte fick hjälp behövde hjälp med medicin, saknade konkreta råd eller hade behövt mer tid.

Inledning

För att möta förfrågningar från Unga Vuxna startade S:t Lukas mottagning i Göteborg en riktad insats genom att erbjuda Unga Vuxna mellan 18-28 år

Agneta Bondjers. Leg psykolog, leg psykoterapeut, handledare, spec. i klinisk psykologi S:t Lukas mottagning i Göteborg. Lagman Lumbers väg 8, 44334 Lerum Sverige Tel. +46 31 588509, +46 705 616983. agneta.bondjers-backlund@sanktlukas.se

Hej då till barndomen

15 timmars korttidsterapi på psykodynamisk grund. Denna insats utvärderades med frågeformulär vid tre tillfällen efter terapin. Syftet var att belysa de Unga Vuxnas subjektiva upplevelse av vad de haft hjälp av och hur de beskrev förändring eller brist på förändring i sin livssituation. I denna artikel bearbetas den del av materialet som belyser de problem de Unga Vuxna sökte för och deras subjektiva bedömning av värdet av terapin. I rapport efter rapport slås fast att det är viktigt att hitta strategier för att minska den växande ohälsan hos Unga Vuxna och ta ett gemensamt ansvar för detta (Lindelius, Björkenstam, Dahlgren, Ljung, Stefansson, 2010). Resultat i Nationella folkhälsoenkäten (Wadman, 2009) tyder på att den psykiska ohälsan bland unga människor fortsätter att öka, medan den minskar i övriga åldersgrupper. Självmoden i alla åldersgrupper minskar utom för personer under 25 år. Detta gäller även i andra länder i Europa. Fler män än kvinnor tar sitt liv, men skillnaden krymper. Man tror att de minskade självmordstalen i andra åldersgrupper beror på nya och bättre mediciner, men uppenbarligen är detta inte tillräckligt för unga vuxna. Andelen unga som på andra sätt skadar sig själva tycks, enligt Karolinska institutets Nyhetsbrev, också öka (Stain, 2010). Man har funnit att unga personer som har depressiva symtom, även om de inte i egentlig mening kan diagnostiseras som deprimerade, har 2-3 ggr större risk att utveckla psykisk sjukdom och ökad risk att dö genom självmord (Hulthén, 2000, Wasserman, 2001, Wasserman, Geijer, Sokolonski, Rozanov, Wasserman, 2007, Stain, 2010). Ungdomar och Unga Vuxna med psykiska problem som inte får hjälp är en utsatt grupp vad gäller utanförskap, missbruk och långvariga behov av vård. Unga Vuxna utan arbete mår sämre än yrkesarbetande Unga Vuxna (Wadman, 2011).

Teoretiska utgångspunkter

De livsuppgifter, som en Ung Vuxen står inför, handlar om att hitta tilltro till sig själv och sina resurser för att kunna ta ansvar för sitt eget liv och så småningom även för sina barns, att frigöra sig från föräldrabindningar och bli sin egen utan att känna att man sviker föräldrarna, att välja utifrån de egna förutsättningarna, förstå att ens plats inte är given utan att man måste skapa sig plats. Det handlar om att hitta balans i förhållande till ensamhet – frihet, beroende – oberoende, att hitta "det egna" och känna att det duger. Det handlar om samspelet mellan två grundläggande existentiella drivkrafter, strävan efter närhet och relation och strävan efter autonomi (Winnicott, 1963, Erikson, 1968, Blatt och Luyten, 2009). Blatt och Luyten har utvecklat Eriksons psykosociala modell genom att visa hur strävan efter att vara i relation och strävan

efter att förverkliga inneboende medfödda resurser integreras i en mogen identitet "a self in relation to others". I anknytningsteorin talar man om två system som styr detta – anknytningssystemet och systemet för utforskande (Broberg, Risholm-Mothander, Granqvist, Ivarsson, 2008, Wennerberg, 2010). I normal utveckling är dessa två system i samklang. Det ena är en förutsättning för det andra. I samband med frigörelsen från föräldrabindningar aktiveras anknytningstrauman, vilket försvårar skapandet av nya relationer (Allen, 2005). Med anknytningstrauma menar man att de personer som skall stå för beskydd, trygghet och hjälp att reglera känslor också är de som gör en illa, utsätter en för våld, övergrepp eller försummelse genom att inte vara känslomässigt närvarande. Vi knyter an även till dem som är skrämmande för att de är de enda vi har (Allen, 2005, Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, Atwood, 2005, Wennerberg, 2010). Traumatiske erfarenheter kan vara synliga (sexuella övergrepp, misshandel) eller dolda, som föräldrarnas känslomässiga frånvaro. Om man som barn blir sviken av den som skall beskydda, måste man dels förhålla sig till sveket i sig, dels till den förstörda anknytningsrelationen (Wennerberg, 2010). Det kan vara för svårt att inse att någon vill en illa och man kan hantera detta på olika sätt, t.ex. att undvika att sätta sig in i tankar och känslor hos den andre eller att förstå och urskulda för att behålla den goda bilden och bevara relationen. Resultatet blir att såväl känslor som nära relationer undviks eller blir destruktiva. En terapeutisk relation kan erbjuda ett utrymme där misstron och rädslan får utforskas, prövas och genomarbetas.

Metoder

Målgruppen var Unga Vuxna (18-28 år) som sökt hjälp på eget initiativ vid S:t Lukas mottagning i Göteborg. 77 Unga Vuxna (18-28 år) deltog i projektet som pågick mellan 2006 och 2008. Samtliga, 59 kvinnor och 18 män, sökte på eget initiativ. 39 kvinnor och 5 män hade arbete, 14 kvinnor och 10 män studerade, 6 kvinnor och 3 män hade ingen fast sysselsättning. 33 kvinnor och 8 män hade haft någon form av samtalskontakt tidigare. 13 kvinnor och 5 män hade haft kontakt med psykiatrin. 9 kvinnor och 3 män medicinerade vid terapins början. 21 kvinnor och 6 män uppgav att de hade eller hade haft suicidtankar, gjort suicidförsök eller försökt att skada sig själva. Alla, förutom 5 kvinnor som inte beskrev några svårigheter i ursprungsfamiljen, hade på olika sätt haft smärtsamma och svåra erfarenheter som de ibland ansåg sig kunna hantera men på bekostnad av sin egen psykiska hälsa. Svårigheterna bestod av långvariga konflikter i familjerna, skilsmässor, föräldrars eller syskons sjuk-

Hej då till barndomen

domar eller psykiska svårigheter eller förälders, syskon eller annan nära anhörigs död.

Utvärderingar och metaanalyser tyder på att psykodynamisk terapi, korttids-terapi såväl som långtidsterapi, har god effekt på psykiska problem och att resultatet kan mätas i såväl minskning av symtom som livskvalitetsvariabler (Leichsenring, Rabung, Leibing 2004, Leichsenring, Rabung, 2008, Abbass, Hancock, Henderson, Kisely 2009, Shedler, 2010). Vi valde att erbjuda varje Ung Vuxen 15 timmar med möjlighet att i enstaka fall öka längden efter behov. Vår erfarenhet är att en del Unga Vuxna känner osäkerhet inför ett kontrakt där tiden är obegränsad. 15 timmar är en överblickbar framtid. Risken för avbrott med en känsla av misslyckande som följd är mindre. Det är bra för många Unga Vuxna att få fullfölja och avsluta något som man har bestämt sig för. En positiv erfarenhet av relationen kan leda till att man söker hjälp för kortare eller längre tid senare, om man behöver det. Den korttidsterapi som bedrivs inom S:t Lukas har en psykodynamisk referensram, inspirerad av olika modeller för fokuserad terapi, t.ex. "Tidsbegränsad korttidsterapi" (Mann, 1981), "Intensiv Psykodynamisk Korttidsterapi" (Coughlin, 1996,) och "Brief Dynamic Therapy" (Levenson, 2010, Binder, 2004). Man ses som regel en gång per vecka, kartlägger problematiken och hindren att komma vidare i en utveckling som stagnerat, försöker tillsammans förstå livshistorien och arbetar för att bryta hämmande försvar och destruktiva mönster. Centrala teman, som är specifika för den enskilde men också allmänmänskliga, formuleras i början av terapin. Det kan vara till hjälp bara att formulera dessa, ofta existentiella dilemman, för att kunna acceptera att man lever i dem och ständigt konfronteras med till synes motsägelsefulla drivkrafter, ofta mot en klangbotten av dimensionerna relation och autonomi (Blatt, 2009). Dessa teman eller fokus kan ta sig uttryck i såväl intrapsykiska konflikter som interpersonella problem. Genom att man, med hjälp av temat, belyser det material som tas upp och djupborrar på en speciell punkt fördjupas terapin. De 11 terapeuter som deltog i projektet är alla legitimerade med mellan 10 och 35 års erfarenhet av behandlingsarbete inom en psykodynamisk ram och vana att möta existentiella och religiösa frågor. Varje terapeut har sin egen personliga stil, vilket innebär att metoden inte är manualiserad. Grunden är psykodynamisk, men integrerad med personliga erfarenheter och reflektioner omkring vad som varit verksamt, dvs. med "privata arbetsmodeller" och "implicit theories", som erfarna terapeuter tycks utveckla med tiden (Lilliengren och Werbart, 2010). Alla terapeuter deltog i team med möjlighet till samråd om terapierna. I denna utvärdering jämförs inte terapeuternas olika arbetsmodeller och inte heller jämförs olika terapeuter med varandra.

Insamling och bearbetning av data

Samtliga Unga Vuxna sökte hjälp på eget initiativ. En del hade på olika vägar fått veta om projektet tidigare, andra fick information och erbjudande om deltagande per telefon när de sökte terapi. Vid erbjudandet fick de också veta, enligt de forskningsetiska principer för humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning, som Vetenskapsrådet (www.vr.se) formulerat, att de hade rätt att avbryta när de ville. Data från det första mötet samlades in med hjälp av terapeuternas anteckningar. En beskrivning av problemen och vad terapeut och Ung Vuxen tillsammans valde att fokusera på skrevs ner. Frågeformulär skickades ut 1 mån, 6 mån och 1 ½ år efter avslutad terapi. 55 av de 77 Unga Vuxna svarade vid något av dessa tillfällen. Frågeformulären hade skattningsskalor där man värderade terapin, kontakten med terapeuten och hur man hade det nu jämfört med före. De innehöll dessutom ett antal öppna frågor, där de Unga Vuxna, med egna ord, skrev ner både vad de sökte hjälp för, hur de upplevde olika aspekter av terapin, vad som varit till hjälp och vad som förändrats. Alla formulär kodades på ett sätt som gjorde att varken de Unga Vuxna eller terapeuterna kunde identifieras. Data från terapeuternas bedömning saknas för sex Unga Vuxna och svar på enkäterna saknas vid samtliga tillfällen för 22 personer. Bortfallet är 29 % om man räknar med att någon av de tre enkäterna är besvarade.

Sammanfattningarna av problembeskrivningen och de svar som de Unga Vuxna formulerat på öppna frågor i frågeformulären, analyserades med konventionell innehållsanalys (Granenberg och Lundman, 2004, Hsieh och Shannon, 2005). Svaren lästes upprepade gånger i syfte att dels få en förståelse av helheten i texten, dels av enskilda delar. De kodades därefter med avseende på nyckelbegrepp och meningsbärande element. Med hjälp av innebörden i de kodade svaren, förstådd genom såväl det manifesta som det latent innehåll, söktes gemensamma teman, som organiserades i mer övergripande kategorier. Sådan tolkning av texter har ett subjektivt inslag och är beroende av tolkarens förkunskaper och förståelse (Granenheim och Lundman, 2004). Bearbetning, kodning och analys, har utförts av psykoterapeut med mångårig erfarenhet. Innan den slutliga analysen genomfördes presenterades detta för två kollegiala team. Resultaten validerades genom diskussion i dessa team. Deltagarna kände igen sig, hade inte några invändningar mot presenterade resultat, som de på så sätt validerade, s.k. "procedural evidence" (Hill, 2009), där man tror på något på grund av "its intelligibility, its consistency with common sense knowledge or its implicit self-evidence" (Rychlak, 1968, s. 75).

Resultat och diskussion

Beskrivning av problemet före terapin

De 77 Unga Vuxna ombads, vid ett första samtal, att beskriva vad de behövde hjälp med, vad de såg som utlösande händelser och om de hade egna förklaringar till sina problem. Terapeuterna sammanfattade detta under följande rubrik: *Beskriv problemet, utlösande händelser och egna förklaringsmodeller*. Analysen av svaren föll ut i fem kategorier: *Ingen livslust, ingen livskraft (15 kvinnor, 5 män), förluster och svek (24 kvinnor, 6 män), problem i relationer (27 kvinnor, 6 män), identitet (12 kvinnor, 3 män) att inte duga (23 kvinnor, 6 män)*. De som uttryckt sitt lidande på flera sätt finns med under flera teman. Kategorierna överlappar varandra även på så sätt att den ena påverkar den andra. Om man t.ex. har svag självkänsla, inte känner att man duger, har man svårt att få relationer att fungera och vice versa (Blatt, 2009). Citat från Unga Vuxna som deltagit i projektet har använts för att belysa och fördjupa olika teman.

Såväl kvinnor som män gav uttryck för nedstämdhet och leda, ing-en livslust, obegriplig trötthet, känslor av meningslöshet och kraftlöshet, brist på sammanhang och hur vi skall kunna leva meningsfullt när allt ändå skall ta slut. Några beskrev återkommande depressioner med en mörk livssyn, avsaknad av glädje sedan flera år tillbaka, ensamhet och benägenhet att dra sig undan. De beskrev ångest i samband med studier, som de avbrutit, satt hemma och spelade TV-spel och musik och försökte distrahera sig. 35 % (27) hade eller hade haft suicidtankar. Obearbetade trauman, t.ex. tidigare mobbning i kombination med brist på ett fungerande socialt nätverk, har beskrivits som utlösande faktorer vid självmord (Alin-Åkerman och Ramberg, 2008). Utan bearbetning av det hat och den aggressivitet som svek och mobbning vanligtvis väcker, är det risk för att man fastnar i depression och självdestruktivitet och reagerar med aggressivitet mot det man är beroende av (Winnicott, 1963, Bloss, 1965, Laufer och Laufer, 1984).

En av utmaningarna under de tidiga vuxenåren är att lämna ett beroende för att bli sin egen och tolerera en förlust utan att förlita sig på substitut (Eriksson, 1968, Blatt och Luyten, 2009). Man skall lämna det kända och göra sig fri från de internaliserade föräldrabilderna för att möta det okända och välja utbildning, arbete, partner. Såväl kvinnor som män beskrev förluster och svek, som väckt till liv tidigare förluster. Bra och tillitsfulla vänskapsband under ungdomsåren kan vara en hjälp att återupprätta och behålla självkänslan och även vara en hjälp i frigörelsen (Erikson, 1968, Blatt och Luyten, 2009), men om man blir sviken sätter det djupa spår. Sveket av vänner uppgavs

av sex kvinnor och två män som det svåraste man upplevt; *“en av de bästa kompisarna har sagt upp bekantskapen, vet inte varför, jag undrar vad det är för fel på mig”*.

Den förändrade livssituationen som en förälders eller syskons död innebär för en ung människa, att vara i sorg och samtidigt känna sig osäker på hur man skall klara sig själv, är svår att hantera. Man drabbas av osorterade känslor av skuld, ansvar, rädsla och sorg. Ansvaret för den kvarvarande föräldern och sorgen efter en förälder som dött under åren som Ung Vuxen kompliceras av frigörelseprocessen. Tio kvinnor och en man hade förlorat en närstående genom dödsfall på grund av sjukdom eller suicid och beskrev att detta var det svåraste som hänt. Smärtsamma separationer, mellan föräldrar eller en egen separation, angavs av sju kvinnor och fyra män som det svåraste som hänt. Många skuldbelade sig själva. När man tar på sig skuld har man en form av kontroll jämfört med att vara drabbad och hjälplös och kan behålla illusionen av att ha kunnat förändra något om man handlat annorlunda. Skulden blir ett försvar mot hjälplösheten. Med skuld för ambivalenta känslor mot det förlorade förblir sorgen oförlöst och hot om nya förluster väcker ångest (Erikson, 1968, Mann, 1981).

Unga Vuxna med anknytningstrauman bakom sig, där man varit beroende av och förlitat sig på dem som också gjort en illa, har en speciell sårbarhet (Allen, 2005, Lyons-Ruth et al., 2005, Wennerberg 2010). Sex kvinnor och en man hade upplevt sjukdom hos närstående eller levt med en anhörig med en fysisk eller psykisk sjukdom, som brustit på olika sätt i förståelse och pålitlighet, agerat ut i våld och sexualitet, eller genom oförståelse och förakt visat brist på respekt för de Unga Vuxna. Dessa har i sin tur hanterat detta genom att skuld- och skambelägga sig själva, utvecklat en känslighet för omgivningens behov och tillstånd på bekostnad av sin egen känslomässiga utveckling, förlorat självrespekt och i vissa fall känt att de inte ville leva; *“jag har svårt att hitta mig själv och min egen väg i relation till familjen, har en äldre syster som tar mycket plats och som mina föräldrar väntar sig att jag skall ta hand om, jag arbetar inte med det jag vill, undviker problem, grämer mig lätt, får skuld-känslor, dömer mig själv”*.

Många Unga Vuxna, flera kvinnor än män, sökte hjälp för problem i relationer, hade svårt att känna tillit och var vilsna i sökandet efter en partner. Tillit utvecklas i interaktion mellan strävan efter relation och steg mot att urskilja sig själv för att också själv kunna bli trovärdig och lita på sin kapacitet (Blatt och Luyten, 2009). Ett mänskligt dilemma är hur vi skall kunna anpassa oss till andra utan att svika oss själva. Om vi inte klarar det, kan det leda till att vi

söker lösningar utanför oss själva; *“ensam, olycklig, missförstådd och besviken på livet, har levt i datorns värld, olycklig över att inte ha en tjej, duger inte, livet är meningslöst, tungt och orättvist, är arg på Gud”*. Flera kvinnor beskrev att de hade konflikter med föräldrar eller syskon, som de kände sig oförstådda av eller var rädda för. Män beskrev sig som mer ensamma.

Identitetsproblematik uttrycktes av såväl kvinnor som män. Många unga har svårt med förändringen av ungdomsårens kollektiva gemenskap, där man självklart är med i ett sammanhang och där gemenskapen är ett stöd och en spegel som hjälper en att vara någon (Blos, 1965, Erikson, 1968). När detta upphör och man förlorar sina riktmärken i en ny studiesituation vet man inte längre vem man är och självkänslan vacklar. Kraven på egna initiativ för att få vara med, behovet av att fördjupa en del relationer och kanske distansera sig från andra är svåra val. Ibland återkommer tidigare utvecklingskriser som inte lösts, man skall differentiera ut sig, inse att *“jag och världen är inte samma”*. Självbilden kan också ha krackelerat, när man handlat på ett sätt som varit i strid med ideal och värderingar; *“jag är inte den jag vill vara”*. Hur man kan bevara det unika med sig själv och samtidigt leva i samma värld som andra, hur man kan vara sig själv i närvaro av andra och hur man kan ta plats utan att förlora eller skada andra är allmänmänskliga frågor som väcks.

Känslan av att ha misslyckats och att därmed vara fel var vanlig bland såväl kvinnor som män. Många hade avbrutit eller gjort ett uppehåll i sina studier på grund av ångest, nedstämdhet och rädsla. Flera hade slutat eller fått sluta på jobb och var sjukskrivna. När man är en Ung Vuxen prövas ens jagideal hårt mot realiteten, kraven på prestationer är höga. Skammen ligger nära om man inte kan leva upp till kraven. Man är rädd för att inte *“klara sig”* när man möter sina begränsningar, och då tappar man kontakt med sina resurser också. Den uteblivna bekräftelsen, skulden för misslyckade studier och arbetslöshet och skammen över sitt misslyckande gör att man förlorar självaktningen. (Beck-Friis, 2010). Kvinnor i utvärderingen beskriver bemästringsstrategier, som ibland är destruktiva i form av ätstörningar och självskadebeteende; *“har gått i terapi för ätstörningar, jobbigt att leva upp till sig själv som perfekt, tänker att det är jag själv som inte är bra, när något svårt händer och skär mig då, funderar ut olika sätt att ta mitt liv”*. Männen beskriver mer uppgivenhet, nedstämdhet, skam, svårigheter att hantera aggressioner, flykt ut i porrmissbruk, alkohol, kontrollbehov och tvångsmässigt beteende; *“jag kände att jag inte hade kontroll över mitt liv, framför allt gällande mina studier och tvångsmässiga porrsurfande”*.

Beskrivning av hjälpsamma faktorer i terapin

Sju Unga Vuxna beskriver att de inte fått hjälp. Tre av dessa var allvarligt deprimerade och sökte i stället hjälp med medicinering, fyra har inte fått de konkreta verktyg som de hoppats på och upplever inte att något blivit bättre, vad de fick stämde inte med vad de förväntade. Övriga besvarade vid första uppföljningen frågan: *“Nämn tre viktiga saker som hände i terapin”* och *“vad har varit till hjälp?”* Dessa svar kodades med avseende på innehåll och meningsbärande element och sorterades i fyra övergripande kategorier: *Ramen, relationen till terapeuten, kontakt med känslor, insikt och samband mellan Då och Nu.*

Terapin pågick under begränsad och därmed överblickbar tid och hade regelbundenhet och förutsägbarhet. Detta var viktigt för att man skulle våga ta mer risker i vardagen, och sedan kunna tala om sina ansträngningar att bemästra svårigheter, t.ex. porrmissbruk; *“att vara ansvarig inför någon var också en hjälp”*. Det var också viktigt att få ta ansvar för vad man skulle tala om; *“att jag själv tar upp något som vi kan arbeta med vid våra samtal gör att jag måste fundera, då jag helst inte vill det”*.

Den tillit som successivt byggs upp inom den terapeutiska ramen fungerar som den trygga bas och säkra hamn som man talar om inom anknytningsteorin (Ainsworth, 1989). Det gör det möjligt att möta skammen, som är nära i en situation där man visar sig själv i sin sårbarhet och hjälplöshet (Beck-Friis, 2010); *“jag har fått släppa fram hela mitt inre i dagsljus utan att skämmas”*. Bemötandet av en respektfull terapeut där man blir accepterad, tagen på allvar och lyssnad till utan att bli fördömd, beskrivs som avgörande för att få mod att tala om det svåraste; *“har varit med om flera traumatiska händelser under de senaste åren, våldtäkt, mobbning, känt mig avvikande, ensam, hade behov av att bli bekräftad, respekterad, var rädd att bli utsatt igen”*. Det blir möjligt att tåla och ta vara på ifrågasättanden och problematiseringar, som gör att man kan se på sig själv med nya ögon utan att behöva vare sig förminska eller förstora sig; *“någon som verkade bry sig utan att tycka synd om mig”*. När man frågat terapeuter om vad som är verksamt har även de ansett att en trygg och tillitsfull relation är avgörande (Lilliengren och Werbart, 2010).

Den terapeutiska relationen blir den plats där det som är problem i andra relationer upprepar sig och kan bli genomarbetade. Werbart et al. (2011) har visat på möjligheten att förändringar i självrepresentationerna, med hjälp av relationen till terapeutens hållande och hållande, kan ha större betydelse för en positiv utveckling än förändrade föräldrarepresentationer. Det kan på så sätt bli en ny korrigerande känslomässig erfarenhet (Alexander och French, 1946), som gör det möjligt att sörja det man nu förstår att man gått miste om;

“jag kände mig förstådd för första gången i mitt liv”. Det är också betydelsefullt att någon finns som kommer ihåg vad man talat om, som tänker på en; “det var viktigt att jag alltid kände mig väntad, att mitt samtal var planerat och förberett”.

När man förstår att man måste släppa taget om andra, väcker det ofta både sorg och befrielse. Det väcker sorg över det man själv inte fått, men fortsatt att vänta på och sorg över sina näras situation och oförmågan att ändra på det. De motstridiga känslorna, att man känner vrede och hat även mot dem man älskar, har för många varit svåra att hantera. När man möter den smärta som man annars undviker blir man mer sårbar; *“mycket gamla saker har rivits upp och jag har stundtals mått sämre”,* men så småningom kan det leda till att man accepterar sidor av sig själv, som man tidigare inte velat kännas vid; *“min sårbarhet är OK”.* Det kan också handla om en adekvat rädsla för eller ilska mot föräldrar som varit hotfulla eller försumliga. Hot om våld kan ha varit närvarande även om inget öppet våld förekommit; *“relationen till mamma var svår, hon är annorlunda, självupptagen och manipulerande, har utsatt oss för fara, hon kunde inte skydda oss och jag fick veta att pappa har misshandlat och våldtagit”.* Hjälplöshet och maktlöshet kan ha hanterats genom att man gjort sig osårbar eller tagit på sig skuld; *“jag skämdes, ville hjälpa, tänkte att jag var en del av hans problem”.* Det stärker självkänslan när man får erfarenhet av att ångesten avtar, när man möter vad man känner och får sätta ord på det i stället för att undvika det; *“jag fick lyfta upp känslor jag inte visste att jag hade”.* Detta ger utrymme för mer autentiska möten med andra. Därmed ökar också intresset för att vilja förstå hur känslor och tankar hänger ihop med tidigare erfarenheter. Det leder till en större förståelse och ömhet för sig själv och gör att en självkritisk och självanklagande hållning kan vika; *“jag tycker lite mera om mig själv nu”.* Möjligheten att prata fritt underlättar att få syn på sidor av sig själv som inte varit tillgängliga, man är mer än vad man trodde att man var och den inre friheten ökar; *“att prata, prata, prata, att komma under ytan på mitt eget sätt att tänka, se mig själv på ett mer realistiskt sätt, mer öppet våga känna mig känslösam, sätta upp mål, be om hjälp vilket påverkat relationer till vänner, familj”.*

Frågor som stimulerar till självreflektion och ifrågasättanden av egna tankenbanor återkommer som beskrivningar av verksamma element i terapin. Det har varit en hjälp att sortera i det som varit förvirrande och obegripligt; *“alla frågor har fått mig att fundera mer och i andra banor, att terapeuten ofta speglade tillbaka mina tankar”.* Man hör sig säga sådant som man inte visste att man tänkte och kan på så sätt komma i kontakt med dolda resurser; *“jag fick tala om*

mina dåliga erfarenheter av intima relationer, fick formulera och konkretisera känslor och föreställningar, jag fick ta ställning för mina egentliga åsikter”.

Det är till hjälp att skilja ut vad som är smärta från förr och vad som hör ihop med nuet, att symtomen går att förstå, att dem vi är idag är präglade av det vi varit med om och de relationer vi levt i; *“jag har lärt mig att jag kan reagera på situationer nu med känslor som kommer från tidigare händelser och jag är bättre på att tackla olika situationer genom att jag förstår att smärta från gamla minnen kan göra sig påmind”.* I kommentarerna finns många exempel på värdet av att få identifiera återkommande teman i våra sätt att tänka, känna och relatera till andra; *“få förståelse för att olika saker i min uppväxt och speciellt förhållandet till min far påverkat förhållandet till andra män”.*

Beskrivning av vad som hade förändrats efter terapin

Vi frågade om konkreta förändringar som skett under och efter terapin: *Har något annat i Ditt liv förändrats till det bättre under den här tiden? Har något annat i Ditt liv förändrats till det sämre under den här tiden?*

Förbättrade arbets- och studieförhållanden med nytt jobb eller återupptagna eller avslutade studier gällde för 11 kvinnor och tre män (26 %). *Förbättrade relationer* med vänner, föräldrar, syskon och/eller kolleger beskrevs av 13 kvinnor och fyra män (31 %). *Självkänslan hade förbättrats* för 18 kvinnor och fyra män (40 %). Man talar om att man är tryggare, har mer tillit till sig själv, lättare att säga nej och sätta gränser, har mer förståelse för sig själv. Då blir man inte så beroende av andras bekräftelse och blir också bättre förstådd av andra; *“nu lever jag inte för andra utan för mig själv”.* Två kvinnor och en man lyfte fram *omsorgen om sig själv* som förbättrad, att man tränar, tänker på sin hälsa, har bättre rutiner och struktur, har unnat sig resor. En man hade sökt annan hjälp och för tre kvinnor och två män var situationen oförändrad. 38 Unga Vuxna (69 %), har svarat nej eller inte svarat alls på frågan om något blivit sämre. Övriga sju uppgav arbetslöshet, separation, mammas sjukdom och fördjupad depression som försämringar.

Den speciella Unga Vuxna problematiken omkring frigörelsen från föräldrabindningar för att knyta an till en partner (Blos, 1965, Erikson, 1968, Blatt och Luyten, 2009) avspeglas i kommentarerna; *“mycket har förbättrats, framför allt i relation till min mamma och min pojkvän, jag känner stor gemenskap med min pojkvän och låter honom vara närmast till skillnad från tidigare då jag blandade in mamma i allt”.* När man vågar visa sig själv kommer man närmare andra, drar sig inte längre undan konflikter utan reder ut dem. När man lär känna sig själv är det lättare att göra bra val i livet och flera beskriver hur de ordnat upp de

närmaste relationerna, fått det bättre med pojkvänner och med föräldrar och syskon eller brutit upp ur relationer, där de inte mått bra; *“jag har sagt upp några bekantskaper som jag egentligen inte ville umgås med för att det inte kändes rätt, men jag var innan rädd att erkänna det och att de skulle bli arga”*. Förmågan att hantera svåra saker har förbättrats. En mamma hade blivit sjuk, föräldrar hade separerat men detta hade gått att hantera utan att självkänslan skadats. Dessa genomlevda erfarenheter ger en stabilare inre grund; *“fått en känsla av att få grepp om mig själv och mitt liv igen”*. Man blir också mer realistisk vad gäller sin kapacitet; *“Jag är tillräckligt duktig i mitt yrke i förhållande till ålder och erfarenhet”* och *“är säkrare i min yrkesroll, stressar inte upp mig”*. När detta sker ökar förutsättningarna att kunna ta sig själv i anspråk. Man kan *“säga hej då till barndomen”* och ta ansvar för sitt liv. Kvinnor beskriver behov av att upprätta mer gränser i förhållande till andra, att minska sin genomsläpplighet, att inte tänka så mycket på vad andra tycker om en; *“jag har blivit mer tillfreds med den jag är och jag låter inte min syster gå över min gräns längre. Jag säger nej, när jag inte tycker att det hon begär av mig är rimligt. Vi har fått en bättre relation. Jag tar mig själv på allvar”*. Män beskriver behov att öka genomsläppligheten, att öppna sig och lita på att det håller; *“när jag fick någon som kunde lyssna och bekräfta att det varit svårt började jag att se relationer till närstående på ett annat sätt, jag fick en större förståelse för mig själv och varför jag gör som jag gör, skolan gick bättre, förhållandet till min flickvän och snart sambo är bättre, jag säger vad jag tycker, är rak direkt i stället för att hålla det inom mig”*.

Beskrivning av vad de saknat

Det är svårt att ta upp kritik (Lambert, 2007). I vårt projekt har 35 av de 55 som svarat på någon av enkäterna kommenterat vad de saknat. En del av bortfallet kan kanske förklaras med att det är svårt att skriva och berätta att man inte varit nöjd. Även bland de Unga Vuxna som skattat terapin högt finns de, som haft önsknings om något mer eller annat. Inget behöver vara perfekt för att det skall vara bra. Svaren på frågan: *“Vad har Du saknat i terapiarbetet”* sorterades i fem övergripande kategorier: *Den begränsade tiden, terapiavgiften, terapeuten som person, det terapeutiska arbetssättet och det andliga*.

De allra flesta har kunnat ta tillvara de 15 gångerna och fått med sig något som kan ses som språngbräda för vidare utveckling. De anser att det varit positivt att tiden varit överblickbar med ett slutdatum. Några hade behövt längre tid för en tillitsfull anknytning och tyckte att det blev ett abrupt slut. För dem har den begränsade tiden gjort att man inte kunnat komma åt de djupare problemen; *“jag hade behövt mer tid och mer på djupet, en del tankar och känslor vå-*

gade eller hann jag inte föra fram, jag tror att vi missade en del djupliggande tanke-mönster". Det fanns möjlighet att förlänga terapin och tre Unga Vuxna har valt att fortsätta i längre terapi hos samma terapeut, två har uttryckt att de planerar att återuppta terapin. De flesta har uttryckt tacksamhet över den låga avgiften, som gjort det möjligt för dem att överhuvudtaget gå i terapi men en del har önskat att avgiften var lägre; *"sänk priserna, ni kan rädda liv"*. Enstaka negativa kommentarer omkring terapeuten som person förekommer. Man har fått hjälp men tänker sig hur det kunde varit annorlunda om man träffat någon som var mer lik en själv, yngre, mer modern. Någon beskriver också terapeuten som stel, att det var segt i början, att han/hon var lite mesig men också alltför bestämd, kategorisk och svart-vit i sina kommentarer. De fyra Unga Vuxna som uttryckt behov av mer konkret vägledning har fortsatt med kognitiv terapi som passat bättre. Tre Unga Vuxna i vår studie hade djupa depressioner och fick inte den hjälp de behövde. De sökte sedan behandling inom psykiatri. Modeller för psykodynamisk korttidsterapi betonar vikten av att i början vara noggrann med att ringa in en problematik, formulera ett intrapsykiskt och interpersonellt fokus och hjälpas åt att förstå materialet i det perspektivet (Mann, 1981, Coughlin, 1996, Levenson, 2011). Resultatet av terapierna är bl.a. beroende av hur väl terapeut och den Unge Vuxne lyckas komma överens om hur man skall arbeta tillsammans. Detta behöver man tala om redan från början, eftersom osäkerhet omkring vad man skall fokusera på blir ett hinder för ett konstruktivt arbete (Philips, Wennberg, Werbart och Schubert, 2006, 2007). Behovet av att få prata fritt ställs i relation till behovet att bli utmanad på ett sätt som kan fördjupa; *"den kunde varit mer praktisk och resultatinriktad, det var visserligen skönt att kunna gå dit och prata om vad som helst, men det var också lätt att undvika kärnfrågorna"*. En av de Unga Vuxna har skrivit att han saknat att tala mer om andliga frågor; *"saknade den andliga dimensionen, att inkludera hela människan med kropp, själ och ande och därmed Gud, men det hade jag inte heller förväntat"*.

Sammanfattande kommentar

Fokus för denna artikel har varit att lyfta fram vad de Unga Vuxna själva uttryckt varit till hjälp för att komma vidare i sin utveckling, den subjektiva upplevelsen uttryckt med egna ord. Trovärdigheten kan sägas finnas i den personliga berättelsen. Ett generellt problem i kvalitativa studier är dock att orden kan betyda olika saker för olika människor. Ett frågeformulär ger inte möjlighet att ställa följdfrågor för klargörande och fördjupning (Hill, 2009). Med

Hej då till barndomen

flera bedömare som tolkat svaren hade vi kunnat minska denna osäkerhet. I stället presenterades resultaten i kollegiala team. Deltagarna i dessa hade inte några invändningar utan bedömde resultaten som trovärdiga. Diskussionerna i teamen validerade på så sätt resultaten (Hill, 2009).

22 Unga Vuxna (29 %) i vår undersökning svarade inte på några enkäter. I studier där man mätt förändringar med skattningsinstrument har man funnit att 35-40 % inte förbättras och 5-10 % försämras i terapi (Lambert, 2007). Även om de Unga Vuxna i vår undersökning visste att terapeuterna inte tog del av svaren, kan en del av bortfallen kanske ändå förklaras med att det är svårt att skriva och berätta att man inte varit nöjd. Sju (11 %) Unga Vuxna har svarat att de inte fått hjälp och tre deprimerade Unga Vuxna upplevde att de försämrats.

Mentalisering och hopp grundas i tillit i en relation där man tillsammans arbetar för att finna begriplighet och mening i problem och symtom (Allen, 2011). Den terapeutiska relationen är således viktig men tycks ändå inte tillräcklig för förändring. Enligt Beutler och Johannsen (2009) kan resultatet av terapin bero på såväl yttre faktorer som patient och terapeutvariabler och även terapeutisk metod. Enligt vissa studier tycks relationen och terapeutvariabler stå för 18 % av variansen medan variabler som har med patienten att göra står för 25-30 % och metoden för 5-8 % (Norcross och Lambert 2009). I en studie av Brown, Dreis och Nace (2006) är 5 % av variansen beroende av skillnad i metod, diagnos eller längd på terapin. Shedler (2010), som har jämfört resultat i psykodynamisk terapi och kognitiv terapi, menar att psykodynamiska interventioner förutsäger positiva resultat i såväl kognitiva som psykodynamiska terapier (Shedler, 2010).

De flesta Unga Vuxna i vår undersökning har haft hjälp av terapin. Alla problem är inte genomarbetade på 15 sessioner men man har fått hopp om att man skall klara att möta framtida utmaningar. Symtom och problem är kvar för en del, även om de mår subjektivt bättre. När man förstår sig själv är det lättare att bemästra ångest, oro och yttre omständigheter som inte kunnat påverkas. Lite mer än en tredjedel av de Unga Vuxna som deltog i projektet hade eller hade tidigare haft självmordstankar och/eller ett självskaumbeteende. De flesta av dessa har haft hjälp av terapin men eftersom denna artikel inte har fokuserat speciellt på denna grupp, vet vi inte i vilken utsträckning dessa tankar kvarstår. Ytterligare analys krävs för att få ökad klarhet i det.

Den subjektiva upplevelsen av vad som varit till hjälp för de Unga Vuxna i vår undersökning kan sammanfattas dels i det Beck-Friis (2010) benämner som upplevelsen av värdighet och inbjudan till självreflektion, dels i det som är essensen i psykodynamisk terapi, att genom kontakt med genuina känslor

länka Då till Nu och skapa begriplighet i livshistoriens betydelse för att man är den man är. De Unga Vuxna anser att det har varit till hjälp att bli lyssnad till på ett respektfullt och icke fördömande sätt av någon som på så sätt bekräftat ens värde, att få ett reflekterande utrymme med utmanande frågor som manat till reflektion och egen analys och därmed fördjupat förståelsen för sig själv och sina symtoms meningsbärande funktion. När man möter vad man känner i stället för att undvika det, stärks självkänslan och intresset för att förstå hur känslor och tankar hänger ihop med tidigare erfarenheter, ökar. Den inre friheten, förståelsen och ömheten för en själv ökar också och en självkritisk och självanklagande hållning kan vika. Även om sårbarheten blir djupare, när man möter den smärta som man annars undviker, kan man så småningom acceptera och tåla sidor av sig själv, som man tidigare inte velat kännas vid. Det är troligt att flertalet i vår grupp från början varit inställda på terapi enligt psykodynamiska principer eftersom de har valt att söka sig till S:t Lukas. Terapimetoden har motsvarat deras förväntningar. De, som upplevt att de inte fått hjälp har haft andra förväntningar, önskat mera råd.

Den Unge Vuxne har flera utvecklingsuppgifter att genomföra för att hitta balans mellan drivkrafterna relation och autonomi, dvs. att förverkliga sin potential, ta sin kapacitet i anspråk och samtidigt vara i relation (Blos, 1965, Erikson, 1968, Blatt och Luyten, 2009). Mötet med egna begränsningar innebär att man får släppa taget om idealiserade självbilder för att hitta de unika resurserna. Dessa utvecklingsuppgifter kan formuleras som allmänmänskliga och existentiella dilemman, som t.ex. handlar om hur vi skall kunna anpassa oss till andra utan att svika oss själva, välja oss själva utan att förlora andra, hur vi kan bevara det unika och samtidigt leva i samma värld som andra, hur vi kan vara oss själva i närvaro av andra, hur vi kan ta plats utan att förlora eller skada andra och hur vi skall kunna leva meningsfullt när allt ändå skall ta slut.

Referenser

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., Kisely, S. R (2009). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (review). Cochrane Library, Issue 1, www.thecochranelibrary.com
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44: 709-716.
- Alexander, F. & French, T. (1946). *Psychoanalytic psychotherapy*. New York: Ronald Press.
- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: From selfunderstanding to hope*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Allen, J. G. (2011). Preserving hope. *Bulletin of the Menninger Clinic*. Vol 75:2.

Hej då till barndomen

- Alin-Åkerman, B. & Ramberg, I. (2008). Rapport kring viktiga åtgärder för att stärka Unga Vuxnas psykiska hälsa. NASP. Karolinska institutet.
- Beck-Friis, J. (2010). Den nakna skammen. Grund för depression eller väg till ömsesidighet. Stockholm: Natur och Kultur.
- Beutler, L. E. & Johannsen, B. E. (2009). Principles of Change in Norcross, J.C., Beutler, L. E., Levant, R. F.(ed) (2009). Evidence-Based Practices in Mental Health. Washington D. C: APA.
- Binder, J. L. (2004). Key Competencies in Brief Dynamic Psychotherapy. Clinical Practice Beyond the Manual. London/ New York: Guilford Press.
- Blatt, S. J. & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology* 21, 793-814. Cambridge: University Press.
- Blos, P. (1965). On Adolescence. A psychoanalytical interpretation. New York: Free Press.
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P., Ivarsson T. (2008). Anknnytning i praktiken. Tillämpningar av anknnytningsteorin. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brown, J., Dreis, S., Nace, D. K. (2006). What really makes a Difference in Psychotherapy Outcome? Why Does Manage Care Want to Know? In Hubble, M. A., Duncan B. L., Miller, S. D. (2006). *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy.* Washington D C: APA.
- Coughlin Della Selva, P. (1996). *Intensive Short -Term Dynamic Psychotherapy.* London: Karnac.
- Erikson, E. H. (1968). *Ungdomens identitetskriser.* Lund: Natur & Kultur.
- Gränberg, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research. *Nurse education today.* 24(2).
- Hill, C. E. (2009). Qualitative Research in Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (ed.) (2009). *Evidence- Based Practice in Mental health.* Washington DC: APA.
- Hulthén, A. (2000). Suicidal Behavior in Children and Adolescents in Sweden and some European Countries. *Epidemiological Clinical Aspects.* Stockholm: Karolinska Institutet.
- Hsieh-Fang, H. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis *Qualitative Health Research, Vol.15, no 9, s.1277-1288.*
- Lambert, M. J. (2007). What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, Vol 17:1.*
- Laufer, M. & Laufer, M. E (1984). Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view. New Haven & London: Yale University Press.
- Levenson, H. (2010). *Brief Dynamic Therapy.* Washington DC: APA.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry.* 61, 1208-1216.
- Leichsenring, F., Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association,* 300, 1551-1565.
- Lindelius, B., Björkenstam, E., Dahlgren, C., Ljung, R., Stefansson, G. (2010) Öppna jämförelser och utvärderingar. *Psykiatrisk vård – ett steg på vägen.* Socialstyrelsen.
- Lilliengren, P. & Werbart, A. (2010). Therapists `view of therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* vol. 47, 4, 570- 585.
- Lilliengren, P. & Werbart, A. (2005). A model of therapeutic action grounded in the pa-

- tient's view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 3, 324-339.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of Unresolved Mental States: Hostile/ helpless States of Mind on the Adult Attachment Interview are Associated with Disrupted Mother-Infant Communication and Infant Disorganisation. *Development and Psychopathology* 17, 1-23.
- Mann, J. (1981). *The Core of time-limited psychotherapy: Time and The Central Issue*. Budman, S. H. (ed.) (1981). *Forms of Brief Therapy*. N.Y. London: Guilford Press.
- Norcross, J. C., Lambert, M. J. (2009). *The therapy Relationship in* Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (2009). *Evidence- Based Practice in Mental Health*. Washington DC: APA.
- Olsson, A. (2007). Fler självmord trots ökad förskrivning av SSRI till unga kvinnor. *Vård-facket*. 5 okt 2007.
- Philips, B., Wennberg, P., Werbart, A. & Schubert, J. (2006). Young adults in psychoanalytic psychotherapy: patient characteristics and therapy outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(1), 89-106.
- Philips, B., Werbart, A., Wennberg, P., Schubert, J. (2007). Young Adults Ideas of Cure Prior to Psychoanalytic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 63(3), 213-232.
- Philips, B., Wennberg, P., Werbart, A. (2007.) Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 229-245.
- Rychlak, J. F. (1968). *A philosophy of science for personality theory in* Hill, C. E. (2009). *Qualitative Research in* Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (ed) (2009). *Evidence- Based Practice in Mental health*. Washington DC: APA.
- Shedler, J. (2010) *The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy*. *American Psychologist*, APA, Vol 65, 2, 98-109.
- Stain, R. (red) (2010). *Nyhetsbrev 2010:8. Mental ohälsa hos unga*. Karolinska Institutet.
- Target, M. (2010). *The Interface Between Attachment and Intersubjectivity: another contribution from K. Lyons- Ruth*, *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 617-621.
- Wadman, C., Paulsson, K., Karlsson, A.-S. (2009, 2011) *Nationella folkhälsoenkäten*. Statens folkhälsoinstitut.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide – an unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd.
- Wasserman, D., Geijer, T., Sokolonski, M., Rozanov, V., Wasserman, J. (2007). Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics: some novel findings concerning personality traits and neural conduction. *Physiology & Behavior*, 92, 245-249.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer. Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Werbart, A. (2008). *Föredrag vid Psykoterapimässan*. Stockholm.
- Werbart, A., Grunbaum, C., Jonasson, B., Kempe, H., Kusz, M., Linde, S., Lundén, K., Sjövall, P., Svenson, M., Theve, C., Ulin, L., Öhlin, A. (2011). Changes in the representations of mother and father among young adults in psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, vol. 28, 1, 95 – 116.
- Winnicott, D. (1963). *Från beroende till oberoende i individens utveckling*. *Ur Den skapande impulsen* (1993). Stockholm: Natur och Kultur.
- YAPP. *Unga vuxna i psykoterapi – betydelsen av patientens och terapeutens subjektiva förklaringsystem*. (2007). <http://www.sls.sll.se/SLPOTemplates/SLPOPPage>.

Abstract

Seventy seven Young Adults in short-term psychodynamic psychotherapy (15 sessions) were pretested and posttested after therapy on open questions about how they valued the treatment and what they recognized as obstacles for further development. The psychotherapists were all certified and very experienced in psychodynamic therapy. Content analysis was used to analyze the answers. The results were validity scored by two independent teams of colleagues. Help with depression and unhappiness, losses and betrayals, difficulties in relations, feeling of inadequacy and identity problems, were recurrent needs. Self reflection and the opportunity of expressing and exchanging feelings freely in words were especially valued. Being able to identify destructive patterns and understand how past experience affects the present problems and relationships were also important to them. This corresponds with results from other studies, where psychodynamic interventions seem to be central for successful outcome in both cognitive and psychodynamic treatments. Seven Young Adults said that they didn't get help, wanted medication or advice. Twenty two participants did not report any data for unknown reasons.

Key words: Short-term psychodynamic psychotherapy, young adults.

(U)overensstemmelse mellem behandler- og patientvurdering af effekt af gruppeterapi

Matrix, 2012; 1, 23-38

Henriette Elkjaer, ph.d.-kandidat, cand.psych.

Erik Lykke Mortensen, professor, cand.psych.

Stig Poulsen, lektor, ph.d.

Ellids Kristensen, overlæge, klinisk lektor

Marianne Lau, overlæge, dr.med.

Formålet med undersøgelsen er at belyse, om der er overensstemmelse mellem behandler- og patientevaluering af opnået ændring under gruppeterapi. Der indgik 133 kvinder i en prospektiv multi-center-undersøgelse med præ-post-test design. Patienterne udfyldte selvudfyldelseskemaerne Registration Chart Questionnaire (RCQ) og Symptom Check List 90R (SCL-90-R) før og efter behandling. Behandlerne udfyldte ratingscales modsvarende parametrene på RCQ efter endt behandling. Der blev fundet en signifikant reduktion i patienternes generelle psykopatologiske symptomniveau før og efter terapi ($p < 0,000$, GSI effect size: 0,78), samt en signifikant bedring i selvrapporteret psykosocialt funktionsniveau på fire ud af seks områ-

Marianne Lau. Region Hovedstadens Psykiatri, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Stolpegårdsvej 20, DK-2820 Gentofte, Danmark. E-mail: Marianne.Lau@regionh.dk

Henriette Elkjaer og Stig Poulsen. Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 2 A, DK-1353 København K, Danmark. E-mail: Henriette.Elkjaer@psy.ku.dk og Stig.Poulsen@psy.ku.dk

Erik Lykke Mortensen. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Øster Farimagsgade 5, DK-1353 København K, Danmark. E-mail: elme@sund.ku.dk

Ellids Kristensen. Region Hovedstadens Psykiatri, Sexologisk Klinik, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, DK-2100 København Ø, Danmark. E-mail: Ellids.Kristensen@regionh.dk

Ellids Kristensen. Institut for Neuro- og Sansefag, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, DK-2100 København Ø, Danmark.

der på RCQ. Der var til en vis grad overensstemmelse mellem behandlernes og patienternes vurdering af ændring på to overordnede områder af RCQ, samlet udbytte ($r = 0.51$) samt ændring i erhvervsevne ($r = 0.34$), hvorimod varierende overensstemmelse blev fundet på de andre områder ($r = -0.04 - 0.22$). Endvidere vurderede patienterne oftere end behandlerne, at en negativ ændring havde fundet sted på en parameter (162 gange versus 3 gange). Resultaterne viste enighed om en generel bedring under terapiforløbet, men også, at behandlerne var mere positive i deres evalueringer end patienterne, og at de ofte overså den gruppe af patienter, som ifølge selvrapporteringen havde fået det værre. Resultatet kan ses som et argument for anvendelse af selvrapporteringsskemaer som screening undervejs i terapien for at identificere de patienter, der ikke har fået det bedre, således at deres behandling kan blive optimeret.

Indledning

En udbredt metode til evaluering af psykoterapeutiske behandlingsforløb er E måling af effekt ud fra ændringer i psykiske symptomer. Der anvendes strukturerede interviews eller spørgeskemaer, udfyldt enten af patienten selv, og/eller af andre (behandlere, trænedede observatører, familie) (Hill & Lambert, 2004). Selvudfyldelsesinstrumenterne administreres typisk ved behandlingens start, og igen ved dens afslutning. Effekten af sådanne forløb på patienters selv-rapporterede symptomatologi er veldokumenteret (Jørgensen, Dam, & Bolwig, 2002; Smith, Glass, & Miller, 1980; Callahan, Price, & Hilsenroth, 2004; Martsolf & Draucker, 2005).

Undersøgelser har vist, at det kan være vanskeligt for behandleren at vurdere patienten, når der er tale om vurdering af psykopatologiske og psykosociale symptomer (Atkinson & Caldwell, 1997; Lewis, 1991; Skinner, Miller, Lincoln, Lee, & Kazis, 2005; Zloklikovits et al., 2005). Tilsvarende er der påvist uoverensstemmelser mellem behandler- og patientperspektiv på områder hvor psykologiske og sociale faktorer har betydning for resultatet (Geest, Engberg, & Lauritzen, 2004; Hollnagel & Malterud, 2001; Malterud & Hollnagel, 2004; Skinner et al., 2005; Zloklikovits et al., 2005). Det betyder, at symptomer enten kan over- eller undervurderes.

Specifikt inden for psykoterapi er der noget, der tyder på, at det kan være særlig vanskeligt for behandlerne under terapien at identificere de patienter, der aktuelt har fået det værre, og som dermed har potentiel risiko for et nega-

tivt resultat af behandlingen. I en undersøgelse af Hannan og medarbejdere (2005) blev behandlerne over en 3-ugers periode bedt om at identificere de patienter, der aktuelt havde det værre, end da de startede, og som de forventede ville få et negativt udbytte af terapien. Resultatet viste, at 26 patienter ved behandlingens afslutning havde fået det værre. Behandlerne havde under den 3-ugers undersøgelsesperiode identificeret 1 (0,04 %) af disse, mens en screeningstest havde identificeret 20 (= 77 %).

I en undersøgelse af Piersma & Boes (1995) blev 200 psykiatriske patienter vurderet af både behandleren og patienten selv, før og efter behandling. Patienten vurderede eget psykiske symptomniveau via selvudfyldesskemaet Brief Symptom Inventory (BSI), og behandleren vurderede patientens psykologiske, sociale og erhvervsmæssige funktionsniveau på Global Assessment of Functioning (GAF). Forfatterne fandt, på linje med andre undersøgelser inden for området, at selvom både patient og behandler rapporterede om signifikant bedring i patientens symptomniveau fra start til slut, blev der ikke fundet nogen signifikant korrelation mellem BSI og GAF-ændringscores fra start til slut.

I en dansk undersøgelse om sammenhængen mellem behandleres retrospektive outcome evalueringer og patienters præ-post ændringer i psykodynamisk gruppeterapi, fandt Jensen og medarbejdere (2008) en signifikant korrelation mellem behandler- og patientvurderinger, men de fandt også, at behandlerens vurdering var mere positiv end patienternes, idet behandlerne vurderede, at en bedring havde fundet sted hos 88 % af patienterne, sammenlignet med 67 % af patienterne. Resultatet af undersøgelsen viste, at der både var en overordnet overensstemmelse, men også forskelle i behandleres og patienters fokus ved evaluering. For patienterne var den primære prædikator for deres evaluering, om der var sket en ændring i SCL-90-R's depressions-skala. For behandlerne, derimod, var den primære prædikator for evalueringen, om patienterne havde opnået større indsigt i terapiforløbet.

Nærværende artikel præsenterer resultaterne fra en dansk multicenterundersøgelse vedrørende effekt af specialiseret gruppeterapi. I undersøgelsen indgår både behandler- og patientevaluering af ændring. Formålet med undersøgelsen er at belyse, om der er overensstemmelse mellem behandler- og patientvurdering af ændringer under terapi.

Materialer og metoder

Der er tale om en dansk prospektiv multicenterundersøgelse med præ-post-test design. Forud for undersøgelsen blev alle psykiatriske centre i Danmark

(U)overensstemmelse mellem behandler- og patientvurdering

kontakten med henblik på at afklare, om de tilbød specialiseret psykoterapeutisk behandling til voksne med langvarige symptomer relateret til incest i barndommen. Otte centre tilbød specialiseret behandling til målgruppen, af disse ønskede fem af centrene at deltage: Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Hillerød Sygehus, Psykiatrisk dagafsnit i Helsingør samt Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk afdeling E fra Region Hovedstaden; Roskilde Amtssygehus Fjorden, Region Sjælland; den tidligere neuroseklínik i Ørsted, Region Midtjylland (Kristensen & Lau, 2007).

Deltagere

I undersøgelsen indgik kvinder over 18 år, henvist til behandling i perioden september 1998 til februar 2001, for langvarige psyko-sociale symptomer relateret til seksuelle overgreb i barndommen. I alt 236 kvinder blev visiteret til behandling i en incestgruppe ved et af de deltagende centre i henvisningsperioden. 186 startede i gruppebehandling, hvoraf 173 gennemførte forløbet. Af disse var der 133 (76 % af dem, der fuldførte), der udfyldte de afsluttende skemaer, og dermed kunne indgå i evalueringen. Patienterne der indgik i evalueringen var i alderen fra 19 til 57 år (gns. 33,1 år, SD 9,3). Detaljerede socio-demografiske data for populationen, der blev tilbudt behandling, er beskrevet i Kristensen & Lau (2007). Gennemsnitsalder for start af overgreb var 6,4 år (SD 3,5) med en gennemsnitlig varighed på 6,6 år (SD 4,2).

Inklusionskriterier var mindst én klar erindring om moderat eller grov seksuel krænkelse inden det fyldte 16. år, langvarige psykiatriske symptomer relateret til overgrebsanamnesen, samt skriftligt informeret samtykke til deltagelse i projektet. Kvinder, der ikke havde tydelig erindring om de seksuelle overgreb eller som havde været udsat for milde seksuelle overgreb uden fysisk kontakt blev ekskluderet. Kvinder med psykosesyntomer, organisk påvirkning, medicin- eller alkoholmisbrug, aktiv suicidalfare eller graviditet blev ligeledes ekskluderet fra undersøgelsen.

Behandling og dataindsamling

Der var to behandlere i hver gruppe og mellem seks og otte deltagere. De terapeutiske gruppeforløb varierede med hensyn til fremmødehyppighed og terapilængde, afhængig af referenceramme. Beskrivelse af den ydede gruppeterapi fremgår af tabel 1.

Patientskemaer

Alle patienter evaluerede sig selv ved terapiens start og ved terapiens afslutning via selvadministrerede spørgeskemaer. Patienterne besvarede Registration Chart Questionnaire (RCQ) og Symptom Check List-90-R (SCL-90-R).

Registration Chart Questionnaire (RCQ) er et selvrapporteringskema bestående af 12 udsagn, der belyser otte parametre, hvoraf syv er medtaget i denne analyse. Skemaet er en modificeret version af tidligere anvendte skemaer (Husby, Dahl, Heilberg, Olafsen, & Weisaeth, 1985; Valbak, 2001). Patienten skal for hvert udsagn rate sig selv på en syv punkts Likert-skala fra 0 til 6, hvor 0 er "meget dårligt" og 6 er "meget godt". Det første udsagn i RCQ er et globalt mål for patientens nuværende opfattelse af egen livskvalitet. Dette udsagn er ikke medtaget i analysen, da der ikke er noget modsvarende udsagn i behandler-skemaet. De resterende 11 udsagn fra RCQ er medtaget i analysen og belyser følgende parametre: *Symptomer/hovedklager* belyses af ét udsagn; *Interpersonelle relationer* belyses af (gennemsnittet af) fem udsagn; *Erhvervs-/studieevne* belyses af ét udsagn; *Evne til problemløsning* belyses af ét udsagn, *Accept af andres følelser/holdninger* belyses af ét udsagn; *Evne til at opleve og udtrykke følelser* belyses af ét udsagn; *Overordnet udbytte af terapien* belyses af ét udsagn.

Patientens ændring på de første seks parametre af RCQ blev beregnet ved at subtrahere RCQ-post- og præscoren. Derved fremkom en skala fra -6 til +6. Til frekvensopgørelse af ændring blev følgende niveauinddeling anvendt for RCQ: Værre: -6 til -1; Uforandret: 0; Bedre: +1 til +6. For indeværende kliniske sample var Cronbachs alpha for RCQ 0,64 ved terapistart.

Symptom Check List 90R (SCL-90-R) (Derogatis, 1994) er et velvalideret selvrapporteringskema, der er udviklet til at måle den aktuelle psykiske symptombelastning. Det overordnede indeks for symptombelastning i SCL-90-R er Global Severity Index (GSI); jo højere GSI-score, des sværere symptombelastning (Hill & Lambert, 2004).

Patientens ændring på GSI blev beregnet ved at subtrahere GSI-postscore fra præscoren. Derved fremkom en kontinuert skala fra -4 til +4. Cronbachs alpha for GSI på den danske version af SCL-90-R ligger på 0,97 (Olsen, Mortensen, & Bech, 2007). For indeværende kliniske sample lå Cronbachs alpha for GSI på 0,96 ved terapistart.

(U)overensstemmelse mellem behandler- og patientvurdering

Behandlerskema

De to behandlere udfyldte ved terapiens afslutning i fællesskab et skema, Terapeutisk Effekt.

Terapeutisk Effekt er et skema til evaluering af patientens ændring efter terapi. Behandlerne ratede i fællesskab patientens ændring på en 7-punkts skala: -1 (negativ ændring), 0 (ingen ændring), 1-5 (grad af positiv ændring). Skemaet består af otte udsagn, der evaluerer ændring på otte områder, hvoraf de syv nøje modsvarer parametrene i RCQ: *Symptomer/hovedklager; Interpersonelle relationer; Erhvervs-/ studieevne; Evne til problemløsning; Accept af andres følelser/holdninger; Evne til at udtrykke følelser; Overordnet ændring*. Ændring på området *Indsigt i egne handlemønstre* er ikke medtaget i denne analyse, da der ikke er noget modsvarende udsagn i patientskemaet, RCQ. Cronbachs alpha for Terapeutisk Effekt lå på 0,95 ved terapiens afslutning.

Til frekvensopgørelse af ændring blev følgende niveauinddeling anvendt for Terapeutisk Effekt: Værre: -1; Uforandret: 0; Bedre: +1 til +5.

Områderne, der evalueres i patientskemaet, RCQ, modsvarer områderne i behandlerskemaet, Terapeutisk Effekt. Det er disse to skemaer, der anvendes til at belyse, om der er overensstemmelse mellem patient- og behandlervurderinger af effekt af terapi. Skemaet SCL-90-R, der udelukkende er udfyldt af patienterne, er medtaget som en form for "guldstandard", da skemaet er meget udbredt og anerkendt såvel klinisk som forskningsmæssigt.

Statistik

De statistiske analyser blev udført ved hjælp af SPSS 15.0. Signifikansniveau for ændring på GSI og RCQ blev beregnet ved hjælp af Wilcoxon Signed Ranks Test. Til beregning af effect size (ES) blev anvendt følgende formel: $ES = (\text{meanpre} - \text{meanpost})/s$, hvor s = samlet (pooled) standardafvigelse, $\sqrt{([\text{SDpræ}^2 + \text{SDpost}^2]/2)}$ (Cohen, 1988). Sammenhæng mellem RCQ og Terapeutisk Effekt blev beregnet ved hjælp af Pearson Produkt Moment korrelationer (r). Størrelse af effect size og korrelationer blev vurderet ud fra Cohen's kriterier (Cohen, 1988).

På GSI blev en ændring anset for statistisk signifikant, hvis Reliable Change Index (RCI) blev overskredet: $X_{\text{pre}} - X_{\text{post}} > RCI$, hvor $RCI = 2 \times \sqrt{2} \times \text{SD}_{\text{pre}} \times \sqrt{(1 - \text{Cronbach's } \alpha)}$. Til beregning af cut-off (c) for klinisk signifikant ændring blev anvendt formlen fra Jacobson og medarbejdere (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984) med gennemsnit (M) og standardafvigelse (SD) fra både den dan-

ske norm for kvinder (Olsen, Mortensen, & Bech, 2006) og fra den kliniske population: $X_{\text{post}} < c$.

Etik

Patienterne blev ved projektets start informeret mundtligt og skriftligt om projektet. De blev oplyst om, at deres tilsagn kunne trækkes tilbage når som helst. Der var ingen risici forbundet med projektet, der ikke rummede nogen umiddelbare konflikter imellem undersøgelsens mulige resultater og samfundsøkonomiske interesser. Projektet er godkendt af Den Videnskabetiske Komité og anmeldt ved Datatilsynet. Regler nedfældet i Helsinki deklaration II er overholdt.

Resultater og effekt af psykoterapi

Som det ses af tabel 2, blev der fundet en signifikant reduktion i patienternes generelle psykopatologiske symptomniveau (GSI) før og efter terapi. Baseret på cut-off-scoren for RCI viste 72 patienter (54 %) en bedring på GSI, 53 patienter (40 %) var uforandrede, mens 8 patienter (6 %) viste en forværring, heraf 2 både statistisk og klinisk. På RCQ blev der fundet en signifikant bedring i selvrapporteret psykosocialt funktionsniveau på fire ud af seks områder, hvilket også afspejlede sig i effect size.

Overensstemmelse mellem behandler- og patientevalueringer

Global Severity Index (GSI). Der blev fundet en signifikant korrelation mellem ændring i det generelle psykopatologiske symptomniveau, målt via GSI, og henholdsvis behandlernes ($r = 0,21$, $p < 0,05$) og patientens rating ($r = 0,53$, $p < 0,001$) af ændring i symptomer.

Registration Chart Questionnaire (RCQ) og Terapeutisk effekt. Tabel 2 viser overensstemmelse mellem patienternes og behandlernes vurdering af ændring via henholdsvis RCQ og Terapeutisk Effekt. Der blev fundet en signifikant sammenhæng for fire ud af syv parametre.

Sammenligning af ændringsniveau, behandler- og patient-perspektiv. Der blev fundet en forskel i behandlernes og patienternes vurdering af opnået ændring, idet behandlerne oftere end patienterne vurderede, at der var sket en positiv ændring. Størst forskel blev fundet ved evaluering af negativ ændring, hvor

(U)overensstemmelse mellem behandler- og patientvurdering

behandlerne kun sammenlagt tre gange vurderede, at en patients tilstand var forværret, hvorimod patienterne sammenlagt 162 gange opnåede en negativ ændringscore på RCQ'en.

Diskussion

På linje med andre undersøgelser vedrørende effekt af psykoterapi (Peleikis & Dahl A.A., 2005; Taylor & Harvey, 2010) blev der i denne undersøgelse overordnet set fundet en signifikant bedring i patienternes selvrapporterede psykopatologiske symptomatologi. Dette blev bekræftet af effect size for både GSI og RCQ, hvor der blev fundet moderat til stor effekt på fire ud af syv parametre, ligesom RCI viste en signifikant bedring på GSI for godt halvdelen af patienterne.

Som det fremgår af indledningen, er der i en del undersøgelser fundet uoverensstemmelse mellem patienters og behandleres vurdering af udbyttet af behandling, det gælder både på det somatiske plan (se (Geest et al., 2004; Malterud & Hollnagel, 2004; Skinner et al., 2005)) og på det psykoterapeutiske plan (se (Piersma & Boes, 1995; Jensen et al., 2008)). Af særlig relevans er undersøgelsen af Jensen og medarbejdere (2008), hvor det ligesom i vores undersøgelse blev bekræftet, at behandlerne oftere end patienterne vurderer, at der er sket en positiv ændring. Tilsvarende er der en mindre gruppe patienter, for hvem præ-post-scoren er forværret, mens behandlerne sjældent vurderer, at forværring har fundet sted. Dette blev også fundet i undersøgelsen af Hannan og medarbejdere (2005), hvor behandlerne havde svært ved under terapien at identificere den mindre gruppe af patienter, for hvem forværring havde fundet sted, og som var i fare for et negativt resultat.

De fundne uoverensstemmelser kan skyldes faktorer ved både patienten og behandleren. På behandlerensiden kan en bias være, at behandleren i psykoterapi også selv er redskabet til ændring. Derved bliver vurdering af ændring hos patienten tæt forbundet med vurdering af eget behandlingsarbejde. Dette kunne tænkes at påvirke behandlerens evaluering, så patientens grad af positiv ændring overvurderes.

En anden fejlkilde er, at behandlerens vurdering ikke foretages på baggrund af et struktureret interview, men på baggrund af indtryk fra et terapeutisk forløb. I terapien er behandlerne (såvel som patienten) selektive i deres opmærksomhed over for behandlede problemer og symptomer. Det betyder også, at behandlerne kan blive bedt om at evaluere områder, der ikke har været nævnt eller arbejdet med i terapien. Baserer behandleren i disse tilfælde evalueringen af en parameter på et overordnet skøn, er der størst sandsynlighed for,

at vurderingen vil falde positivt ud, eftersom de fleste patienter har opnået en signifikant bedring overordnet set.

På patientsiden er det velkendt, at symptomer kan komme (midlertidig) igen i forbindelse med afslutning af terapi (Tähkä, 1983) som følge af negativ affekt over terapi-ophør. Dette vil afspejles i patientens post-score, men ikke nødvendigvis i behandlerens vurdering af overordnet ændring. Dertil kommer at patienten på nogle områder kan have været urealistisk omkring eget funktionsniveau ved terapistart. For nærværende patientgruppe vil der kunne have været tale om en overvurdering på parametrene *Accept af andres følelser/holdninger* og *Interpersonelle relationer*. På disse to områder kan behandlingsforløbet have givet en større selvindsigt og mere realistisk opfattelse af egen adfærd og formåen. Endelig kan et særligt forhold gøre sig gældende for parametrene *Erhvervs-/studieevne* og *Accept af andres følelser/holdninger*, hvor præscoren var høj. Her kan der være tale om en såkaldt loft-effekt, det vil sige, at fordi patienterne scorer tæt på den maksimale værdi fra starten, er der mindre mulighed for at måle forbedring.

Ser man på de enkelte parametre, ser det ud til, at jo mere subjektiv en parameter er, jo mindre overensstemmelse er der mellem behandler- og patientvurdering. Bedst sammenhæng blev fundet på "Erhvervssevne", som er meget konkret, og så den helt overordnede parameter, "Samlet udbytte". En vis sammenhæng blev fundet på "Symptomer/ Hovedklager" og "Evne til problemløsning", mens der på de mest subjektive parametre, "Acceptere andres følelser", "Udtrykke sig emotionelt" og "Interpersonelle relationer" slet ingen sammenhæng blev fundet mellem patient- og behandlervurderinger.

Foruden patient- og behandlerratinger blev der i undersøgelsen også anvendt det psykometrisk velvaliderede selvudfyldelsesinstrument SCL-90-R, hvorfra skalaen GSI anvendtes som mål for patientens aktuelle psykopatologiske symptomniveau. Tages der udgangspunkt i GSI som det mest objektive mål for symptomniveau, tyder resultatet på, at behandlerne for sjældent har øje for forværring.

En begrænsning i undersøgelsen er, at der er forskel i både administration og udformning af patient- og behandlerkemaer. Patientskemaet administreres præ- og post, og ændringen beregnes ud fra differencen mellem de to. Behandlerkemaet udfyldes kun post, og her rates patientens ændring direkte. Forskel i skemaernes opbygning kan også tænkes at give utilsigtet bias: Patientskemaet, RCQ, er en 7-punkts Likert skala gående fra 0 (værst) til 6 (bedst). Behandlerkemaet, Terapeutisk Effekt, har ligeledes syv punkter, men her angiver -1 negativ ændring, 0 ingen ændring, mens punkterne 1-5 er udtryk for grad af

(U)overensstemmelse mellem behandler- og patientvurdering

positiv ændring. Der foreligger derfor den mulighed, at skalaen i kraft af sin opbygning, inviterer til at vægte positiv ændring.

Styrken i undersøgelsens design er, at det er de samme måleområder, der er anvendt og sammenlignet for patienter og behandlere. Derudover sætter undersøgelsen fokus på en vigtig klinisk og forskningsmæssig problemstilling, som kun i begrænset omfang er behandlet i tidligere undersøgelser, nemlig at psykoterapeuten kan have svært ved at vurdere patientens tilstand og kan have en tendens til at overse den gruppe af patienter, der får det værre.

Afsluttende kommentarer

Sammenfattende viste resultaterne, at patienterne overordnet opnåede en signifikant bedring i selvrapporteret psykopatologisk symptomatologi under behandlingen. Resultaterne viste imidlertid også uoverensstemmelse mellem behandler- og patientvurdering af effekt, idet behandlerne generelt er mere positive i forhold til vurdering af behandlingens effekt. Behandlingseffekten for de patienter, der angav at have fået det værre under behandlingsperioden, blev sjældent vurderet negativt af behandlerne. Forskellen var så stor, at eventuel kortvarig øget symptomatologi som følge af ophør af terapi, sandsynligvis ikke vil kunne forklare hele forskellen i, hvordan patient og behandler vurderer symptomniveauet.

Implikationerne af undervurdering af patienternes symptomer kan være, at patienterne ikke får den rette behandling. En undersøgelse af Kopta og medarbejdere (1994) viste, at 53 % af patienterne havde opnået en bedring efter 8 ugers ugentlig terapisesioner. Haas og medarbejdere (2002) fandt en sammenhæng mellem tidlig positiv respons på behandling og bedring, både ved tidspunktet for terapiens ophør og follow-up; de patienter, der havde en tidlig, meget positiv respons (dvs. inden for de første tre sessioner), udgjorde 80 % af de patienter, der havde opnået klinisk signifikant bedring ved behandlingens afslutning.

Resultatet af herværende undersøgelse kan ses som et argument for rutinemæssigt at indføje et screeningsinstrument enten løbende eller flere gange i terapiforløbet til vurdering af behandlingsrespons, hvilket understøttes af andre undersøgelser (Hannan et al., 2005; Lewis, 1991; Whipple & Lambert, 2011). Formålet skulle være på et tidligere tidspunkt i forløbet at få øje på de patienter, der ikke har fået det bedre, således at der kan ydes en indsats for at optimere deres behandling.

Forskningsmæssigt er der brug for mere viden om effekten af anvendelse af rutinemæssig feedback. Et voksende antal undersøgelser (Lambert, 2007;

Whipple & Lambert, 2011) tyder på, at rutinemæssig feedback bidrager positivt til behandlingsresultatet, men forskningen på området er fortsat i sin vorden, og der mangler ikke mindst viden om, hvilken effekt forskellige feedback-metoder har på patientudbyttet, både på kort og på lang sigt.

Taksigelser:

Tak til følgende fonde, der har støttet projektet økonomisk: Østdansk Sundhedsvidenskabeligt Forskningsforum, Aase og Ejnar Danielsens Fond, Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom, Slagtermester Wørzner og hustru Inger Wørzner's mindelegat til fordel for forskning af sindslidelser samt Sygekassernes Helsefond.

For hjælp til dataindsamling takker vi følgende personer: Psykoterapeutisk Center Stolpegård: Mogens Holme, Pia Rubin, Marianne Hemicke, Linda Kronstad, Rie Luxhoei, Anne Treppendahl, Hanne Lønstrup, Kirsten Rosenkrantz og Dina Wildt. Psykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital H:S: Eva Castberg og Jytte Lykkegaard. Roskilde Amtssygehus Fjorden: Ellen Galatius og Pia Monsted. Ørsted Neuroseklínik: Torben Arngnim, Lene Brønnum, Birgit Lund Jacobsen, Ulla Just og Ellen Marie Lauridsen. Helsingør Psykiatriske dagafsnit, Hillerød Hospital: Karin Borum og Dorrit Krogh.

Referencer

- Atkinson, M. J. & Caldwell, L. (1997). The differential effects of mood on patients' ratings of life quality and satisfaction with their care. *Journal of Affective Disorders*, 44, 169-175.
- Callahan, K. L., Price, J. L., & Hilsenroth, M. J. (2004). A review of interpersonal-psychodynamic group psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54, 491-519.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.) Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. (3rd ed.) Minneapolis: National Computer Systems, Inc.
- Geest, T. A., Engberg, M., & Lauritzen, T. (2004). Discordance between self-evaluated health and doctor-evaluated health in relation to general health promotion. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22, 146-151.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1157-1172.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163.
- Hill, C. E. & Lambert, M. J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In M.J.Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5th ed., pp. 84-135).
- Hollnagel, H. & Malterud, K. (2001). Patientens egen vurdering af sit generelle helbred og sine stærke sider (The patient's self-assessment of general health and strong sides). *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 79, 985-992.
- Husby, R., Dahl, A. A., Heilberg, A. N., Olafsen, O. M., & Weisaeth, L. (1985). Short-term

(U)overensstemmelse mellem behandler- og patientvurdering

- dynamic psychotherapy. I. The Oslo group's form to score outcome, the reliability testing of this form and observer characteristics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *43*, 1-7.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, *15*, 336-352.
- Jensen, H. H., Mortensen, E. L., & Lotz, M. (2008). The association between retrospective outcome evaluations and pre-post-treatment changes in psychodynamic group-psychotherapy. *Scandinavian Journal of Psychology*, *49*, 339-343.
- Jørgensen, M. B., Dam, O. H., & Bolwig, T. G. (2002). Effekten af psykoterapi på depression [The effect of psychotherapy on depression]. *Ugeskrift for Læger*, *164*, 3435-3439.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 1009-1016.
- Kristensen, E. & Lau, M. (2007). Women with a history of childhood sexual abuse. Long-term social and psychiatric aspects. *Nordic Journal of Psychiatry*, *61*, 115-120.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, *17*, 1-14.
- Lewis, G. (1991). Observer bias in the assessment of anxiety and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *26*, 265-272.
- Malterud, K. & Hollnagel, H. (2004). Positive self-assessed general health in patients with medical problems. A qualitative study from general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *22*, 11-15.
- Martsof, D. S. & Draucker, C. B. (2005). Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative review of outcomes research. *Issues in Mental Health Nursing*, *26*, 801-825.
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L., & Bech, P. (2006). Mental distress in the Danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 477-484.
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L., & Bech, P. (2007). Dokumentation for den danske udgave af SCL-90-R, SCL-90 og SCL-92. In L.R.Derogatis (Ed.), *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R* (pp. 51-73). Copenhagen: Psykologisk Forlag A/S.
- Peleikis, D. E. & Dahl A.A. (2005). A systematic review of empirical studies of psychotherapy with women who were sexually abused as children. *Psychotherapy Research*, *15*, 304-315.
- Piersma, H. L. & Boes, J. L. (1995). Agreement between patient self-report and clinician rating: concurrence between the BSI and the GAF among psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, *51*, 153-157.
- Skinner, K. M., Miller, D. R., Lincoln, E., Lee, A., & Kazis, L. E. (2005). Concordance between respondent self-reports and medical records for chronic conditions: experience from the Veterans Health Study. *Journal of Ambulatory Care Management*, *28*, 102-110.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Tähkä, V. (1983). *Psykoanalytisk psykoterapi*. Centrum.
- Taylor, J. E. & Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, *30*, 749-767.
- Valbak, K. (2001). Good Outcome for Bulimic Patients in Long-term Group Analysis: a Single-group Study. *European Eating Disorders Review*, *9*, 19-32.

Whipple, J. L. & Lambert, M. J. (2011). Outcome measures for practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 87-111.

Zloklikovits, S., Andritsch, E., Frohlich, B., Verebes, J., Dietmaier, G., & Samonigg, H. (2005). Assessing symptoms of terminally-ill patients by different raters: a prospective study. *Palliative and Supportive Care*, 3, 87-98.

Abstract

The aim of the study was to explore whether agreement exists between the therapists' and the patients' evaluation of change achieved during group therapy. A total of 133 women were included in a prospective multi-centre study with pre-post test design. Patients filled in the Registration Chart Questionnaire (RCQ) and the Symptom Check List 90R (SCL-90-R) at pre- and post-treatment. Therapists evaluated patients post-treatment on parameters that corresponded to the parameters of the RCQ. Significant improvement was found before and after therapy in general symptomatic distress (SCL-90-R) ($p < 0.000$, Effect Size: 0.78), and in self-reported level of psycho-social functioning in 4 out of 6 areas on the RCQ. There was a certain correspondence between therapist and patient evaluation of change in two broad areas of RCQ, overall improvement ($r = 0.51$) and change in capacity for work ($r = 0.34$), while disagreement was found in other areas ($r = -0.04 - 0.22$). Furthermore, patients more often than therapists evaluated that a negative change had taken place on a parameter (162 times versus 3 times). The results showed agreement on a general improvement during therapy, but also that therapists were more positive in their evaluations than patients and often failed to notice the group of patients who worsened according to the self-report. The result can be seen as an argument for using self-report questionnaires as screening instruments during therapy to identify those patients who have not improved in order to optimize their treatment.

Keywords: change, outcome, personality assessment, psychotherapy, therapist-patient agreement.

Table 1: Beskrivelse af den ydede gruppeterapi (N = 133)

Behandlingssted	Struktur	Behandlingsform	Patientindtag	Pr uge
Bispebjerg Hospital (n = 12)	Ustruktureret	Overvejende psykodynamisk, enkelte kognitive elementer	Langsom åben	4,16 t/uge (2 sessioner) i 12 mdr. (49,6 ± 12,7 uger og 206,8 ± 53,2 timer).
Den tidligere Neuroseklínik i Ørsted (n = 12)	Struktureret	Eklektisk, dog overvejende psykodynamisk, kognitiv og kropsovelser	Langsom åben	5,25 t/uge (3 sessioner) i 3-4 mdr. (24,7 ± 10,8 uger og 129,7 ± 56,1 timer).
Hillerød Sygehus, Psikiatrisk dag- afsnit i Helsingør (n = 16)	Struktureret	Kognitiv/systemisk, enkelte dynamiske elementer	Lukket	2,45 t/uger (1 session) i 5 mdr. (20,5 ± 2,1 uger og 50,2 ± 5,8 t).
Psykiaterapeutisk Center Stolpegård (n = 40)	Ustruktureret	Analytisk	Langsom åben	2,25 t/uge (1 session) i 12 mdr. (46,1 ± 15,1 uger og 103,8 ± 34,1 timer).
Psykiaterapeutisk Center Stolpegård (n = 44)	Struktureret	Systemisk	Langsom åben	5 t/uge (2 sessioner) i 4 mdr. (17,1 ± 5,4 uger og 85,3 ± 26,8 t).
Roskilde Amtssygehus Fjorden (n = 9)	Struktureret	Kognitiv	Langsom åben	1,5 t/uge (1 session), varighed ej fastsat på forhånd (45,2 ± 36,4 uger og 67,8 ± 54,6 timer).

Tabel 2. Effekt af psykoterapi, præ- og postscore, p-værdi og effect size (ES)

	Behandler- vurderinger ^a		Patient-vurderinger ^a		ES
	Post-score Gennemsnit (SD)	Præ-score Gennemsnit (SD)	Post-score Gennemsnit (SD)	p-værdi ^b	
GSI ^c	-	1,59 (0,63)	1,07 (0,70)	< 0,001	0,78
Symptomer/problemer	2,76 (1,35)	1,81 (1,46)	3,41 (1,72)	< 0,001	1,00
Interpersonelle relationer	2,50 (1,33)	2,92 (1,08)	3,43 (1,18)	< 0,001	0,45
Erhvervs-/studieevne ^e	1,82 (1,50)	3,95 (1,50)	4,14 (1,58)	NS ^d	0,12
Evne til problemløsning	2,45 (1,33)	2,67 (1,35)	3,60 (1,30)	< 0,001	0,70
Accept af andres følelser/holdninger	1,95 (1,45)	4,32 (1,31)	4,52 (1,19)	NS ^d	0,16
Evne til at opleve/udtrykke følelser	1,98 (1,44)	2,86 (1,61)	4,00 (1,40)	< 0,001	0,76
Samlet udbytte/ændring	2,65 (1,21)	-	4,51	-	

^a Bemærk: Behandlerskemaet (Terapeutisk Effekt) går fra -1 til +5; Patientskemaet (RCO) går fra 0 til +6.

^b Wilcoxon Signed Rank Test.

^c GSI = Global Severity Index.

^d NS = Non Significant/ikke signifikant.

^e For denne parameter er N=78, da 64 er ude af erhverv.

Tabel 3. Overensstemmelse mellem behandlernes og patientens vurdering af ændring^a

	Korrelation (r)
Symptomer/hovedklager, ændring	,22*
Interpersonelle relationer, ændring	,12 (NS) ^b
Erhvervs-/studieevne, ændring	,34**
Evne til at løse problemer på konstruktiv måde, ændring i	,20*
Acceptere andres følelser, ændring	-,01 (NS) ^b
Udtrykke sig emotionelt, ændring	-,04 (NS) ^b
Samlet udbytte/ændring	,51***

^a Pearson Produkt Moment korrelationer.

^b NS = Non Significant/ ikkesignifikant.

* Signifikant på 0,05-niveau (2-halet).

** Signifikant på 0,01-niveau (2-halet).

*** Signifikant på 0,001-niveau (2-halet).

En fænomenologisk beskrivelse af et gruppeterapeutisk forløb i det transkulturelle terapirum

Matrix, 2012; 1, 39-55

Marjan Shahmir

Formålet med artiklen er dels at beskrive de dilemmaer der er forbundet med behandlingsarbejde med patienter med flygtningebaggrund, og vise hvilke muligheder som ligger i et gruppeterapeutisk tilbud for denne patientgruppe. Det er beskrevet som et pilotprojekt med at etablere gruppeterapi med ti arabisktalende kvinder over en periode på ti måneder som alternativ til individuelle forløb, med markant positive resultater til følge på trods af en række dilemmaer i dette arbejdsfelt. Fremgangsmåden er baseret på mine egne refleksioner og erfaringer som psykolog med mennesker med PTSD (posttraumatisk stresssyndrom), og kliniske behandlingsformer omkring flygtninge der tidligere har været udsat for tortur. Der beskrives en arbejdspraksis med en tværfaglig behandlingsform for denne målgruppe. Behandlingen er en samlet indsats med elementer af psykoterapi, medicinsk indsats, kropsbehandling og socialrådgivning. Afslutningsvis drøftes erfaringer fra dette gruppeterapeutiske forløb i forhold til de eksisterende dilemmaer, der er belyst i artiklen.

Indledning

MIT indledende fokus i denne artikel er en forholdsvis bred fænomenologisk beskrivelse af min flertydige og dilemmafyldte arbejdspraksis i NOOR som klinisk psykolog. NOOR er et etnisk behandlingscenter i Købehavns

Marjan Shahmir. Klinisk privat praktiserende psykolog, Troels Lunds vej 4, 2000 Frederiksberg

En fænomenologisk beskrivelse af et gruppeterapeutisk forløb

Kommune, der tilbyder et tværfagligt kommunalt¹ behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge, med en overrepræsentation af etniske, muslimske minoriteter. Artiklen tager udgangspunkt i de refleksioner, jeg som klinisk psykolog med mellemøstlige rødder måtte gøre i forbindelse med at håndtere opgaver, der involverede visitering, udredning og behandling af målgruppen. Artiklens hovedpointe er først og fremmest at invitere læseren indenfor i dette arbejdsfelts dilemmaer, efterfulgt af en fænomenologisk beskrivelse af et gruppeeksperiment i arbejdsfeltet, hvorvidt kan man arbejde gruppeterapeutisk med en målgruppe, der har svag tillid til hinandens og/eller behandlerens intentioner? Hvordan kan man i det hele taget arbejde terapeutisk med en målgruppe, der har begrænsede økonomiske ressourcer og føler sig presset af jobcentret? Afslutningsvis kommer jeg ind på gruppemedlemmernes oplevelse af forløbet. I denne sammenhæng har vægten været på logikken i deres udsagn, da det i sidste ende er målgruppen, der afgør, om en terapi er vellykket. Det er således praksis og de indsigter, som jeg har tilegnet mig, der står i centrum i denne artikel. Det betyder omvendt også, at den teoretiske belysning af området vil få tilsvarende mindre plads. Mit valg af en række perspektiver indebærer samtidig, at der er en række forhold, jeg fravælger.

Min erfaring er, at NOOR – ligesom formentlig en række andre tværfaglige behandlingssteder – er en kompleks og dilemmafyldt arbejdspraksis, der især udfordrer psykologer. Af hensyn til artiklens valgte fokus og omfang har jeg prioriteret en række af disse dilemmaer, som jeg dermed løbende inddrager under præsentationen af arbejdsfeltet. I denne artikel vil jeg opfordre læseren til at betragte begrebet "dilemma" som "udfordring", og helt bevidst anvendes begge begreber i flæng. Årsagen er i denne kontekst, at dilemmaer ofte løses som et klinisk skøn i de givne situationer, de nu opstår i.

Inden jeg kommer ind på beskrivelse af min arbejdspraksis, beskriver jeg for overblikkets skyld, de respektive dilemmaer i overskrifter, som de efterfølgende bliver behandlet detaljeret i artiklen.

- Målgruppens manglende valg at gå i terapi, de bliver henvist fra jobcentre til NOOR.
 - Målgruppens manglende kendskab til systemet, begrænsede tillid til NOOR's intentioner og mistillid til hinanden på baggrund af deres historier.
1. Beskæftigelses og Integrationsforvaltningen (BIF). NOOR modtager henvisninger fra de københavnske jobcentre.

- I visse tilfælde er det vanskeligt at vurdere den rette behandling pga. uklare skel mellem PTSD og anden psykisk sygdom.
- Anvendelse af tolke.
- Målgruppens forskellige forventninger til opfattelse af den "reelle hjælp". I hovedtræk kan målgruppens opfattelse af den rette hjælp ofte deles op, enten som hjælp i form af økonomisk tilskud via socialrådgiver eller medicinsk hjælp via psykiater.

Præsentation af min arbejdsmæssige kontekst

Formålet med diverse behandlingsformer i NOOR er at forbedre den traumatiseredes fysiske, psykiske og sociale situation således, at den kan medvirke til en opkvalificering af vedkommendes muligheder for enten en arbejdsmarkedstilknudning eller udslusning til uddannelse. NOOR, RCT og OASIS er blandt de tværfaglige behandlingstilbud for henviste borgere. Det der adskiller NOOR fra de øvrige behandlingssteder er, at NOOR udelukkende får henvisninger fra jobcentre, da NOOR i dag er blevet en del af Beskæftigelsesforvaltningen. Behandling og rehabiliteringen af personer med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge er en "Tværfaglig, specialiseret indsats", dvs. en samlet indsats med elementer af psykoterapi, farmakoterapi, kropsbehandling og socialrådgivning² med fokus på udvidelse af viden og netværksdannelse samt handlemuligheder. Vurderingen af, hvornår der er tale om PTSD, og hvornår der er tale om psykisk sygdom kan kompliceres yderligere, da PTSD i nogle tilfælde først bryder igennem, når personen møder yderligere belastninger – eksempelvis i forbindelse med kulturelle tilpasninger til det nye land. I bred forstand tilhører hovedparten af NOOR'S målgruppe til hyperarousal kategorien (MTV-rapporten, 2008).

2. MTV (medicinsk teknologisk vurdering) er ikke en selvstændig undersøgelse/forskning, men er en rapport fra Region Syddanmark, der giver en opdateret oversigt over forskning og praksis inden for området, både på det nationale og internationale niveau. En af de centrale konklusioner som MTV er kommet frem til er, at personer med høje psykosociale ressourcer (i form af højere funktionsniveauer for objektrelationer) fik positiv udbytte af en traumefortolkning og traumeeksponerende behandling, hvorimod patienter med lave psykosociale ressourcer, har behov for en ressourceopbyggende og supportiv behandling.

En fænomenologisk beskrivelse af et gruppeterapeutisk forløb

Assessment og visitationssamtale

Visiterende samtale har dels til formål at informere den henviste om behandlingstilbuddet og har dels en afdækkende hensigt om personens behandlingsbehov eller -relevans. For at optimere den afklarende karakter, afvikles visitationen derfor helst af to medarbejdere fra to forskellige faggrupper. I min optik rummer denne samtale en række dilemmaer, manglende dokumenteret beskrivelse af målgruppen og forskellig faglig forståelse af de eksisterende visitationskriterier, og fører ofte til individuelle, kliniske skøn og en vurdering med ofte forskellige resultater.

Den anden udfordring er, at på den ene side skal borgeren under trygge rammer informeres om de "frivillige" behandlingstilbud, og på den anden side er borgeren blevet henvist til NOOR fra jobcentret og har med andre ord ikke nødvendigvis selv valgt at starte i behandling.

Den ofte udtalte, begrænsede motivation fra borgerens side kan være et udtryk for utryghed pga. mangelfuldt kendskab til systemet og dermed dets hensigter og/eller pga. kronisk opgiveness og følelsen af håbløshed igennem årene. I denne forståelse er det vigtigt, at borgerens mulige afvisning af hjælp respekteres, samtidig med, at man som behandler skal være sine etiske forpligtelser bevidst. Dermed skal antydes, at der ikke eksisterer fejlfrihed i nogen arbejdspraksis, der arbejder med "problemfyldte klienter og problematiske forandringer i problematiske praksisstrukturer." (Dreier, 1998).

Manglende kendskab til NOOR's intentioner

De fleste af de mennesker, der bliver henvist til NOOR, virker meget utrygge ved NOOR's intentioner, ikke mindst pga. placeringen i kommunalt regi. Det er endvidere et faktum, at der er op til 1½ års ventetid på psykologbehandling. Så det gælder om, at man som psykolog på ene side afdækker problemstillingerne bedst muligt, og på den anden side sikrer, at borgeren ikke forveksler en visiterende samtale med en terapeutisk samtale. Når tilstrækkeligt trygge rammer bliver etableret i samtalen, er der ofte en risiko for, at personen helt uopfordret går detaljeret ind i de oplevede traumer. For at undgå skabelse af falske forventninger og for at beskytte personen, skal man i givne situationer gribe ind og forsøge at lukke ned for historien, indtil personen kommer til den egentlige psykologbehandling. Men denne komplekse opgave kan være med til, at personen oplever det som endnu en afvisning – afvisningen som et bevis på manglende interesse fra behandlerens side for at lytte til, hvad vedkommende er blevet udsat for i sin fortid.

Det skal dog understreges, at målgruppen ikke skal anses som en homogen størrelse (Sørensen, 2004), da målgruppen som de fleste andre målgrupper har

reageret og håndteret deres traumer på forskellige måder. I den forståelse fremhæver en række kritiske kilder, at udviklingen af PTSD er afhængig af en lang række faktorer såsom alder, politisk/ideologisk tilhørsforhold, omgivelsernes støtte og ikke mindst relationelle tilknytningstraumer kan være med til at forværre senere traumatisering og dermed håndteringen af dem.

Tværfagligt behandlingsforløb, herunder den centrale fokusering på psykologforløb

Målet med psykoterapeutisk behandling er at bearbejde de psykisk invaliderende følger efter torturen og de voldsomme tab, som ofte følger med. Man prøver at begrænse følgevirkningerne og hjælpe personen til at engagere sig aktivt i livet. Andre vigtige mål er at understøtte evnen til at kommunikere i det sociale liv og at fungere bedre i forhold til familie og omgivelser (Olsen, 2003). Som psykolog har man metodefrihed i NOOR, hvilket giver gode muligheder for at anvende en eklektisk tilgang, hvor forskellige metoder kan anvendes effektivt i forskellige faser af terapiforløbet alt efter personens parathed og egenthed.

I og med at målgruppen afspejler et komplekst symptombillede, er det vanskeligt at afgrænse de respektive problemstillinger til et bestemt område der ofte er karakteriseret af både psykologiske, fysiologiske og sociale vanskeligheder. Derfor vil en tværfaglig tilgang i behandlingsregi være gavnlig. I forbindelse med tværfagligt samarbejde vil jeg nævne et af dilemmaerne, der opstår, når der er flere faggrupper, der (sam)arbejder om en fælles klient. På den ene side skal man som psykolog være meget bevidst og tydelig om sin rolle og opgave, og på den anden side vil man forsøge ikke at træde ind i sine kollegers arbejdsfelter, velvidende, at det markante skel imellem faggrupperne nogle gange opleves af borgerne som et svigt pga. den lange ventetid for at modtage den rette hjælp.

Anvendelse af tolke

Det andet dilemma i et terapeutisk rum er anvendelse af tolke. Det skal understreges, at tolke anvendes i stort set alle behandlingssammenhænge pga. borgernes begrænsede danskundskaber og evne til at udtrykke følelsesmæssige problemstillinger, ligesom man skal være opmærksom på, at danskundskaber kan forringes yderligere ved psykisk sygdom/kriser. Eksempelvis kan én, der er meget krisepreget, udtrykke noget med en anden mening, eller en dansk talende borger kan komme med kraftige vendinger, som får en anden betydning på dansk.

En fænomenologisk beskrivelse af et gruppeterapeutisk forløb

Dette ekstra element – nemlig denne triadiske relation – kræver ofte en meget fin balance i forhold til grænsen for den (for)tolkede dialog mellem parterne. Dette sker især når klienten får lov til at tale i lang tid, gennem tolkens verbale, overtolkede nonverbale gestikulationer til klienten, overinvolvering eller stor distance til de emner, der nu bliver bragt op i samtalen. Desuden spiller klientens mistillid til tolkningsneutralitet, kvalitet, nationalitet, køn, kulturel og politisk baggrund en betydelig rolle for hvilken tillid, der kan skabes mellem tolken og klienten (Arenas, 1997). Omvendt har jeg i visse tilfælde erfaret, at det er en fordel at anvende en tolk, når samtalen er ultra tvetydig og tung, så pauserne kan bruges af terapeuten til yderligere refleksioner. Man kan sige, at den tredje person skaber fundamentet for to nye relationer, nemlig relationen mellem klient-tolk og psykolog-tolk. (Sørensen, 2004). Det skal lige siges, at når det lykkedes med at etablere et helt professionelt samarbejde mellem psykolog og tolk, kan uddannede tolke med en fin kulturel bevidsthed også fungere som kulturformidler mellem parterne (Arenas, 1997, Sørensen, 2004, Jørgensen, 1991).

Baggrund for pilotprojektet

Inden jeg sætter fokus på gruppeforløbet, er målgruppen som førnævnt lige så divers som alle andre målgrupper. Kultur kan nemlig ikke altid hverken undskyldes eller være relevant for en forståelse af alle udfordringer og dilemmaer i behandlingen af målgruppen (Sørensen, 2004). Trods vigtigheden af, at man ikke kan generalisere i forhold til etniske muslimske minoriteter, hersker en række mere eller mindre uskrevne love i det kulturelle univers. Her vil jeg fremhæve en række antagelser ud fra mine egne erfaringer med målgruppen, herunder terapeuten, fremmøde og individfokuseret behandling. Dette ligger til baggrund for mine faglige overvejelser for og imod etablering af et terapeutisk gruppeforløb for målgruppen.

Psykiater kontra psykolog

Medicinsk behandling opfattes af de fleste i målgruppen som en acceptabel behandlingsform, dels fordi medicin kan indtages diskret og dels pga. dens biologiske effekt og/eller evt. placeboeffekt på somatiske såvel som psykosomatiske tilstande. Omvendt er mange af den opfattelse, at psykologen er en behandler, der tager sig af meget psykiske syge, og psykologbehandling er for de færreste et kendt fænomen fra deres hjemland. Det er vanskeligt for mange at skelne psykiaterens arbejdsområder fra psykologens, og dem, der er indstil-

lede og umiddelbart egnede for at komme i individuel behandling, har en klar forventning om, at terapi kun kan blive effektivt, såfremt terapeuten hele tiden er "aktiv, tager styring og helbreder hurtigt og effektivt" (Sørensen, 2004).

Forventningen om terapeutens styrende rolle i forhold til indhold og fokus i terapirummet kan yderligere forstærkes især i forhold til kvindelige borgere, der i kraft af den patriarkalske opvækst, har haft deres fædre og senere ægtefælle som familiens patriark. Det er endvidere vanskeligt for mange at overholde aftaler, da tidsperspektivet ofte har en anden betydning i andre kulturer. Derfor må man som behandler sikre sig, at man forstår det samme ved en kontakt, tidspunkter og aftaler.

Individ kontra fællesskab som værende modsætninger, der ofte lever side om side

Overordnet set kan idealer såsom selvstændighed og individualisering betragtes som værende positive værdier i den vestlige kultur. Men disse idealer kan forekomme konfliktfyldte for mennesker fra ikke-vestlige kulturer. Der er en ambivalens knyttet til eksempelvis individualisering – det at handle på egne vegne med fokus på egne ønsker og behov i stedet for på fællesskabets vegne, hvilket med andre ord kan være et udtryk for egoisme og manglende kollektiv ansvarsfølelse.

Terapeutens konfrontation med forklaringsmodeller, som adskiller sig radikalt fra de vestlige

At høre stemmer og se ånder, kan i visse kulturer ses som normalt og i nogle tilfælde statusgivende. Et andet eksempel kan være at tolke hændelser, som en af Gud valgt skæbne, eller Guds strategi for at prøve ens tålmodighed og smertetærskel ved at udsætte en person for hårde prøvelser i livet. Prøvelserne indgår som en integreret del af livet og udgør derfor fænomener i personens forståelsesunivers, man ikke sætter spørgsmålstegn ved. Derfor betragtes det heller ikke altid som konstruktivt at sætte ord på problemer og følelser, der er forbundet med de grundantagelser, som personen besidder.

Målgruppens generelle mistillid til systemet og hinanden

Grundlæggende er den basale tillid mere eller mindre skadet hos de fleste, dels på baggrund af de grusomme belastninger, som de fleste er blevet ud sat for både på individ, gruppe og/eller samfundsplan, dels pga. deres begrænsede kendskab til forskellige funktioner i det danske system. Denne mistillid kan også gøre sig gældende i forbindelse med et gruppeterapeutisk forløb, hvor

En fænomenologisk beskrivelse af et gruppeterapeutisk forløb

man er bange for sladder og angiveri, som er et velkendt fænomen fra deres hjemland. Det er min erfaring, at det generelt tager rigtig lang tid at skabe tillid og etablere kontakt til målgruppen. Der kan være forbehold over for behandleren, og være usikkerhed om, hvad det er, vi vil. Det kræver stor tillid i relationen, før personen åbner op for sine livshistorier, som torturoplevelser, ægteskabelige problemer, problemer i forhold til børnene etc. Trods disse omtalte vanskeligheder forbundet med behandlingen af målgruppen – og ikke mindst mit forbehold omkring gruppebehandling – valgte jeg at etablere et pilotprojekt, for at teste effekten af denne terapi form. I den forståelse ønskede jeg at skabe et eksperiment for at se om visse transkulturelle borgeres fællestræk og delbare erfaringer kunne bruges som brugbart materiale i det terapeutiske rum.

Præsentation af pilotprojektet

Da målgruppen trods visse homogene træk har forskellig etnisk oprindelse, sprog, kultur etc., valgte jeg at afgrænse gruppen med hensyn til køn, sprog og baggrund. Gruppen bestod af ti arabisktalende kvinder, som mødtes to timer ugentligt over ti måneder med midtvejs- og slutevaluering i et fast lokale i NOOR. Gruppen fik en fast kvindelig tolk, da tillid til tolken spiller en afgørende rolle for processens udfald. Min erfaring er, at de fleste af disse kvinder oplever det mere trygt og legitimt, såfremt overskriften på en given gruppe enten har et somatisk indhold eller ikke virker for "psykologiserende". Derfor valgte jeg at navngive gruppen "tabsgruppe", hvilket virker mere overordnet, omfatter forskellige former for tab og ikke mindst har en blivende eksistentia-listisk karakter, som rammer os alle i en eller flere forskellige faser af livet. For nogle er det Guds vilje, og for andre kaldes det skæbne.

Målgruppen

For at blive optaget i gruppepiloten, vurderede jeg, at den enkelte skulle besidde en vis velfungerende psykisk, fysisk og socialfunktion. Trods en traumatisk baggrund skal det enkelte gruppemedlem helt grundlæggende være i stand til at møde op, være i stand til mere eller mindre at kunne sætte ord på sin indre tilstand og udvise en vis reguleringsevne.

Visitation

Gruppen blev sammensat efter de respektive problemstillinger, både fra ventelisten hos psykologen og fra den gruppe, der allerede var i aktiv tværfaglig behandling i NOOR. Med henblik på vurderingen af de enkelte personers egnethed

hed og motivation til gruppeterapi, blev der fortaget en individuel samtale af undertegnede og en medvirkende kollega med en socialpædagogisk baggrund. Som udgangspunkt valgte jeg at holde gruppen lukket for at bevare trygheden, minimere risiko for sladder og optimere kvaliteten af kontakten mellem gruppe-medlemmerne. Gruppen har fungeret som en lukket gruppe med de faste oprindelige deltagere bortset fra to, der faldt fra relativt hurtigt efter etableringen af gruppeprojektet.

Tabgruppen – formål og mål

Der blev gennemført to individuelle samtaler. Den første var den visiterende samtale med hensyn til målsætning og egnethed for at indgå i en gruppesammenhæng. Den sidste samtale har været i det afsluttende forløb efter ti måneder, hvor gruppe-medlemmerne enkeltvis har evalueret deres målsætninger sammen med undertegnede. Forløbet er også blevet evalueret midtvejs med hensyn til eventuelle justeringer, med medlemmernes oplevelser og effekten af forløbet.

Formål

Formålet var at lære at lytte aktivt til hinandens livshistorier mht. at øge bevidstheden om egen historie samt opdage "genkendelsen" af, at andre kan være lige så belastede af deres vanskeligheder som én selv. Dette kan være med til at give kvinden en oplevelse af ikke at være alene, og at hun ikke er den eneste med en hårdt belastet historie. Opløsning eller minimering af skamfølelse omkring egne, oplevede unormale og private tanker, følelser samt adfærd kan afmystificeres, når andre gruppe-medlemmers tanker, følelser eller erfaringer eksternaliseres i gruppen. Endnu et formål var at tilbyde en mangesidigt erfaringsudveksling og støtte det enkelte medlem, at give en oplevelse af at høre til, at være set og hørt, at være respekteret, støttet, accepteret og følelsesmæssigt mødt.

Mål for den enkelte

Mål for de enkelte deltagere var flersidige. Et centralt mål var at opnå øget autonomi og udvidet forståelse af personlige muligheder samt forbedringen af psykisk og social funktion. Et andet mål var at etablere en dybere relation til deres familie og nærmeste. Yderligere var det vigtigt at fremme engagement og handlinger rettet imod det liv, den enkelte værdsætter. Med andre ord er målet, at den enkelte kvinde lærer at acceptere og leve med sine uønskede tanker, kropslige fornemmelser, bekymringer og andre følelser, og derved påtager sig ansvar for at dirigere sit eget liv i den retning, hun finder værdifuldt.

En fænomenologisk beskrivelse af et gruppeterapeutisk forløb

Spilleregler og rammer

Strukturen blev sat fra starten for at begrænse angsten og usikkerheden i gruppen. Det blev forventet af gruppemedlemmerne, at de var til stede hver uge, kom til tiden og slukkede deres telefoner under sessionerne. Oplysninger, historier og medlemmernes identiteter blev holdt fortroligt af alle gruppens medlemmer, og de underskrev en "arbejdskontrakt", en såkaldt "moralsk" forpligtelse over for hinanden. De blev omvendt ikke forpligtet til at afsløre intime og sårbare problemstillinger, når de ikke ønskede det, hvorimod psykologen, dvs. undertegnede stoppede en fortælling, såfremt det vurderedes af undertegnede at være for tidligt eller for provokerende for gruppen som helhed. Det blev understreget, at gruppemedlemmerne ikke afbryder hinanden og "holder" på det, de kommer i kontakt med, mens de lytter til hinanden.

Grundregler og struktur blev opridset hver gang gruppen mødtes inden påbegyndelse af sessionen. Gennem arbejdet med gruppen afdækkede jeg et stort behov for at afsætte 10-15 minutter inden sessionsstart til at besvare praktiske gøremål i form af bl.a. brevlæsning sendt fra diverse aktører i systemet. Her lurede en konstant, implicit fare for at træde ind på andre faggrupper, men på den anden side medførte opfyldningen af dette behov, at vi kunne undgå at skabe yderligere støj og sikre at alle var nærværende i rummet. Desuden opleves en markeret og skarp linje mellem diverse faggrupper, som en stor personlig afvisning for målgruppen.

Tabgruppen – indhold

Indholdet af gruppesessionerne bestod af faste elementer: et fokuseret fællestema, en feedback-runde med opsamling siden sidst, samt en teoridel om de fysiske og psykiske følger af at blive traumatiseret. Fællestemaet er overordnet "tab", herunder forskellige former for tab. I den ti måneders periode som gruppen har eksisteret, er der også blevet arbejdet med nedenstående temaer: egen omsorg, selvregulering, identitet, ressourcer, tryghed, angst, copingstrategier, sorg og personlige grænser. Der er blevet arbejdet med begrebet "grænser", og hvordan de påvirkes af traumer og chok. Der har også været gennemgang af andre typiske traumereaktioner, som viste sig i terapien og redskaber til at arbejde med disse.

Tabgruppen og metodevalg

Det centrale fokus for de første tre sessioner var udelukkende implementering af spillereglerne og rammesætningen mht. tillidsopbygning mellem gruppemedlemmerne. Min grundholdning er i denne arbejdskontekst ikke at arbejde

direkte med symptomerne, hvilket er baseret på to aspekter. Det første stammer fra en bevægelse fra den traditionelle dualisme hen imod den bio-psykosociale forståelse og praksis, hvor psykofysiologiske og socioøkonomiske faktorer interaktivt påvirker hinanden i en given behandlingskontekst, og dermed giver det mening at have fokus på alle disse elementer. Denne forståelse bygger på to grundlæggende principper; evidensbaseret viden og en tværfaglig helbreds-vurdering (Karterud, Wilberg og Urnes, 2010).

Den anden grund stammer fra min antagelse af, at ens sårbarhed, tidlige tilknytningsmiljø og akuelle livsvilkår spiller en afgørende rolle for kvaliteten af symptomdannelse. Desuden afspejler symptomerne hverken en bestemt traumetype eller psykisk funktionsniveau (Fonagy, 2006). På den baggrund blev det valgte fokus en integreret supportaktiv, relations- og mentaliseringsfokuseret terapiform med social støtte tæt på dagligdagen. Det primære fokus har været på gruppe-medlemmernes ressourcer, så det enkelte medlem har fået mere styrke til at arbejde med det, som er, og har været traumatisk for dem. Vedvarende fokus har ikke mindst været på affektsynkroni med relationelle elementer. Med andre ord opreguleringen af positive og nedreguleringen af negative følelser hos gruppe-medlemmerne.

Fra det individuelle til det fælles

Der er blevet gennemført individuel terapi med gruppe-medlemmerne, mens de øvrige medlemmer har lyttet og bevidnet. Dette har ofte gjort indtryk på de øvrige medlemmer, og det har resulteret i, at andre i gruppen har ønsket at tale om egne oplevelser eller problemer, og en ny terapi er startet. Der har derfor været tale om en "dominoeffekt", den enes oplevelser giver anledning til at andre sættes i "bevægelse". Denne terapiform gav anledning til endnu mere interaktiv gruppeterapi med fokus på medlemmernes samspil. De kom til at arbejde direkte med hinanden og dermed med deres evne til at indgå i interpersonelle relationer.

Processen via de individuelle input skabte en fælles fortælling. Denne forestilling bygger på en præmis om, at mening skabes i dialog. Et udsagn bliver først meningsfuldt set i en kontekst, dvs. henvendt til en modtager. Når en historie fortælles til andre mennesker kommer den imidlertid i dialog med andre historier. I denne dialog udfordres og forhandles meninger konstant. En af psykologens opgaver er efter min mening at sørge for, at fortællingerne i videst muligt omfang bliver åbnende, udviklende og sammenhængsskabende.

Integration, differentiering

Som opsamlingsbegreb for erfaringer med forløbet vil jeg fremhæve *integration* og *differentiering* af mere generel karakter og derefter *refleksiv funktion* og *selvregulering (mentalisering)* på det mere specifikke plan (Fonagy, 2006, Cheng, 2003). På det generelle niveau har det centrale fokus været på to fundamentale processer – nemlig integration og differentiering i gruppesammenhængen, der har sat gruppen bedre i stand til at se på sig selv som unikke individer samtidig med, at det har skabt en tryk tilknytning indbyrdes imellem dem. På denne baggrund kunne gruppen fungere som en “tryk base” for både sig selv og hinanden i gruppen. Denne funktion har været med til at udvikle deres interpersonelle relationer på sigt.

Ved integration har gruppen på det kollektive plan forenet deres fælles historier, der udsprang af deres fælles baggrund på en sammenhængende måde. Integrationsprocessen har på den ene side givet et tilhørsforhold og anerkendende tilgang til gruppemedlemmerne, hvilket indeholder en terapeutisk kraft i sig selv. På den anden side eksisterede en fare for at definere “os” ud fra “ikke os”, hvilket man som terapeut skal være opmærksom på. Differentiering har hjulpet gruppemedlemmerne til at få et bedre øje på deres forskelligheder og respektere disse forskelligheder, der udspringer af deres unikke personlighedstræk og subjektive oplevelser.

Med andre ord kan udviklingen for gruppen beskrives som at være aktivt nærværende; Hjælpe gruppen til at lytte aktivt til hinanden. At lære dem, at man ikke kan bruge hinandens “briller” til at forstå egen historie, fordi der ikke er to mennesker, der oplever tingene helt præcis på samme måde. At udvikle evnen til at være til stede, skaber bevidsthed om vores egne tanker og følelser i øjeblikket, samtidig med, at det udvikler respekten for andres individuelle erfaringer.

Selvregulering og mentalisering

Et centralt fokus i gruppen har været på affektregulering herunder bevidstgørelse om egne affekter, opreguleringen af positive og nedreguleringen af negative følelser. I den forståelse er der blevet arbejdet både med identifikation og modeleringen af affektudtryk – både udadtil (udtryk) og indadtil over for én selv (indtryk). Det nyeste neurovidenskabelige fund har kastet lys over det faktum, at hjernen bliver ved med at udvikle nye forbindelser og mulige nye neuroner, der udgør hjernens fundamentale byggesten gennem hele en persons liv. Vores hjerne reagerer på oplevelser ved at ændre på forbindelserne mellem neuronerne (Fonagy, 2006). Disse forbindelser skaber hjernens

struktur, der er med til at bestemme, hvordan hjernen senere kan huske vores oplevelser. Trods genetiske forhold for hjernens anatomi, menes det, at det er vores oplevelser, der skaber unikke forbindelser og former den grundlæggende struktur i den enkeltes hjerne og dermed former det sind, der definerer, hvem vi er, og hvem vi kan blive i fremtiden. I denne forståelse anses hjernen som en konstant foranderlig størrelse, der ikke er statisk og udvikler sig i de sociale sammenhænge i de udviklende relationer. Man kan sige, at så længe éns implicite erindringer om smertefulde traumer og/eller uforløste tab overtager ens bevidsthed, så automatiske tilpasninger til disse tidligere oplevelser konstruerer "hvem vi er", bliver vores livshistorier skrevet for os og ikke af os selv.

Erfaringer

I første omgang var tanken at lave et forløb på 12 gange, men jeg blev relativt hurtigt meget mere optimistisk end hidtil og forlængede forløbet over ti måneder. Følgende er de positive observationer, der ligger til grund for projektets forlængelse:

- *Gruppens stabile fremmøde – i tilfælde af sygdom blev der altid ringet afbud, hvilket ofte ikke var tilfældet i individuel psykologbehandling.*
- *Den såkaldte "moralske tavshedspligt" blev internaliseret på et dybt plan i gruppen. Dette blev mere og mere tydeligt i deres måde at værne om gruppen.*
- *Fra støj til ro og afklaring; i starten skabte genkendeligheden en del støj i form af panik, dissociation, irritation i gruppen, når de blev vidner til hinandens historier. Denne støj blev betydeligt mindre, i takt med, at de fik en klarere forståelse for deres egen fortid.*

De første mange måneder viste nogle af medlemmerne begrænset "modtagelsesplads," når de fik omsorg og støtte fra de øvrige, fordi de blev mødt med deres tab og oplevede traumer fra deres fortid. Til trods for denne begrænsning, udviklede gruppen relativt hurtigt en bedre evne til at erkende, acceptere og respekter fornemmelsen af sårbarhed og hjælpeløshed både hos sig selv og hinanden. Under det sidste interview efter ti måneder, gav alle gruppe-medlemmerne udtryk for, at de havde fået et bedre forhold til især deres børn. Jeg har som et vigtigt fund erfaret, at de har oplevet brugbare virkninger af gruppeforummet. Deres personlige opfattelse af egne livshistorier er via perspektivering fra forskellige vinkler blevet mere nuanceret. Fælles fortællinger har bidraget til en række fælles holdninger til tilværelsen, og de har igen ført

til gensidig respekt og større fleksibilitet i gruppen. Eksempler på deltagernes verbaliserede oplevelse under og efter behandlingsforløbet var:

- “Man bliver lettet” (...af at tale om tingene her)...“er blevet vant til bare at have gemt og gemt”.
- “Når jeg lytter til de andre, tænker jeg, gud, jeg er ikke den eneste, der har problemer. Jeg hører, hvad de gemmer i deres maver”.
- “Man kan tale om det, der gør ondt og om ens bekymringer, som man ikke vil tale med sine nærmeste om” – “for andre stiller jo ikke sådan nogle spørgsmål, og man er tryk her, det er et sted, hvor man kan lufte ud, og tale om de ting, der presser”.
- “Vi er alle i samme båd”.
- “Jeg har ikke fået en løsning på mine problemer – men jeg har lært meget i dag, tak”.
- “Jeg har kun fortalt lidt, jeg glemmer lidt mine egne problemer, når jeg hører på x. Det letter trykket lidt at tale om det. Tak”.
- “Jeg tager mange ting med mig – jeg sammenligner mig med x, min søn er også i fængsel”. “Godt at høre andres historie, min egen bliver lidt mindre. Også godt at x og x kunne tale sammen og støtte hinanden”.
- “Det er godt at dele sin historie med andre og få gode råd. Det hjælper ikke at sidde derhjemme alene. Tak, fordi I lyttede”.

Dog har jeg som psykolog oplevet, at gruppen ofte reagerede negativt undervejs, når psykologen ikke altid har påtaget sig ekspertrollen. Men paradoksalt nok har gruppen vist et meget tydeligt fremskridt, når jeg fungerede som katalysator. Gruppen blev anbefalet af undertegnede, at fortsætte efterfølgende som en selvhjælpsgruppe, dog med en praktisk funktion (sy, bage, lave havearbejde o. lign.), for at minimere risikoen for at der ville blive talt om følsomme emner, uden mulighed for, at der var nogen til at styre, facilitere processen og passe på den enkelte.

Afsluttende kommentarer

Resultaterne af gruppeforløbet er ikke knyttet til en teoriplan i en sådan grad, at man kan postulere en egentlig generalisering. Men de peger i retning af, at der her i den grad er tale om almene tendenser til trods for fleretydige opgaver på en kompleks arbejdsplads. Et af de centrale dilemmaer var anvendelse af tolke i det terapeutiske rum. Dette dilemma blev faktisk ofte vendt til en fordel

i gruppen, da de nødvendige pauser hjalp medlemmerne i gruppen til at blive meget bedre til at lytte til hinanden, og regulere sig bedre ved at holde på det, der vakttes i dem, når de hørte på andres historier.

På baggrund af gruppeforløbet har jeg opdaget en stor værdi og terapeutisk effekt i at sammensætte gruppemedlemmer, der kan støtte, udvikle sig selv og hinanden under trykke, anerkendende og faciliterende rammer. Med al respekt for individuelle forløb har jeg erfaret, at målgruppen i de fleste tilfælde profiterer bedst af gruppeforløb – ikke mindst pga. identifikation, “genkendelighed” og kollektiv ansvarsfølelse, som de har oplevet i det gruppeforløb. Omvendt kan der opstå tvivl om det meningsfulde i terapiudøvelse i det transkulturelle terapirum, men på den anden side når/hvis etableringen af den terapeutiske alliance lykkedes, starter en terapeutisk proces trods alt ofte med lave succes kriterier.

Terapirummet viste sig som det eneste rum, hvor målgruppen har haft oplevelsen af at blive lyttet til og respekteret, da mange har haft ubehagelige oplevelser i mødet med det danske samfund. Samtidig har jeg fundet, at især gruppeforløbet har givet en mulighed for vidnesbyrd for nogle af gruppemedlemmerne. Selv oplevelsen af, at nogen har satset økonomisk og tidsmæssigt på, at de skal få det bedre, har haft en gavnlig effekt i sig selv, selvom de blev henvist fra jobcentrene, og de ikke selv havde valgt at komme i terapi. Derudover har forløbet vist, at gruppeterapien har haft et socialiserende element i sig. Den har også givet dem en mulighed for at blive indført i den danske kultur i og med, at de er blevet bedre til at anse dialog som en grundværdi, og indse vigtigheden at lytte bedre til sig selv, hinanden og rumme forskellighederne. I den proces er mit fokus som terapeut blevet yderligere skærpet mod at fokusere mere på ligheder og fællestræk frem for forskelle i den terapeutiske relation, da nøglen er etableringen af tillid og den nødvendige alliance i relationen, herunder hovedvægten på ligheder mellem parterne. Omvendt kan det i bredere forstand antydes, at oplevelsen af, at ens interventionsmetoder ofte kommer til kort, er ikke uvant i det transkulturelle terapirum. Situationen bliver heller ikke nemmere af, at målgruppen i NOOR føler sig presset fra jobcentre, og at deres økonomiske levestandard er på et minimum. Derfor er en af største udfordringer i dette felt som psykolog at skabe den nødvendige tillid og tryghed for at kunne arbejde terapeutisk med en målgruppe, hvis aktuelle sociale vilkår fylder og ofte skaber støj i det terapeutiske rum.

Min egen baggrund som psykolog med mellemøstlige rødder har endvidere sat mig over for en række udfordringer. På den ene side har min baggrund været med til, at jeg i mange henseender er blevet betraget som mindre “frem-

med” over for målgruppen, og på den anden side har der ofte været en urealistisk forventning til mig – det at blive taget som en selvfølgelighed, at jeg “burde” kende til forskellige kulturelle koder, forestillinger og adfærdsmønstre, velvidende at målgruppen kommer fra forskellige arabiske lande. Det er min personlige erfaring, at relationer til terapeuten såvel som ærlighed og tydelighed omkring egne evner og forventninger, er blandt de mest afgørende faktorer i behandlingsarbejdet med denne målgruppe, såvel som de øvrige målgrupper i samfundet. Med andre ord anser jeg dette konfliktfyldte felt, trods en række situationspecifikke kendetegn, som værende almengyldigt for den psykologiske profession.

Referencer

- Arenas, J. G. (1997). Talens iscenesættelse – anvendelse af tolke i psykoterapi med flygtninge. I: Arenas, J. G. (1997) *Interkulturel psykologi*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Cheng, C. (2003). Cognitive and Motivational Processes Underlying Coping Flexibility: A Dual-Process Model. Hong Kong University of Science and Technology. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 84, No. 2, 425–438.
- Dreier, O. (1998). Terapeutisk kompetence i en problematisk praksis. *Psyke og Logos*, 19, nr.2, s.618-642). Dansk Psykologisk Forlag. København.
- Fonagy, P. (2006). Tilknytningsteori og psykoanalyse. Akademisk Forlag.
- Grand, S. (1987). Familierådgivning til flygtningefamilier i krise. *Psykolog Nyt*, 41, nr. 23, s. 736-739.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Olsen, D. R. (2006). Prevalent Pain in refugees previously Exposed to torture. Faculty of Health Sciences. University of Aarhus.
- Olsen F.V. (2003). Udfordringer i flygtningearbejdet. OASIS (<http://www.oasis-rehab.dk/Sider/Bibliotek/Artikler/Udfordringer.pdf>).
- Jørgensen U. (1991). Anvendelse af tolk i psykoterapi. I: *Matrix*, 1991, årgang 8;2. Region Syddanmark: Introduktion til MTV-rapporten (2008) – Behandling & rehabilitering af PTSD – Post Traumatisk Stress Disorder. Region Syddanmark.
- Sørensen, J. H. (red.). *Fonagy, Schore, Stern. Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. Hans Reitzels Forlag, 2006.
- Sørensen P.L. (2004). Kognitiv terapi og traumatiserede flygtninge. I: *Psykologisk Studierkriftserie*, vol7, no.2 (s. 5-37, 47-75, 78-113, 117-123). Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

Abstract

The purpose of the article is to describe the dilemmas associated with the treatment work of refugees, and also describe possibilities in a group therapy offered these patients. The pilot project consists of a construction of group therapy with 10 Arabic-speaking women over a period of 10 months as an alternative to individual courses, with significantly positive results despite a number of dilemmas in this work practice. The approach is based on my own reflections and experiences as a psychologist with people with PTSD (post traumatic stress syndrome), and clinical treatment of refugees who have previously been exposed to torture. It describes a work practice with a multidisciplinary treatment for this target group. Treatment is a joint effort with elements of psychotherapy, medical, physical therapy and social counseling. Finally discussed are lessons learned from the group therapeutic sessions in relation to existing dilemmas which are highlighted in the article.

Keyword: Posttraumatic stress disorder, refugee, grouptherapy

Gruppepsykoterapeut i krise

Matrix, 2012, 1; 56-75

Kirstin Fjermestad

We are invited simply to become human
which means growing through our mistakes
learning by trial and error,
being redeemed over and over again,
becoming ourselves, scars and all.

It means embracing and transforming our shadow side
It means giving up pretending to be good
and instead becoming real

Walter Wink

Hvordan fortsette som gruppepsykoterapeut når ditt eget liv kjennes svært smertefullt? Når bør man "gå av scenen"? Hva med overføringsmotiveoverføringsfeltet når man som terapeut er i en svært belastende og sårbar livssituasjon? Hvordan kan privatlivet til terapeuten virke inn på terapiforløpet? Bør man fortelle gruppemedlemmene/pasientene hva som foregår privat? Disse, og flere andre spørsmål vil bli drøftet og belyst gjennom teori og kliniske eksempler i artikkelen.

Innledning

Artikkelen har sitt opphav i at jeg under oppstart og gjennomføringen av kvalifiserende kurs i gruppeanalyse gjennomgikk store livshendelser som virket inn på alle områder i mitt liv. Også som kliniker og gruppepsykoterapeut. Like før jeg var i ferd med å avslutte videregående kurs i gruppepsykoterapi, mistet jeg min mor. Hun døde etter få ukers sykeleie, av kreft. Utpå høsten samme år etablerte jeg min analytiske gruppe i forbindelse med gjennomføring av kvalifiserende kurs i gruppeanalyse. Denne høsten ble jeg også, etter eget

*Kristin Fjermestad. Diplomert gruppeanalytiker/spesialergoterapeut, og arbeider ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Jæren Distrikt Psykiatrisk Senter.
fjermestad.kristin@gmail.com, Musegt. 86, 4010 Stavanger*

ønske, gravid, og bar frem mitt første barn. Hun ble født 18 dager over termin. Jeg hadde planlagt å ha vikar i gruppen i denne tiden, men jeg er tilbake som gruppepsykoterapeut to uker senere enn først antatt. Kort tid etter at jeg er blitt mor, får jeg en telefon om at det er mistanke om alvorlig sykdom hos min far, tilbakefall på kreft. Mistanken blir bekreftet og min far dør fem uker etter påvist diagnose. Det var da gått halvannet år siden tapet av min mor. Jeg fortsatte som gruppepsykoterapeut i denne tiden.

Denne "listen" av gledelige og tragiske hendelser gir et kort bakgrunnstykke over hva jeg stod i, og nylig hadde stått i som menneske og gruppepsykoterapeut. Opplevelser som innebar livets ytterligheter, og som skulle integreres og forsøksvis gjennomarbeides. Dette samtidig med at jeg forsøkte å passe mitt arbeid som gruppepsykoterapeut. Jeg trengte etter hvert hjelp til å "gå av scenen", før jeg var tilbake etter en tid med sykemelding. I artikkelen vil jeg forsøke å belyse med kliniske eksempler hvordan min livssituasjon påvirket gruppeterapien. Teoretisk belyses prosessen ved hjelp av litteratur som omhandler fenomen spesielt i gruppeanalyse/ gruppepsykoterapi, selvavsløring, overførings-motoverføringsfeltet, terapeutens egne behov og hvordan livshendelser hos terapeuten innvirker på terapien.

Teori

Spesielle psykodynamiske prosesser i gruppeanalyse

Karterud (1999) fremhever en viktig forskjell mellom individual- og gruppeterapi hva gjelder overføring. Gruppeanalyse tillater rendyrking av *flere og samtidige overføringer*. I individualterapi kan en pasient ha en morsoverføring i en periode, for så å gå inn i en farsoverføring eller søskenoverføring. Disse prosessene forgår sannsynligvis parallelt i pasientens hode, men i gruppeanalyse får disse parallelle prosessene gunstigere vekstbetingelser, fordi de kan knytte seg til forskjellige personer i gruppen. Sammenlignet med individualterapi kan overføringspresset også av den grunn være mindre på gruppeterapeuten, da gruppemedlemmene eksempelvis i vanskelige perioder kan oppleve støtte gjennom selvobjektoverføringer fra medpasienter. Kriser og krenkelser blir derfor ikke en like stor trussel mot terapien. Dette avhenger allikevel av terapeuten stil. En annen forskjell og styrke ved gruppeterapi er at forhold og selvobjektssvikt som har utspilt seg i tidligere relasjoner, kommer mer til syne i det interpersonlige feltet i gruppen, her og nå. Men for å orke å ta innover seg svikene og jobbe med det, må pasienten(e) bli tilført nye ressurser – i form av *selvobjektsoverføringer*. Hva angår både overførings- og motoverføringsfeltet, er

det viktig som terapeut, både gjennom veiledning og egenterapi, å få økt selvforståelse og innsikt i hva som faktisk *er* en overføring/ motoverføring og hva som har mer rot i en realistisk opplevelse/ oppfatning.

Om selvavsløring

Kahn beskriver i sin artikkel fra 1987 fenomenet selvavsløring i gruppepsykoterapi og i individuell psykoterapeutisk tilnærming. Kahn (ibid) indikerer at selvavsløringer kan være et kraftfullt verktøy i den terapeutiske kontekst og fremhever det særlig passende i terapi som er interpersonlig orientert, inkludert gruppeterapi. Han fremhever at selvavsløringer er særlig viktig for å forsøke:

- å redusere angst knyttet til tvetydighet og usikkerhet i det interpersonlige feltet
- øke empatisk tilstedeværelse gjennom perioder med konfrontasjoner, sårbarhet og smerte
- å være rollemodell i forhold til interaksjon og effektive måter å være personlig ansvarlig på
- å konfrontere forvrengte oppfatninger av virkeligheten, validere erfaringer og gi tilbakemeldinger

Foulkes omtalte (1964) gruppeterapeutrollen som en “deltakende observatør”. Det vil si at terapeuten, gjennom sin deltakelse i gruppen, vil avsløre seg selv. Men at vedkommende på samme tid må uttrykke seg på en slik måte at det tjener gruppens behov. Wolf og Schwartz (1964 i Kahn 1987) mener at den modne gruppeterapeuten vil gjenkjenne farene “og må ikke nøle med å vise passende følelser”. Slike demonstrasjoner opprettholder emosjonelle bånd og oppmuntrer til å uttrykke seg fritt og stimulerer kontakten innad i gruppen.

Overføring/ motoverføring og selvavsløring

Jacobs (1999 i Zachrisson 2008) skiller mellom tre former for selvavsløring med motoverføring som bakgrunnsteppe:

- ubevisste feilhandlinger, forglemmelser, forsnakkelser osv.
- tanker, følelser, fantasier som terapeuten velger å meddele pasienten
- spørsmål pasienten stiller, som terapeuten velger å besvare

Zachrisson (2008) skriver at vi imidlertid kan regne med at pasientene fanger opp betydelige deler av våre følelser direkte og indirekte. Diskusjonen i dag dreier seg mer om *hvordan* fenomenet skal brukes snarere enn *hvorvidt* det skal brukes. Det handler om å prøve å skille situasjoner der analytikeren utagerer egne behov, fra situasjoner der det primært søkes formidlet noe meningsfylt om pasientens indre verden eller om den relasjon som har oppstått.

Motoverføring når terapeuten er syk eller ute av stand til å arbeide

I en artikkel fra 1994 skriver Dewald om fenomener som oppstår når terapeuten blir syk eller ute av stand til å jobbe i lys av begrepet motoverføring. Han sier at som hos alle mennesker, er terapeutens reaksjon på det spesielle som skjer bare delvis part av det som faktisk skjer. Reaksjon henger sammen med terapeutens grunnstruktur og organisering, og rest av indre psykisk konflikt. Terapeutens tidligere erfaring i forhold til sykdom og hans eller hennes aktuelle livssituasjon vil også spille inn. Dewald fremhever at måten sykdom eller arbeidsuførhet vokser frem på også har stor innvirkning på situasjonen. Dersom det oppstår akutt, har terapeuten ingen mulighet for å planlegge eller være sammen med pasientene for å se på hvordan dette kan løses eller influerer på terapien. Hendelsen vil derfor være mer forstyrrende og skremmende for både terapeut og pasient(er). Det vil kanskje også være usikkerhet rundt hvorvidt terapeuten vil overleve eller grad av skade. Gitt terapeutens hjelpeløshet og regressive tendenser, vil han/hun være mindre i stand til å vurdere hva pasientene trenger. Og dersom tilstanden er alvorlig nok, vil kanskje terapeuten være ute av stand til å informere pasientene selv. Når tilstanden er alvorlig, vil den naturlig nok oppta mye av terapeutens tid og frembringe usikkerhet og angst. Ens terapeutiske kapasitet og rolle kan trues, og en er kanskje usikker på om man kan jobbe og komme tilbake som før. Disse aspektene ligger som en byrde og i motoverføringsaspekt hos terapeuten, som også forsøker å ta imot og balansere pasientenes usikkerhet. Effekten av usikkerhet rundt stort fravær og avlysninger kan forstyrre terapeutens selvbylde som en man kan stole på og som er tilgjengelig. Dette kan aktivere følelser som skyld, skam og narsissistisk sårbarhet hos terapeuten. Videre vil det representere en belastning for pasientene, som ubevisst og bevisst vil observere terapeuten, og forsøke å regulere følelsene i forhold til terapeutens helse, oppførsel og opptreden. Disse forholdene vil innvirke på pasienten i forhold til å stole på og ha tillit til terapeutens kapasitet og behandlingsprosessen. Dersom sykdommen er en enkelt episode, vil naturlig nok innflytelsen og sjokket hos både terapeut og pasient være begrenset. Som en positiv effekt, kan slike hendelser gi pasienten erfaring i at

terapeuten ikke er omnipotent og usårbar; det kan utvikle seg “modeller” for mot, sinnslukevekt og håp, mens pasientene observerer terapeutens kamp for å håndtere livssituasjonen. Dette kan oppmuntre pasienten (og terapeuten) til å bearbeide konflikter i forhold til separasjon, tap og død. Sykdom kan også i enkelte tilfeller forbedre terapeutens evne til empati hva angår hjelpeløshet og regresjon, og verdsette fysisk og psykisk helse.

Terapeutiske prosesser ved sorg og/eller død

Mendelsohn (1996) beskriver hvordan datterens sykdom og død virket på ham som menneske og terapeut. Han debatterer hvorvidt en som terapeut skal fortelle pasientene om livshendelser som har stor innflytelse på ens eksistens som menneske, eller ikke. Mendelsohn valgte å dele med sine pasienter hva han gjennomgikk. Han begrunner blant annet selvavsløringen med at det var avgjørende for ham for å kunne delta, og for å fasilitere sitt følelsesmessige engasjement i analysen av sine pasienter. Og han antok at hans privatliv, som allerede hadde influert terapien, ville distrahere terapien mer dersom han ikke fortalte hva han stod i, enn om han gjorde. Reaksjoner og innvirkning av hans historie varierte selvfølgelig blant pasientene, og det belyses etter hvert som han og pasientene jobber seg gjennom interaksjoner i overførings-motoverføringsfeltet. Analytikere som praktiserer mens de gjennomgår personlige kriser, vil oppleve at deres eget liv konkurrerer om, og griper inn i, deres profesjonelle liv og analytiske landskap i langt større grad enn “når livet går som normalt”. Tema og valg i forhold til dynamisk administrering, opprettholdelse av viktig tilknytning, selvavsløring og analytikerens skiftende selvopplevelse, vil unngåelig innvirke på praksis. En gjennomgang av den “vanlige”, kjente måten å jobbe på må (re)vurderes, mener Mendelsohn. Teoretisk henviser han flere steder til Singer, som stiller spørsmål ved “myten om den analytiske anonymitet”. Han viser også til andre teoretikere – Singer, Levenson, Greenberg og Aron – som mener at man uansett avslører noe av seg selv gjennom holdninger, verdier, klær og utseende, redsler og blinde flekker (Mendelsohn, 1996). Han fremhever at når en overveier i hvilke situasjoner selvavsløring skal finne sted, er det viktig å ta i betraktning både de følelsesmessige aspektene som driver analytikeren til det og hvilke kjerneverdier man tror på i forhold til den analytiske situasjonen. Selvavsløringer som står i sammenheng med *ærlig* analytisk arbeid, under kritiske omstendigheter, vil antakelig oppfattes veldig annerledes hos pasienten, enn avsløringer som er gitt på bakgrunn av hensikter som har utnyttende eller narsissistisk karakter.

Morisson (1996) skriver i sin tekst om å være pårørende, menneske og tera-

peut i prosess med seg selv, sin kone og pasientene, mens hans kone er døende. Faglig sett erfarte han at denne ekstreme situasjonen og selvavsløringene som fulgte, gjorde at pasientene fikk erfaring i å håndtere vanskelige realiteter. Det han ikke hadde “indre høyde” for, var sin egen sårbarhet og omfanget av egen respons på pasientenes reaksjoner. Det er dette intersubjektive feltet Morrison forsøker å utforske. Han henviser til en viktig artikkel fra Bacal og Thomsen, som peker på viktige selvobjektsbehov hos terapeuten i samhandling med pasientene (Bacal og Thomsen, 1994 i Morrison, 1996). Morrison legger til en annen dimensjon og differensierer bidraget til Bacal og Thomsen ved å tilføye kvaliteten eller tilstanden av terapeuten “self-state” under gitte omstendigheter. Med dette begrepet refererer han til analytikerens oppmerksomhet i forhold til egen stabilitet, forutsigbarhet og mentale balanse når han/hun involverer seg med pasienter. Denne sensibiliteten relaterer seg til kvaliteter rundt evne til selv-representasjon, definert av Stolorow (1975 i Morrison 1996), som for eksempel tilknytningsevne, stabilitet over tid og affektiv *coloration*. Han stiller seg skeptisk til det “tradisjonelle analytiske instrument”, der terapien søker å gjøre det ubevisste bevisst gjennom en tilbaketent terapeut som skal dekode pasientens konflikter. Han synes denne modellen utelater de uunngåelige svingningene i oppmerksomhet, interesse, empati og perseptuell klarhet som blir påvirket av menneskelig erfaring og som begge parter i en terapeutisk relasjon blir påvirket av. Bevissthet rundt dette intersubjektive feltet gir den terapeutiske prosess og vil hjelpe analytikeren til å monitorere og bestemme når terapien skal avbrytes. Han mener at slik årvåkenhet vil optimalisere den terapeutiske prosess og bidra til å gjøre den autentisk, og kanskje føre til fordypelse i tema som død, tap og sorg som slike forstyrrelser belyser.

Klinisk materiale

Som nevnt innledningsvis startet jeg opp terapigruppen i forbindelse med kvalifiserende kurs i gruppeanalyse. Den første høsten går med til konsolidering; gruppemedlemmene synes å bli inneforstått med rammene for terapien. De blir først og fremst kjent med hverandre gjennom historiedeling. Etter hvert bruker de denne kunnskapen og interesserer seg for hverandre på bakgrunn av den. De undrer seg i fellesskap over spørsmål som: Hva skal man si til familie og venner om sin psykiske lidelse? Hvordan har de det i relasjoner på hjemmebane – er det slik overalt; at det er den ene i parforholdet som trenger mest bekræftelse på å være elsket? De bringer inn livene sine mellom gruppemøtene; for mye alkohol, sjalusi, konflikter på jobb, vanskeligheter med barn

og stebarn. Når blir alkohol et problem? Etter tre måneder dukker den første uttalte konflikten opp i gruppen. Den utfolder seg spesielt mellom to av grupped medlemmene. Gjentatte ganger viser det seg at disse to trigger sårbare sider hos hverandre. Dette mønsteret vedvarer med varierende intensitet. Etter et halvår skal gruppen ta imot første mann, det jobbes med. Men det snakkes om motstanden i forhold til å ta inn en mann. Kvinnene lurer på om de kan snakke om det samme på samme måte som før? Rundt denne tiden blir jeg gravid. Det blir meddelt etter fire måneders svangerskap, det er da synlig. Det viser seg at det kun er ett av grupped medlemmene som har hatt fantasier om at jeg var gravid. Jeg får tanker om at dette kan dreie seg om kollektiv benektning. Jeg lander etter en tid frem og tilbake på at jeg ønsker å ta inn vikar for de seks ukene jeg planlegger å være borte fra gruppen, i forbindelse med fødsel. Det viser seg, som tidligere nevnt, at jeg er tilbake to uker seinere enn antatt. Gruppen får på forhånd hilse på terapeuten som skal være vikar, da han er med som observatør på et gruppemøte like før jeg går ut i permisjon.

Fars sykdom og død

Cirka fire uker etter at jeg er tilbake som gruppepsykoterapeut etter fødselspermisjon, får jeg vite at far er syk. Jeg frykter at det er alvorlig, og antar før det er konstatert at det er tilbakefall på kreft. Jeg fortsetter allikevel mitt virke. Vet at dersom jeg dropper ut nå, så blir ikke kvalifiserende kurs i gruppeanalyse godkjent – et av mine viktigste livsprosjekter. I ettertid ser jeg at jeg ikke var godt nok til stede i gruppen, var mer opptatt av å få nok gruppemøter, kjente meg som en saltstøtte, fullstendig oppslukt av frykt rundt fars sykdom i kombinasjon med omsorg for mitt nyfødte barn. Det er ikke før møte i kollegial veiledningsgruppe at jeg rettleides til å tenke på meg og mitt liv. I denne tiden hadde jeg ikke kontakt med hva det ville si for meg å gi opp utdannelsen ved Institutt for gruppeanalyse, men jeg visste hva det tidligere hadde betydning å få godkjent og gjennomført den. Jeg skjønnte nå at det var nødvendig for meg å ivareta meg selv. Det var svært viktig og avgjørende for meg at min tidligere vikar sa seg villig til å gå inn som gruppeanalytiker nok en gang. Den andre mannen startet nå opp i gruppen. Jeg hadde utredet ham og planlagt oppstart. Jeg valgte å stå ved dato for oppstart, selv om jeg hadde vikar i denne tiden.

Det er i det følgende av klinisk materiale lagt vekt på to gruppemøter. Det første kliniske utdraget er første møte etter fars død, gruppemøte 64. Andre kliniske eksempel er når jeg selv kjenner at jeg igjen sitter på plass i stolen som gruppepsykoterapeut, gruppemøte 83. For å gi leseren et innblikk i prosessen,

vil det under diskusjonsdelen refereres enkelte sekvenser fra gruppemøtene mellom seksjon 64 og 83. I denne perioden var det tre menn og fire kvinner i gruppen.

Gruppemøte 64

Jeg skal ha mitt første møte med gruppen etter fars bortgang. Har etter mange tanker og veiledning bestemt meg for å meddele gruppen hvorfor jeg var borte. Hvordan har jeg det selv, for tiden? Avflatet. Kjenner ikke meg selv igjen. Kan ikke helt svare på spørsmålet.

Gruppen er fulltallig. Det kjennes godt.

T: Hei. Smiler og nikker

Nils: Velkommen tilbake! Det er godt å se deg igjen.

T: Takk for det. *Alle ser på meg.*

Nils: Vi har lurt fælt på hvorfor du var vekke.

T: Mhm. Ja, hva tenker dere rundt det, da?

Gruppen kommer med fantasier. Noen trodde jeg var utsatt for en ulykke, da jeg ble så brått borte. Andre lurer på om barnet mitt var alvorlig sykt eller at det ble for mye å jobbe og ha et lite barn samtidig.

Nils: Men det er ikke noen mening i at vi sitter her og gjetter slik. Hun kommer ikke til å fortelle det allikevel.

T: Det høres ut som om flere av dere har sittet med vanskelige fantasier rundt mitt fravær. I forhold til det du, Nils, kommer inn på, så har jeg tenkt mye på det. Og jeg har bestemt meg for å gjøre noe som jeg vanligvis ikke gjør, og dele noe privat. Jeg har vært borte fordi min far ble akutt alvorlig syk, og døde som følge av det.

Cecilie: Det var trist å høre. Kondolerer.

T: Takk

Flere kondolerer.

Nils: Jeg synes det var godt at du delte med oss hvorfor du har vært borte. Det er som om du er en større del av oss nå, gruppen.

Gruppen bruker resterende tid av møte til å snakke om hvordan tiden har vært mens jeg har vært borte. I rapportform, som oppdatering. Jeg går inn i en fase fullstendig overmannet av det jeg da tenker på som temaskiftet. Jeg kjenner intens angst, og lurer på hva i all verden jeg gjør på jobb. Oppslukt av smerte og kaos, kjenner jeg en intens skyldfølelse fordi jeg hadde behov for at gruppen holdt seg lenger i mitt. Jeg klarer etter hvert å samle meg noe, og kobler meg på tema; gruppen snakker om tiden med vikar.

Jeg kjenner meg frynsete etter møtet, og stoler svært lite på det jeg har gjort. Under diskusjonsdelen er det dette som jeg refererer til som temaskiftet.

Gruppemøte 83

Nils' siste gruppemøte

Åse: Skal du fremdeles slutte, Nils?

Nils: Ja, det står ved lag det. *Humrer.* Så vi treffes vel på kjøpesenteret. Jeg føler jeg har fått det jeg kan her. Kan sende dere noen rapporter.

Et av grupped medlemmene vrir seg i stolen og rynker ansiktet. Flere har innsigelser. Jeg kjenner meg ukomfortabel. Vil ikke gruppa forholde seg til at han skal slutte? Jeg tenker at de trenger hjelp til å holde fast i at dette er en avslutning og trekker også inn gruppens motstand mot mine to fravær.

T: Hva tenkte du med rapportene?

Nils: At dere kunne få en hilsen og vite hvordan det går.

T: Det høres ut som om du og resten av gruppa synes det er vanskelig å forholde seg til at det er siste gangen din i dag.

Nils: Ja.

Nils forteller hva gruppen har betydd for ham: en familie. Cecilie uttrykker at hun ikke har tro på gruppen, sier hun har gruet seg for å komme, føler ikke hun blir likt og at enkelte av grupped medlemmene blir irritert og ikke synes om det jeg sier. Doris vrir seg i stolen.

T: Hvem er det du snakker om Cecilie?

Cecilie: Det er spesielt Doris. Jeg tror hun er irritert og sint på meg, ofte, men hun sier det ikke. Men jeg merker det. Man skal jo være så ærlig som mulig her, og det forsøker jeg. Og når jeg kommer med noe av det som er mitt problem, nemlig usikkerhet over allting, som for eksempel om jeg skal fortsette i gruppa eller ei, så blir hun sint.

Doris er foreløpig stille, virker som gruppa venter på henne. Både Doris og Cecilie uttrykker noe av det som er vanskelig mellom dem: ambivalent tilknytning, subtile uttrykksformer og tilhørende vanskelige følelser. Det er "trøkk" og temperatur i gruppen. Gruppen jobber og tar virkelig i stoffet, holder ut ubehaget ved å stå i konflikten. Jeg sier også noe om begges sårbarhet.

T: Dette er bra jobbing, dette er terapi!

Latter

Nils: Men jeg forstår ikke, du sier dette er terapi, men dette har vi snakket om flere ganger før – og det hjelper jo ikke.

Doris: Jo, men vi snakker jo om det på en helt annen måte enn før. Jeg får frem mitt sinne, uten at det blir svart. Cecilie og jeg og dere snakker sammen. Og Cecilie klarer å høre på det jeg sier uten at hun begynner å tute eller gå ut – for det har også hendt.

Cecilie: Det er riktig, det er lenge siden vi har snakket sammen på denne måten, det har vært mye historier i det siste. Men du har også endret deg, T. Du snakker mer nå enn i starten.

Ali: Ja, det gjør du.

Cecilie: Men du var jo i en utdanning, så du har kanskje lært underveis. Du holder vel på ennå?

T: Nei, jeg er ferdig.

Flere av gruppen utveksler følelser som at de har vært irriterte på hverandre, f. eks. fordi en annen har vært stille, kommet for sent etc. Mot slutten bringes avslutninger til Nils inn og gruppen tar farvel.

Diskusjon

Hvor stod jeg som arbeidstaker og gruppeterapeut før jeg kom tilbake? Jeg hadde i forkant av første gruppemøte etter min fars død tenkt mye på når jeg skulle begynne å jobbe igjen. Ennå var jeg forholdsvis nyansatt ved poliklinikken som gruppen var drevet i regi av. Jeg ble ansatt der rett etter min mors død, og gikk under ett år etter ut i fødselspermisjon med alt hva som fulgte av livshendelser. Derfor hadde jeg vært mindre til stede på jobb enn jeg ønsket, og dette stemte dårlig med mitt selvbilde og tidligere arbeidsforhold. Mitt virke som terapeut bidrar til å fylle mine narsissistiske behov. Effekten av lange fravær, avlysning og forskyving av avtaler forstyrret min selvfølelse. Og jeg kom derfor i kontakt med, ubevisst og bevisst, følelser som skam og skyld. Som også Dewald (1994) fremhever, så påvirket disse følelsene meg både i forhold til kolleger og leder, så vel som pasientene i gruppen og meg selv. Men hva hørte til hvem? Min egen terapiprosess hadde hjulpet meg i forhold til økt selvinnsett rundt egne sårbare tema. Jeg antar at det hjalp meg til å stå bedre fast på hva jeg trengte, men siden jeg befant meg i en svært sårbar og regressiv periode av mitt liv, vil jeg tro at mindre hensiktsmessige sider ved meg selv også forkludret situasjonen. Når jeg nå tenker tilbake på det, tror jeg dette bidro til at jeg begynte å arbeide på gitte tidspunkt. Dette kan forstås som mine motoverføringer til gruppen og arbeidsgiver. Jeg tror allikevel ikke at jeg kun handlet på egen motoverføring. Arkaiske selvobjektoverføringer for “den gode mor” og overføringer som lå i gruppen vekket antakelig også disse følelsene – og jeg antar at det også var forsterket av at jeg hadde hatt et fravær tidligere, under min fødselspermisjon.

Et annet tema jeg brukte mye tid på var om jeg skulle fortelle gruppen hva som hadde hendt meg, hvorfor jeg hadde vært borte. På et vis synes jeg gruppen visste nok og kanskje ubehagelig mye allerede! De hadde uunngåelig fått med seg at jeg hadde vært gravid og derfor hadde et sexliv og sannsynligvis også en partner. Det kjentes som, sammenlignbart med andre situasjoner når folk spurte hvordan jeg hadde det, at jeg smurte livet mitt ut i gruppen og tredde livets ytterligheter av hendelser over hodet på dem. Jeg fikk telefon fra vikaren med spørsmål om jeg hadde tenkt å meddele hva som hadde hendt. Gruppen lurte. Umiddelbart kjente jeg at å dele med gruppen årsaken til mitt fravær sammenfalt med mine verdier, men hva ville min veileder ved Institutt for gruppeanalyse si? Jeg svarte at jeg måtte tenke over det, og at jeg uansett ønsket å si det selv hvis de skulle få vite det. I tiden før gruppemøtet hadde vi ikke samling ved Institutt for gruppeanalyse, men jeg brukte min kollegiale

veiledningsgruppe, vikaren, samboer (som også er gruppeanalytiker) og kolleger som sparringspartnere. Jeg fikk ikke noe entydig svar fra den kollegiale veiledningsgruppen. Men inntrykket var at flere var skeptisk til at jeg skulle komme med en slik selvavsløring. Dette hadde muligens sammenheng med at vi hadde en ekstern veileder som virket å være av en konservativ oppfatning hva selvavsløring angikk. Fra min vikar og samboer fikk jeg støtte i min egen måte å tenke på. I likhet med Mendelsohn (1996), tror jeg som terapeut og person på verdien av kommunikasjon preget av autentisk, oppriktig og direkte form, i betydningen ikke subtil, sammen med empatisk tilnærming – “å ville den andre vel”. Jeg var nok også påvirket av erfaringen med hvordan min smågruppeterapeut gjennom utdannelsen håndterte at han mistet sønnen sin – og måten han snakket om det på i gruppen. Kahn henviser i sin artikkel til Wolf og Schwartz, som fremhever at den modne gruppeterapeut vil gjenkjenne farene med selvavsløring, når det er hensiktsmessig, “og må ikke nøle med å vise passende følelser” (Wolf og Schwartz, 1964, i Kahn, 1987).

I gruppeanalyse har selvavsløring og terapeuten som deltakende observatør, i den betydning at terapeuten vil komme til å avsløre seg selv, vært fremhevet allerede av grunnleggeren Foulkes (1964). I psykoanalysen ble selvavsløring som en mulig del av analytikerens motoverføring først skrevet om i 1950, gjennom Heimanns artikkel (Zachrisson, 2008), som innebar et paradigmeskifte når det gjaldt motoverføringsfenomenet. Men det kan vel i denne sammenheng ikke utelukkes at Foulkes også var påvirket av endringene i psykoanalysen og at utsagnene hans må sees i en idéhistorisk perspektiv. Det er i denne sammenheng mitt inntrykk at både psykoanalyse og gruppeanalyse tidligere i all hovedsak har fremholdt emosjonell nøytralitet som et ideal. Uansett vil det i gruppeanalyse, slik Karterud (1999) fremhever, være flere og samtidige overføringer/ motoverføringer, som gruppeterapeuten blir mer synlig og selvavslørt gjennom. Tankene og lagene vedrørende selvavsløringen var ikke like tydelige for meg i det jeg delte og i forkant, som de er nå. Men jeg kjente tydelig i meg selv at jeg ikke hadde noe valg. Jeg tror også at gruppen ville merket at det “var noe”, uansett. Livssituasjonen min og summen av alt det jeg hadde opplevd var altoverskyggende. Jeg var av den oppfatning at gruppens fantasi ville være verre enn virkeligheten (som den viste seg å være), og at dette kunne komme til å hemme den terapeutiske prosessen. Jeg trodde også at en meddelelse ville fasiliterer min egen emosjonelle tilstedeværelse og deltakelse bedre. Som Kahn (1987) påpeker gjennom sin artikkel: selvavsløringer kan virke effektivt når hensikten er å redusere angst forbundet med tvetydighet og øke den empatiske kontakten mellom medlemmene, gjennom tider

forbundet med sårbarhet og smerte. Som terapeut skal man være på vakt når selvavsløringen(e) er med på eller tjener egne behov, selvobjektsbehov. Ikke dermed sagt at det ikke skal finne sted, men det krever et skjerpet blikk hos terapeuten. Jeg tror at jeg på et plan hadde behov for å fortelle gruppen hva som hadde hendt. Det ville vært vanskelig for meg å arbeide videre med pasientene, menneskene, i gruppen som betydde så mye for meg, om jeg ikke kunne dele hva som hadde hendt. Jeg forestilte meg at jeg ville føle at jeg holdt på en svær hemmelighet, og at jeg ville bli mer distrauert hvis jeg ikke anerkjente omstendighetene vi skulle jobbe i, enn om jeg gjorde det (Mendelsohn, 1996). Men, utagerte jeg mine selvobjektsbehov for å få trøst og oppmerksomhet? Kanskje jeg gjorde det også? Kunne min nesten utholdelige angstreaksjon etter meddelelsen under første møte etter min fars død kanskje forstås slik? At jeg hadde et infantilt selvobjektsbehov som var vekket til live, og at jeg hadde en opplevelse av at gruppen sviktet meg med temaskiftet under møtet da de begynner å snakke om tiden med vikar? Jeg tror kanskje at jeg under mindre ladede omstendigheter, og nå i ettertid også kan forstå reaksjonen i sammenheng med at jeg hadde mistet fotfestet for en stund og dermed ikke var "nøytral" nok til verken å forstå eller å få oversikt over projeksjoner, motoverføringer og overføringer som florerte i feltet mellom oss. Disse dimensjonene som Morrison (1996) omtaler som terapeutens "self-state" i det gitte øyeblikk. Jeg fortsatte å ha noen av de samme komplekse motoverføringene som jeg tidligere hadde hatt overfor de samme pasientene, og terapien i forhold til de mindre komplekse relasjonene foregikk noenlunde på samme måte som før, så jeg vil nok tro at min variable "self-state", selvobjektsbehov og sårbarhet bidro til mer subtile overføringer, og utvidede motoverføringer, noe også Morrison (ibid) fremhever.

Min motoverføring vil vanligvis være irritasjon og/eller at jeg kjenner meg utålmodig når jeg opplever at gruppen eller medlemmer ikke forholder seg til det "egentlige" eller når de "redder" seg ved å skifte tema. Men her får jeg så sterk angst at det setter meg ut av funksjon som terapeut! Kan det hende at gruppen under dette første møtet synes informasjonen er så vanskelig å ta inn over seg at de kollektivt benekter realitetene ved temaskiftet? At min motoverføring også kan forstås som at de har muligheten til og *ikke* vil forholde seg til mine omstendigheter – noe *jeg* aldeles ikke har muligheten til?! Eller kan det være at deres antenner, sensibilitet og overføringsreaksjon står i forhold til en antakelse om at jeg ikke vil tåle min fars død som tema over tid? At det var for tidlig? For det tror jeg i ettertid at det også handlet om, jeg var for skjør på dette tidspunktet til å ha temaet oppe over tid i denne sammenheng. Gruppen

begynte som nevnt å snakke om tiden med vikar. Kanskje de ønsket ham tilbake som terapeut, blant annet fordi han ikke hadde alle disse selvobjektsbehovene som jeg hadde. De ville ikke være mammas mamma! Ønsket gruppen å snakke om en tid som hadde vært god for dem, da båten var holdt stødig, og at de med ved vikaren som tema kjempet for at gruppen skulle overleve? Det er mer i denne retningen jeg forstår det såkalte temaskiftet, nå i ettertid.

Ville tiden med vikar og prosessen i ettertid vært annerledes dersom de hadde fått vite hvorfor jeg var borte på et tidligere tidspunkt? Det er mulig at dersom vikaren hadde fått meddelt det, så ville det fasilitert prosessen hans og gruppen på en annen måte. Det er vanskelig å si hvordan, men i den grad gruppemedlemmene ble forstyrret av fantasier rundt hva som eventuelt hadde hendt, så kunne kanskje informasjon om det faktiske hatt den virkning at de fikk jobbet mer med seg og sitt? Når det ikke ble sånn, så var det av ulike grunner. Med en gang var jeg usikker, slik jeg tidligere har nevnt, på om det i det hele tatt skulle meddeles. Når jeg fra problemstillingen dukket opp var tydelig på at jeg ønsket å si det selv, så var det fordi jeg ønsket å være til stede og være med i den prosessen selv, som jeg antok ville være en spesiell situasjon, både for gruppen og meg. Jeg var av den oppfatning at jeg skulle stå for det selv – ikke sende ut budbringer for å fortelle “barna” om døden. Det kan hende at denne oppfatningen også var forsterket av min skyldfølelse. Det var jeg som hadde påført dem nok et brudd, og det var vel derfor jeg syntes jeg skulle stå til ansvar selv. På den annen side, med en så god grunn, hva skulle de si? Et annet viktig argument for meg, var at jeg ønsket å være rollemodell for åpenhet rundt vanskelige tema.

Gruppen og jeg jobbet ikke gjennom gruppemøtene 64 til 83 direkte med hva selvavsløringen betydde for dem. Den eneste direkte uttalelsen kommer fra Nils, da han i gruppemøte 64 sier: “Jeg synes det var godt at du delte med oss hvorfor du har vært borte. Det er som om du er en større del av oss nå, ... gruppen”.

Kanskje han her setter ord på noe gruppen kjente på, også før jeg ble sykemeldt, at de hadde merket at det “var noe” med meg? Foruten det har jeg i ettertid tenkt at gruppen og jeg jobbet med selvavsløringen, gjennom gjentatt fokus på mitt fravær, som er en direkte parallell til fars død og andre livstema som omhandler separasjon, avvisning og død for gruppemedlemmene. Ut over dette, er nok ikke jeg som terapeut kapabel til å ta mer i dette temaet, i denne perioden.

Hva med den videre prosessen i gruppen? Hvordan kan jeg forstå hva som foregikk i gruppen mellom første gruppemøte etter fars død til gruppemøte 83;

når jeg kjenner at jeg sitter komfortabelt og stødig i terapeutstolen igjen? Gruppen var generelt preget av en periode med mindre interaktiv jobbing, sammenlignet med tidligere. Underliggende konflikter ble ikke tatt i på samme måte som før, verken fra min side eller pasientenes. Jeg var også betydelig mindre tilbaketrukket som terapeut, en stil som for meg krever overskudd. Dette hindret nok også den interaktive prosessen og at mindre spilte seg ut i gruppen. Hvis jeg forestiller meg gruppen som en familie; hva gjør barn og søsken når mor ikke er så tilgjengelig, for eksempel når mor har en nyfødt baby eller er i sorg? Søskenflokket søker og smelter sammen; cohesjon i gruppen, "vi må ta vare på og hånd om hverandre mens mor holder på med sitt". Dette kan også understøttes av gruppens vilje til å opprettholde seg selv, som Foulkes (Foulkes, 1964, i Karterud, 1999) fremholdt. Gruppemedlemmene tok nok vare på hverandre gjennom denne tiden, men sannsynligvis med høyere grad av angst. Dette kan forklare "turntaking" som i sin natur forhindrer å forholde seg til situasjonen her og nå; fravær av tema som for eksempel kunne vekke konflikt. For å kunne jobbe med tema som utfordret gruppen ytterligere, hadde de trengt et idealiserende selvobjekt (Karterud og Monsen 1997). En de kunne ha tillit til og lene seg mot, som de oppfattet som sterkere og visere enn seg selv. Jeg gikk som tidligere beskrevet gjennom en periode med en vakkende "self-state" (Morrison, 1996). Jeg kunne ikke svare på hvordan jeg hadde det, og trodde på et tidspunkt at jeg var i ferd med å bli en annen. Dette påvirket meg selvfølgelig som terapeut, jeg var i lang tid usikker på hvem jeg interverte som; terapeut eller privatperson? Jeg er overbevist om at pasientene merket dette på et nivå. Deres overføringer og inntoning i relasjon til meg reiste nok både følelser og spørsmål som: "hvor mye tåler hun, kan jeg belaste henne med mitt, kan vi kjenne etter og bringe henne det som er smertefullt?" Spørsmål som handler om realiteten i overførings – og motoverføringsfeltet og opplevelsen av dette.

Flere av gruppemedlemmene bringer frem sider ved seg selv under møte 64 som er beskrivende i forhold til deres historie, relasjon til meg og rolle i gruppen. En sier han har en fantasi om at det hadde skjedd noe med barnet mitt. Det er Alis historie; foreldrene mister en datter, er det nærliggende at slike fantasier dukker opp hos ham? Når han får vite hva som har hendt, reagerer han "korrekt", er den første som sier kondolerer. Det samme gruppemedlemmet har klare oppfatninger av hvordan man bør oppføre seg, hva som er rett og hva som er galt. Under et senere gruppemøte bringer Ali inn et tema om hvordan få menn til å snakke, som oppfattes som et temaskifte, kan det hende han på et vis også snakker om seg selv – hvordan få til å snakke her? Det synes van-

skelig for ham når et annet gruppe medlem tematiserer tiden da jeg var borte. Kanskje Ali er i en overføring til meg, slik Foulkes (Karterud 1999) så på fenomenet – forsterkede overføringer i gruppe, at han lurte på hvordan han kan snakke om dette uten at han i overføringen til meg skal være så plaget av en redsel for å måtte ta seg av meg, slik han måtte med sin søster? Jeg har også lurt på om min selvavsløring på et nivå kan være bidragsyter til at Ali i ettertid endelig tør å snakke om sexlivet mellom ham og partneren, at det styrket den terapeutiske alliansen?

Gruppemøte 71

Jeg har en tid kjent meg mekanisk, lite motivert og mindre "til stede i gruppen". Er på denne tiden usikker på hvordan det virker inn. Flere kommer for seint grunnet trafikkulykke. Ali har glemt gruppa, kommer derfor 45 minutt for seint.

Ali: Jeg har lurt på hvor lenge og om jeg skal fortsette i gruppa. Men, så har jeg vært plaget av noe jeg synes er vanskelig å snakke om her. Ja, og det er sexlivet til meg og partneren min. Det er totalt fraværende.

Hadde min selvavsløring tjent gruppens behov, slik Foulkes (1964), fremhever viktigheten av? Kan Alis tema handle om at gruppens tillit er økende, slik at gruppe medlemmene tør å bringe inn potensielt skambelagte tema? Hadde jeg ved min selvavsløring vært en rollemodell for dette (Dewald 1994)? Det er også under dette gruppemøtet at den latente konflikten mellom Ali og Cecilie blir berørt for første gang etter at jeg er tilbake. Merker gruppen at jeg tåler litt mer og at tilliten deres til min kapasitet og behandlingsprosessen er økende? Kan dette være et eksempel på det Karterud (1999) skriver om, at for at gruppen skal være et verksted for å jobbe med vanskelige tema og krenkelser, må den bli tilført nye ressurser i form av selvobjektsoveføringer. I dette tilfellet en idealisert annen, terapeuten som tåler deres sårbare sider? Privat kjenner jeg meg fremdeles ganske herjet. Mine søsken og jeg har delt opp arven etter mor og far. Jeg hadde i en tid vært spent på hvordan dette ville gå, og det påvirket meg selvfølgelig også som terapeut. En annen viktig avgjørelse for meg var at jeg gjennom egen rehabilitering og stor inspirasjon fra min kollegiale veiledningsgruppe hadde fått hjelp til å se muligheten for gjennomføring og få godkjent kvalifiserende kurs i gruppeanalyse. Jeg hadde hatt samtale med min veileder ved Instituttet for gruppeanalyse og blitt veiledet på hvordan jeg kunne gå videre. Jeg øynet håp om en mulig løsning. Ved et gruppemøte er tiden med vikar igjen tema – noe jeg ønsket det skulle forbli.

Gruppemøte 73

Gruppen snakker om fravær som hindrer prosessen. En parallell til mitt fravær? Sannsynligvis. Jeg bruker enhver mulighet til å bringe inn hvordan fraværet mitt virket på dem. Forsøker å tematisere denne perioden også for å være rollemodell for at denne perioden tåler jeg å snakke om og det må snakkes om, selv om jeg ikke har det så bra.

T: Jeg var jo ikke her da du startet, Roar.

Roar: Nei, det var svært overraskende. Jeg trodde jo i det minste jeg skulle kjenne en i rommet. Og da jeg kom inn og så vikaren, så trodde jeg han også var pasient. *Humring her.* Det var til han begynte å snakke. Jeg var for å være ærlig ganske skuffet.

T: Det skjønner jeg godt.

Roar: Jeg ventet liksom med å komme i gang, fordi jeg visste at det ikke var han som skulle bli. Og når jeg var blitt vant til ham, så skulle vi skifte igjen.

Cecilie: Jeg synes det var godt å treffe ham. Men jeg sitter i om jeg også kunne trenge individualterapi?

Jeg kjenner meg irritert. Oppfatter det som en avbrytelse av hva Roar var på vei inn i, og som jeg tror gruppa trenger å snakke om; negative/vanskelige følelser rundt mitt fravær. Det kan se ut til at de som tåler dårligst nyanser i gruppen er de som stopper samtalen om disse sidene ved mitt fravær.

T: Vi snakket om det tidligere, at den ene terapiformen ikke utelukker den andre.

Ali: Du, Åse, har jo også lurt på om du kunne trenge det?

Åse: Jeg følte ikke at jeg kom videre en stund.

T: Du hadde det temaet oppe forrige gang vi snakket om mitt fravær.

Åse: Ja, jeg følte ikke jeg kom videre. Og sånn er det ennå. Jeg er ennå ikke trygg på hvem som sitter i terapeutstolen når jeg kommer.

Ali: Men grunnen til at T har vært borte, det skjer jo ikke hver uke.

Åse: Nei, jeg vet det. Det er ikke det jeg snakker om.

Når jeg i ettertid ser på min motoverføring – irritasjon når Cecilie bringer inn spørsmålet om hun også kunne trenge individualterapi – kan jeg se at dette muligens ikke var et nytt tema. Kanskje gruppen og jeg, i overført betydning bringer inn at den ene terapeuten ikke utelukker den andre? Under dette møtet er Ali igjen konkret når gruppen snakker om mitt fravær: "Grunnen til at T var borte, det skjer ikke hver uke". Det er mulig at det for Ali også er vanskelig å snakke om den tiden jeg var borte, fordi det kan minne ham om det endelige bruddet i terapien, som en gang vil komme til å skje. Råbu (2008) skriver i sin artikkel at for de fleste mennesker er forlatthet, fravær og atskillelse fra dem man er følelsesmessig knyttet til, sentrale og kompliserte tema i livet, uavhengig av årsak, og at dette i sin ytterste konsekvens er forbundet med eksistensielle betingelser som det at vi skal dø. Når han i samme møte foreslår at indivi-

dualterapi kan være bra for Åse, kan det hende han også snakker om seg selv: underforstått "Jeg klarer ikke å få sagt det jeg egentlig vil si". Kanskje dette var et preludie til gruppemøte 76, da Ali forteller at han har vært deprimert i flere måneder.

Gruppemøte 76

Nils har på tampen av forrige gruppemøte annonsert at han ønsker å slutte.

Åse: Du sa du skulle slutte?

Nils: Ja, jeg trodde jeg skulle slippe unna med den, men det gjorde jeg altså ikke.

Han har ikke nevnt det i gruppen før avgjørelsen. Dette er den første avslutningen i gruppen etter mine to fravær, og jeg går inn for å opprettholde rammene for gruppen, at tanker om avslutning skal tas opp i gruppen før avgjørelsen er tatt.

T: Avskjed, avslutning og separasjon er vanskelige tema for de fleste av oss, og viktig å bruke tid på. Forstod jeg deg rett forrige gang at du tenkte å avslutte nå til sommeren, slik at du har fire ganger igjen med denne?

Både Ali og Roar forteller at de har vært deprimert en tid, uten at det har kommet frem i gruppen.

Ali: Jeg gråter omtrent ikke i begravelser engang. Men jeg har det ikke bra. Har følt meg deprimert hele våren.

Ali snakker mer om sin depresjon, gråter. Innspill fra Åse at hun har lagt merke til at Ali ikke har hatt det bra.

T: Jeg har også sittet en stund og lurt på hvordan du har det her i gruppen, Roar?

Roar: Det lurer jeg også på (*begynner å gråte*). Jeg har ikke hatt det bra de siste ukene, jeg er mer deprimert. Jeg trenger å bli invitert inn. *Gråter.*

Jeg hadde ikke lagt merke til at både Ali og Roar hadde vært deprimert en tid! Var det endelig plass for andres depresjon og sorg enn min? Min optimale oppmerksomhet (Morrison, 1996) hadde vært svekket, kunne dette være et uttrykk for det? Hadde Ali hatt en realistisk oppfatning av at det ikke var plass til hans depressive smerte. Selvobjektsvikt fra min side? Som Foulkes fremhever: "Gruppebehandling ser ut til å kreve større grad av fleksibilitet hos terapeuten samt et mer konstant behov for utøvelse av empati." (Foulkes & Anthony, 1957, s. 143 i Karteud, 1999). Kan hende at døds- og fødselstemaet som var brakt inn av meg hadde aktivert vanskelige sider ved historien til Ali som tap og brudd i viktige relasjoner.

Det var spesielt et av gruppemedlemmene, Åse, som hadde tenkt at jeg hadde vært utsatt for en ulykke da jeg var borte. Hvordan kan jeg forstå det hun prøver å formidle? Det er nærliggende å tenke at dette er en overføring. Åse har

vokst opp under svært uforutsigbare forhold, med stadige kriser iscenesatt av mor, disse erfaringene gjør nok at tanker om en ulykke raskt blir aktivert. Åse snakker om selvobjektsvikten i mitt fravær allerede tre uker etter at jeg er tilbake. Hun sier hun ble borte da jeg ble borte, og tror det har en sammenheng med at hun mener jeg vet "alt" om henne. Dette kan forstås som at hennes behov for å ha en idealiserende annen å lene seg på i sin smerte, ble svekket i mitt fravær. Dette understøttes også i gruppemøte 73 da hun sier at hun ennå ikke stoler på hvem som sitter i terapeutstolen når hun kommer til gruppen. Jeg antar også at jeg sviktet Åse i hennes behov for et tvillingsøkende selvobjekt. Hun oversatte gjentatte ganger mine intervensjoner overfor gruppen, og jeg forstår det som at gjennom identifisering med meg – det tvillingsøkende selvet, så forankret hun viktige deler hos seg selv. Mellom gruppemøte 64 til 83, når mitt fravær blir tematisert, tåler Åse (ved siden av Roar) å være lenger i det teamet enn de andre gruppe-medlemmene. Det kan hende det er fordi hun trenger å få denne tiden bearbeidet, også som et ledd i å klare å stole på meg igjen. Hun uttrykker i gruppemøte 83: "Jeg synes det var grusomt. Jeg synes ikke vi hadde noe terapi i den tiden". Her snakker hun nok mye for seg selv og selvobjektsvikten i mitt fravær og hennes sårbarhet i forhold til ustabilitet. Det er Åse som i gruppemøte 76 og 83 løfter inn at Nils skal slutte. Det kan også være et uttrykk for behov for forutsigbarhet hos henne. Fraværet mitt var ikke planlagt sammen med gruppen. Dewald (1994) fremhever at dersom bruddet i terapien skjer brått, vil det føre med seg større forstyrrelser og virke mer skremmende for pasientene. Det kan se ut til at Åse representerer en stemme for dette.

Hva er det som skjer under gruppemøte 83? Hvorfor kjenner jeg meg endelig komfortabel i terapeutstolen? Det er nok en sammenheng mellom hva som skjer og har skjedd i gruppen, mine intervensjoner og mitt privatliv. Jeg holder fast ved teamet Nils' avslutning under hele møtet. Jeg tror at jeg gjennom det bidrar til å trygge rammene for gruppen, som har vært rokket kraftig ved. Det bryr meg at noen slutter, hvem som kommer og hvem som går. Jeg kjenner også, gjennom avskjeden med mine foreldre, hvor dypt jeg selv har kjent avskjedens virkning. Nils fremhever tydelig gruppens betydning som en overføring "Dere har vært som en familie for meg". Men er det slik at gruppen har tatt skade av min livssituasjon og mitt fravær? Dersom eventuelle drop-out og deres fravær sees på som en biopsi på det, så er svaret nei – kanskje de ble ivaretatt *godt nok*? Jeg tror allikevel at det kunne vært plass til mer av den enkeltes smerte og økt interaktiv jobbing. Cecilie uttrykker dette tydelig i gruppemøte 83: "... det er lenge siden vi har snakket sammen på denne måten, det har vært mye historier i det siste...".

Gruppemøte 83 er et av de første møtene etter sommerferien. Jeg har vært delvis sykemeldt en stund, og kjenner at det har gjort godt. Jeg har i løpet av ferien vært i min fødeby og tilbrakt mye tid på hytten som jeg har arvet etter min mor og far. Denne ferden har vært restituerende. Jeg har også startet i individualterapi og har som en konsekvens av det kommet over en artikkel som omhandler kliniske fenomen ved tap. Det var gjennom denne at jeg forstod at jeg var i sorg, at jeg ikke holdt på å bli en annen. Det var en enorm lettelse, og jeg visste at *det* skulle jeg komme meg igjennom. Jeg kjente meg ikke så fortvilet lenger. Det er å anta, ut ifra det som skjer under dette gruppemøtet, at gruppen tør stole på meg igjen, og igjen kan bruke meg som et idealiserende selvobjekt. For eksempel gjennom måten det jobbes med den latente konflikten på; gruppen mestrer å stå i temaet som vi ikke har gjort på lenge. De har nok som Dewald (1994) fremhever, i lengre tid vært bekymret for min reaksjon, og om deres aktivitet skulle skade meg ytterligere og derfor har de redigert deltakelsen eller utelatt tema. Det finnes flere eksempler i teksten på at de i overføringen kan bringe meg det smertefulle og interagere. Her bekreftes det jeg lenge har kjent på, og tidligere vært inne på. Cecilie sier: "Men du har også endret deg, T... Men du var jo i utdanning, så du har kanskje lært noe underveis. Du holder vel på ennå? T: Nei, jeg er ferdig".

Dette utsagnet har, slik jeg kjenner Cecilie, flere betydninger. Men jeg forholder meg ikke til det eventuelt subtile innholdet her. På veiledning får jeg tilbakemelding om at dette var en betydningsfull intervensjon. Min veileder mener at det ligger i gruppens matrix at jeg kan svare slik på det. Både formelt og i livets skole. Slik kjentes det også, jeg var tilbake i meg selv, og stolte på at jeg igjen intervenerte som gruppepsykoterapeut! Pasientene mine viste gjennom gruppemøtet at de kunne stole på og ha tillit til min kapasitet og til behandlingsprosessen.

Konklusjon

Hva tenker jeg i ettertid? Med respekt for de valg jeg gjorde og min personlige deltakelse, som fant sted i en særdeles smertefull tid i mitt liv, tenker jeg at jeg burde vært lenger sykemeldt som gruppepsykoterapeut, både for min egen del og kanskje også gruppens. På det tidspunktet jeg startet å arbeide var jeg ikke oppmerksom nok på min egen sårbarhet og mentale ubalanse. Jeg har en antakelse om at dersom jeg hadde vært mer restituert, så ville min livssituasjon virket mindre inn på prosessen i gruppen. Jeg hadde, med disse gruppemedlemmene, allikevel fortalt hva som var bakgrunnen for mitt fravær når jeg var

tilbake. Foulkes (1964) og Mendelsohn (1996) fremhever mulighetene som ligger i denne prosessen og at det ser ut til å inneholde terapeutisk og analytisk kapasitet. Mendelsohn støtter seg på Sullivan (1938, i Mendelsohn, 1996), og omtaler disse spesielle mellommenneskelige møtene som “more human than otherwise”.

Jeg har underveis blitt berørt av hvordan gruppen med sine overføringer og realistiske oppfatninger har rommet meg i en vanskelig tid. Mine erfaringer, gruppemedlemmene, familie, kolleger, samarbeid med Institutt for gruppeanalyse og mitt arbeidssted har gjort at jeg etter hvert i denne prosessen kjente at når noe brister, er det allikevel noe som bærer.

Referanser

- Dewald, P. A. (1994). Countertransference Issues When the Therapist Is Ill or Disabled. *American Journal of Psychotherapy*, vol 48, s. 221 – 230
- Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*, Allen & Unwin, London
- Kahn, M. E. (1987). The choice of therapist self-disclosure in psychotherapy groups: contextual consideration. *Archives of Psychiatric Nursing*, vol 1, s. 64-67
- Karterud, S. og Monsen J. (1997). *Selvpsykologi – Utvikling etter Kohut*, Oslo, Ad Notam Gyldendal
- Karterud, S.(1999). *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*, Pax forlag, Oslo
- Mendelsohn, E. M. (1996). More Human than otherwise: Working Through; a Time of Preoccupation and Mourning. I Gerson, Barbara (Ed.): *The Therapist as a Person*, kapittel 2. The Analytic press, USA
- Morrison, A. P. (1996). Trauma and Disruption in the Life of the Analyst, Enforced Disclosure and Disequilibrium in “The Analytic Instrument”. I Gerson, Barbara (Ed): *The Therapist as a Person*, kapittel 3. The Analytic press, USA
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføringer og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjon, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 8, s. 939-948
- Råbu, M. (2008). “Ikke sånn at jeg har følt at nå går jeg under, men”: Når terapeuten plutselig blir borte – og kommer tilbake, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 45, s. 141-150

Abstract

For how long should a group psychotherapist continue working, when life itself is very painful and distressed? When are you disabled? What about self-disclosures, transference-countertransference, empathic failure, therapist and patient needs when you are in a very vulnerable state as a therapist? Shall you tell your patients what's really going on in your life? These and related topics are discussed through theory and clinical examples. Keywords: Therapist, group psychotherapist, ill, disabled, self-disclosures, transference-countertransference

Bokanmeldelser

The Social Unconscious in Persons, Groups and Societies. Volum 1: Mainly Theory

Redigert av Earl Hopper og Haim Weinberg
New International Library of Group Analysis
Karnac forlag. 344 sider , Utgitt 2011, pris: 22,99£

Matrix, 2012; 1, 76-85

Anmeldt av Svein Tjelta

Denne boken er den første i en planlagt serie på fire. Dersom vi begynner med å se på baksiden, ser den allerede imponerende ut; "En bok som vil definere feltet for tiår fremover og som er essensiell lesning for oss alle", sier P. Fonagy på skrytesiden. Superlativene fortsetter fra R. Billow, S. Frosh, H. Kibel med flere.

Boken virker formidabel og er strukturert i seks deler. Den har forord av Hopper, og har en lengre innledning ved begge redaktørene. I tillegg har hver del en innledende kommentar av kjente størrelser innenfor gruppeanalysen. Boken in-

nehar til sammen 13 kapitler skrevet av gruppeanalytikere fra flere verdenshjørner. Denne disposisjonen gir boken en pedagogisk god struktur, og gjør den lett å finne frem i. Boken har et godt stikkordsregister.

Innledningen

Redaktørene foretar i innledningen en gjennomgang av utviklingen av begrepet det sosialt ubevisste, som de fastslår hører til selve senteret av det gruppeanalytiske prosjekt. De sporer røttene tilbake til filosofer som Spinoza, Leibniz, Schopenhauer, Nietzsche og frem til Freud. De

Svein Tjelta er avtalespesialist i klinisk psykologi, gruppeanalytiker og psykoanalytisk psykoterapeut. Lærer ved IGA Norge sitt treningsprogram. Kontaktdetaljer: Post: PB. 39, Bønes, 5849 Bergen, Norge. Telefon: 0047 92497127, 0047 55126014, e-post: svein.tjelta@bkkfiber.no

tar for seg det ubevisste i utviklingen av Freuds topografiske modell, og deretter den strukturelle modell med innføringen av idet. De peker på at utover 20-30-tallet ble det mer fokus på de sosiale forhold, og det kom en kritikk mot å forstå individet isolert fra omgivelsene. Krefte- ne som påvirker menneskene er i høy grad også eksterne og kan gøres til gjenstand for observasjoner. Grupper og samfunnet former i høy grad det enkelte individ gjennom oppveksten. De nevner Jungs begrep om det kollektive ubevisste, som ikke må forveksles med det sosialt ubevisste, og går så over til E. Fromm som først benyttet denne termen i boken "Beyond the chains of illusion" fra 1962.

Deretter gjennomgås Foulkes, gruppeanalysens grunnlegger, som kun benyttet termen begrenset, og mer implisitt, i relasjon til utviklingen av sitt matrixbegrep. I Foulkes' teori pekes det imidlertid på den kunstige distinksjonen som er laget mellom individ, gruppe og samfunn/kultur. Han så på dette som sammenhengende størrelser, der det er lokalisering av fokus, kontekst og referanseramme som er av betydning for hva som tilkjennenes interesse og verdi som studieobjekter i forskjellige teorier og vitenskapsretninger. Gestaltprinsippet om figur og grunn er i denne sammenheng viktig. Redaktø-

rene berører også naturligvis Bion som er vesentlig med sin teori om grunnleggende antagelser og arbeidsgruppen. Pichon-Rivier, Mead og Moreno presenteres også som viktige forløpere for utviklingen av begrepet.

Hopper publiserte den første boken med tittelen "The Social Unconscious" i 2003. Han har stått sentralt for utviklingen av feltet, og har en fast hånd som redaktør i NILGA (New International Library of Group Analysis) som utgir bøker om gruppeterapi og gruppeanalyse på Karnac forlag. Hopper mener det sosialt ubevisste innbefatter det ikke-bevisste – som kan dreie seg om hjernelokalisererte reaksjonsmekanismer vi ikke har tilgang på, det dynamisk ubevisste – det som er fortrent og avspaltet, og det førbevisste – det som inneholder representasjoner av den eksterne verden. Han gjør et poeng i å skille den eksterne verden fra den sosiale verden, der den siste er inkludert i den første, men ikke omvendt. Det er dette som gjør at vi kan definere det sosialt ubevisste som refererende til ubevisste hemninger og begrensingsreguleringer, men også styring av hva som er legitimt og ønskelig å oppnå i et samfunn etc.

Redaktørene gir til kjenne sine meningsforskjeller imot slutten av innledningen. Ifølge Hopper kan man ikke tillegge et samfunn eller

en kultur en felles sosial sjel (mind). Her er redaktørene uenige om definisjoner. Weinberg mener utveksling av informasjon og energi mellom individer kan sees på som den sosiale sjel (mind).

Første del

Første kapittel i boken er ved D. Nitzgen. Han tar for seg Foulkes sine skrifter om det sosialt ubeviste. Han peker på sammenhenger med andre kontinentale teoretikere – både innen filosofi, psykoanalyse, sosiologi og nevrovitenskap, der Goldstein er sentral. Dette er et interessant kapittel der Nietzsche bringer frem i lyset nye sammenhenger og forløpere for begrepet.

I kapittel to er det psykodramaperspektivet som fremmes av H. Junqueira og A. M. Knobel. De utvikler begrepet om det felles ubeviste (co-unconscious). Dette handler om Morenos forståelse av, at i de fleste relasjoner som danner fellesskap, forekommer det noe som kan kalles felles subjektivitet gjennom noen felles referansepunkter som gjerne er glemt.

T. Oklander presenterer i kapittel tre det sosialt ubeviste i den latinskamerikanske tradisjon representert ved E. Pichon-Riviere. Denne tradisjonen er mer forankret i den magiske realisme som også gjennomsyrrer mye av den latinamerikanske litteratur. Bakgrunnen

for denne spesielle uttrykks- og opplevelsesformen finner Oklander i det han kaller “process of mestization”, eller den utbredte kultur og etnisitets blandingen som har funnet sted gjennom århundrene mellom europeiske, afrikanske folkeslag og urbefolkninger i Sør-Amerika. Dette har ført til en generativ spenning som har utviklet en både – og mentalitet fremfor, som i mye empirisk vitenskap og formal logikk, en enten – eller mentalitet. Enten er et saksforhold sant eller det er falskt. Kan ikke være begge deler. Det går ikke an å være og ikke være samtidig. Definitiv status er imidlertid problematisk. Det går an å være både afrikaner, indianer og europeer. Både drøm og realitet er virkelig. Grensene for realitet sprennes stadig som man ser i fysikken. Dette finner man igjen også i søramerikansk filosofi som er kalt analog hermeneutikk. Oklander finner dermed uttrykk for det sosialt ubeviste i kunsten og poesien. Dette tanter Lacan sitt perspektiv om det ubeviste som språk.

Andre del

Denne delen dekker det organismiske og nevrobiologiske perspektivet, innledet av vår nestor i gruppeanalysen, M. Pines. Det er T. Ormay som dekker kapittel fire og Y. Agazarian og S. Gantt som står for kapittel fem.

Ormay skriver om speilnevroner og sosiabilitet. Han vil utvide Freuds strukturmodell med en sosial dimensjon, forankret nettopp i en biologisk basis med speilnevronene som spiller en vesentlig rolle i å etablere et "nos"; latin for et vi som en egen enhet – *viet*. Nå er nok undertegnede litt usikker på om vi behøver en ytterligere instans i strukturmodellen, som forankres i biologien, kobles til det sosiale, og representerer en tilbakevending til instinktet. Det vekker litt tvil om en tilføring av et "vi", i tillegg til et "jeg", "overjeg" og et "det", nødvendigvis vil bringe oss nærmere noen klarhet mht. det sosialt ubevisste, gjennom denne modellen.

Det må imidlertid understrekes at forsøket er interessant. At den sosiale tendensen er pre-programmert, at individets tilknytning i en viss grad kan likestilles med pregning i Konrad Lorenz sin forstand, er ingen nyhet. Jeg føler imidlertid et ubehag ved tendensene i tiden til å skulle samle så mye i et biologisk utgangspunkt. At vi er biologiske vesener er en tautologi. Det virker som det finnes et konkretistisk begjær etter å forankre i, eller redusere ting til hjerneorganiske strukturer. Dette kan føre til kategorisammenblandinger, i iveren etter å gripe ting konkret, i et substrat eller i en masse. Det kan føre til mer forvirring enn klarhet. Raimond Tallis er

en eksponent for en slik kritikk. Det biologiske, det psykologiske og det sosiale er tre dimensjoner som nok henger sammen og overlapper på et vis, men den ene kan ikke reduseres til de andre. Det blir *kategoriforveksling*. Det vi kaller det sosialt ubevisste har kanskje med punktene å gjøre. Ormays kapittel er da også tankevekkende, og han har fokus på det sosialt ubevisste.

Agazarian og Gantts kapittel er for det første en republisering av en artikkel fra IJGP, der de gjør et nummer av å plassere Agazarian sin systemteori om funksjonelle sub – grupper i terapi, inn i en nevrobiologisk ramme som de kaller interpersonlig nevrobiologi. Igjen et apropos til mote, virker det som. Det blir litt mye av nevro ditt og nevro datt, og kanskje litt hjernemytologi. Kapittelet som sådan er godt, men de virker mer som en promovering av sin egen terapimodell enn som et kapittel om det sosialt ubevisste, og termen nevnes da heller overhodet ikke. Det blir derfor ikke berørt mer her.

Tredje del

R. Friedman åpner del tre med å understreke at tenkningen omkring det sosialt ubevisste er helt vesentlig for gruppeanalysen og at de interpersonlige, intersubjektive og relasjonelle perspektivene er uvurderlige i så hensende.

M. Weegmann tar for seg det intersubjektive perspektivet i kapittel seks. For øvrig igjen en republisering av en tidligere trykt artikkel. Weegmann skriver bra, men for dem som er noenlunde opplyst med Freud, oppdatert med selvpsykologi og intersubjektiv psykoanalyse à la Stolorow og Atwood, og selvsagt Foulkes sin gruppeanalyse, er det ikke så mye nytt å hente her. Essensen for meg blir at han poengterer transpersonlige prosesser som et mer relevant fokus enn intrapsykisk lokalisering når det gjelder det sosialt ubevisste. Men at dette også gjennomstrømmer de forskjellige domener av individuelt ubevissthet. Kapittelet kan imidlertid være opplysende for dem som strever med å differensiere de forskjellige perspektiver på det ubevisste som begrep.

Kapittel syv er skrevet av J. Lavie og tar for seg det han mener er de oversette røttene til Foulkes' teori. Nå viser det seg at det han utvikler er Norbert Elias sine teorier om de simultane og gjensidig avhengige prosesser i sosialisering og individuering, og Foulkes' forsøk på å beskrive sinnet (mind) som et transpersonlig fenomen. Dette har blant annet Farhad Dalal tidligere utviklet. Lavie har imidlertid hatt tilgang til arkivet hvor Foulkes sin kone overleverte hans etterlatte skrifter etter hans død. Det finnes

her noen upubliserte og viktige uttalelser fra Foulkes, for eksempel der han sier at mye som ser ut som biologisk arv faktisk er *kulturell arv overført sosialt* (kultur og det sosiale betegner ikke det samme). Kapittelet er en understrekning av gruppeanalysen som en teori, som ikke idealiserer gruppen og desavuerer individet eller omvendt. Dette er en falsk dikotomi som vi har sett, og ser stadig i oppstillingen av debatter som natur vs. kultur, evolusjon vs. kulturell preging, osv. Et eksempel er hjernevaskserien som ble vist på norsk fjernsyn for en tid tilbake, og som ble så populær nettopp på grunn av polariseringen. Foulkes og Elias sin fortjeneste var og er understrekningen av at gruppen og individet er to sider av samme sak, som psykologien og humanbiologien er det. Man kan med Freud si at all psykologi i grunnen er sosialpsykologi. Lavie gjør en god jobb i å understreke dette.

Fjerde del

Denne delen omhandler det falske kollektive selvet, skrevet av H. Klimova' fra Praha, og manifestasjoner av psykisk tilbaketrekking i sosiale systemer, skrevet av M. Mojovic' fra Beograd. F. de Mendelsohn innleder denne delen og supplerer og tilkjennegir sine egne meninger om temaet. Han problematiserer begrepet om kollektiv subjektivitet

som benyttes i kapittel åtte som en slags *contradictio in adjecto*, ut fra en implisitt forståelse av selv og det engelske ordet “mind”, som gjerne oversettes med sinn eller sjel som uttrykk for det samme – en slags individuell psykisk instans i kroppen. Følger en denne betydningen av “mind” blir uttrykket kollektiv subjektivitet forståelig nok forvirrende. Dersom man ser på de etymologiske røttene til “mind” går det imidlertid en tråd tilbake til det gammelnordiske ordet “mynde” som har dobbelt betydning som *stemme* og *myndighet*. Denne forståelsen av “mind” er åpenbart lite kjent. Denne forståelsen gir imidlertid muligheten for en annen forståelse og gjør det begripelig å snakke om kollektiv subjektivitet som et uttrykk for begrepet folkevilje for eksempel, som kommer til uttrykk ved at personer avgir sin stemme, sin myndighet, til et parti og lignende, som de da med sin representative myndighet uttrykker og representerer folks kollektive subjektivitet. En kan slik tale om både ekstern og intern representasjon. Begge har opplevd totalitære regimer, Klimova´ fra det tidligere Tsjekkoslovakia og Mojovic´ fra det tidligere Serbia. Begge skriver om gruppeerfaringer fra denne tiden.

Klimova´ benytter Winnicotts begrep om det “falske selv” som M. Sebek benyttet i beskrivelsen

av personlighetsutviklingen under kommunismen, med nødvendigheten av å utvikle et falsk selv tilpasset regimet. Vi får noen fine vignetter fra henne på dette der hun utvikler den kollektive subjektiviteten.

Mojovic´ bygger ved hjelp av psykoanalytikerne Grotstein, Britton og særlig Steiner, en modell for forståelse av hvordan et begrep som “psykisk retreat” kan benyttes til å forstå bestemte manifestasjoner av tilbaketrekking i grupper under traumatiske betingelser. Ifølge Steiner er psykiske retreats en indre patologisk organisering av forsvar og objektreasjoner tett sammenknyttet, som en slags sub – personligheter som forsyner beskyttelse fra relasjoner og realitet under vanskelige og traumatiske betingelser. Disse både innkapsler og beskytter individet. Ved å benytte prinsippene om ekvivalens, åpne system og Bions begrep om binokulært syn (visjon), fører hun perspektivet over til grupper og organisasjoner og gir mange gode kliniske vignetter for å belyse modellen sin.

Femte del

Her handler det om det sosiale systems matrix. Dette introduseres av G. Wilke, som stiller opp spørsmålene om sammenhenger mellom samfunnet og individet og hvorvidt man kan tale om at sosiale systemer har egne “minds”. Dette dreier seg

om spørsmålet om individet som monade, eller som knyttet sammen med noe utover individet, og hva denne tilknytningen består i og formidles av. Det sosialt ubevisste blir her et nøkkelbegrep for å forstå dette.

I kapittel ti er det F. Dalal som tidligere har fremhevet den "radikale Foulkes", som tar for seg makt, ideologi og det sosialt ubevisste. Dalal kritiserer individualismen i psykoanalysen, positivismen, der verdiforankringen tilsløres i vitenskapen, og sammenhengen med politikk, ideologi og maktrelasjoner. Med bakgrunn i den indiske kulturs multimodale kultur mangfoldighet på den ene side, og koblet til vestlig logisk reduksjonistisk tenkning på den annen, gjør han en meget overbevisende fremstilling av ovennevnte sammenhenger. Han mener gruppeanalysen er et godt instrument til å gjennomskue og frigjøre seg fra styrende ideologier. Han bygger på Foucaults maktkritikk som bakgrunn til å vise at makt-konstellasjoner er innebygget i relasjonelle tilknytninger og at det er her en finner essensen i det sosialt ubevisste. Dalal har et radikalt perspektiv som denne anmelder anser som vesentlig.

I kapittel elleve skriver R. Scholz om opprinnelses (foundation)matrix og det sosialt ubevisste. Hun er opptatt av å avgrense det indivi-

duelle mot det sosiale og motsatt, slik at man ikke med begrepet det sosialt ubevisste drukner individet i det sosiale, og motsatt behandler samfunnet som om det var et individ. Hun kritiserer tidligere teorier for å gjøre nettopp dette, uten å nevne noen eksplisitt. En får inntrykk av at det gjelder psykoanalytiske teorier når det gjelder samfunnet som en organisme eller individ, og sosiologiske teorier når individet drukner i det sosiale.

Sjette del

Denne delen heter det numiøse (av latin; numen) og det ukjente. Det numiøse går på det opphøyde, uhåndgripelige og spirituelle. I introduksjonen av A. Noack peker hun på sammenhengen hun ser mellom det sosialt ubevisste og det uhåndgripelige. Denne mer spekulative delen dekkes av S. Fariss, Kapittel 12, og G. Lawrence i siste kapittel 13. Det er ingen oppsummerende avslutning eller konklusjon på boken, noe som vel er en indikasjon på at fortsettelse følger med de neste tre bind.

Fariss presenterer oss for det jungianske perspektivet og det kollektivt ubevisste og trekker sammenlikninger med og avgrensinger til det sosialt ubevisste. Hun gjør også en viktig distinksjon mellom det sosiale og det kulturelle som også Gerhard Wilke med flere un-

derstreker tidligere i boken. Hun poengterer at termen det sosialt ubevisste ikke finnes i jungiansk teori. Det er spennende å lese hvordan hun anvender Jungs tenkning om individuering, komplekser og det kollektivt ubevisste på det kulturelle plan. Imidlertid gjør hun etter anmelders mening en overfortolkning av et sitat av Jung i koblingen mellom disse begrep som er forståelig, men likevel skurrer litt. Hun skriver: "Jung saw the collective unconscious as a container for the whole spiritual heritage of mankind's evolution born anew in the brain structure of every individual" (s. 305). En kan ikke se at dette går frem av sitatet fra Jung, som hun forankrer setningen i: "To the extent that the archetypes intervene in the shaping of conscious contents by regulating, modifying, and motivating them, they act *like instincts* (min uthevning). [At the same time,] archetypes have ...a distinctly *numinous character*" (ibid). En mistenker forfatteren for å ønske å skape litt nevro-Jung her. Skulle en følge Fariss i dette, må i så fall instinkt tolkes som en hjerneorganisk utløser eller priming mekanisme – et ubevisst pre – program. Et annet punkt som behøver en kritisk kommentar er hennes kritikk av kritikken av religiøse Islamskoler – Madrasahs, som er blitt beskyldt for å drive ekstrem politisert

religiøs antivestlig indoktrinering. Dette fremkommer under tittelen kulturkomplekser. Hun påstår at opprinnelsen til disse koranskolene kan sees på som en reaksjon på kristendommens angrep på islam (s. 307) som førte til en avvisning av vestlig kunnskap og vitenskap – såkalt moderne kunnskap. Dette kan synes som en gjentakelse av det europeiske selvpiskningsbehovet som bunner i forestillingen om imperialismen som kulturødelegger. Når det gjelder sunnimuslimsk Islam er dette kun en del av sannheten. Den overser de sterke rivaliseringene mellom mutazilittene og asharitene om predestinasjon, kausalitet, frihet, vilje og logos med mer, som startet under islams høykultur på 1000-tallet og tidligere. Dette endte med at asharitene som representerte den strenge fortolkningen av islam vant frem. Det førte til at læren om predestinasjon ble opphøyet til udiskutabelt dogme, og koranen som gudegitt ble opphøyet til tidløs, universell lovbok. Tanker om frihet, vilje og kausalitet ble kjeterske og straffet med døden. Dette skjedde gjennom århundrene på bekostning av filosofi og vitenskap. Det endte som den muslimske tenkeren F. Rahman sier, at et folk som blir berøvet filosofien nødvendigvis blir sulteføret i mangel på nye ideer og faktisk derved begår et slags intellektuelt suicid. Den såkalte de –

helleniseringen av islam var det altså ikke kun europeisk imperialism som stod for. Det er heller ikke et historisk faktum at imperialismen brakte med seg slavehandelen, som hun påstår (s. 308). Den levde i beste velgående i det meste av Afrika og Midt-Østen før de hvite kom. Det var den industrielle skala og bestialske varekarakteren som europeerne gjennomførte den med, som de må ta ansvar for. Som et degressivt kuriosum kan nevnes at berberstatene (Marokko, Algerie, Tunis og Libya) fra 1600-tallet og fremover tok over én million europeere som slaver. Den traumatiske distansering fra vestlig tenkning som Fariss viser til i mye av den muslimske verden er nok heller et uttrykk for ideologisk indoktrinering fra en del koranskoler og selekterte historiske fakta. Vårløsningen i 2011 i den muslimske verden, med rop om demokrati, er nok også mer uttrykk for opprør mot intern undertrykkelse og tyranni enn distansering fra vesten. Denne kritikk er ikke ment som et forsvar for hvites bestialske ugjerninger i Afrika og Asia, men en innvending mot å opphøye det kollektivt ubevisste til forståelsesmodell for politiske og ideologiske prosesser. Utover dette er det mange gode poeng i Fariss sin fremstilling.

Siste kapittel i boken står G. Lawrence for. Han er mannen som

oppfant modellen om sosial drømming, som er blitt en svært populær gruppetilnærming til ubevisste prosesser, særlig i konferansesammenheng. En kan da også lese dette kapittelet mer som en promovring av sosial drømming som metode enn som en utlegning av teoretiske ansatser om det sosialt ubevisste. Lawrence fremstår litt som en mystiker. Med disse siste kapitlene kan en si at åpenheten til utforskningen av det sosialt ubevisste flyter ut i kosmos som kan illustreres i punkt seks i Lawrence sin utlegging av sosial drømming som teori: "Following on the planes crashing into the Twin Towers, it might be that all the dreams of the universe are lodged in its social unconscious mode, like dark matter parallel to life, becoming available for social dreamers attuned to the numinous" (s. 333) I opptakten til presentasjonen av sin teori om sosial drømming kunne han, under avsnittet om tenkning, tatt seg bryet med å sette inn en referanse til I.Matte Blanco sin bok fra 1975 "The Uncounscious as Infinte Sets – An Essay in Bi-Logic.", da fremstillingen av forskjellen mellom ubevisst (symmetrisk) og bevisst (asymmetrisk) tenkning ser ut til å være hentet ut av dennes bok. Ellers er jo også Gordon Lawrence en kreativ sjel med mange egne originale og vesentlige tanker.

Avrundning

Det sosialt ubevisste synes egentlig mer som et felt for utforskning enn et begrep som kan operasjonaliseres. For å belyse begrepet om det sosialt ubevisste trekker mange av forfatterne på historiske fenomen som involverer traumatiske forhold for store deler av en befolkning. Dette er viktig, men det overbetones muligens på bekostning av andre forhold der en kan postulere sosialt ubevisste prosesser. Det finnes eksempler også på dette i boken. Innholdet er imidlertid variert og gir mange perspektiver på fenomenet den belyser, men ingen enhetlig forståelse, og det er heller ikke meningen. Dette er en eksplorerende og ikke en fastslående bok – den holder feltet åpent.

Nå er det ingen lett oppgave å gi en perspektivering av en bok som dette. Det er vanskelig å yte rettferdighet til alle bidragene, og det sier seg selv at preferansene for de forskjellige kapitlene er ulike. Dette skyldes at de gjerne er koblet sammen med leserens interessefelt. Når noe blir utsatt for flere kritiske merknader enn andre, er det vel så meget fordi de utløser debattlysten hos denne anmelder. Boken er på

mange vis en gullåre for dem som er søkende og opptatt av å streve med flere enn ett perspektiv på ting. Den har en bredde som går fra de mer stringente erfaringsbaserte modeller til de mer spekulative og spirituelle. Det kan selvsagt fremholdes som både en styrke og en svakhet med boken. Den har også bidrag som formidler ny kunnskap. Noen av kapitlene er tilretteleggelse fra tidligere publikasjoner – de har vært publisert før. Dette er synd, for det trekker ned helhetsinntrykket av bokens originalitet, og det kan virke som at det i noen tilfeller er lagt mer vekt på kjendisfaktor enn originale budskap. Det er ikke uvanlig at bøker gjerne består av en forfatters samlede artikler, men i en antologi skulle en tro det ville være mulig å bestille upubliserte manuskripter. Denne forfatter mener imidlertid det er prisverdig å utgi en antologi som er villig til å romme så mye diversitet. Boken vil være verdifull både for de kunnskapsrike som kjenner til diskursen omkring det sosialt ubevisste, og for de som strever for å sette seg inn i dette viktige og vanskelige teoretiske feltet. Neste bind i serien imøteses med forventning.

Den psykologiske undersøgelse af børn

Af Rikke Schwartz
Hans Reitzels Forlag 2011, 253 sider. Pris 298 kr.

Matrix, 2012; 1, 86-88

Anmeldt af Hanne Larsson

Rikke Schwartz er både en grundig teoretiker og en erfaren klinisk psykolog, hvilket med al tydelighed fremgår, når man læser hendes bog om psykologisk undersøgelse af børn. Det fremgår af indledningen, at basis for bogen er et undervisningsforløb for psykologer som led i specialistuddannelse, og at grundholdningen læner sig op af Allan Carr med henvisning til hans "Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology" fra 2006. Det sidste betyder, at der gennemgående bygges på "modellen med de fire P'er", det vil på dansk sige, at psykisk udvikling og udviklingsforstyrrelse forstås som betinget af udløsende, prædisponerende, vedligeholdende og beskyttende faktorer, altså en sårbarheds-/beskyttelsesmodel, som kendes flere steder fra.

Tillige bruges begreberne "case" og "caseformulering" om den hypotesedannende metode, hvor informationer fra alle de fire områder sammenfattes til en forståelse af barnets udvikling. Men når det er sagt, skal det fremhæves, at Rikke Schwartz derudover både henter sin viden fra et meget bredt felt af psykologisk teori, og fra sin egen store praksiserfaring, og bogen bærer præg af personlig integrering heraf.

Bogen er opdelt i tre dele; ét om almene aspekter ved den psykologiske undersøgelse, ét om metoder og ét om praksis. I den første del om det almene skrives om undersøgelsens opgave og om psykologens rolle, hvor der skelnes mellem afgørelsessager og behandlingssager. Dernæst omhandles udviklingspsykologisk forståelse af psykopato-

Hanne Larsson. Psykolog i privat praksis og lærer ved IGA-København på såvel den organisatoriske som den gruppeanalytiske uddannelse. Derudover lærer ved DSPP's supervisor uddannelse. E-mail: psykolog@hannelarsson.dk

logi, om undersøgelsesmetode, om beskrivelse af undersøgelsesresultatet (caseformulering) og endelig om formidling. Disse emner uddybes i bogens anden og tredje del, og den første del fremstår da som en oversigt. Anden del om metoder indeholder kapitler om klinisk vurdering, herunder anvendelse af klinikerens egne observationer og reaktioner, og brug af observationsskemaer. Der er kapitler om individuel undersøgelse af barnet, herunder mulige psykologiske testninger og om indsamling af information om barnet, herunder forældresamtaler og oplysninger fra det professionelle netværk. Der er et ret grundigt kapitel om det relationelle miljø byggede på tilknytningsteoretisk forskning og metode. Tredje del om praksis handler om caseformulering og tilbagemelding til forældre og professionelle. Hele den store kompleksitet i forståelse af et barns udvikling og vanskeligheder søges inddraget og sammenfattet. Det fører til, hvad der kaldes en miniteori, hvilket må forstås som den bedste hypotese, man kan opstille på grundlag af de foreliggende oplysninger.

Bogen slutter med et kapitel om socialretlige undersøgelser, og et om formidling af fagkundskab. Denne sidste del er meget væsentlig. Det er nogle af de vanskeligste opgaver. Psykologisk undersøgelse

skal bidrage til løsning af opgaver, hvor der er tale om stor sårbarhed hos både barn og forældre. Det drejer sig om sager, hvor der fordrer børnesagkyndig undersøgelse i forbindelse med retslig afgørelse i forældremyndigheds- og samværs-sager, og om sager, hvor de sociale myndigheder skal træffe afgørelse om foranstaltninger over for børn. Her kommer Rikke Schwartz' grundighed og redelighed virkelig til sin ret. Man kan dårligt tænke sig for meget om, når man arbejder med den slags opgaver.

Bogen er som helhed præget af bred faglighed og stor detaljering. At så meget medtages betyder, at meget kun nævnes kort, hvilket for den erfarne læser bidrager til at forankre forståelsen, og for den mindre erfarne læser både kan komplicere forståelsen her og nu og give et vink om, hvor der kan hentes uddybning. Med henblik på dette kunne man godt ønske sig en mere eksplicit anbefaling af videre læsning. Bogen bevæger sig på mange niveauer. Der er metateoretiske overvejelser, teoribeskrivelse, teorianvendelse og erfaringsformidling via mange konkrete eksempler. Det er på én gang en oversigtsbog og en bog med konkrete anvisninger. Man kan godt tabe pusten lidt over denne informationsrigdom og have svært ved at bevare overblikket, men der er en del gentagelser

af hovedpointerne, og det gør, at bogen godt kan anvendes som opslagsbog for den som sidder med en vanskelighed eller usikkerhed i en undersøgelsesopgave.

Sprogligt er den velformuleret og ligetil at læse. Der findes en ordliste, et stikordsregister og en liste over psykologiske tests, som nævnes i bogen. Jeg vil mene, at bogen først og fremmest henvender sig til praktikerne; både den, der gerne vil orientere sig i, hvad det vil sige at lave en psykologisk undersøgelse af et barn eller en ung, og den, der gerne vil fastholde sig selv på god standard og etik, minde sig selv om, hvad det nu er man skal huske at

tænke over. Som psykolog kunne man godt ønske sig, at samarbejdsparter og rekvirenter læste den, for på den måde at formidle forståelse for, hvad psykologer kan bidrage med, og hvordan de tænker om børn og unge og deres vanskeligheder. Det vil dog nok kræve en særlig interesse, men så kan man jo sige, at man behøver ikke altid læse det hele, man kan orientere sig udmærket ved at læse første og sidste del. Det er dejligt, at en dansk bog med denne viden og disse betragtninger nu er på markedet, en både fagligt velfunderet og samtidig meget personlig bog fra Rikke Schwartz' hånd, som hermed anbefales.

Mikroseparasjoner – tilknytning og behandling

Av Ida Brandtzæg, Lars Smith og Stig Torsteinson.
Fagbokforlaget 2011, 327 sider. Pris 429 kr.

Matrix, 2012; 1, 89-92

Anmeldt av Kirstin G. Furuholmen

Mikroseparasjoner, bokens tittel og ett av dens hovedtemaer, er inspirert av Dr. Allan Shores tanker. Forfatterne viser til den negative virkning selv korte øyeblikk med psykisk og emosjonell atskillelse fra omsorgspersoner kan få, dersom det over tid blir del av et mønster med forstyrret følelseskommunikasjon. Boken tar leseren gjennom utredning av tilknytningskvalitet, behandlingsplaner og retningslinjer for terapeutisk arbeid med sikte på å fremme god tilknytning. Det beskrives ulike typer utredningsverktøy, bruk av psykoedukasjon, og mer dyptgående behandling.

Del én av boken gir et historisk bakteppe for tilknytningstradisjonen og et bilde av utviklingen fra Bowlby og fram til i dag. Forfatterne går inn på forløpere for både trygg og utrygg tilknytning, og normativ

utvikling av trygg, unnvikende og ambivalent tilknytningsstrategi. Videre beskriver forfatterne hvordan arbeid med høyrisikofamilier gav grunnlag for forståelsen av desorganisert tilknytning. Den helsemessige risiko knyttet til denne formen for tilknytning vies også plass. Denne delen av boken går videre inn på indre arbeidsmodeller av tilknytning, og hvorledes foreldres mentale representasjoner spiller en rolle for omsorgsutøvelsen.

Del to av boken tar for seg kliniske implikasjoner av den kunnskapsbase vi i dag har på området tilknytning. Her beskriver forfatterne utredning, tilknytning og mentalisering, samt psykoedukativ metode med hovedvekt på "Circle of Security" som opplæringsverktøy. Det gis videre et bilde av hva som skjer når omsorgen bryter sammen,

Kristin G. Furuholmen. Psykologspesialist ved Aline Poliklinikk Oslo. E-postadresse: kristin.furuholmen@bfe.oslo.kommune.no Postadresse: Stockflethsgt 56 a. 0461 Oslo.

og konsekvenser av kronisk stress og desorganisert tilknytning – både fysiologisk og psykologisk. Det biologiske fundamentet og hjerneorganiske konsekvenser belyses. Denne delen av boken avsluttes med en innføring i tilknytningsbasert terapi med hovedvekt på “Circle of Security”-behandling.

Del tre trekker opp et samfunns-perspektiv. Hvordan kan den kunnskap vi i dag har om betydningen av tilknytning i nære relasjoner komme til anvendelse i vår forståelse av foreldreskap, parkonflikt og familieoppløsning? Gir kunnskapen holdpunkter for god praksis på områdene som er nevnt? Forfatterne mener det, men slår et slag for at dommere og sakkyndige i rettsapparatet må tilegne seg inngående kjennskap til tilknytningsperspektivet. Hva vi i dag vet om barnehagebruk og tilknytning, samt tilknytningstankens bidrag til hvordan barnehage tilbud kan organiseres på en god måte, danner avslutningen av boken. Boken har en meget fyldig litteraturliste, samt et stikkordregister, som er til god hjelp om man vil sette seg inn i en bestemt problemstilling eller studere et begrep.

Boken inneholder mange plan-sjer fra “Circle of Security”- tradisjonen. Det er ulike illustrasjoner av trygghetssirkelen som enkelt vi-

ser barns behov for utforskning, men også trøst og støtte; “trygg base og sikker havn”. I tillegg er boken illustrert gjennom fotografier av Heidi W. Goksøyr. Omslagsbildet taler til mine følelser som leser. Forfatterne av boken har en intensjon om å nå fram med sitt budskap gjennom flere modaliteter. Det gjør de gjennom beskrivelse av ulike metoder for utredning og behandling, men også gjennom bokens utforming. Bildet av et menneske i fosterstilling under vann, gir meg en opplevelse av ensomhet, og uendelig avstand til andre i tid og rom. Bokens tema beskrives på denne måten med en ordløs parallell til innholdet. Inne i boken er bilder i fotoserien “forbindelser” brukt av samme kunstner. To hender knyttes på ulike måter sammen i mer eller mindre komplekse mønster. Jeg tolker dette som en illustrasjon av behovet for å høre sammen med andre, og hvor godt og samtidig vanskelig dette er. Dette handler boken også om. I tillegg er *hender* et viktig begrep innen moderne tilknytningsbehandling (som for eksempel i COS). Det står for både terapeuten og omsorgspersonens ansvar for å være *større, sterkere og god*, mot henholdsvis klienter, så vel som mot sine barn.

Dette må ikke tas til inntekt for en “ovenfra og ned holdning.” Det er boken på ingen måte en ek-

sponten for. Også motvillige klienter fra barnevernet, som i mange tilfeller kommer til behandling med “kniven på strupen”, omtales med respekt. Boken peker på gode måter å møte disse klientene på, for å utvikle behandlingsmotivasjon. Også foreldre med svært vanskelige liv ønsker det beste for sine barn. Forfatterne beskriver hvordan deres innfallsvinkel kan benyttes i forhold til foreldre med svært dårlig omsorgspraksis. De er også tydelige på at det ikke alltid er nok. I boken pekes det på at altfor mange barn lever med altfor dårlig omsorg over tid. Konsekvenser av vold, omsorgssvikt og overgrep for tilknytningskvalitet og helse beskrives. Blant de minste barna som utsettes for kronisk og skadelig omsorgssvikt, tas det til orde for at fosterhjem og adopsjon kan gi mulighet for en bedre helsemessig utvikling. Hvordan tilknytning hos fosterbarn kan fremmes, omtales også.

Jeg anbefaler at man leser boken i sin helhet. Forfatterne trekker utviklingslinjer fra historie og fram til den kunnskap vi i dag besitter. Det henvises flere steder i boken både framover og bakover i teksten. Det vanskeliggjør til en viss grad bruk av boken som “oppslagsverk”. Boken tar da også sikte på en noe mer inngående innføring i et komplekst fagfelt. Språket som benyttes

er etter min mening preget av noe ujevnheter. Del én av boken oppleves noe tyngre og mer omstendelig i språket enn resten. Jeg tillater meg å *ønske* at boken var noen sider lenger, og at tilknytningsbaserte intervjuer som WMCI (Working Model of the Child Interview), COSI (Trygghets sirkelintervjuet) og AAI (Adult Attachment Interview), kunne bli viet noe mer oppmerksomhet. Det sistnevnte intervjuet er “alle tilknytningsintervjuers mor”. Hadde disse metodene blitt viet *noe* mer plass, ville nyanser i forhold til skåring kommet tydeligere fram.

Boken beskriver tilknytningsbasert terapi, men nevner også andre nyttige metoder, som “Marte-Meo”-behandling, og nytten ved ulike metoder framheves. Det tas imidlertid et oppgjør med “Holdingterapi” (Claesson og Idorn, 2005). Forfatterne kaller metoden skadelig. Jeg er glad for at forfatterne tar bladet fra munnen, og sier noe om at tvang og fastholdelse av barn i lenger tid *ikke* kan forsvares ut ifra et tilknytningsperspektiv. Metoden har fått en urovekkende popularitet i deler av barnevern og fosteromsorg i Norge. Dette er særlig bekymringsfullt med tanke på at mange fosterbarn bærer på traumer knyttet til tvang og overgripende adferd fra sin opprinnelsesfamilie.

Min totalopplevelse av budskapet i *Mikroseparasjoner* er positiv. Forfatterne demonstrerer imponerende kunnskap og evne til å trekke utviklingslinjer. Teksten understøttes av eksempler. Jeg bruker mange av metodene fra boken i mitt daglige arbeid, og synes jeg lærte noe nytt gjennom å lese den. Kunnskap jeg har, er blitt utdypet, og satt inn i en større sammenheng. Boken beskriver biologiske prosesser, hjerneorganisering og stresshåndtering på en imponerende lettfattelig og interessant måte. Skadevirkningene av mikroseparasjoner, mangelfull følelsesregulering og kronisk stress hos barn blir løftet frem. Hvorfor mentalisering er viktig, og ikke minst hvordan det fremmes i trygge tilknytningsrelasjoner, beskrives. I boken beskriver forfatterne også hvordan oppdagelse av speilnevroner og deres funksjon har fått betydning for forståelse av vår innlevelse i andre og for motorverførbegrepet i terapi. Det har vært spennende lesning. Samfunnsdelen tar blant annet opp fars rolle i det moderne samfunnet. Hva når barnet har god tilknytning til begge foreldre? Hvordan skal vi tenke om

dette, for eksempel ved samlivsbrudd. Alt dette har jeg funnet interessant.

Mikroseparasjoner anbefales for de som har lyst å sette seg nærmere inn i tilknytning, utredning og behandling, og de bredere samfunnsmessige implikasjonene tilknytningstankegangen bør få. Vil du som leser begynne å sette deg inn i "Circle of Security"-psykoedukasjon eller behandling, er dette viet god plass i boken. Jeg *tror* at psykologer, leger/ barnepsykiatere og terapeuter med ulik bakgrunn og interesse for tilknytning vil finne boken lærerik. Jeg *håper* at politikere, dommere og byråkrater vil lese den og ta til seg essensen.

Avslutningsvis: Forfatterne bruker mange steder i boken betegnelsen "*den lille*" om barnet. I tillegg til å gi en kjærkommen avveksling rent språklig, opplever jeg at det taler til mitt hjerte, og mitt *omsorgssystem*. Det skaper et følelsesmessig akkompagnement til lesingen; *Jeg føler barnets behov for min beskyttelse samtidig som jeg tar inn teksten om nettopp dette.*



DISPUK

Narrative og poststrukturalistiske perspektiver

SUPERVISIONSKURSUS: WEEKENDFORLØB I BERLIN MED ANETTE HOLMGREN

På kurset introduceres de grundlæggende elementer i narrativ supervisionspraksis, med et særligt fokus på kulturelle normer.

Den lille holdstørrelse bevirker, at der vil blive rig lejlighed til at træne supervisionsmetoderne og fordybe sig i teoretiske og metodiske pointer. Alle deltagerne vil få feed-back på egen supervisionsstil.

Den 30. august - 1. september 2012 i Berlin
Holdnr. 744-12

SEMINAR MED TODD MAY: FÆNOMENOLOGI, MERLEAU-PONTY OG NARRATIVITET

Det fænomenologiske grundlag for narrativ og poststrukturalistisk teori og praksis
Merleau-Ponty var en af de filosoffer, der skabte grundlaget for Foucaults og Deleuzes arbejder.
Todd May er en fantastisk formidler. Han vil levende fortælle om en af det sidste århundreders mest banebrydende filosoffer og vise forbindelserne til både poststrukturalisme og narrativ teori og praksis på let forståeligt engelsk.

Den 11.-12. juni 2012 i Snekkersten
Holdnr. 818-12

MICHAEL WHITE EFTERMIDDAGE NARRATIVE SAMTALER LIVE

Allan Holmgren praktiserer narrativ terapi en række eftermiddage i 2012, hvor man kan overvære samtalen og drøftesessionen bagefter.

Snekkersten: Allan Holmgren demonstrerer narrativ terapi med inddragelse af "publikum" som eksterne vidner - i alt 5 gange kl. 17-20. • Holdnr. 848-12

Århus: Allan Holmgren står for den 5. november; Martin Nevers, Sidsel Arnfred og Lone Kaae viser narrativ samtalepraksis de øvrige tre eftermiddage; deltagerne inddrages i bevidningen - i alt 4 gange kl. 16.30-19.30.
Holdnr. 859-12

WORKSHOP OG SEMINAR: VOLD OG TRAUMER

2 dage med fokus på hvordan man kan arbejde i forhold til vold og traumer:

Mandag den 25.juni: Workshop med Alan Jenkins, Adelaide, Australien

Tirsdag den 26.juni: Seminar med Alan Jenkins, Lars Sørensen, Anette Holmgren, Mette Melby ak og Brit Selvik

Den 25.-26. juni 2012 i Snekkersten
Holdnr. 880-12

WORKSHOPS MED JOHN WINSLADE, USA:

SKOLER, UDDANNELSESSTEDER & SSP

Introduktion til narrativ vejledning og rådgivning på skoler og uddannelsessteder
Snekkersten den 7. juni 2012
Holdnr. 822-12

Konflikter og udveje:

Den bedst mulige historie

Workshopen henvender sig til personer, som vil introduceres til narrativ konfliktforståelse og konflikt håndtering.

Snekkersten den 8. juni 2012 • Holdnr. 824-12

2-ÅRIG KLINISK SPECIALISTUDDANNELSE: NARRATIV PSYKOTERAPI

Specialistuddannelse for psykologer & læger/psykiatere samt op til 25% med anden akademisk baggrund

Med udgangspunkt i de narrative metoder behandler uddannelsen alle centrale aspekter i psykoteraeutisk praksis med særligt fokus på magt, terapeutens egne fortællinger og dominerende diskurser om terapi.

Med Anette Holmgren og Anne Romer

Start forår 2013 i Snekkersten
Holdnr. 790-13

Hverdagspoetisk praksis

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