

Indholdsfortegnelse

Kristina Elofsson og Peter Ramsing: Redaktionelt	2
Eystein Victor Våpenstad: Med ryggen mot veggen. Om psykoterapeutens strev i behandlingen av alvorlig traumatiserte barn.	4
Frida Gullestad Rø: Psykoterapiforskning – aktuelle utfordringer og dilemmaer	26
Øyvind Halmrast og Jan Skjerve: Endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen.	38

Boganmeldelser

Martin Lotz: Moderne nervøsitet	53
Svein Tjelta: Small, Large and Median Groups. The Work of Patrick de Maré	59
Aud Auråen: Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge	66

Table of contents

Kristina Elofsson og Peter Ramsing: Editorial.	2
Eystein Victor Våpenstad: With his back against the wall. On the psychotherapist's exertion in the treatment of severely traumatized children.	4
Frida Gullestad Rø: Psychotherapy research – current challenges and dilemmas	26
Øyvind Halmrast og Jan Skjerve: Mechanisms of change in the therapeutic alliance	38

Redaktionelt

I dette nummer af Matrix, det første i 2013, kan vi byde på tre spændende artikler. Den ene artikel beskæftiger sig med et klinisk emne, psykoterapi med traumatiserede børn. De to andre har fokus på psykoterapiforskning og forandringsmekanismer i psykoterapi. Vi mener således, at dette nummer kan være interessant for mange læsere.

Den første artikel af Eystein Victor Våpenstad *Met ryggen mot veggen. Om psykoterapeutens strev i behandlingen af traumatiserte barn* giver en oversigt over behandlingen af traumatiserede børn både på grundlag af forfatterens egen erfaring og på baggrund af litteraturen. Våpenstad beskriver, hvordan forskellige traumer skader barnets udvikling og forhindrer udviklingen af et mentalt apparat, som barnet kan anvende til at håndtere både små og store frustrationer. I artiklen beskrives forskelle på forskellige typer traumer, og det beskrives tydeligt, hvad man som psykoterapeut skal være opmærksom på, men også hvor krævende det er at være terapeut for børn med svære traumer. Betydningen af at dele dette arbejde med andre i supervision eller kollegialt understreges. Det er en meget spændende, tankevækkende og brugbar artikel for alle der i deres arbejde møder børn, der har været udsat for traumer.

Den næste artikel af Frida Gullestad Røe *Psykoterapiforskning – aktuelle udfordringer og dilemmaer* diskuterer flere udfordringer i psykoterapiforskningen og debatten om at evidensbasere den psykoterapeutiske behandling: Hvordan skal man forstå den viden der er om de såkaldte fællesfaktorer, og hvordan kan denne viden overføres til klinisk praksis? Hvilken type af viden er relevant for at afklare, hvilken behandling der er den bedste? Hvad er målsætningen med psykoterapi og hvordan kan man måle ændring? Gullestad Røe giver i artiklen en grundig oversigt over relevant viden og diskuterer centrale spørgsmål og udfordringer i psykoterapiforskningen.

Den sidste artikel af Øyvind Hamrast og Jan Skjerve *Endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen* går i dybden med allianceforskningen og kommer med et bud på, hvad der kan være af mere specifikke virkningsmekanismer i den tera-

peutiske alliance, som der jo er bred dokumentation for et centralt element i al psykoterapi. Halmrast og Skjerve beskæftiger sig i artiklen med to forhold, som kan være mulige ændringsmekanismer: 'forhandling af alliancebrud' og 'self-efficacy'. De argumenter for at alliancen gennem disse to ændringsmekanismer giver terapeutisk effekt i form af en øgning i klienternes faktiske relationelle evner og relationelle self-efficacy. Selvom der stadig mangler yderligere forskning for at afgøre om den terapeutiske alliance har en direkte kurativ effekt, er artiklen et væsentlig bidrag til diskussionen og afklaringen af dette spørgsmål.

Til slut er der tre boganmeldelser. Martin Lotz anmelder tre romaner af Christian Jungersen, der kan være inspirerende læsning for psykoterapeuter. Svein Tjelta anmelder *Small, Large and Median Group. The work of Patrick de Mare*, redigeret af Rachel Lenn og Karen Stefano, og Aud Auråen anmelder *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*, redigeret af Birgit Svendsen, Unni Tanum Johns, Heidi Brautaset og Ingeborg Egebjerg.

God læselyst
Kristina Elofsson og Peter Ramsing

Med ryggen mot veggen

Om psykoterapeutens strev i behandlingen av alvorlig traumatiserte barn

Matrix, 2013; 1, 4-23

Eystein Victor Våpenstad

Artikkelen beskriver psykoterapeutens utfordringer og strev i arbeid med barn som har opplevd alvorlige traumer. Slike traumer kan grovt sett deles i to grupper: Sjøkktraumer og kumulative traumer. Forfatteren beskriver hvordan ulike traumer skader barnets psykiske utvikling og forhindrer etablering av et mentalt apparat som kan håndtere små og store frustrasjoner. Psykoterapi med alvorlig traumatiserte barn er spesielt utfordrende for psykoterapeuten fordi han vil oppleve sterke reaksjoner i sitt møte med en svært utfordrende barnepasient, ofte sammenkoplet med en skremmende og uutholdelig historie. Artikkelen bygger på egne erfaringer som psykoterapeut og psykoanalytiker for traumatiserte barn, samt på litteraturstudier.

Innledning

Psykoterapeutisk arbeid med traumatiserte barn er svært krevende. Denne artikkelen er et forsøk på å beskrive noen typiske reaksjoner hos psykoterapeuter som tar på seg denne oppgaven. Men først er det nødvendig å gi en innføring i hva vi mener med traumer barn kan bli utsatt for og å si noe om grunnleggende sider ved det mentale apparat som skal kunne håndtere menneskebarnets erfaringer, men som er sårbart og vil bli sterkt skadelidende av traumatiske påkjenninger.

Eystein Victor Våpenstad, Dr.philos, psykoanalytiker, spesialist i klinisk voksenpsykologi, spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi, spesialist i klinisk psykologi med intensiv psykoterapi. Privat spesialistpraksis, Oslo, Norge. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Uni Research, Bergen, Norge. Adresse: Postboks 7217 Majorstua, 0307 Oslo, epost: dr.ev.v@vapenstad.no

To typer traumer

Den første typen traume kan vi gi navnet “sjokktraume”. Her handler det om enkeltstående hendelser eller en sammenhengende situasjon der barnet utsettes for ekstreme påkjenninger. Det kan være vitne til en episode av grov vold mot seg selv eller foreldrene, eller det kan være en noe lengrevarende situasjon som for eksempel krigshandlinger. Et typisk eksempel er den fire år gamle jenta som blir funnet under sin drepte mor på en parkeringsplass i Frankrike. Der har hun ligget i over åtte timer etter at familien hennes ble skutt rundt henne (Gimse, 2012). Den andre typen traumer kjennetegnes ofte av sitt kumulative preg (Kahn, 1986). Dette er traumer som kanskje ikke vil være traumatiske hvis de brytes ned til enkeltepisoder, men som til sammen vil utgjøre en mangel eller negativ påvirkning på barnet og barnets utvikling. Denne formen for traumer defineres av Terr (1995) som Type II. Dette er det som ofte kalles “developmental traumata” (Streeck-Fischer, 2000; s. 87), og handler om barn som utsettes for en kronisk traumatisk livssituasjon preget av neglekt, mishandling, og/eller seksuelle overgrep. Denne type traumer påfører barnet massive og karakteristiske skader i evnen til selv-regulering på et psykisk, nevrologisk og biologisk plan (Schore, 2010). Det handler også ofte om en eller flere voksne som benytter sin omsorgsrelasjon til barnet til å begå seksuelle overgrep eller fysisk mishandling over tid (Horne, 1999).

I “Hinsides lystprinsippet” skriver Freud (1920) at et traume er “a consequence of an extensive breach being made in the protective shield against stimuli” (s. 31). Freud beskriver dette skjoldet som en type hud som med sin død (døde hudceller) beskytter de dypere lagene mot en lignende skjebne. Freud beskriver hvordan vi også er utstyrt med en mental membran som beskytter det som er innenfor og som er mer sårbart. Bick (1968) beskriver også betydningen av dette ytterste hudlaget, denne psykiske huden, som beskyttelse av det lille barnets uferdige og ytterst sårbare indre mentale rom. Bick sier at den psykiske huden holder barnet sammen og er helt nødvendig for å forhindre barnet i å “gå i tusen knas”; denne tidlige angst hos spedbarnet kan beskrives som en fragmenteringsangst (Klein, 1946) eller utslettelsesangst (Winnicott, 1960). Denne tidligste psykiske huden, som er en direkte avledning fra barnets opplevelse av å ha en faktisk hud, trenger et ytre miljø med spesielle kvaliteter for å kunne utvikle seg optimalt. Den trenger et miljø som kan beskytte mot for sterke stimuli og etter hvert også hjelpe barnet til å kunne ta inn fordøyde erfaringer gjennom denne skjøre membranen, erfaringer som er gjort meningsfulle og håndterbare for barnet.

Anzieu (2000), som med sitt begrep “hudjeget” videreutvikler Freuds og Bicks teorier, beskriver hvordan angrep på et uferdig hud-jeg oppleves av spedbarnet:

Smärtan tvingar sig på nätverket av kontaktbarriärer, förstör de baningar som kanaliserar retningarnas kretslopp, kortsluter de relän som omvandlar kvantitet til kvalitet, upphäver åtskillnaderna, utplånar nivåskillnaderna mellan de underordnade psykiska systemen och strävar efter att spridas åt alla håll. (s. 287)¹

Den type smerte Anzieu her beskriver handler om direkte angrep på barnets fysiske/psykiske hud og er en god beskrivelse av hvordan et sjokktraume opptrer og påvirker barnet.

Kumulative og relasjonelle traumer kan være en oppsamling av sjokktraumer. Et viktig spørsmål blir om et økende antall enkelttraumer gir en stadig større skade, eller om skaden ikke kan bli særlig mye verre etter at et mønster av sjokktraumer er etablert og blitt til et kumulativt traume. Dette spørsmålet blir ikke videre berørt i denne artikkelen.

Traumer trenger igjennom den psykiske huden

Menneskekroppen er altså omgitt av et tynt hudlag. Huden vår markerer grensen mellom oss som organisme og resten av verden. Som metafor for vårt mentale apparat, er huden velegnet.

Der Freud satte beskyttelse først, vil den moderne psykoanalysen betrakte både beskyttelse mot stimuli og resepsjon av stimuli som like viktig. I hvert fall er disse to delene av vår mentale fungering tett sammenvevd (Ingham, 1998). Et fungerende reseptorapparat skal hjelpe organismen med å prosessere alle typer stimuli slik at disse kan bevege seg fra helt grunnleggende fysiske sensasjoner og rudimentære persepsjoner til erfaringer som det er mulig å håndtere mentalt. Slik blir vår psyke beskyttet mot overveldende og paralyserende stimuli på samme måte som huden beskytter de indre organer i kroppen mot skadelige fenomener utenfra.

Traume og alfa-funksjon

Menneskebarnet blir ikke født med et ferdig utviklet beskyttende mentalt system, hverken hva gjelder selve tykkelsen på muren eller den reseptive funksjonen. Spedbarnet trenger hjelp av andre for å bygge opp et slikt beskyttelses-

1. Svensk oversettelse fra fransk ved John Swedenmark

system mot stimuli utenfra og sensasjoner innenfra. Omsorgspersonene, som regel mor, skal ikke hjelpe barnet med å bygge en solid betongmur som ikke slipper inn noe utenfra, men må hjelpe barnet til å utvikle et meget sofistikert og fleksibelt system som skal kunne metabolisere og omarbeide uferdige inntrykk til meningsfulle erfaringer. Bion (1962) beskriver hvordan spedbarnets mor² bruker sitt mer modne mentale apparat til å ta imot og oppbevare eller romme (på engelsk brukes som regel betegnelsen “to contain”) barnets kaotiske, uintegreerte og rå sanseintrykk og indre sensasjoner. Gjennom det fenomenet han ga navnet “reverie” avgifter og omformer mor dette råmaterialet til personlige inntrykk og erfaringer som er meningsfulle for henne selv, og som dermed også kan bli det for spedbarnet. Bion brukte navnet “alfafunksjon” på denne evnen til å omforme disse ufordøyde (betaelementer) og overveldende stimuli til vanlig mentalt innhold (alfaelementer) som fantasier, drømmer, tanker og minner. Skal spedbarnet kunne utvikle et mentalt apparat som kan fungere som en beskyttende og reseptiv psykisk hud, må det ha med seg tilstrekkelig mange (og stabile) erfaringer av å være deltaker i en relasjon med en mor som er i stand til å romme barnet. Slik vil spedbarnet selv ta imot, internalisere og identifisere seg med en fungerende alfafunksjon.

Traumer av alle typer vil kunne ødelegge alfafunksjonen, og den psykiske huden makter da ikke lenger å ta unna og omforme ubearbeidede inntrykk og sensasjoner utenfra og innenfra. Dermed er organismen uten tilstrekkelig beskyttelse mot stimuli som kan bli for sterke og ødelegge det sensitive og uferdige mentale apparatet innenfor. Istedenfor å kunne bearbeide og omforme betaelementer til alfaelementer, vil et spedbarn uten en fungerende psykisk hud oppleve det Bion (1962) beskriver som “navnløs skrekk”. Alvorlige traumer setter alfafunksjonen ut av spill og skaper en tilstand der organismen ikke lenger makter å gjennomføre det mentale arbeid som skal kunne gjøre spedbarnet i stand til å tåle og begripe psykisk smerte, savn og ubehag. Alt ubehag, alle små og store frustrasjoner som barnet møter, både i den ytre verden og igjennom sine kroppsfunksjoner, vil da forbindes med og utløse en navnløs skrekk (på engelsk: “nameless dread”), noe livstruende som ikke er til å forstå, noe som ikke tilhører det mentale, men som forbindes med ytre trusler mot organismens mulighet for å overleve.

Det vil være en forskjell på hvordan psykoterapeuten reagerer når han/hun kommer i kontakt med barn som har opplevd sjokktraumer og barn som har

2. I denne artikkelen vil det som regel bli brukt “mor” som begrep for barnets primære omsorgsperson, men dette kan selvfølgelig også være far.

gjennomlevd kumulative traumer. Ved førstnevnte er det naturlig å se for seg at terapeuten vil reagere med sjokk og en forståelig forsvarsreaksjon som kan preges av både benekting og rasjonalisering. Å høre om barn som opplever ekstreme påkjenninger, kan være skremmende og uutholdelig. Terapeutisk arbeid med barn som har opplevd sjokktraumer, vil kunne bli langvarig, men handler mye om å etablere verden som et trygt sted igjen, innføre en tro på at barnet blir forsvart og rydde opp i det kaos som barnet befinner seg i som følge av at for eksempel foreldrene er omkommet. Hvis den pre-traumatiske fungering har vært bra nok, vil et slikt barn kunne ha store muligheter for å kunne etablere nye nære relasjoner og vil kunne bearbeide det som har skjedd på en måte som gjør det mulig å leve videre på en ganske normal måte med det såret som sjokktraumet har skapt. Her finnes det selvfølgelig en stor individuell variasjon.

Kumulative traumer – relasjonstraumer – preverbale traumer

Balint (1969) mener den type traumer psykoanalysen primært forholder seg til ikke er togulykker og fly som ramler ned, men uoverkommelige vansker i relasjonen mellom det lille barnet og dets omsorgspersoner, eller det Balint benevner som et “traumatogenic object” (s. 431). For å kunne skape en traumatisk situasjon, må relasjonen til dette traumatogene objektet i utgangspunktet være av en slik intensitet og betydning at det dreier seg om en avhengighet. Denne relasjonen skal i utgangspunktet og ideelt sett være en garanti for barnets trygghet og utvikling. Vi snakker altså om primære relasjoner mellom en eller flere omsorgspersoner og et lite barn (spedbarn), og der denne relasjonen ikke makter å gi barnet det barnet trenger for å kunne utvikle seg optimalt. Ofte handler det om hvordan relasjonen blir snudd på hodet, og det blir det lille barnets oppgave å ta imot omsorgspersonens projeksjoner (Hopkins, 1986; Joyce, 2010; Ogden, 1992; Winnicott, 1967). Ogden beskriver dette som “maternal impingements” (1992; s. 107), og Raphael-Leff (1996), inspirert av Winnicott, innfører begrepet “primary maternal persecution” (s. 386), og hun skriver:

Where such “primary maternal persecution” remains unresolved, defensive measures may manifest postnatally in various degrees of emotional detachment and/or need for physical separation from the “dangerous” baby who can threaten to undermine the mother’s sense of adult competence and hardwon independence by revealing her disavowed baby self or infantile neediness or rage. When defenses fail, “retaliatory” thoughts of punitive vengeance may erupt, with possible enactment of violence.

Men det trenger ikke være like åpenbare eller aktive traumer; et lite barn kan også traumatiseres av mangler i den nødvendige omsorg. Anzieu (1993) kaller dette "mikrotraumer". Disse er som sagt ikke like lett å oppdage:

Traumas of infancy are woven into the moment-to-moment regulatory transactions experienced in the infant-caregiver system and are consequently nonevident. (Schuder & Lyons-Ruth, 2004; s. 94).

Et vesentlig skille mellom relasjonstraumer og sjokktraumer er at sistnevnte er åpenbare for alle. Relasjonstraumene trenger ikke være åpenbare, selv om det også her i mange sammenhenger er tydelig at barnet har opplevd vold, mishandling og overgrep begått av omsorgspersonene. Anzieu (1993) snakker om mikrotraumer eller det vi kan beskrive som en kronisk tilstand av mangel på omsorg, beskyttelse og vekstfremmende livsvilkår. Det kan, som beskrevet, handle om en manglende beskyttelse fra omsorgspersonens eget forstyrrede tanke- og følelsesliv. Blant barn utsatt for relasjonstraumer er det mange som ikke vet eller er i stand til å beskrive eller forstå at de har vært utsatt for noe traumatisk. Hos disse barna vil terapeuten bare indirekte kunne oppdage eller fornemme hva barnet kan ha blitt utsatt for. Bare gjennom langvarig psykoterapeutisk arbeid og gjennom omfattende analyse av egen motoverføring kan terapeuten avdekke hva barnet kan ha vært utsatt for.

Det er også en altfor stor gruppe barn som opplever en kronisk situasjon av vold, seksuelle overgrep og annen grenseoverskridende atferd fra voksne i sin umiddelbare omgangskrets: "en pågående omsorgssvikt og mishandling som er så langvarig og kronisk at den blir en livsstil for barnet." (Gallo, 2001; s. 109; min oversettelse). Denne gruppen kan vi benevne åpne, ekstreme kumulative traumer, og disse barna lever ofte i tillegg med en kombinasjon av mikrotraumer, sjokktraumer og sterke kumulative traumer.

Psykoterapeutens utfordringer i psykoterapeutisk arbeid med traumatiserte barn

"He who makes a beast of himself gets rid of the pain of being a man."

– Dr. Johnson. (Thompson, 1998).

...some hurts are not bearable and threaten your sense of humanity, of being a person. (Rustin, 2001; s. 273).

Vi kan dele terapeutens utfordringer inn i fire typiske reaksjonsmønstre eller overføringsscenarioer. Dette er: Ønske om å glemme, bli satt i overgriperrollen, erfare og bli berørt, og å tåle å være med barnet inn i sorgen.

Ønske om å glemme og komme seg bort fra det vonde og vanskelige

Terapeutisk arbeid med barn som har vært utsatt for alvorlige overgrep og er sterkt traumatiserte stiller store krav til terapeutens evne til å tåle og til å holde ut (Baradon, 2010; Horne, 1999; Lieberman & Van Horn, 2008; McQueen, et.al, 2008; Osofsky, 2004). I møte med ekstreme historier er det naturlig at vi vil beskytte oss selv, og trangten til å "vende det døve øret til" er sterk. Spesielt gjelder dette sjokktraumer der barn kan være utsatt for en ekstrem belastning, for eksempel ved å være vitne til at foreldre blir drept. I Aftenposten den 15. oktober 2012 kan vi lese om en far som tar livet av mor og blir funnet blodig i sin bil sammen med en liten gutt rett etter drapet. Han er parets felles barn (Svarstad, Kvilesjø & Dragland, 2012). Dette er eksempel på en historie som vil kunne utløse et sterkt psykisk forsvar hos dem som gjennom sin stilling i hjelpeapparatet vil møte dette barnet. Men også kumulative traumer kan være svært krevende å forholde seg til for terapeutene. Spesielt gjelder det der barnet kan være utsatt for langvarige og gjentatte overgrep, mishandling og grov omsorgssvikt. Også her vil det være naturlig å reagere med det Streeck-Fischer (2000; s. 88) kaller "soul blindness", eller det Hopkins (1986, s. 71) og Steiner (1985) beskriver som "turning a blind eye". Å skulle bevege seg inn i disse historiene og forholde seg til realitetene i det barn kan være utsatt for, vil medføre en sterk tvil hos terapeuten og ofte en rasjonalisering i retning av at "det er vel ikke nødvendig å utsette barnet for enda mer smerte ved å gå inn i det som har skjedd enda en gang", eller som Balint (1969) beskriver: Det kan være en sterk tendens til å tilskrive det hele til barnets fantasi. Det kan også være vanskelig for terapeuten å måtte innse at vi alle, som medlemmer av menneskeheten, kan ha i oss krefter og evner til å utføre perverse og uhyggelige handlinger. Utfordringen for terapeuten blir å kunne forstå at nettopp slike følelser og fantasier, som vi vil gjøre alt for å holde borte, og som strider så enormt mot vårt selvilde som den gode hjelper og den beskyttende og rettferdige fagperson, er helt nødvendige å kjenne på for å kunne forstå og hjelpe det traumatiserte barnet. Rustin (2001) beskriver hvordan terapeuten selv vil preges av en intens angst for å mislykkes eller begå nye traumatiserende feil mot barnet, eller for selv å bli traumatisert gjennom behandlingen av barnet. Og Hopkins skriver:

It seems that helping a child to recover from trauma is liable to involve the therapist not only in sharing the pain but in suffering grave doubts about whether facing pain so starkly is necessary, and whether the self-protection of turning a blind eye may be preferable. Recognition that suffering such doubts is a feature of the psychotherapeutic work with traumatized children may help to make the work more tolerable. (s. 71)

Alvarez (1992) argumenterer med tyngde for at det i den psykoterapeutiske behandling av barn som har vært utsatt for alvorlige overgrep, ikke alltid er et gode å skulle huske eller grave frem alt som har skjedd. Psykoanalysens arkeologi-metafor passer ikke for behandlingen av disse barna. Noen ganger kan det være like viktig å kunne glemme og bli ferdig med fortiden. Men Alvarez sier at dette ikke må forstås som en oppfordring til å gå i ledtog med krefter som vil benekte realitetene, men at det handler mer om å innse at det hos disse barna ikke er mulig å huske, i hvert fall ikke alt på en gang. Alvarez mener det traumatiserte barnet først trenger hjelp til å utvikle evnen til å *kunne* huske før det kan begynne arbeidet med å gjenkalle overgrepet. Arbeidet med å “sy sammen” et sterkt traumatisert og “gjennom-krenket” barn skjer i ørsmå skritt og ofte rundt helt andre tema og fenomener enn det den voksne tror er viktig og helbredende for barnet.

Rustin (2001) beskriver hvordan terapeuten settes på den ytterste prøve og testes av barnet på sin evne til å kunne holde ut å ha “her back against the wall” (s. 283). Det er nettopp denne posisjonen på kanten av avgrunnen som er den mest relevante for å kunne forstå barnets dypeste vanskeligheter. “Kjernen i dette er at vår opplevelse av avsky og redsel som terapeuter, avspeiler det som barnet selv ikke kan håndtere.” (s. 283; min oversettelse). Det er vanlig at terapeuten kan kjenne en intens angst for ikke å skulle kunne klare å hjelpe barnet.

Osofsky (2004) beskriver hvordan terapeuten gjennom denne type arbeid selv står i fare for å bli traumatisert. Hun beskriver hvordan terapeuter som arbeider med traumatiserte barn kan utvikle det hun kaller “vicarious traumatization” (s. 327). Dette handler om at terapeuten selv kan oppleve psykosomatiske symptomer som “kvalme, hodepine, intrusive tanker, søvnvansker, emosjonell nummenhet, en følelse av personlig sårbarhet lik den deres pasienter opplever som ofre for alvorlige traumer.” (s. 328; min oversettelse). Og hun fortsetter: “Når terapeuter lider av ‘vicarious traumatization’ vil de kunne oppleve intrusive bilder som kan være svært plagsomme og som kan forstyrre deres evne til å kunne arbeide terapeutisk.” (s. 328; min oversettelse). Sammen-

koblet med et intenst rednings- og beskyttelsesønske på vegne av det traumatiserte barnet, kan en slik tilstand få lov til å pågå for lenge. Den meget sterke belastning som terapeutene selv får gjennom sitt arbeid med traumatiserte barn, bør medføre at det i alt hjelpearbeid rettet mot disse barna legges stor vekt på å også ivareta og beskytte terapeutene (Baradon, 2010; Osofsky, 2004).

I sine beskrivelser av terapeutisk arbeid med spedbarn, forteller Baradon (2010) hvordan barnet helt konkret rykker tett innpå terapeuten:

With a real baby in the room there is no escape from the immediacy of primitive feelings and somatic expressions of trauma. These penetrate the therapist in all modalities – the visceral absorbance of smell, sound, sight, the emotional waves of pain, rage, joy, awe, envy, taken in bodily as well as symbolically through the spoken word. Inevitably the material from infant and parent resonates with both the infantile and mothering (and fathering) self of the therapist. (s. 216)

Det er spesielt vanskelig å se eller høre om alle slags grusomheter og overgrep begått mot spedbarn. Siden spedbarnet naturlig utløser grunnleggende omsorgs- og tilknytningsresponser hos den voksne, vil terapeuten nærmest automatisk reagere med en sterk trang til å ivareta og beskytte et så lite og hjelpeløst medmenneske. Terapeuten vil også naturlig reagere med sjokk, vantro og raseri på vegne av seg selv og spedbarnet. Noen ganger kan denne type responser bli for sterke og overskygge terapeutens evne til å tenke og agere profesjonelt. I slike tilfeller kan vi snakke om en problematisk motoverføringsreaksjon der terapeuten er emosjonelt fanget av det traumatiske. Dette vil da være en reaksjon som ikke informerer og sensitiviserer terapeuten, men som kan forhindre han/henne i å kunne gjøre en god jobb for barnet og foreldrene. Det vil være vesentlig for å kunne hjelpe en mor som skader sitt barn, at terapeuten makter å se og forstå også det redde og hjelpeløse barnet inni denne mammaen og på denne måten bevare en empatisk holdning til henne. Dette kan noen ganger være svært utfordrende, spesielt der skaden mot barnet er pågående. Faren er også at terapeuten på grunn av “turning a blind eye” – fenomenet, ser bort i fra barnets lidelse fordi denne er altfor smertefull å forholde seg til, og isteden går med foreldrene i deres indre fortelling av barnet. Dette kan være en fortelling om det ekle eller umulige barnet som nærmest fortjener å ha det vondt fordi det er så plagsomt for foreldrene (og terapeuten) å ha med det å gjøre (Baradon, 2002). Å arbeide med traumatiserte spedbarn vil som regel

handle om å ta på seg en enorm utfordring, nemlig å samtidig skulle behandle to svært trengende personer; en mor og et lite barn.

Om å bli satt i overgriper- eller offerrollen

Det er mange som beskriver hvordan terapeuten blir satt i rollen som overgriper og/eller offer i psykoterapi med pasienter utsatt for overgrep og mishandling (Boston & Szur, 1983; Davies & Frawley, 1994; Horne, 1999; Osofsky, 2004; Rustin, 2001). Psykoanalytisk teori kan hjelpe oss mer generelt med å forstå hvordan dette er en del av pasientens overføring og det terapeuten må regne med å gjennomarbeide i sin motoverføring. Men med traumatiserte barn kan dette medføre spesielle utfordringer for terapeuten. Freuds (1914, 1920) teori om repetisjonstvangen beskriver hvordan pasienten vil repetere den traumatiske opplevelsen i relasjonen til terapeuten. Barnet vil nærmest på en tvangspreget måte repetere og gjenta den traumatiske relasjonen i et forsøk på å håndtere den angst og smerte som forbindes med det traumatiske. Det er som om organismen bare kan huske det fortrenge gjennom agering, ikke minst i overføringen. Bion (1962) hjelper oss til å forstå hvordan dette fenomenet også er en avgjørende form for kommunikasjon. Det blir som Pick (1992) sier med henvisning til Bion:

the first thing a patient does when he finds an object who does provide the support is to tell the object what it was like not to have it. (s. 33).

Terapeuten risikerer derfor å bli plassert i rollen som overgriperen, en rolle som kan være svært skremmende, provoserende, skammelig og ekkel å havne i. Men bare slik kan terapeuten komme i kontakt med sider av det traumatiske som ellers ville vært fordekt. Vi må regne med at barn som har vært utsatt for overgrep og mishandling vil forvente at det samme vil skje med dem i relasjonen til terapeuten, og noen ganger vil barnet også selv aktivt forsøke å provosere frem eller "legge til rette for" at dets forventninger blir realisert av terapeuten. Terapeuten må åpne for at et slikt scenario kan utspille seg i den terapeutiske relasjonen (Sinason, 1991), men selvfølgelig bare på et fantasi- eller overføringsplan.

Barnet vil med sterke og primitive forsvarsmekanismer som splitting, projeksjon og projektiv identifikasjon, forsøke å plassere eller vekke i terapeuten følelser og opplevelser som barnet ikke selv på noen måte ennå er i stand til å bære. Dette kan skje på subtile måter, men vil i terapier med barn utsatt for overgrep og mishandling ofte skje på sterke og uutholdelige måter (Baradon,

2010; Horne, 1999; Ralph, 2001; Rustin, 2001; Sinason, 1991). Det er viktig å forstå at evnen til å kunne reflektere over egne handlinger og egen væren-i-verden, og å kunne se seg selv i perspektiv, er evner som tilhører den som har gjennomarbeidet den ødipale situasjonen (Britton, 1989). Barn som har vært utsatt for alvorlige overgrep har sjelden oppnådd en godartet resolusjon av det ødipale drama. Terapeutens forsøk på å skape et rom for tenkning og refleksjon vil oppleves svært truende for slike barn. Feldman (1993; s. 284; min kursiv og oversettelse) beskriver dette som at terapeuten “engasjerer seg i et indre *samleie* med sitt eget mentale apparat”. For disse barna er ikke dette bare en fantasi, men en gjentakelse av en traumatiserende realitet. Omfattende overgrep og mishandling vil “blow the mind”, sier Lanyado (1999; s. 276). Det kan være svært vanskelig for et barn som har fått sitt eget mentale apparat “blåst ut”, å kunne leve med at en annen (terapeuten) har et fungerende mentalt rom der han/hun kan oppleve en psykologisk næringsrik relasjon. Barnet forventer heller ikke at et slikt rom hos en annen skal kunne ha plass til å kunne romme, også barnet. Derfor vil slike barn ofte gjøre det de kan for å ødelegge eller “blow the mind” hos terapeuten. Traumatiserte barn kan gå helt konkret til verks med å skulle ødelegge terapeutens indre rom. Jeg kan huske en veldig skadet gutt som brukte kruttlapp-pistoler til å skyte hull i hodet på terapeuten, eller en jente med en historie preget av tidlig omsorgssvikt og traumatiske opplevelser, som brukte mange timer på å putte plastelina inn i ørene på terapeuten for å prøve å fylle hans mentale rom med noe hun kunne ha full oversikt over.

Det vil nok noen ganger også være slik at terapeuten, for å kunne forstå, må regne med en viss utagering av det som vekkes i henne/han gjennom traumatiserte barns projeksjoner. Det kan handle om så sterke og uutholdelige prosesser at det vil være umulig for noe menneske å skulle holde det ut uten å bli preget av det. Det blir som Spillius (1992; s. 63; min oversettelse) sier: “En delvis utagering (acting out) av terapeuten er ofte vanskelig å unngå i de tidlige stadier av forsøket på å forstå hva pasienten føler.” Dette er en moderne psykoanalytisk forståelse av det som ofte benevnes “enactment” og vil i dag være nærmest innarbeidet som standard psykoanalytisk behandlings-forståelse (Bohleber, 2010; Cooper, 2010; Wachtel, 2008). Men i arbeidet med et traumatisert barn som gjerne har opplevd seksuelle overgrep og mishandling, vil det å agere ut sitt sjokk, raseri eller hat, uansett om dette vil være bare mikroskopiske overgrep sammenlignet med det barnet faktisk har vært utsatt for tidligere, kunne oppleves som så vanskelig og smertefullt for terapeuten at han/hun ikke makter å benytte dette som en måte å forstå pasienten på.

Hoffman (2006) viser hvordan arbeidet med alvorlig traumatiserte pasienter

krever at terapeuten beveger seg fra et objektivistisk ståsted der terapeuten vet nøyaktig hva pasienten trenger, til et "konstruktivistisk rammeverk der både det pasienten trenger og hva analytikerens gjør er preget av tvetydighet og usikkerhet" (s. 724; min oversettelse). Denne anerkjennelse av den psykoanalytiske situasjonens fundamentale tvetydighet, vil ikke fjerne "potensialet for utagering av patogene erfaringer fra fortiden," men denne muligheten for 'enactment', "er alltid til stede *sammen med* potensialet for nye erfaringer" (s. 724, kursiv i original; min oversettelse). Og Hoffman fortsetter: "Et overdrevet ønske om å bare være et godt objekt for pasienten, kan forhindre analytikerens fra å se alle de ulike, både bevisste og ubevisste, meninger hans eller hennes intervensjoner kan ha for pasienten, og for analytikerens selv" (s. 724; min oversettelse).

Erfare og bli berørt

Det vil ikke være mulig å hjelpe et traumatisert barn gjennom psykoterapi uten at terapeuten blir berørt og "settes inn i" barnets situasjon gjennom å selv måtte kjenne på og oppleve det traumatiske (Garland, 1998). Dette er selvfølgelig utfordrende når barnet gjennom overgriperens psykiske voldtekt har fått et stykke galskap presset inn i sitt mentale apparat, og når evnen til å tenke, føle og skape mening i barnets erfaringer er ødelagt (Kolvin & Trowell, 1996). Kolvin & Trowell beskriver også hvordan det samme kan skje med terapeuten's mentale apparat. Terapeuten vil da kunne kjenne forvirring, hjelpeløshet, raseri, tanketomhet, og dette er jo nettopp barnets opplevelse av å bli traumatisert. Det at ditt mentale apparat er i ferd med å gå i stykker, er den følelsen terapeuten trenger å komme i kontakt med for å kunne begynne på en forståelse av det traumatiserte barnet. Det blir som Boesky (1990; s.573) sier:

If the analyst does not get emotionally involved sooner or later in a manner that he had not intended, the analysis will not proceed to a successful conclusion.

Det terapeuten utsetter seg for i arbeidet med barn utsatt for overgrep og mishandling, vil berøre våre styrker og svakheter på spesielt vanskelige og private måter, inkludert "våre egne (både løste og uløste) sider omkring seksualitet, perversjon og overgrep." (Ralph, 2001; s. 286; min oversettelse). Terapeuten må også gjøre dette arbeidet med å holde ut den utfordrende motoverføringen uten at pasienten på noen måte vet hva terapeuten strever med (Winnicott, 1949).

Etter hvert vil det likevel være avgjørende viktig for den terapeutiske prosessens mulighet til å hjelpe det traumatiserte barnet, at barnet kan se hvordan

det som er projisert på terapeuten spiller seg ut i terapeuten. Det gir barnet en mulighet til å studere det uutholdelige, men på avstand siden det befinner seg i en annen og er en del av den andres strev (Carpy, 1989; Pick, 1985). Hvis terapeuten makter å "stå i det" og å omforme og bearbeide det uutholdelige, kan det fremstå som litt lettere å tolerere og håndtere, også for barnet. Gjennom terapeutens strev i barnets påsyn kan barnet re-introjisere deler av seg selv, deler som tidligere bare kunne eksistere i andre igjennom projeksjon eller gjennom fordreid persepsjon (Britton, 1992). Barnet vil også kunne ta til seg terapeutens evne til å tolerere det å streve og det å være i vanskeligheter (Våpenstad, 2008). Det å tro at terapeuten skal kunne makte å beholde en nøytral og distansert holdning, og der det å avdekke det fortrenge traumet er det kurative, er en utopi og også en lite konstruktiv feiloppfatning på terapeutens vegne. Det blir som Alvarez (1992; s. 153) sier:

In the work with abused children it is usually they who succeed in unmasking the workers. Their rescuers often have little to teach them about human evil, selfishness, greed and lust. Their task is somewhat different.

Alvarez (1992) understreker Joseph (1978) sitt poeng om det harde arbeidet terapeuten må ta på seg med å bære og romme (containe) pasientens uønskede følelser gjennom ofte meget lang tid. Hun beskriver det uheldige med en klassisk analytisk teknikk der terapeuten bare kaster tilbake projeksjonene:

When the abused child starts abusing us in the counter-transference, when does the therapist remind him it is his abuse he is fleeing, and when does she remain silent, and comment only on the fact that he seems to be relishing doing this nasty thing to her? (Alvarez, 1992; s. 154).

Det terapeutiske her ligger i utholdenheten og terapeutens evne til å overleve, men også til å forsvare seg selv og gjennom det vise barnet det mulige i å kunne bli forsvart, til å kunne bli rommet, til sammen å kunne gjennomleve det uutholdelige og sammen overleve det (Våpenstad, 2008).

Terapeuten må finne en balanse mellom å være åpen for det traumatiserte barnets opplevelse på en slik måte at han/hun selv erfarer tilstrekkelig av realitetene i det barnet har vært utsatt for. Men samtidig må terapeuten beholde en stabilitet og selvivaretagelse, som forhindrer at han/hun blir dratt altfor langt ut av likevekt. Dette er en balanse som ikke kan etableres en gang for alle, men som må reetableres gang på gang gjennom terapeutens indre strev med å fordøye og

forstå. Det psykoanalytiske begrepet for denne prosessen er “containment” eller “container-contained” (Bion, 1962). For terapeuten er dette helt sentralt, men også svært vanskelig. Det er som Garland (1998; s. 30) sier: “Containment is hard work.” Hvis terapeuten makter å holde ut, og ofte over lang tid, det at han/hun er hatet, fryktet og betraktet som den ekleste person i verden, da kan pasienten begynne å stole på terapeuten (og på andre) og betrakte ham/henne som reliabel og human, verken allmektig eller farlig, bare realistisk.

Tåle å være med barnet over i sorgen, sinnet og protesten

In order to recover more fully than they were able to do, children need to accept not only the reality of the traumatic events and the feelings which they engendered, but to become able to grieve about the damage done to them and to express appropriate anger about this. (Hopkins, 1986; s. 67)

Barn som har vært utsatt for gjentatte alvorlige traumatiske krenkelser vil ofte være svært vanskelig å hjelpe gjennom individuell psykoterapi (Alvarez, 1992; Baradon, 2010; Garland, 1998). Som Segal (1997; s. 17; min oversettelse) sier: “All smerte kommer fra det å leve”, og barnets desperate forsøk på å komme vekk fra denne smerten, både reell og persipert, vil gjøre en en-til-en relasjon altfor skremmende. Disse barna forbinder alt levende med smerte, og en terapeut som vil invitere dem tilbake til livet, kan bli oppfattet som djevelen selv. Hvis vi likevel skal ha mulighet til å hjelpe disse barna gjennom psykoterapi, må terapeuten makte å bringe seg selv og barnet over fra desperasjonen og panikken til sorgen, sinnet og protesten (Hopkins, 1986; Ingham, 1998; Rustin, 2001). Terapeuten må tåle å selv kjenne på sorgen over en barndom ødelagt av perverse og sadistiske handlinger, han/hun må vedstå seg det sinne som vil være en naturlig reaksjon på slike dypt urettferdige og krenkende situasjoner, og terapeuten må kunne anerkjenne barnets rett til å protestere. Sinason (1991, s. 22) siterer en handikappet gutt som hadde vært utsatt for langvarige og alvorlige seksuelle overgrep, men som mot slutten av sin terapi kunne fortelle sin terapeut at: “Det har betydning at du sier ‘nei’ selv om du ikke kan forhindre det vonde fra å skje” (min oversettelse).

Klein (1940; s. 360) sier at:

Any pain caused by unhappy experiences, whatever their nature, has something in common with mourning. [...] the encountering and overcoming of adversity of any kind entails mental work similar to mourning.

Med ryggen mot veggen

En psykoanalytisk forståelse av mental vekst og psykisk helse, handler om at det mentale apparat konstitueres gjennom sin evne til å møte, håndtere, romme og fordøye traumatisk angst (Garland, 1998). Klarer vi å stå i sjokket og smerten ved å kjenne på vårt grunnleggende behov for trygghet, og på vår avhengighet og hjelpeløshet; klarer vi å erkjenne at vi ikke er onnipotente og allvitende, da har vi satt i gang en konstruktiv mental kraft nødvendig for psykisk utvikling. Det blir som Garland (1998; s. 99; min oversettelse) sier: "Traume og tenkning, traume og visdom er uatskillelige."

Men dette arbeidet mot en evne til å sørge må være mer enn en intellektuell tenkning rundt det traumatiske og behovet for å sørge seg gjennom det.

The initial intellectual and emotional recognition of trauma is only the beginning of a very long and painful process of working through. Only if this process is successful can a patient finally experience grief and anger for what has happened, and then detachment and relinquishment. (Hopkins, 1986; s. 67-68)

Det traumatiserte barnet vil som regel igjen og igjen ødelegge bevegelsen mot sorgen og den depressive posisjonen. Rustin (2001) beskriver levende hvordan hun gjennom behandlingen av et sterkt traumatisert barn stadig ble satt tilbake i posisjonen "illeluktende hjemløs gammel gubbe" (s. 277; min oversettelse), hver gang hun begynte å fatte håp og interesse for barnet og dets skjebne. Hoxter (1983) beskriver hvordan den velmenende terapeutens forsøk på å komme i kontakt med ("tune in") det traumatiserte barnets følelser, bare opplevs av barnet som enda et ondskapsfullt dolkestøt inn i et åpent sår.

Kronisk traumatisering av barn fører som regel til en type atferdsforstyrrelse preget av aggressivitet, destruktivitet og multiple problemer med sosiale relasjoner og læring (Streeck-Fischer, 2000). Dette skjuler for sorgen, ikke minst gjennom den motstand, sinne og frykt disse barna skaper i sine omgivelser. Streeck-Fischer beskriver en terapi med en gutt som på skolen gikk under navnet: "Rainer von Frightenstein" (s. 94).

Skal vi hjelpe barnet til å kunne bære sorgen, må vi også selv være villig til å forandre oss og til å dele raseriet og protesten mot det som har skjedd (Slavin & Kriegman, 1998; Våpenstad, 2008), men uten å agere dette ut på vegne av barnet. Det vesentligste arbeidet vil foregå i terapeutens reverie, i terapeutens egne drømmer, fantasier og forestillinger (Ogden, 1997; Våpenstad, 2010). Kan terapeuten makte dette, vil hun/han kunne starte en strukturell forandring i både seg selv og barnet. Dette er den strukturelle forandring som Bion

(1970, 1991) kaller “catastrophic change”, og ifølge denne modellen av det mentale, er det slik vår selv-bevissthet beveger seg fremover (Williams, 2010). Og noen ganger er et kunstnerisk uttrykk, en estetisk erkjennelse, det som kan hjelpe terapeuten, og derigjennom barnet, til en øket selvforståelse og en mer realistisk væren-i-verden (Våpenstad, 2010; Våpenstad, in press). Sentralt i denne prosessen er også terapeutens evne og vilje til å være et vitne på vegne av barnet. Terapeuten må være en representant fra de voksnes verden som viser tydelig at voksne ikke skal gjøre mot barn det dette barnet har opplevd. Terapeuten må være en som hører barnets “nei”, selv om det ikke kan medføre at det som har skjedd forsvinner eller at barnets liv kan leves om igjen.

Avslutning

Psykoterapeutisk arbeid med traumatiserte barn er meget utfordrende, selv om Fraiberg (1987) har sagt at psykoterapeutisk arbeid med små barn er som å ha Gud ved sin side. Det er riktig at det kan oppleves som en åpenbaring når et traumatisert barn omsider makter å “stå på egne ben” og løsrive seg fra den funksjonshemning som overgrep og mishandling har påført det. Men psykoterapeuter som tar på seg oppgaven med å hjelpe traumatiserte barn vet også godt hvordan det kjennes å være forlatt og oppgitt av Gud. Johann Sebastian Bach kom som 22-åring til den tyske byen Mühlhausen for å bli organist i en av byens kirker. Rett før Bachs ankomst hadde nesten halvparten av byen brent ned. En av byens prester ba Bach om å lage en kantate til trøst for byens befolkning. Dermed laget Bach sin aller første kantate (BWV 131), og den heter: “Aus der Tieffen ruffe ich Herr zu dir”³. Mange ganger kan psykoterapi med traumatiserte barn plassere psykoterapeuten i det mørkeste dyp og han/hun vil kjenne et intenst behov for å rope til høyere makter om hjelp. Ososky (2004; s. 328) sier:

With cronic exposure to trauma, especially when young children are involved, treaters may eventually find it difficult to continue with the work as they begin to feel helpless and hopeless themselves. These feelings may be exacerbated for therapists who themselves are parents of young children.

3. Oversatt: “Fra dypet roper jeg til deg min Herre”

Det er viktig at ropet blir hørt. Shuttleworth (1989; s. 27; min oversettelse) sier at: "Containeren trenger selv å bli rommet." Å arbeide terapeutisk med traumatiserte barn bør ikke skje i ensomhet. Noen må vite hva psykoterapeuten holder på med, og det bør aller helst være en formell organisering av støtte og veiledning. Terapeuter med slike oppgaver har også et selvstendig ansvar for ikke å ta på seg for mye, strekke seg for langt eller ta for lett på behovet for selvomsorg og oppbyggelig psykisk næring under den maraton som dette viktige arbeidet er.

Referanser

- Alvarez, A. (1992). *Live company*. London: Routledge.
- Anzieu, D. (1993). The film of the dream. In S. Flanders (Ed.), *The dream discourse today* (137-150). London: Routledge.
- Anzieu, D. (2000). *Hugjaget*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Balint, M. (1969). Trauma and Object Relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 429-435.
- Baradon, T. J. (2002). Psychotherapeutic work with parents and infants – psychoanalytic and attachment perspectives. *Journal of Attachment and Human Development*, 4, 25-38.
- Baradon, T. J. (2010). Epilogue: 'Ghosts and angels in the nursery' – Windows of opportunity and remaining vulnerability. In T. Baradon (Ed.), *Relational trauma in infancy* (209-219). London: Routledge.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac.
- Bion, W. R. (1970). Attention and interpretation. In W. R. Bion (Ed.), *Seven servants*. New York: Jason Aronson 1977.
- Bion, W. R. (1991). *A memoir of the future*. London: Karnac.
- Boesky, D. (1990). The psychoanalytic process and its components. *Psychoanalytic Quarterly*, 59, 550-584.
- Bohleber, W. (2010). *Destructiveness, intersubjectivity and trauma*. London: Karnac.
- Boston, M. & Szur, R. (1983). *Psychotherapy with severely deprived children*. London: Karnac.
- Britton, R. (1989). The missing link: Parental sexuality in the Oedipus complex. In J. Steiner (Ed.), *The Oedipus Complex today* (83– 101). London: Karnac.
- Britton, R. (1992). The Oedipus situation and the depressive position. In R. Anderson (Ed.), *Clinical lectures on Klein and Bion* (34-45). London: Routledge.
- Carpy, D. V. (1989). Tolerating the countertransference: A mutative process. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 287-294.
- Cooper, S. H. (2010). *A disturbance in the field*. New York: Routledge.
- Davies, J. M. & Frawley, M. G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse. A psychoanalytic perspective*. New York: Basic Books.
- Feldman, M. (1993). The dynamics of reassurance. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 275-285.

- Fraiberg, S. (1987). *Selected writings of Selma Fraiberg*. Columbus: Ohio State University Press.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating and working-through. *S. E.* 12, 145-156.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *S. E.* 18, 1-64.
- Gallo, M. T. (2001). Deficits in the object and failures in containment. In J. Edwards (Ed.), *Being alive. Building on the work of Anne Alvarez* (102-114). London: Routledge.
- Garland, C. (1998). Thinking about trauma. In C. Garland (Ed.), *Understanding trauma. A psychoanalytical approach* (9-31). London: Duckworth.
- Gimse, L. M. (2012, 7. september). Tror flere gjerningsmenn står bak drap på familie i Frankrike. *Aftenposten*. Nedlastet 18. oktober 2012, fra www.aftenposten.no
- Hoffman, I. Z. (2006). Forging difference out of similarity: The multiplicity of corrective experience. *Psychoanalytic Quarterly*, 75, 715-751.
- Hopkins, J. (1986). Solving the mystery of monsters: steps towards the recovery from trauma. *Journal of child psychotherapy*, 12, 61-71.
- Horne, A. (1999). Sexual abuse and sexual abusing in childhood and adolescence. In M. Lanyado & A. Horne (Eds.), *Child and adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches* (347-367). London: Routledge.
- Hoxter, S. (1983). Some feelings aroused in working with severely deprived children. In M. Boston & R. Szur (Eds.), *Psychotherapy with severely deprived children* (125-132). London: Karnac.
- Ingham, G. (1998). Mental work in a trauma patient. In C. Garland (Ed.), *Understanding trauma. A psychoanalytical approach* (96-107). London: Duckworth.
- Joseph, B. (1978). Different types of anxiety and their handling in the analytic situation. In M. Feldman & E. B. Spillius (Eds.), *Psychic equilibrium and psychic change. Selected papers of Betty Joseph* (106-115). London: Routledge, 1989.
- Joyce, A. (2010). Infantile psychosomatic integrity and maternal trauma. In T. Baradon (Ed.), *Relational trauma in infancy* (62-74). London: Routledge.
- Kahn, M. M. R. (1986). The concept of cumulative trauma. In G. Kohon (Ed.), *The British school of psychoanalysis. The Independent tradition* (117-135). London: Free Association Books.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic depressive states. In M. Klein: *Love, guilt and reparation* (344-369). London: Vintage.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In M. Klein: *Envy and gratitude* (1-24). London: Vintage.
- Kolvin, I. & Trowell, J. (1996). Child sexual abuse. In I. Rosen (Ed.), *Sexual deviation*, 3rd edition (337-360). Oxford: Oxford University Press.
- Lanyado, M. (1999). The treatment of traumatization in children. In M. Lanyado & A. Horne (Eds.), *Child and adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches* (275-291). London: Routledge.
- Lieberman, A. F. & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press.
- McQueen, D., Kennedy, R., Sinason, V. & Maxted, F. (2008). (Eds.), *Psychoanalytic psychotherapy after child abuse*. London: Karnac.
- Ogden, T. H. (1992). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. London: Karnac.
- Ogden, T. H. (1997). *Reverie and interpretation*. London: Karnac.

- Osofsky, J. D. (2004). Perspectives on work with traumatized young children: how to deal with the feelings emerging from trauma work. In J. D. Osofsky (Ed.), *Young children and trauma. Intervention and treatment* (326-338). New York: The Guilford Press.
- Pick, I. B. (1985). Working through in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 66, 157-166.
- Pick, I. B. (1992). The emergence of early object relations in the psychoanalytic setting. In R. Anderson, (Ed.), *Clinical lectures on Klein and Bion* (24-33). London: Routledge.
- Ralph, I. (2001). Countertransference, enactment and sexual abuse. *Journal of Child Psychotherapy*, 27, 285-301.
- Raphael-Leff, J. (1996). Pregnancy – procreative process, the “placental paradigm,” and perinatal therapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44S, 373-399.
- Rustin, M. (2001). The therapist with her back against the wall. *Journal of Child Psychotherapy*, 27, 273-284.
- Schore, A. N. (2010). Relational trauma and the developing right brain: The neurobiology of broken attachment bonds. In T. Baradon (Ed.), *Relational trauma in infancy* (19-47). London: Routledge.
- Schuder, M. R. & Lyons-Ruth, K. (2004). “Hidden trauma” in infancy: attachment, fearful arousal, and early dysfunction of the stress response system. In J. D. Osofsky (Ed.), *Young children and trauma. Intervention and treatment* (69-104). New York: The Guilford Press.
- Segal, H. (1997). On the clinical usefulness of the concept of the death instinct. In J. Steiner (Ed.), *Psychoanalysis, literature and war. Papers by Hanna Segal 1972-1995* (17-26). London: Routledge.
- Shuttleworth, J. (1989). Psychoanalytic theory and infant development. In L. Miller, M. Rustin, M. Rustin & J. Shuttleworth (Eds.), *Closely observed infants* (22-51). London: Duckworth.
- Sinason, V. (1991). Interpretations that feel horrible to make and a theoretical unicorn. *Journal of Child Psychotherapy*, 17, 11-24.
- Slavin, M. O. & Kriegman, D. (1998). Why the analyst needs to change: Toward a theory of conflict, negotiation, and mutual influence in the therapeutic process. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 247-284.
- Spillius, E. B. (1992). Clinical experiences of projective identification. In R. Anderson (Ed.), *Clinical lectures on Klein and Bion* (59-73). London: Routledge.
- Steiner, J. (1985). Turning a blind eye: the cover-up for Oedipus. *International Review of Psychoanalysis*, 63, 241-251.
- Streeck-Fischer, A. (2000). Inpatient psychoanalytically oriented treatment of traumatized children and adolescents. In K. von Klitzing, P. Tyson & D. Bürgin (Eds.), *Psychoanalysis in childhood and adolescence* (87-99). Basel: Karger.
- Svarstad, J., Kvilesjø, S. O. & Dragland, L. L. (2012, 15. oktober). Mann (45) tilstår drap på ekskjæresten. *Aftenposten*. Nedlastet 18. oktober 2012, fra www.aftenposten.no
- Terr, L. (1995). *Unchained memories*. New York: Basic Books.
- Thompson, H. S. (1998). *Fear and loathing in Las Vegas*. London: Flamingo.
- Våpenstad, E. V. (2008). “Can you whistle?”: The grammar of “living through” in psychoanalytic child psychotherapy. *International Forum of Psychoanalysis*, 17, 221-231.
- Våpenstad, E. V. (2010). The ambiguity of the psychoanalytic situation and its relation to the analyst’s reverie. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 513-535.
- Våpenstad, E. V. (in press). On the psychoanalyst’s reverie. From Bion to Bach. *International Forum of Psychoanalysis*.

- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Williams, M. H. (2010). *The aesthetic development*. London: Karnac.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. In *The maturational processes and the facilitating environment* (37-55). London: Hogarth Press, 1965.
- Winnicott, D. W. (1967). Mirror-role of mother and family in child development. In *Playing and Reality* (111-118). New York: Basic Books, 1971.

Abstract

Psychotherapy with severely traumatized children is very challenging for the therapist. We can separate trauma into two different types: The first one is usually called shock trauma and is marked by a single and severe blow, the second group of trauma is often called cumulative trauma due to their chronic form including on going maltreatment and abuse. Severe trauma impedes the development of a mind capable of thinking and tolerating frustration and different affect states. The psychotherapist working with traumatized children will face challenges on many levels and the trauma will enter the therapeutic relationship in ways that can put the therapist at the limits. Different types of therapeutic ordeals and strong countertransference reactions are described.

Keywords: Shock trauma, Cumulative trauma, countertransference, impaired development, primitive anxiety, therapeutic ordeals.

NYE BØGER

PSYKOLOGI I BØRNEHØJDE



VENT PÅ MIG!

Mathilde og Oliver vejer for meget (4-8 ÅR)

Af Anne Vibeke Fleischer og Rikke Mølbak
Illustreret af Claes Movin



INDENI OG UDENPÅ

Mikkel og Laura vejer for meget (9-13 ÅR)

To nye bøger i serien PSYKOLOGI FOR BØRN med tema om overvægtens indvirkning på barnets liv.



FREDE FRØS FANTASTISKE TALE

Af Michael Chissick

Illustreret billedbog om hvordan børn kan bekæmpe angst, vrede og anspændthed ved hjælp af vejtrækningen.

ANDRE NYHEDER



FLOW I HVERDAGEN

Navigation mellem stress, kaos og kedsomhed

Af Frans Ørsted Andersen og Nina Hanssen

Læs artiklen *Flow i det moderne arbejdsliv* af Nina Hanssen, i Psykolog Nyt nr. 2/2013.



DET SKER IKKE FOR MIG

Unge kvinders fortællinger om kærestevold

Af Inger Glavind Bo

Henvender sig til professionelle der er i kontakt med unge, der udsættes for kærestevold.



DYNAMISK ASSESSMENT

som psykologisk-pædagogisk redskab

Af Grethe Damon og Lars Røgilds (red.)

En introduktion til Reuven Feuersteins teori og metode. Udkommer 15. april.



**SE DET
NYE KATALOG
PÅ DPF.DK**



DISPUK

Narrative og poststrukturalistiske perspektiver

NARRATIVE SAMTALER OG PSYKOTERAPI

DISPUK's tværfaglige efteruddannelse i narrative samtaler og psykoterapi består af et 1 til 5-årigt forløb. Efteruddannelsen giver et nuanceret metodisk, praktisk, teoretisk og filosofisk kendskab til, og færdigheder i, narrativ samtalearbejde og terapi.

1. år: Basisuddannelse til narrativ samtalepraktiker

2.-3. år: Grunduddannelse til narrativ samtaleterapeut

Se på www.dispuk.dk under "Narrative efteruddannelser"

NARRATIV SUPERVISION NY 1-ÅRIG EFTERUDDANNELSE

Supervision er en spændende praksis. Der er i narrativ supervision mulighed for, at deltagerne kan genvinde overblik, få nye perspektiver og udsyn i forhold til deres opgaver og sig selv.

Supervisionen kan bringe meningen tilbage i arbejdet, så både supervisand og supervisor kan få større glæde og mere mod på arbejdsopgaverne.

Supervisionen kan også være det sted, hvor kolleger genfinder fælles faglig forståelse, fokus og retning.

Start den 25. marts 2014 i Snekkersten
Med Anne Romer
Holdnr. 700-14

NARRATIV SAMTALEPRAKSIS I OSLO MODUL 1

Undervisningen vil med oplæg, demonstrationer og øvelser bidrage til at deltagerne bliver i stand til at arbejde med grundlæggende narrative metoder som: Eksternalisering; bevidning; positionskort; inddragelse af andre i samtalen; breve og dokumenter; skabelse og fundering af fortællinger i relation til børn, unge og voksnes liv og problemer. Deltagerne vil endvidere få kendskab til forståelser af magt og kulturelle normers betydning og indflydelse på de personlige fortællinger og følelser.

Start den 26. august 2013 i Oslo • Holdnr. 661-13

NARRATIV TRAUMEBEHANDLING: SORG, KRISE, TAB & TRAUMER - DEL 1

Ny efteruddannelse for alle som arbejder med personer ramt af større eller mindre traumer og som er interesseret i at inddrage narrative perspektiver i deres arbejde.

Med Allan Holmgren & Anette Holmgren

Del 1 (3 dg.) i Oslo den 26.-28/11-2013 • Holdnr. 451-13

Del 1 (3 dg.) i Oslo den 2.-4/4-2014 • Holdnr. 451-14

Del 2 (9 dg.) i Oslo med start den 26.-28/5-2014

Holdnr. 453-14

Del 1+2 samlet (12 dg) i Snekkersten med start den 24.-26/3-2014 • Holdnr. 450-14

EFTERUDDANNELSE FOR MENTORER OG STØTTE- KONTAKTPERSONER

Denne efteruddannelse introducerer de væsentligste begreber og tankegange, der er forbundet med narrativ tænkning og praksis samt med post-strukturalistisk filosofi.

Det handler om at skabe meningsfuldhed i borgerens liv, at styrke borgernes fortællinger om eget værd, egne styrker, egne initiativer, færdigheder og handlinger, så borgeren kan tage ansvar for sit eget liv - og blive chauffør i sit eget liv.

Start den 4. september 2013 i Snekkersten
Med Lone Kaae • Holdnr. 150-13

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 gør 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.

Start den 30. august 2013 i Berlin
Med Anette Holmgren
Holdnr. 744-13

Hverdagspoetisk praksis

Efteruddannelser, kurser, samtaler, terapi, coaching, supervision & workshops
www.dispuk.dk

Psykotera-piforskning – aktuelle utfordringer og dilemmaer

Matrix, 2013; 1, 26-37

Frida Gullestad Rø

Sammendrag:

Spørsmålet om hva slags behandling som er mest effektiv er komplisert, og det reiser forskningsmessige utfordringer av både metodisk og teoretisk art – utfordringer som har blitt fokusert i debatten om evidensbasering av psykoterapi. Artikkelen diskuterer tre hovedutfordringer. For det første hvordan man skal forstå kunnskapen om såkalte fellesfaktorer – og hvordan man skal overføre denne kunnskapen til klinisk praksis. Sammenhengen mellom spesifikke teknikker og det som er felles, f.eks. relasjon, diskuteres. Videre drøftes hva slags type kunnskap som er relevant i spørsmålet om hva slags behandling som er den beste. Til slutt påpekes at det er en utfordring å definere målsetting med terapi. Her diskuteres hvordan man skal definere avvik og mental helse, samt hvordan man kan måle endring.

De siste 10-20 årene har det vært en voldsom økning i det som kalles psykotera-piforskning, og det har vært en økende interesse for temaet også i media. Psyko-terapi innebærer at en trenet profesjonell og en eller flere pasienter etablerer en terapeutisk relasjon med sikte på å bedre pasientens vansker, som kan innebære alt fra lettere plager i form av nedstemthet og uro til alvorlige problemer som virkelighetsbrist og selvmordstanker. Psykotera-piforskning omfatter ulike forskningsspørsmål som "Virker psykoterapi?", "Hvordan virker psykoterapi?", "Blir noen dårligere av å gå i terapi?", "Er noen terapiformer mer effektive enn andre?", "Hvilken betydning har den terapeutiske relasjonen mellom terapeut og pasient for bedring?" og "Hvordan måler man effekt av terapi?". Spørsmålet om hva slags behandling som er best er komplisert, og det reiser forskningsmessige utfordringer av både metodisk og teoretisk art – utfordringer som har blitt foku-

Frida Gullestad Rø, PhD, Clinical psychologist, Postdoctoral fellow, Department of psychology, University of Oslo, Pb 1094 Blindern, 0317 Oslo, Norway, f.s.gullestad@psykologi.uio.no

sert i debatten om evidensbasering av psykoterapi. Denne artikkelen ønsker å drøfte noen av disse. For å forstå disse aktuelle utfordringene er det imidlertid først nødvendig med en kort historisk gjennomgang, som fremhever hvilke spørsmål og problemstillinger man har vært opptatt av.

Historikk

I den tidligste fasen i psykoterapiforskningen, fra 1920-tallet, var man opptatt av å dokumentere at psykoterapi hadde en effekt, og at den bedringen man kunne se hos pasienter etter terapi ikke kun dreide seg om naturlig bedring. Den tidlige forskningen sprang ut fra et ønske om å *evaluere* den praksisen man drev, i et forsøk på å legitimere den. Det etymologiske opphavet til ordet evaluere refererer til om det man driver med har verdi. Å evaluere vil alltid innebære en sammenlikning: man evaluerer i forhold til noe – f.eks. et forhåndsdefinert behandlingsmål eller ved å sammenlikne en behandling med det å ikke gjøre noe, eller med en annen type behandling. I den tidlige perioden var evalueringen ganske generell: bedringskriteriene var ofte nokså uspesifikke, og evalueringen ble foretatt av behandleren selv (Wallerstein, 2001).

I tillegg til forskning på resultatet av terapi – *om* terapi virket – begynte man også gradvis med systematisk *prosess*forskning – hva foregår i terapi – både med terapeuten, med pasienten og det som skjer i interaksjonen mellom dem. Man ble opptatt av spørsmålet om hvorfor og hvordan terapi virker – og sammenhengen mellom prosess og resultat (såkalt prosess-utfallsforskning). Et sentralt navn her var Carl Rogers, fra 1940-tallet og fremover. Teoretisk var Rogers interessert i relasjonsfaktorer – og betydningen av at terapeuter var empatiske, varme og genuine (Rogers, 1957). Hans fokus på *terapeutens* kvaliteter la et viktig grunnlag for senere forskning på det som kalles terapeuteffekter; hvilken betydning trekk ved terapeuten har for pasientens bedring.

Eysencks kritikk

Et avgjørende skille i psykoterapiforskningen kom med studien til Eysenck (1952), som mente å vise at psykoterapi ikke virker. Studien kan på mange måter sies å innlede moderne psykoterapiforskning. Den ble etterfulgt av en veldig vekst og en rekke studier som tilbakeviste Eysencks funn og pekte på en rekke metodiske svakheter ved studien. Perioden fra ca 1950-70 har blitt kalt den annen fase i psykoterapiforskningen og kjennetegnes av en økende vitenskapelighet (Orlinsky & Russel, 1994).

Avgjørende for å etablere at psykoterapi virker, var utviklingen av kraftigere og mer avanserte analytiske metoder, som meta-analyser (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Den berømte meta-analysen til Smith, Glass og Miller (1980) av 475 kontrollerte resultatstudier viste at etter psykoterapi vil en gjennomsnittlig pasient ha det bedre enn 80 % av et ubehandlet utvalg. Den generelle konklusjonen var at psykoterapi bidrar til at pasienter endrer seg fortere og mer substansielt enn ved naturlige bedringsprosesser (Lambert & Ogles, 2004).

Samtidig som man altså så at terapi generelt virket, fant man også at det var liten forskjell mellom ulike terapimetoder i å produsere ønsket effekt, oppsummert i det kjente sitatet fra Rosenzweig (1936), hentet fra Alice in Wonderland: "alle har vunnet og alle må få premie". Til tross for at det var og er studier som viser at en terapimethode kommer bedre ut enn en annen, er det sett under ett en hovedkonklusjon at man ikke finner forskjeller i effekt mellom ulike terapimetoder, såkalt *komparativ* effekt (i motsetning til spørsmålet om *generell* effekt) (Rønnestad, 2008; Wampold, 2001). I tillegg har man funnet at mye av den observerte komparative forskjellen, altså i den grad man faktisk har funnet forskjeller mellom metoder, kan forklares ut fra forskerens preferanser, såkalt "allegiance-effekt" (Luborsky et al., 1999).

Det kan være ulike forklaringer på den generelle mangelen på komparativ effekt, og det er foreløpig for lite evidens til å konkludere hvilken som er mest sannsynlig (Lambert & Ogles, 2004). For det første kan det være at forskjellige behandlinger oppnår cirka samme resultat gjennom forskjellige mekanismer; alle kommer like godt ut, men behandlingene virker på ulik måte: Psykodynamisk psykoterapi virker gjennom økt selvrefleksjon og bedre håndtering av følelser, mens kognitiv terapi virker gjennom utviklingen av mindre dysfunksjonelle tanker. Man vet imidlertid fortsatt nokså lite om endringsmekanismer i forskjellige terapimetoder. For det andre kan det være at forskjellige terapier virker gjennom de samme felles faktorene. Dette kommer jeg tilbake til. En tredje forklaring kan det være at forskjeller finnes, men at man ikke har funnet dem ennå. Dette kan for eksempel skyldes udiffereensierte resultatmål. Hill og Lambert (2004) hevder at mangelen på konsistente funn på tvers av studier delvis kan skyldes uenighet om både *hva* man skal måle, dvs. hvilke prosess- og resultatvariabler som skal inkluderes, og om *hvilke metoder* som skal anvendes. For det fjerde kan det hende at ulike subgrupper av pasienter profitterer på forskjellige behandlinger, som ikke kommer frem når man kun ser på aggregerte gruppedata.

Spesifikke versus felles faktorer

Den fortolkningen som har vært rådende i store deler av psykoterapiforskningsmiljøet, har vært at de virksomme faktorene i terapi er de som er *felles* for ulike terapimetoder, altså såkalte fellesfaktorer (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Rosenzweig, 1936). Franks berømte fellesfaktormodell skiller mellom 4 virksomme faktorer: 1) en emosjonelt betydningsfull relasjon med en hjelpende person, 2) en helende setting, 3) et rasjonale som gir en forklaring på pasientens vansker og tilbyr en mulig løsning, og 4) en prosedyre, behandling eller rituale for å etablere mental helse (Frank, 1973; Frank & Frank, 1991).

Spørsmålet om fellesfaktorer ble fulgt opp med empirisk forskning, bl.a. gjennom Strupps Vanderbilt I studie, designet for å teste nettopp spesifikke versus felles faktorer i psykoterapi (Moras, Anderson & Piper, 2010). Strupp (1995) konkluderte med at dikotomien mellom spesifikke og ikke-spesifikke faktorer var villedende og at “svaret” lå i dynamikken i det mellommenneskelige spillet mellom terapeut og pasient: Terapeutens ferdigheter bestod i evnen til å håndtere komplekse relasjoner, særlig det å unngå å respondere negativt på mellommenneskelig utfordrende pasienter. Feltet trengte mer presise beskrivelser av terapeutens bidrag til den terapeutiske prosessen – og karakteristikk som “varme” og det å være “genuin” ble for globale og uspesifikke (ibid.).

Empirisk støttede metoder versus empirisk støttede relasjoner

På et vis kan man si at det har vært en utvikling *fra metode til relasjon* i spørsmålet om hva som har betydning for endring gjennom terapi. Men samtidig er dette litt upresist, fordi det er mange som fortsatt er opptatt av metode og teknikk. Snarere dreier det seg om to ulike og *motstridende* utviklingslinjer. På den ene siden en bevegelse mot å finne de beste behandlingsmetodene. På den andre et fokus på terapeut-pasient relasjonen– og hvilke faktorer i denne som bevirker endring. En grunnforutsetning i den første er at den effektive ingrediensen er å finne i den spesifikke metode – tilsvarende effekten av piller i somatisk medisin – “the drug metaphor” (Stiles & Shapiro, 1989). Helsemyndigheter og sterke krefter i samfunnet har, i tråd med denne linjen, prioritert komparativ psykoterapiforskning, med det siktemål å besvare spørsmålet om hvilken terapimetode som er mest effektiv. Tilsvarende utarbeidet Den amerikanske psykologforeningens divisjon for klinisk psykologi i 1995 en liste over evidensbaserte behandlinger. Forskningen som lå til grunn for denne listen

var sterkt inspirert av medisinsk forskning – med randomiserte kontrollerte studier (RCT) som gullstandarden.

I den andre utviklingslinjen, den relasjonsfokuserede, har man fokusert på de relasjonelle faktorenes betydning for endring. Her fremheves at pasienter er mer forskjellige enn de er like og tilsvarende at terapeuter er mer forskjellige enn de er like, i motsetning til den såkalte “patient and therapist uniformity myth” (Kiesler, 1966). Det har vært et uttalt ønske om spesifisitet : “*What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem, and under which set of circumstances?*” (Paul, 1967, p 111). Fra 1960-tallet ble det en vekst i forskning både på sammenhengen mellom ulike pasientvariabler og terapi og et fokus på matching av terapeutintervensjoner med pasientens karakteristika, altså en mer relasjonelt orientert og kontekstuel sensitiv prosessforskning. Den mer relasjonelt orienterte forskningen banet gradvis veien for etableringen av en slags motbevegelse til listene med empirisk støttede terapeutiske metoder, nemlig empirisk støttede terapeutiske *relasjoner* (Norcross, 2002).

Oppsummerende har psykoterapiforskningen så langt vist at psykoterapi virker, og at effekten ikke (bare) kan forklares med placebo. Det er imidlertid stor variasjon i hvor god effekt man har av terapi – og mye av forskningen har gått ut på å forstå hva denne variasjonen skyldes. Man vet at noe skyldes forskjeller mellom terapeuter, noe skyldes metode og mye skyldes relasjonen mellom pasient og terapeut: den mest konsistente sammenhengen mellom prosess og resultat har man funnet i de interpersonlige aspektene ved prosessen, som oftest operasjonalisert som arbeidsallianse (Orlinsky et al., 2004). I tillegg skyldes selvfølgelig også en hel del av variasjonen i resultat utenomterapeutiske forhold (inkludert forskjeller mellom *pasienter*).

Selv om det er mye vi vet, står feltet overfor noen store utfordringer. Jeg skal i det følgende peke på tre slike: 1) Hvordan virker fellesfaktorene, 2) Hva slags kunnskapsgrunnlag skal ligge til grunn for klinisk praksis, og 3) Hvordan definere målsettingen med terapi?

Utfordringer

1. Hvordan virker fellesfaktorene?

Selv om de faktorene som er felles for de ulike terapiene synes å være viktige for bedring, er det en hovedutfordring å forstå *hvordan* fellesfaktorene virker – og sammenhengen mellom spesifikke teknikker og det som er felles, for eksempel relasjon. Til tross for at det er interessant at en god allianse (særlig når

det er pasienten som skårer den) henger sammen med bedring – som er et konsistent funn i den empiriske forskningen (Horvath & Bedi, 2002), er det å finne slike sammenhenger i seg selv intellektuelt utilfredsstillende. For *hvorfor* er det sånn? Hvilke *mekanismer* er involvert? Hva er *kausalsammenheng*en?

En videreutvikling av forskningsfeltet vil være inngående studier av enkelt-kasus med høy allianse med siktemål å utforske hva det er i terapien som bidrar til å skape en slik allianse. Når er det pasienten synes relasjonen er god? Hva er det terapeuten har bidratt med? Har pasienten følt seg forstått på en annen måte enn tidligere, eller har terapien åpnet opp for følelser eller aspekter ved en selv som man ikke tidligere var i kontakt med?

En slik grundigere forståelse av sammenhengen mellom allianse og bedring er ikke bare et intellektuelt interessant prosjekt, det har også konsekvenser for praksis; for overføringen av kunnskap til klinisk praksis. Det avgjørende spørsmålet er *hvordan* man skaper en god allianse. En allianse må bygge på noe; man kan ikke se for seg allianse uten metode og teknikk – disse er selve utgangspunktet. Men samtidig kan man godt tenke seg at de ikke virker uten en solid allianse: at allianse så å si er grunnen teknikkene/metodene må stå på. Terapi vil således handle om samspillet mellom teknikk og relasjon.

Noen mener at veien videre i feltet er å rendyrke en terapeutisk modell som tar utgangspunkt i fellesfaktorene (f.eks. Grawe, 2004). Det er imidlertid problematisk. For – kan man slutte fra det at man finner viktige fellesfaktorer til å tenke seg at det er en rendyrking av disse som vil være det optimale? Her blir det som om man kan løsrive de spesifikke fra de ikke-spesifikke faktorene, som om teknikk og relasjon kan sees helt uavhengig av hverandre.

Mer overordnet kan man si at det fortsatt er en utfordring å forstå hvordan og hvorfor psykoterapi virker. Dette er i bunn og grunn et spørsmål om kausalitet. Det sies ofte at det kun er gjennom randomiserte kontrollerte studier at man kan si noe om kausalmekanismer. Dette er imidlertid upresist. RCT studier gir ikke *i seg selv* svar på kausalmekanismer. Man kan selvfølgelig si at når pasienter er randomisert til en av de to gruppene, så er det kun terapimetoden som skiller dem fra hverandre – foruten problemet med at det kan være tredjevariabler man ikke vet om, og at det således er behandlingen som fører til bedring. Men – en gjennomsnittlig gruppeforskjell sier ikke i seg selv noe om *hva* det er ved den ene behandlingsmetoden som skaper bedring. Den sier således ikke i seg selv noe om kausalmekanismen. For å si noe kausalt om eller forklare menneskelig atferd, må man ned på individnivå og forstå de psykologiske mekanismene (Elster, 2007).

Når man skal forsøke å forstå sammenhengen mellom teknikk og relasjon,

står man overfor en utfordring begge veier: ikke bare tenke at alt er relasjon, og ikke bare tenke at alt er teknikk. I store deler av psykisk helsevern synes det som om det er den sistnevnte mentaliteten som er rådende; at *måten* man anvender metoden på, hvordan relasjonen rammer inn teknikkene, i liten grad er tema. Dette kommer jeg tilbake til.

II. Hva slags kunnskapsgrunnlag bør man legge til grunn for klinisk praksis?

Hva slags type kunnskap er relevant i spørsmålet om hva slags behandling som er den beste? De siste 30-40 årene har det vært en intens debatt om såkalt *evidensbasering* av psykoterapi. Den amerikanske psykologforeningens definisjon av evidensbasert praksis, som også den Norske Psykologforening har sluttet seg til, sier at:

"Evidence-based practice in psychology is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences" (Barlow, 2004, s.871).

Definisjonen har tre sentrale elementer: den beste forskningsevidensen, klinisk ekspertise og pasientens preferanser. Anvendelsen av denne definisjonen i praksis reiser to sentrale problemer (Rønnestad, 2008). For det første hvordan de tre skal vektes i forhold til hverandre – altså hvilken vekt skal forskningsfunn få sammenholdt med klinisk skjønn og unike pasientegenskaper. For det andre hva slags forskningsdesign man mener gir mest valid kunnskap.

Til det sistnevnte, har kriteriene for den beste forskningsevidensen typisk blitt definert etter den biomedisinske modellen og gitt RCT en særstilling, mens kvalitative design, systematiske kasusstudier, observasjonsstudier og naturalistiske intervensjonsstudier har kommet lenger ned i hierarkiet. Prioriteringen av komparative studier, fortrinnsvis RCT, ligger også til grunn for statlige kliniske retningslinjer for behandling. Det er imidlertid en rekke begrensninger ved RCT-designet, og en ensidig vektlegging av dette når det gjelder hva slags forskning og forskningsdesign som ansees som relevante, har møtt motbør. En av de største svakhetene er den reduserte generaliserbarheten, dvs. vansker med å generalisere funn til vanlig klinisk praksis.

Det er verdt å merke seg at selv Sir Michael Rawlins, professor i farmakologisk medisin og leder for NICE (National Institute of Medicine and Clinical Excellence), en institusjon som er ansvarlig for å rådgi offentlige helsemyndigheter om de mest effektive standardene for behandling, er kritisk til utviklingen av hierarkier for evidens. Rawlins (2008) mener RCT har fått en ufortjent

førsteplass i slike hierarkier, og understreker betydningen av et mangfold av metoder, inkludert observasjonelle. Slik jeg ser det, er det behov for nettopp metodisk *pluralisme* for å besvare hvordan og hvorfor behandlinger har god eller dårlig effekt. Mens RCT-studier kan dokumentere effekt av en behandling sammenliknet med en annen eller med en ubehandlet kontrollgruppe, gir de i seg selv ikke svar på hvordan endringsprosesser foregår. Statistiske modeller kan ikke forklare individuelle handlinger og må skilles fra kausale tolkninger (Elster, 2007). Kvantitativ forskning kan suppleres av kvalitative og single-case studier for å undersøke endringsmekanismer i psykoterapi. I tillegg er naturalistiske observasjonsstudier overlegne i å studere terapi slik den foregår i praksis og integrerer således mer kontekstuell kunnskap.

I tillegg til å understreke betydningen av et mangfold av metoder, er den samme Sir Rawlins opptatt av *klinisk skjønn* – eller vurderinger. De som utvikler hierarkier for forskningsevidens, forsøker å erstatte vurderinger med det man ser som mer reliable og robuste tilnærminger til evaluering av evidens, men:

“All my experience tells me they are wrong It is scientific judgement – conditioned, of course, by the totality of the available evidence – that lies at the heart of making decisions about the benefits and harms of therapeutic interventions” (Rawlins, 2008, s. 35).

Rawlins understreker altså både betydningen av vurdering eller klinisk skjønn, og han peker på problemet med å sette likhetstegn mellom forskningsevidens og funn fra RCT-studier. Det er imidlertid lite forskning på hva integreringen av forskningsfunn med klinisk skjønn og pasientpreferanser reelt innebærer i praksis. Temaet berører hvordan klinikere/ profesjonelle tar beslutninger – og hva det er som blir styrende for valg de tar. I hvilken grad tar de reelt hensyn til forskningsfunn? Og hvordan integreres slike funn med egen erfaring? Her har psykoterapiforskningen en oppgave å gjøre.

III. Hva er målsettingen med terapi?

Når man evaluerer – spør om noe har verdi – kommer spørsmålet om hva man mener er verdifullt. Wallerstein (1963) understreker at det til grunn for spørsmålet “virker psykoterapi” ligger flere, ofte tause, antakelser: 1) at det finnes kriterier for sykdom/ patologi/ avvik, 2) at det finnes kriterier for en tilstand av optimal mental helse og 3) at det finnes mål som kan fange opp i hvilken grad gapet mellom disse to minker i løpet av en behandling. Jeg vil si at feltet i dag er preget av utfordringer når det gjelder alle disse.

Til det første; hvordan definere sykdom eller avvik? Her har det medisinsk-diagnostiske paradigmet fått en særstilling, som på ingen måte er uproblematisk. Mange studier tar utgangspunkt i deskriptive diagnostiske grupper og forsøker å si noe om hva slags behandling som er effektiv for de ulike gruppene. Man vektlegger kjennetegn personen har *felles* med en gruppe. En forutsetning synes å være at det pasientene med samme diagnose har felles gjennom sin diagnostiske tilhørighet er det sentrale ved dem for terapi og endring. Man har imidlertid sett at diagnoser ikke er sterkt relatert til resultat av terapi, og flere kjente psykoterapiforskere har uttalt seg kritisk om bruk av deskriptive diagnoser som utgangspunkt for terapi nettopp på grunn av dette (f.eks. Fonagy, 1999). Samtidig vil mange, inkludert den samme Fonagy (1999), innvende at dette er det beste systemet vi har per i dag. Uansett er det en utfordring for feltet å videreutvikle egnede kriterier – inkludert gruppering av pasienter ut fra psykologisk fungering heller enn bare diagnoser når man skal evaluere terapeutiske prosedyrer.

Så til punkt 2 – kriterier for en tilstand av optimal mental helse. Hva er egentlig mental helse? Er det fravær av sykdom? I mange studier som tar utgangspunkt i diagnosegrupper, vil det være en målsetting at man blir kvitt diagnosen, blir “frisk” så å si. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerte i 1946 helse som “a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” Dette er en kontroversiell definisjon bl.a. pga. vansker med å operasjonalisere den.

Spørsmålet om hvordan man definerer målsetting for behandling er stort – og svaret man har gitt, har endret seg gjennom historien, i tillegg til at det også i noen grad avhenger av ens teoretiske posisjon. Videre er det store forskjeller innad i de ulike teoriene. Definisjonen på helse synes altså å være historisk og sosiologisk-kulturelt betinget/ situert. Det er kanskje for ambisiøst å tenke seg at man skal kunne komme frem til en utvetydig enighet om målsettinger. Men ikke desto mindre har feltet en utfordring her, og det er en utfordring å definere målsetting tydeligere.

Relatert til spørsmålet om målsetting er hvordan man skal *måle* bedring. Finnes det mål som i tilstrekkelig grad fanger opp det vi vil måle? Det har skjedd store fremskritt når det gjelder standardisering av resultatmål, som for eksempel Symptom Check List (SCL-90-R) (Derogatis, 1983), Inventory of Interpersonal Problems (IIP) (Alden, Wiggins & Pincus, 1990) og Global Assessment of Functioning (GAF). Det er imidlertid en begrensning at mange av disse dreier seg om selvrapporterte endringer. Kan man for eksempel tenke seg at pasienters selvrapporterte vansker i noen grad speiler pasienters foretrukne

selvbilde fremfor reell problematikk? En interessant studie av Shedler et al. (1993) fant en undergruppe av pasienter, såkalte “defensive deniers”, som så sunne ut på selvrapporterte mål, men som i realiteten viste seg å være uttrykk for illusorisk psykologisk helse. Forfatterne argumenterte for at standard selvrapporitmål ikke er i stand til å skille genuin mental helse fra en fasade av mental helse skapt av psykologisk forsvar. Et annet problem med endringsmål, er mangelen på en integrering av ulike resultatmål på teoretisk konsistente måter. Det trengs begreper, tenkning og metoder som kan kombinere resultater på forståelige måter.

Avslutningsvis noen refleksjoner omkring klinisk vurdering av unike endringsforløp. I klinisk praksis vil man først og fremst være opptatt av en spesifikk pasients endring, ikke hvordan vedkommende endres sammenliknet med en gruppe. I en klinisk kontekst vil evalueringen altså være i forhold til individets eget utgangspunkt – pasienten blir sin egen målestokk. I tillegg vil man i klinikken ofte være opptatt av kvalitative aspekter ved endring – som uttrykkes vel så mye i form, dvs. i væremåter og mimikk, som i innhold. Det dreier seg ikke bare om mengde symptomer, men om hvordan individet håndterer sine vansker, hvordan det relaterer seg til seg selv og til omverdenen.

Avslutning

Oppsummerende kan man si at psykoterapiforskningsfeltet fortsatt står overfor noen helt sentrale utfordringer når det gjelder å forstå hvordan psykoterapi virker. Det er veldokumentert at psykoterapi delvis har effekt gjennom en rekke fellesfaktorer, men det gjenstår å forstå mer inngående hvordan disse virker, samt å forstå sammenhengen mellom fellesfaktorer og mer spesifikke teknikker. For å kunne besvare slike spørsmål, trengs et mangfold av metoder, som inkluderer, men ikke begrenses til, RCT-studier. Det er nødvendig med grundige kasusstudier, dersom man skal kunne identifisere kasualmekanismer om endring.

Referanser

- Alden, L.E., Wiggins, J.S. & Pincus, A.L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-526.
- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R manual: administration, scoring & procedures*. USA: Clinical Psychometric Research

- Elster, J. (2007). *Explaining social behavior. More nuts and bolts for the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy. An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fonagy, P. (1999). Process and outcome in mental health care delivery: A model approach to treatment evaluation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 288-304.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press. (Originally published in 1961).
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. (3rd edition). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- 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 edition (s. 84-135). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Horvath A.O. & Bedi R.P. (2002). The alliance. In Norcross J.C. (ed): *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 37-69). Oxford: Oxford University Press.
- Kiesler, D.J. Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J. Lambert (ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th edition (pp.139-193). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Kreuse, E.D., Johnson, S., et al. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "Wild Card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-105.
- Luborsky, L, Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Moras, K., Anderson, T. & Piper, W. (2010). Hans Strupp: A founder's contributions to a science basis for psychotherapy practice. In L.G. Castongvay, J.C. Muran, L. Angus, J.A. Hayes, L. Nicholas (Eds). *Bringing psychotherapy research to life. Understanding change through the work of leading clinical researchers* (s. 51-74). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E. & Russel, R.L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research: Notes on the fourth generation. In R.L. Russel (Ed.): *Reassessing psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M.J.Lambert (Ed.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th edition (s. 307-389). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Paul, G.L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rawlins, M.D. (2008). *De testimonio. On the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions*. London: Royal College of Physicians.

- Rønnestad, H.M. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 4, vol 45, 444-454.
- Shedler, J., Mayman, M. & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48: 11, 1117-1131.
- Stiles, W.B. & Shapiro, D.A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543.
- Strupp, H.H. (1995). The psychotherapist's skills revisited. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 70-74.
- Wallerstein, R.S. (1963). The problem of assessment of change in psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 31-41.
- Wallerstein, R.S. (2001). The generations of psychotherapy research. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 243-267.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. London: Lawrence Erlbaum Associates, publishers.

Abstract

What kind of treatment is the most effective? This question is complicated and raises scientific challenges, both methodological and theoretical, some of which have been focused in the debate about evidence-based practice. The article discusses three main challenges. The first concerns how to understand the increasing knowledge about so-called common factors – and how to translate this knowledge into clinical practice. The association between specific techniques and common factors such as the relationship between patient and therapist is discussed. Moreover, the article examines what kind of knowledge that is helpful when answering questions about the effectiveness of psychotherapy. Finally, the challenge of defining the goals of psychotherapy is examined – hereunder, how to define mental health and psychopathology, and how to assess change.

Keywords: psychotherapy research, historical perspective, common factors, mechanisms of change, causality, research evidence, measurements of change.

Endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen

Matrix, 2013; 1, 38-52

Øyvind Halmrast
Jan Skjerve

Sammendrag:

Det er behov for ytterligere forskning før man kan avgjøre om den terapeutiske alliansen har en direkte kurativ effekt, og hvilke endringsmekanismer alliansen opererer gjennom. I denne artikkelen belyses 'forhandling av alliansebrudd' og 'self-efficacy' som mulige endringsmekanismer i alliansen. Det argumenteres for at alliansen gjennom disse endringsmekanismene gir terapeutisk effekt i form av en økning i klienters faktiske relasjonelle evner og relasjonelle self-efficacy. Oppsummeringer av allianseforskningen kan imidlertid være forenlig med et interaksjonelt perspektiv på hvordan alliansen gir effekt. Dette gjør at det kan stilles spørsmål ved om forutsetningene for å bygge opp spesifikke konseptuelle modeller for terapeutisk endring er til stede, og om det derfor er prematurlt å spekulere om hvilke endringsmekanismer alliansen aktiverer.

I arbeidet med å utvikle de mest effektive psykoterapiformene, har det oppstått en polarisering mellom et medisinsk og et kontekstuellt perspektiv på psykoterapi. Det medisinske perspektivet vektlegger prinsippet om spesifisitet, som innebærer at effekten av psykoterapi tilskrives de spesifikke intervensjonene som kjenner seg ulike psykoterapiformer (Wampold, Ahn, & Coleman 2001). Det kontekstuelle perspektivet legger til grunn at det er fellesfaktorer (f.eks. den terapeutiske alliansen), også kalt uspesifikke faktorer, som i størst grad bidrar til terapeutisk endring.

Øyvind Halmrast, psykolog ved Årstad allmennpsykiatriske poliklinikk. Adresse: Kronstad DPS, Solheimsgaten 23 B, 5054 Bergen. E-post: Oyvind.Halmrast@helse-bergen.no

Jan Skjerve, spesialist i klinisk psykologi og tidligere leder av Poliklinikk for barn, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Adresse: Institutt for klinisk psykologi, Christiesgate 12, 5015 Bergen. E-post: jan.skjerve@psykp.uib.no

Selv om det teoretisk og statistisk kan skilles mellom spesifikke faktorer og fellesfaktorer, vil det i en praksissammenheng ikke være mulig å skille mellom effekten av de to faktortypene. Det er mest sannsynlig slik at både spesifikke faktorer og fellesfaktorer er gjensidig avhengig av hverandre, og inngår i en interaksjon som gir effekt i form av terapeutisk endring (f.eks., Kazdin, 2005; Safran & Muran, 2006). Polariseringen mellom perspektivene er uhensiktsmessig ved at fokuset flyttes vekk fra det egentlige spørsmålet om hvordan psykoterapi gir effekt. Kazdin (2005) har fremhevet at det heller bør fokuseres på hvilken rolle en faktor har, uavhengig av om faktoren kan defineres som felles eller spesifikk. Spørsmålet bør altså være "Hvordan bidrar den aktuelle faktoren til at psykoterapi gir effekt?"

Terapeutisk allianse er den fellesfaktoren som i forskningslitteraturen er tilagt størst betydning for det terapeutiske utfallet. I denne artikkelen vil vi gjennomgå studier som belyser hvorvidt terapeutisk allianse har en direkte terapeutisk effekt, og studier som kan underbygge hvilke mekanismer den terapeutiske alliansen eventuelt virker gjennom.

Studier av effekt av alliansen

En betydelig del av psykoterapiforskningen om hvorvidt alliansen leder til terapeutisk endring har tatt utgangspunkt i Bordins (f.eks., 1979; 1994) transteoretiske operasjonalisering av alliansefenomenet. Bordin (1979) har definert alliansen som et samarbeid kjennetegnet ved (1) enighet om terapiens målsetning, (2) konsensus når det kommer til hvilke oppgaver terapien skal bestå av og (3) det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut. Bordin så alliansen som viktig i alle former for psykoterapi, og han argumenterte for at den kan være selve nøkkelen til terapeutisk endring. Horvath, Del Re, Flückiger og Symonds (2011) har senere undersøkt Bordins syn på alliansen som en vesentlig faktor i alle former for psykoterapi. Forskningen de oppsummerte, fant at alliansen fremstod som en transteoretisk faktor på tvers av kognitiv atferdsterapi, interpersonlig psykoterapi, psykodynamisk psykoterapi og behandlingsformer for avhengighetsproblematikk.

En "Task Force" nedsatt av divisjonen for psykoterapiforskning innen American Psychological Association (APA), ledet av J. C. Norcross, har oppsummert 60 års forskning om samvariasjonen mellom elementer i den terapeutiske relasjonen og terapeutisk endring. Resultatene fra arbeidet er presentert i to artikler (Norcross, 2001; Ackerman, et al., 2001), mens arbeidsgruppens totale arbeid er fremlagt i boken *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist*

Contributions and Responsiveness to Patients (Norcross, 2002). I denne rapporten konkluderte Lambert og Barley (2002) at det er mer konsistente korrelasjoner mellom den terapeutiske relasjonen og terapeutisk endring enn mellom terapeutiske teknikker og endring. Korrelasjonene mellom relasjon og endring er sterkest når de bygger på klientvurderinger.

I samme rapport oppsummerte Horvath og Bedi (2002) psykoterapiforskningen fra 1976 til 2000 som har vært gjort om relasjonen mellom den terapeutiske alliansen og terapeutisk endring. Med utgangspunkt i 90 studier gjennomførte de en meta-analyse. Den gjennomsnittlige effektstyrken (ES, styrken på samvariasjonen mellom alliansen og terapeutisk endring) i disse studiene var .21. Denne meta-analysen bygget videre på to tidligere meta-analyser foretatt av Horvath og Symonds (1991) og Martin, Garske og Davis (2000), som fant gjennomsnittlig ES på henholdsvis .26 og .22. Disse tre meta-analysene gir alle grunnlag for å anta at alliansen inngår i en liten, men positiv, statistisk sammenheng med terapeutisk endring. Selv om det ikke er snakk om en stor ES, virker samvariasjonen mellom alliansen og terapeutisk endring å være et robust funn på tvers av ulike behandlingsformer. Horvath og Bedi konkluderte med at forskningen gir grunnlag for å anta at alliansens kvalitet er av vesentlig betydning for vellykket og effektiv psykoterapi.

I 2009 begynte arbeidet med en oppdatering av Norcross og medarbeidere sin rapport fra 2002. Resultatet av dette arbeidet foreligger i boken *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness* (Norcross, 2011). Når det gjelder samvariasjonen mellom alliansen og terapeutisk endring, trekkes grovt sett de samme konklusjonene som i meta-analysen gjennomført av Horvath og Bedi (2002). I den oppdaterte rapporten inkluderes de 90 studiene fra Horvath og Bedi (2002) og 111 nye studier fra tidsrommet 2000 til 2009 i en ny meta-analyse (Horvath et al., 2011). Den gjennomsnittlige ES i de totalt 201 studiene var .275. De fant, i likhet med Horvath og Bedi, at det ikke var signifikante statistiske forskjeller mellom resultatene fra de ulike allianseskalene som inngikk i studiene.

Usikker årsakssammenheng

Meta-analysene av allianseforskningen gir ikke sikkert grunnlag for å trekke konklusjoner om alliansen som prediktor for terapeutisk endring. Den påviste korrelasjonen mellom alliansen og terapeutisk endring sier ikke noe om retningen av samvariasjonen. Majoriteten av studiene som inngår i meta-analysene har ikke avdekket tidsrelasjonen mellom alliansen og terapeutisk end-

ring. I de fleste studiene har man målt alliansen på flere tidspunkt gjennom behandlingsforløpet. Den terapeutiske endringen er i majoriteten av studiene derimot angitt som den observerte differansen i klientens tilstand før og etter behandling. Denne differansen har så vært grunnlaget for vurderingen av validiteten av alliansen som årsak til terapeutisk endring. Kazdin (2009) påpeker at en slik analyse ikke er tilstrekkelig, fordi det må være en tidsmessig nærhet mellom alliansen og den terapeutiske endringen for at en skal kunne trekke årsaksslutninger. Når en ikke kjenner den tidsmessige relasjonen, er det mulig at klienters opplevelse av alliansen er en følge av terapeutisk endring som har kommet tidligere i behandlingsforløpet. Eksempler på studier som har funnet at alliansen er et resultat av forutgående terapeutisk endring er Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland (2000); DeRubeis & Feeley (1990); Strunk, Brotman, & DeRubeis (2010). Det er problematisk for forståelsen av effekten av alliansen at majoriteten av studiene som inngår i meta-analysene, ikke har kontrollert for (ekskludert) terapeutisk endring som inntraff forut for endringer i alliansen.

Kazdin (2007; 2008; 2009) er, lik en rekke andre (f.eks., Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Barber, 2009; Barber, Khalsa, & Sharpless, 2010), kritisk til de konklusjonene som er trukket med grunnlag i allianseforskningen. Det fremheves i denne kritikken, at det kun er et fåtall studier som har forsøkt å avdekke tidslinjen alliansen og terapeutisk endring inngår i. Studiene det er vist til er Barber, Luborsky, Crits-Christoph, Thase, Weiss, Frank, et al. (1999); Barber et al. (2000); Barber, Luborsky, Gallop, Crits-Christoph, Frank, Weiss, et al. (2001); DeRubeis & Feeley (1990); Feeley, DeRubeis, & Gelfand (1999); Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson (1991); Klein, Schwartz, Santiago, Vivian, Vocisano, Castonguay, et al. (2003); Strunk, Brotman, & DeRubeis (2010). Av disse studiene er det kun to, Barber et al. (2000) og Klein et al. (2003), som har påvist at alliansen kontrollert for forutgående terapeutisk endring signifikant predikerte ytterligere terapeutisk endring. Det at de andre studiene ikke påviste en slik statistisk signifikant sammenheng, kan skyldes flere faktorer. En slik faktor er at den kurative effekten av alliansen kan variere som en funksjon av diagnose (Ryum, Stiles, & Vogel, 2009). En annen forklaring kan være at studiene som ikke påviste en signifikant sammenheng bestod av små utvalg, og derfor ikke hadde tilstrekkelig statistisk styrke til å avdekke sammenheng mellom alliansen og terapeutisk endring (Barber et al., 2000). Det er her av interesse å fremheve at Gaston et al. (1991) og Barber et al. (1999) fant resultater som er i tråd med Barber et al. (2000) og Klein et al. (2003), men at sammenhengen ikke var statistisk signifikant (Barber et al., 2010).

Psykotera­pifor­skningen så langt gir ikke noe klart bilde av karakteren av sammenheng mellom den terapeutiske alliansen og terapeutisk endring, kun at det er en samvariasjon. Sprikende funn med hensyn til om alliansen leder til endring eller om effekten går motsatt vei, åpner for muligheten for at de to forholdene interagerer med hverandre heller enn at det er en enveis årsaksrelasjon.

Endringsmekanismer

Det er påfallende at det er så få studier som har søkt å avdekke tidsrelasjonen mellom alliansen og terapeutisk endring. Oppsummeringene av allianseforskningen er også mangelfulle fordi meta-analysene sier lite om hvordan alliansen eventuelt gir effekt i form av terapeutisk endring. For å illustrere denne problematikken har Kazdin stilt følgende spørsmål: ". . . how does one get from 'my therapist and I are bonding' to 'my marriage, anxiety, and tics are better'?" (Kazdin, 2007, s. 8). Alliansen medierer den terapeutiske relasjonens effekt, men slik Kazdin påpeker forteller ikke det oss hvilke endringsmekanismer alliansen virker gjennom. For å kunne nærme seg en bedre forståelse av hvordan alliansen eventuelt gir effekt, har Kazdin og Nock (2003) argumentert for at det bør gjennomføres forskning med strengere designkrav. Dersom forskningen klarer å identifisere mellomliggende tredjevariabler som kan forklare effekten av alliansen, må det vurderes om de oppfyller kravene til å kalles endringsmekanismer. For å kunne påvise endringsmekanismer i psykoterapi, har Kazdin og Nock skissert en rekke kriterier som må oppfylles.

Kritikken og anbefalingene Kazdin (f.eks., 2006, 2007; 2008; 2009) har kommet med, er et forsøk på å skissere hvordan et økt fokus på å avdekke endringsmekanismer kan gjøre det mulig å bygge opp spesifikke konseptuelle modeller for terapeutisk endring. Slike spesifikke modeller står i motsetning til globale modeller, eksempelvis kognitiv og psykodynamisk teori, som Kazdin (2007) har kritisert for ikke lenger å være tilstrekkelige. I den forbindelse er det interessant å trekke frem at David og Montgomery (2011) har fremmet en ny modell for å evaluere i hvilken grad behandlingsformer støttes av empiri. I denne modellen er spesifiseringen av endringsmekanismer et sentralt element. David og Montgomery omtaler to nivåer av analyse for å vurdere i hvilken grad en behandlingsform er støttet av empiri: 1) det må undersøkes om terapeutisk endring faktisk *kan* forekomme gjennom de endringsmekanismene den aktuelle teorien postulerer, og 2) det må også vurderes om den aktuelle behandlingsformen virker gjennom de endringsmekanismene som postuleres av den aktuelle teorien behandlingsformen bygger på.

Potensielle endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen

Forhandling av alliansebrudd

I sin videreutvikling av Bordins (1979; 1994) konseptualisering av alliansefenomenet forstår Safran og Muran (f.eks., 1996; 2000; 2006), som Bordin, alliansen som både et samarbeid og en forhandlingsprosess. Safran og Muran (f.eks., 2006) argumenterer for at det bør legges større vekt på alliansen som en forhandlingsprosess. Begrunnelsen er at en da tar høyde for at samarbeidet mellom terapeut og klient ikke er problemfritt, og at disse problemene kan lede til brudd på alliansen. Slike alliansebrudd defineres som ". . . en spenning eller et sammenbrudd i samarbeidsrelasjonen mellom pasient og terapeut" (Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002, s. 236, vår oversettelse).

Safran, Muran og Eubanks-Carter (2011) har gjennom to meta-analyser oppsummert aktuell forskning vedrørende 'forhandling av alliansebrudd'. I den første meta-analysen undersøkte de relasjonen mellom vellykkede forhandlinger av alliansebrudd og terapeutisk endring og påviste en moderat ES på .24. I den andre meta-analysen undersøkte de hvorvidt det å trene terapeuter i å forhandle alliansebrudd på best mulig måte kan bidra til at klienter i større grad oppnår terapeutisk endring. Resultatet fra denne meta-analysen ga en stor effektstørrelse (ES .65). 'Forhandling av alliansebrudd' synes dermed å kunne være en endringsmekanisme som alliansen har en direkte kurativ effekt gjennom.

Det kreves mer forskning for å underbygge 'forhandling av alliansebrudd' som en endringsmekanisme i henhold til de kriteriene Kazdin og Nock (2003) skisserer. Castonguay et al. (2006) har foreslått at en bør studere hvordan erfarne terapeuter jobber for å etablere en god allianse, for å opprettholde alliansen og hva de gjør ved alliansebrudd. Moltu (2011) gjennomførte flere studier som tok for seg nettopp hvordan erfarne terapeuter opplever alliansebrudd, og hva de gjør i slike situasjoner for å forhandle frem en bedre allianse. Han fant blant annet at terapeutene brukte mye tid på å reflektere rundt hvordan de selv opplevde klientenes subjektivitet. De erfarne terapeutene fremhevet at et sentralt element var opplevelsen av at klientene i stor grad bidro til at alliansebruddene oppstod, men også til at de ble løst. I analysen av et intervjumateriale som dreide seg spesifikt om hvordan terapeutene opplevde klientenes subjektivitet, kom det fram fire elementer. Moltu argumenterer for at de fire elementene danner en sekvensiell prosess, der klientene bidrar til terapeutisk endring ved å gå igjennom ulike relasjonelle aktiviteter i en bestemt rekkefølge.

Moltu (2011) undersøkte også i hvilken grad terapeutene vektla det å lytte og observere på to ulike plan: (a) det eksplisitte innholdet i det klienten forteller om, og (b) hvordan klienten nonverbalt formidler sine relasjonelle uttrykk og behov. Terapeutene opplevde det å forholde seg på begge plan som avgjørende for hvorvidt de la merke til klientens invitasjoner til å knytte en relasjon som i større grad var kjennetegnet ved gjensidighet og autentisitet. Når terapeuten lykkes i å registrere både de verbale og de nonverbale uttrykkene, blir det mulig for klienten å la relasjonen til terapeuten bli hovedfokus, fremfor å la tidligere relasjonelle mønstre og forventninger dominere. Dette er i tråd med tanken om at psykoterapi oppnår effekt som følge av at klienter gjennomgår emosjonelt korrigerende relasjonelle erfaringer (Alexander, 1946/1980).

Moltu argumenterer for at den sekvensielle prosessen han har avdekket ut fra terapeutens perspektiv, illustrerer hvordan klienten tester terapeuten, og hvordan det at terapeuten lytter og observerer på to forskjellige nivåer er avgjørende for om terapeuten består disse testene. Dette synet samsvarer med kontroll-mestringsteori, utviklet av Weiss (f.eks., 1990). Moltus arbeid er hypotesegenererende ved at hans teori om hvordan alliansebrudd forløper kan utprøves gjennom ytterligere forskning. Slik er hans arbeid et eksempel på en type forskning som Kazdin (2008) har etterlyst i arbeidet med å avdekke endringsmekanismer.

Modell for terapeutisk endring: forhandling av alliansebrudd.

Modeller for terapeutisk endring skal danne grunnlaget for formuleringen av behandlingsplaner i psykoterapi (Kazdin, 2007). Ifølge Kazdin er det avgjørende at det i slike modeller spesifiseres hvordan en endringsmekanisme kan aktiveres og hvordan den opererer for å gi effekt i form av terapeutisk endring. En spesifikk konseptuell modell for endringsmekanismen 'forhandling av alliansebrudd' må altså spesifisere hvordan alliansebrudd forhandles på best mulig måte og hvordan forhandlingen av alliansebrudd gir effekt.

Safran og Muran (f.eks., 2000) har ved hjelp av såkalt oppgaveanalyse kommet frem til en modell for hvordan forhandlingen av alliansebrudd forløper. Modellen består av fire ulike tilstander klienten befinner seg i, og spesifikke terapeutiske intervensjoner som er rettet mot å hjelpe klienten fra den ene tilstanden til den neste. Intervensjonene modellen beskriver oppfyller dermed kravene Kazdin har stilt.

I den første tilstanden utspiller klienten sine maladaptive mønstre, og terapeuten er ofte fanget i disse relasjonelle mønstrene ved at han eller hun reage-

rer på mønstrene i henhold til klientens forventninger. Når dette så leder til et alliansebrudd, enten kjennetegnet av konfrontasjon eller tilbaketrekning, blir terapeuten bevisst at han eller hun er fanget i klientens relasjonelle mønstre. Det blir da viktig at terapeuten avklarer sine motoverføringer og igangsetter metakommunikasjon for å bryte ut av den dysfunksjonelle interaksjonen med klienten. Slik gjør terapeuten det mulig for klienten og seg selv å utforske det som foregår her og nå i den terapeutiske relasjonen.

Den andre og tredje tilstanden hos Muran og Safran omhandler en parallel utforskning av både tanker og følelser som assosieres med alliansebruddet, og av interne prosesser som blokkerer (forsvarsreaksjon) denne utforskningen (Safran & Muran, 2000). Gjennom den parallelle utforskningen lærer klienten å forhandle egne og andres behov på en konstruktiv måte, uten å inngå kompromiss med eget selv eller true terapeuten som objekt (Safran & Muran, 2006). For å hjelpe klienten med å utvikle denne evnen, har Safran og Muran (2000) foreslått to forskjellige intervensjoner. Den første intervensjonen omhandler å erkjenne terapeutens bidrag til alliansebruddet, fokusere på her og nå og å gjennomføre et bevisstgjøringseksperiment. Målet her er å øke klientens bevissthet rundt egne behov og følelser, og å fasilitere klientens evne til selvhevdelse. I denne utforsknings- og bevisstgjøringsprosessen vil det oppstå blokkeringer, der klienten inngår i maladaptive mestringsstrategier i forhold til egne behov og følelser relatert til alliansebruddet. Den andre intervensjonen innebærer at terapeuten inviterer klienten til å se nærmere på forsvarsreaksjonene som blokkerer utforskningen.

De to intervensjonene Safran og Muran (2000) har foreslått i den andre og tredje fasen, bidrar til å hjelpe klienten over i den fjerde tilstanden. Den fjerde tilstanden kjennetegnes ved at klienten får tilgang til primære følelser og formidler underliggende behov og ønsker direkte til terapeuten. Klienten er i ferd med å oppnå en mer autonom fungering og økt relasjonell kompetanse. Intervensjonen i den siste fasen hos Safran og Muran er å bekrefte klientens forsøk på en mer autonom fungering.

Moltus (2011) funn av en sekvensiell prosess der klientene bidrar til terapeutisk endring ved å gå igjennom ulike relasjonelle aktiviteter ved alliansebrudd, kan supplere Safran og Muran (2000) i utviklingen av en konseptuell modell for endringsmekanismen 'forhandling av alliansebrudd'. Hos Moltu blir det tydelig hvordan klienten selv bidrar til terapeutisk endring gjennom sin handlekraft og sitt mot til å stille seg selv i en sårbar posisjon i prosessen med å overkomme relasjonelle hindre.

Det første leddet i den sekvensielle prosessen Moltu avdekket, korresponderer grovt sett til den første fasen hos Safran og Muran. Moltu har omtalt dette første leddet som hvordan terapeuten opplever å bli involvert i klientens relasjonelle hindre. Den parallelle utforskningen som Safran og Muran beskriver, korresponderer med det andre leddet i den sekvensielle prosessen hos Moltu. Han har omtalt dette andre leddet som hvordan klienten jobber for å overkomme egne relasjonelle hindre. I tredje leddet blir klientene mer åpne og ikke-defensive i sin deling av opplevelser. Det siste leddet hos Moltu (2011) beskriver hvordan klienten i større grad evner å gi uttrykk for egne følelser og behov uten å gå i forsvar, og at klientens økte relasjonelle kompetanse muliggjør en større gjensidighet og autentisitet i relasjonen mellom klient og terapeut. Hvordan kan så det at terapeuten bør lytte og observere på to ulike plan integreres i denne prosessen? Det kan eksempelvis tenkes å være avgjørende for i hvilken grad terapeuten evner å iverksette de ulike intervensjonene på riktig tidspunkt i behandlingsforløpet. I kontroll-mestringsteori vil dette samsvare med terapeutens evne til å bestå klientens ulike tester (Weiss, 1990).

Self-efficacy: en endringsmekanisme

Bandura (1977) har definert begrepet 'self-efficacy' som i hvilken grad en person har tro på egne evner til å utføre den atferden som forutsettes for å produsere et ønsket utfall. Det fremgår av denne definisjonen at grad av 'self-efficacy' vil variere i forhold til ulike områder i livet. Ifølge Bandura har 'self-efficacy' fire hovedkilder: (A) tidligere opplevelser av mestring, (B) vikarierende/observerende læring, (C) verbal overtalelse og (D) emosjonell aktivering.

Hvordan kan 'self-efficacy' tenkes å være en endringsmekanisme i den terapeutiske alliansen? Hartzler, Witkiewitz, Villarroel og Donovan (2011) har gjennomført en studie der de undersøkte hvorvidt endring i 'self-efficacy' medierte relasjonen mellom det terapeutiske båndet og terapeutisk endring. De har altså tatt utgangspunkt i den tredje faktoren i Bordins (1979) definisjon av den terapeutiske alliansen, det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut. Deres studie omhandlet alkoholavhengighet. Studien undersøkte hvorvidt et sterkt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut har betydning for klientens tro på egne evner til å redusere antall drikke-dager og konsekvensene av drikkingen. Studien undersøkte også hvorvidt denne økte troen på egne evner faktisk ledet til bedring. De forskjellige behandlingsformene var kognitiv atferdsterapi (KAT), KAT i kombinasjon med medisiner og kun medisiner. Hartzler et al. fant at endringer i 'self-efficacy' gjennom behandlings-

forløpet signifikant medierte samvariasjonen mellom det terapeutiske båndet og terapeutisk endring ett år etter behandlingsslutt. Dette resultatet gjaldt kun klientene i KAT-gruppen. I og med at Bandura (1977) har fremmet tidligere opplevelser av mestring som en av de viktigste kildene til 'self-efficacy', blir det avgjørende å kontrollere for den mestring klientene opplever i løpet av behandlingen, noe Hartzler et al. gjorde. De fremhever at de avdekket små effektstørrelser, og at resultatene på ingen måte kan tolkes som at endring i 'self-efficacy' er årsak til eller et produkt av et sterkt terapeutisk bånd, eller at disse to fenomenene er direkte årsak til terapeutisk endring. Det er kun snakk om en påvist statistisk sammenheng, som ikke er tilstrekkelig for å trekke konklusjoner om årsak og virkning. De foreslo at potensielle årsakssammenhenger mellom fenomenene testes gjennom å innfri kriteriene Kazdin og Nock (2003) skisserer. Slik vil det kanskje kunne sies noe mer om hvorvidt et sterkt emosjonelt bånd virker gjennom endring i 'self-efficacy', for så å gi effekt i form av terapeutisk endring. Dersom dette viser seg å være tilfelle, kan det argumenteres for at 'self-efficacy' er en endringsmekanisme som kan aktiveres gjennom alliansen.

Studien gjennomført av Hartzler et al. (2011) er et eksempel på hvordan det, med utgangspunkt i en av de tre faktorene i Bordins alliansedefinisjon, kan utledes hypoteser om endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen. I og med at Bandura (1977) postulerte fire hovedkilder til 'self-efficacy', er en bedre forståelse av det emosjonelle båndets funksjon avgjørende for å avdekke hvordan det bidrar til økt 'self-efficacy'. Hartzler et al. tar riktignok utgangspunkt i forskning (Ilgen, Tiet, Finney, & Moss, 2006, referert i Hartzler et al., 2011) som peker i retning av at et sterkt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut har en type kompensatorisk effekt for klienter med innledningsvis lav 'self-efficacy'. Tanken om at et sterkt emosjonelt bånd har en kompensatorisk effekt, knytter seg til verbal overtalelse (jf. punkt C, s. 44) som kilde til økt 'self-efficacy'. Med dette som utgangspunkt kan følgende hypotese formuleres:

Dersom et sterkt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut har en kompensatorisk effekt, vil terapeutens tiltro til klientens evner og formidling av denne tiltroen lede til at klienten selv får økt tiltro til egne evner.

Kan det også tenkes at et sterkt emosjonelt bånd kan lede til økt 'self-efficacy' ved å nedregulere klienters emosjonelle aktivering (jf. punkt D, s. 44)? Spørsmålet er interessant fordi en persons vurdering av 'self-efficacy' delvis baseres på opplevd emosjonell aktivering, og en for høy aktivering assosieres gjerne

med lavere forventning til egne prestasjoner (Bandura, 1977). Hypotesen blir dermed:

Dersom et sterkt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut bidrar til å trygge klienten i en ellers utrygg situasjon og til å regulere ned klientens emosjonelle aktivering, vil et sterkt emosjonelt bånd lede til at klienten vurderer sin 'self-efficacy' som høyere enn ved et svakere emosjonelt bånd.

Det kan trekkes paralleller mellom idéen om at 'forhandling av alliansebrudd' er en potensiell endringsmekanisme i den terapeutiske alliansen og hypotesene om betydningen av 'self-efficacy'. Det at vellykket forhandling av et alliansebrudd bidrar til å øke klientens relasjonelle kompetanse, innebærer at klienten opplever mestring i det å forhandle egne behov og følelser. Bandura (1977) beskriver tidligere opplevelser av mestring (jf. punkt A, s 44) som en viktig kilde til 'self-efficacy'. 'Self-efficacy' kan i denne sammenheng omtales som relasjonell self-efficacy, som et uttrykk for at det er snakk om en økning i klientens tro på egne evner til å inngå i relasjoner preget av gjensidighet og autentisitet.

Ved å integrere teori og forskning om 'forhandling av alliansebrudd' med annen relevant teori og forskning, som sosial-læringsteori og 'self-efficacy', bygger man videre opp en sannsynlig forklaring på hvordan 'forhandling av alliansebrudd' opererer som en endringsmekanisme i alliansen. På denne måten kan en, slik Kazdin (f.eks., 2007) har tatt til orde for, videreføre arbeidet med å bygge opp en spesifikk konseptuell modell for terapeutisk endring gjennom endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen.

Avsluttende kommentarer

På bakgrunn av de meta-analysene som oppsummerer allianseforskningen, er det ikke grunnlag for å konkludere med at alliansen, har en direkte kurativ effekt. Det er kun et fåtall studier som har påvist at alliansen kontrollert for fortgående terapeutisk endring, signifikant predikerte ytterligere terapeutisk endring. Behovet for flere studier som søker å avdekke tidslinjen mellom alliansen og terapeutisk endring er derfor stort.

Det er heller ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om hvilke endringsmekanismer alliansen gir effekt gjennom. 'Forhandling av alliansebrudd' er en mulig endringsmekanisme som forklarer alliansens effekt ved at den kontinuerlige forhandlingen av alliansen leder til økt relasjonell kompetanse hos kli-

enten. 'Self-efficacy' er en annen potensiell endringsmekanisme som alliansen virker gjennom ved at det emosjonelle båndet, som del av alliansen, kan bidra til økt relasjonell 'self-efficacy' gjennom verbal overtalelse og nedregulering av emosjonell aktivering. Det er også naturlig å se for seg at endringsmekanismen 'forhandling av alliansebrudd' interagerer med 'self-efficacy' som endringsmekanisme, ved at vellykket forhandling leder til en opplevelse av mestring hos klienten med dertil hørende økt tro på egne relasjonelle evner. Det er altså snakk om at alliansen gir en direkte terapeutisk effekt i form av en økning i klienters faktiske relasjonelle evner og en økning i troen på egne relasjonelle evner.

Kazdin (f.eks., 2007) sin anbefaling om at en i allianseforskningen bør søke å avdekke endringsmekanismer som skal inngå i endringsmodeller for hvordan alliansen gir effekt, omhandler en antakelse om at alliansen har en direkte/enveis effekt. Oppsummeringer av allianseforskningen kan imidlertid være forenlig med et interaksjonelt perspektiv på hvordan alliansen gir effekt. Det kan dermed stilles spørsmål ved om forutsetningene for å bygge opp spesifikke endringsmodeller er til stede, og om det derfor er prematurt å spekulere om hvilke endringsmekanismer alliansen aktiverer. Andre uavklarte spørsmål vedrørende den terapeutiske alliansen er hva som kjennetegner alliansebrudd rent fenomenologisk, hvorfor brudd på alliansen forekommer og om alliansebrudd oppstår i alle terapeutiske prosesser.

Referanser

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., et al. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 495–497. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.495
- Alexander, F. G. (1980). The principle of corrective emotional experience. I F. G. Alexander & T. M. French (red.), *Psychoanalytic therapy: Principles and application* (s. 66–70). Lincoln: University of Nebraska Press. (Opptrykk av Alexander, F. G., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Roland Press).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19, 1–12. doi: 10.1080/10503300802609680
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68, 1027–1032. doi: 10.1037//0022-006X.68.6.1027
- Barber, J. P., Khalsa, S. R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. I J. C. Muran & J. P. Barber (red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 29–43). New York: Guilford press.

- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M. E., Weiss, R., Frank, A., et al. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9, 54–73. doi: 10.1080/10503309912331332591
- Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., et al. (2001). Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse collaborative cocaine treatment study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 119–124. doi: 10.1037/0022-006x.69.1.119
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252–260. doi: 10.1037/h0085885
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (red.), *The working alliance* (s. 13–37). New York: John Wiley & Sons.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271–279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- David, D., & Montgomery, G. H. (2011). The Scientific Status of Psychotherapies: A New Evaluative Framework for Evidence-Based Psychosocial Interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 89–99. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01239.x
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive psychotherapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469–482. doi: 10.1007/BF01172968
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578–582. doi: 10.1037/0022-006x.67.4.578
- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, 1, 104–112. doi: 10.1080/10503309112331335531
- Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N., & Donovan, D. (2011). Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 269–278. doi: 10.1037/a0022869
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 37–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-Based Responsiveness* (2. utg., s. 25–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 184–188. doi: 10.1093/clipsy.bpi023
- Kazdin, A. E. (2006). Mechanisms of change in psychotherapy: Advances, breakthroughs, and cutting-edge research (do not yet exist). I R. R. Bootzin & P. E. McKnight (red.), *Strengthening research methodology: Psychological measurement and evaluation* (s. 77–101). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/11384-005.

- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146–159. doi: 10.1037/0003-066x.63.3.146
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 418–428. doi: 10.1080/10503300802448899
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1116–1129. doi: 10.1111/1469-7610.00195
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., et al. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 997–1006. doi: 10.1037/0022-006x.71.6.997
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 17–32). New York: Oxford University Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450. doi: 10.1037/0022-006x.68.3.438
- Moltu, C. (2011). *Being a therapist in difficult therapeutic impasses: a hermeneutic-phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well*. (Doktorgrad, Universitetet i Bergen, Bergen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/4607>
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, processes and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 345–356. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.345
- Norcross, J. C. (red.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (red.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg.). New York: Oxford University Press.
- Ryum, T., Stiles, T. C., & Vogel, P. A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 651–657.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447–458. doi: 10.1037/0022-006x.64.3.447
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 233–243. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<233::aid-jclp9>3.0.co;2-3
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 286–291. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.286
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 224–238). New York: Oxford University Press.

- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 235–254). New York: Oxford University Press.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 599–606. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.011
- Wampold, B. E., Ahn, H., & Coleman, H. L. K. (2001). Medical model as metaphor: Old habits die hard. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 268–273. doi: 10.1037/0022-0167.48.3.268
- Weiss, J. (1990). The nature of the patient's problems and how in psychoanalysis the individual works to solve them. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 105–113. doi: 10.1037/h0079148

Abstract:

This article argues that further research is needed to establish whether or not the psychotherapeutic alliance has a direct curative effect, and what mechanisms of change the alliance operates through. 'Negotiation of alliance ruptures' and 'self-efficacy' is potential mechanisms of change, which implies therapeutic change as clients attaining higher relational competence and higher relational self-efficacy. However, the results from the alliance research may be compatible with an interactional perspective on the effect of the alliance. These results raise the question whether the prerequisites for building up specific conceptual models for therapeutic change are present, and whether it may be premature to speculate on which mechanisms of change the alliance activates.

Key words: (the therapeutic alliance, mechanisms of change, therapeutic change, negotiation of alliance ruptures, self-efficacy).

Boganmeldelser

Moderne nervøsitet

Chr. Jungersens romaner

Krat: Lindhardt og Ringhof 1999, 431 sider. ISBN 978-87-11-39184-6

Undtagelsen: Gyldendal 2004, 621 sider. ISBN 978-87-02-07520-5

Du forsvinder: Gyldendal 2012, 465 sider. ISBN 978-87-02-12149-0

Matrix, 2013; 1; 53-58

Anmeldt af Martin Lotz, psykoanalytiker og fhv. overlæge

Grunden til at anmelde den skønlitterære forfatter Christian Jungersen i dette tidsskrift er, at han i usædvanlig grad berører og diskuterer spørgsmål, som har interesse for det psykoterapeutiske fag. Hans litterære form har allerede vundet mange læsere i mange lande for sig. Romanerne giver dermed Jungersen en mulighed for at holde et spejl op for sin samtid, og vise os nogle af vort samfunds skjulte svagheder. For psykoterapeuter er han interessant, fordi han med usædvanlig præcision har kunnet demonstrere nye forsvarsmekanismer hos vore patienter. Det drejer sig især om brugen af splitting i stedet for fortrængning.

Endvidere tager Jungersen den fundamentale konflikt om den frie

vilje op med hjerneforskerne. Jungersens værk giver efter min mening et skarpt forsvar for det psykoanalytiske synspunkt.

Krat

Emnet er her et dobbeltportræt af to mænd, der har et alter ego forhold. Forholdet mellem dem er stærkt, men trues af fusion og identitetstysteri. Temaet har lighed med H. C. Andersens 'Skyggen'. Den solide og dygtige Poul Martin er fra de unge år ven med den begavede, karismatiske Eduard. Poul Martin er så besnæret af vennen, at han til tider har svært ved at finde ud af, hvor han selv ender og Eduard begynder. Eduard bliver gæst i Poul Martins højborgerlige familie og profiterer af den

Martin Lotz, psykoanalytiker, forhenværende overlæge. Mail: mlotz@dadlnet.dk

velorganiserede, stærke familie, samtidig med at han med sin fænomenele paratviden, sit flotte udseende og strålende talegaver brillerer alle steder, hvor han er. Sent i bogen bliver det klart, at han ikke kun giver underholdning fra sig, men samtidig groft udnytter den samlede familie og især Poul Martin. Dobbeltportrættet af den karismatiske narcissist og hans godtroende offer ender imidlertid forsonligt.

Det kan vel siges, at romanen leverer to overjegsidealer, det solide jordbundne, som er til gavn og nytte, og det mere flygtige, mere eller mindre bedrageriske idol, som praler med sin rigdom og sit udseende. I tider med fred og velstand kan vi måske ikke undvære nogen af dem, fordi de er nyttige, og fordi de er underholdende.

I vores psykoterapeutisk praksis møder vi sjældent disse typer direkte, dertil er de for dygtige til at klare sig uden hjælp. Men vi møder derimod personer i deres omgivelser, der er strandet i deres forsøg på at få succes, deres skuffede børn, søskende, venner, kort sagt alle de mange frasorterede, fallerede, talentløse wannabe's, som lider under deres misundelse og græder over deres tabte år. Psykoterapeutens opgave bliver her ofte at hjælpe dem til at restaurere deres selvværd og til en forsoning med deres ambivalens.

Undtagelsen

Denne roman er foreløbig den mest kendte og læste. Jeg mener den præsenterer et væsentligt nyt træk i vores samtid: splitting i dens varierende form. Det er ikke fordi splitting i sig selv er noget nyt. Freud satte navn på, da han undersøgte visse former for perversion (fetichisme). Fetichister har splittet deres bevidsthed i to dele, der er ikke indbyrdes har kontakt. De kan opretholde en forbløffende overtroisk forestilling om fetichens betydning, samtidig med, at de ellers fungerer normalt.

I sin lettere form er vi inde i området for hverdagslivets psykologi. Alle, der har et afhængighedsproblem, kender det: rygeren ved godt, at han helst vil stoppe, men glemmer det i det øjeblik han – lidt åndsfraværende – tager den næste cigaret, den overvægtige glemmer alle sine gode forsætter, når han falder for en sød dessert. Denne slags glemsel er ikke en fortrængning. De har splittet et afhængigt, infantilt element fra. Splittelsen er ikke som fortrængningen et forsvar mod skylden over impulser til at gøre det forbudte. Den er et forsvar mod skammen over ikke at have sin vilje under kontrol, ikke at være et helt menneske.

Jungersen anskueliggør fænomenet i en gruppe af kvinder på deres arbejdsplads. Han har forladt positionen som den alvidende fortæller og skriver de enkelte afsnit ud fra de enkeltes synspunkt. Det gør han så mesterligt, at læseren bliver forført og anerkender, hvor uskyldig hver enkelt er, samtidig med at gruppen gradvis danner skiftende klikker. Enkelte lukkes ude, uden at de begriber, hvordan de har gjort sig fortjent til det. Inden for klikken opstår myter om, hvor galt det er fat med dem, der er udenfor. Ophidselsen vokser og den fælles fantasi skaber skiftende fjendebilleder, som projiceres.

Den lille gruppe arbejder i et kontor, hvor man indsamler oplysninger om aktuelle folkedrab, og som kulisser indflettes en række beretninger om terroristers grusomheder. Idet gruppens medlemmer selv skriver avisartikler, udsætter de sig også for udenlandske terroristers had og gør sig til mulige ofre for terrorisme.

Forbindelsen mellem det lille miljø og det store tydeliggøres, da nogle gruppemedlemmer i gruppen modtager trusselmails. Nu startes en ond cirkel af mobning og pres mod hver enkelt, og situationen forværres yderligere, da en terrorist senere dukker op. En af gruppens medlemmer har læst op på moderne psykiatri og uddeler diagnoser

på personlighedsforstyrrelser hos andre. (Personligheden kan være delt op i indbyrdes modstridende, men selvstændige dele. De forskellige dele fastholdes ved splitting. Splitting svækker imidlertid realitetssansen. Det betyder, at både hos den enkelte, i en gruppe og i et samfund, hvor splitting breder sig, vil paranoide mistydninger lettere finde fæste.)

Bogen kaster dermed også lys på en større sammenhæng. Jungersen gør med sine referencer til folkedrabene i Serbien, Afrika osv. opmærksom på, at splitting kan brede sig til hele samfund, og han viser, hvor farlige og destruktive sådanne psykoselignende fænomener kan blive, hvis de vokser til massefænomener.

Man kan overveje, om mennesker i vores moderne samfundsliv i højere grad er præget af splittingfænomener, end af tidligere tiders fortrængninger og hæmninger. Jeg mener her ikke alene splitting mellem mennesker i en gruppe, eller mellem grupperne indbyrdes, men også splitting i den enkeltes psyke. Borderline-typerne, afhængighedsyndromerne, spiseforstyrrelserne kan være eksempler på individuel patologi, og vi møder dem hyppigt i de psykoterapeutiske grupper. Latent fremmedhad og latent religiøst had kan være symptomer på splitting i et samfund. Vi ser for tiden, hvordan dette had (fx i form af en

ondskabsfuld video) kan springe som en gnist fra et kontinent til et andet og her med lynets fart antænde latent paranoidt had og forandre en hel befolkning fra fredeligt hverdagsliv til blind fanatisme, som udelukker rationel tænkning og sund dømmekraft.

Du forsvinder

Romanen er i jeg-form, og det er hovedpersonen, Frederiks hustru, Mia, der fortæller. Gennem hendes fortælling bliver vi sat ind i personernes handlinger, dog først efterhånden som konsekvenserne kommer til syne. Frederik kører galt med sin bil, og ved en hjernescanning finder man en svulst i den forreste del af hjernen. Han er leder og medejer af en større privatskole, og det viser sig nu, at han på internettet har spillet og tabt millioner og har trukket sine nærmeste venner med sig ud i økonomisk ruin.

Svulsten er en langsom voksende godartet svulst.

Mia læser om sygdommen på internettet og drøfter den i en støttegruppe for pårørende. Hun forsvaret manden og sig selv ved at udnævne svulsten til at være årsagen til hans karakterforandring og dermed bilulykken og bedragerierne.

I pårørendegruppen lærer hun at tale i neurofysiologiske vendinger, og i romanen indflettes fotokopier

af artikler båret af hjerneforskningens foretrukne filosofi: Hjernen er en maskine, den er kun et led i en uendelig årsagskæde. Begrebet skyld er nærmest overflødiggjort og begrebet den frie vilje levnes minimal plads. Nogle af artiklerne er faktiske citater fra aviser eller videnskabelige tidsskrifter, men andre er opdigtet af forfatteren. Ind i mellem bliver teksten nærmest parodisk med reference til tidens aktuelle videnskabsjournalistik (i Danmark fx Lone Frank?). Frederik bliver heldigt opereret, og efter operationen går han ind i en langvarig rekonvalescens. Kun glimtvis viser det sig, at flere personer fra støttegruppen har lig i lasten, deriblandt fortælleren selv, og vi forstår til slut, at hun er ude på et vildspor, når hun krampagtigt fastholder, at manden er syg.

Romanens sidste afsnit er en dramatisk opstilling af dens filosofiske dilemma: Frederik føler sig nu med rette rask, men vi ved ikke, hvad vi skal tro om Mia, er hun syg eller rask? Han spørger hende: **Vil** du blive sammen med mig? Og hun svarer, jeg **kan** ikke. Han spørger til hende som et menneske, der frit kan vælge og påtage sig et ansvar. Men hun er som menneske forsvundet. (Spørgsmålet om den frie vilje er som sagt ikke nyt. Eksempelvis skrev Goethes søster en gang til ham og anvendte udtryk: "jeg kan ikke være anderledes". Han bad

hende undgå et sådan udtryk, og i stedet skrive: "jeg vil ikke", og han tilføjer "hvis et menneske gør noget ondt, sker det ikke, fordi han ikke kan gøre det modsatte, men fordi han ikke vil, ellers ville han være en maskine" (Damm, min overs.)

Jungersen har en eminent fortælle-teknik. Han dyrker ikke nogen egen, personlig stil, men bruger hverdags-sproget, kriminalromanens, bestsel-lerens, for at få sine personer ind i centrum. Når der i 'Undtagelsen' står om Malenes lejlighed, at 'læne-stolen matcher sofaen', er sprogto-nen så banal, at man tror, at roma-nen er skrevet af et pseudonym hentet fra triviallitteraturen, indtil det går op for en, at det er Malene, der taler. På den måde bliver vi som læsere involveret i hver persons op-levelser, og vi tror, det er sandheden, indtil vi opdager, at det ikke kan passe. Teksten går under huden på os, og vi trues af at blive splittet (så-ledes beretter flere avisanmeldere om søvnløse nætter), og vi gribes af uvisheden: hvad er sandheden, hvem er rask, hvem er syg, hvem er skyldig og hvem uskyldig?

De tre romaner hæver sig i deres raffinerede brug af brudstykkeagti-ge modsætninger mellem personer-ne og mellem personernes splittede identiteter klart over den alminde-lige spændingsromans niveau. Jun-

gersen kan som forfatter selv splitte sin identitet. Det samme kan man-ge andre forfattere gøre (som fx de store dramatikere), men Jungersen lader tilsyneladende også hans eget forfatter-jeg forsvinde. Dog er det kun tilsyneladende, han samler det igen og lader også læseren slippe af krogen. Det er lidt uhyggeligt, men psykologisk set mesterligt.

Det forekommer mig, at Jungersen påviser, at splitting i vor tid hører til i hverdagslivets psykopatologi. Som psykoterapeuter må vi lytte til sådanne iagttagelser. Det ligger i psykoanalysens natur at tolke her-og-nu, analysen er i sin essens abso-lut moderne. Vi ser os nok gerne tilbage, men befinder os dog uvæ-gerligt i nutiden og på kanten af fremtiden.

Især i de sidste to romaner finder vi en advarsel mod hjerneforskernes trang til at dominere vores tæn-king. Nok så megen anatomisk og fysiologisk viden vil ikke kunne overflødiggøre et hvert menneskes erfaringer med det gode og det onde, og dets erfaringer med frie og ansvarlige valg. Det er på disse erfa-ringer og valg, vores personlighed opbygges, og vores menneskelige center for initiativ grundlægges. Hvis vi betragter os selv som robot-ter, skyller vi barnet ud med bade-vandet, det menneskelige forsvin-

der. Romanerne rummer et stærkt forsvar for det psykoanalytiske menneskesyn (det subjektivt oplevede) over for det naturvidenskabelige (jvf. Lotz, p239ff).

- Damm, S. (1992). *Cornelia Goethe*. Insel Verlag., p.71
- Jungersen, C.(1999). *Krat*. Lindhardt og Ringhof.
- Jungersen, C. (2004). *Undtagelsen*. Gyldendal.
- Jungersen, C. (2012). *Du forsvinder*. Gyldendal.
- Lotz, M. (2000). *Udvikling og analyse*. Hans Reitzels Forlag, www.litteratursiden.dk

Small, Large and Median Groups The Work of Patrick de Maré

Redigert av Rachel Lenn og Karen Stefano
Karnac forlag, 2012, 220 sider. Pris: 170 Nkr . ISBN: 9781780490151

Matrix, 2013; 1; 59-65

Anmeldt av Svein Tjelta

Denne boken er en tributt til Patrick De Maré som døde i 2008. Den inngår i serien New International Library of Group Analysis og representerer et ønske om å samle noen sentrale skrifter fra denne uavhengige gruppetenkeren innenfor to permer. Mange av kapitlene er trykket før i forskjellige publikasjoner. De som har hatt særlig affinitet til denne forfatteren og har fulgt hans utvikling, har nok derfor neppe noe særlig nytt å hente. Den inneholder imidlertid et interessant forord av Yvonne Agazarian og et etterord av Dick Blackwell som begge risser opp viktige perspektiver i De Marés' forfatterskap. Boken har også en veiledende innledning. I tillegg blir hver av de tre seksjonene; om smågrupper, storgrupper og median grupper, åpnet med en introduksjon av Malcolm Pines, Lionell

Kreeger og Rocco Pisani, alle er pionerer innenfor gruppeanalysen. De to første med sete i England, den siste i Italia.

Første del

I første seksjon i boken finner man i første kapittel fra 1963 en utlegning av noen av gruppeanalysens teoretiske begrep. De Maré presiserer her at Foulkes (gruppeanalysens far) var nøye på å betone at gruppeanalysens begrep måtte være autonome, ikke lånt av andre teorier. Her kan man vel si at dette kun delvis har vært vellykket, da mye som presenteres under gruppeanalyse gjennom tiårene har gjort den til en multi-teoretisk tilnærming til gruppeanalyse, ved dens åpenhet i å inkludere andre tenkemåter, i denne anmelders oppfatning.

Svein Tjelta er spesialist i klinisk psykologi i Bergen, Norge. Gruppe analytiker og psykoanalytisk psykoterapeut. Mail: PB. 39, Bönes, 5849 Bergen Norway. Telefon 0047 92497127, e-post; svtjelta@online.no

Det som er vel så interessant i dette kapittelet er betoningen hos De Maré av Foulkes sin vektlegging av, at de terapeutiske faktorer, allerede i 1944, lå i :a) Det sosiale og gruppesituasjonen, og b) kommunikasjon, der han inkluderer speiling, resonans, utveksling og aktivering. Han viser her at Foulkes allerede da foregrip mange av de behandlingsbegrep som først på 70- og 80-tallet ble utviklet med Kohut, og videre innenfor den relasjonelle psykoanalysen på 80-tallet og fremover til i dag. Altså betoningen av det som skjer mellom mennesker (flerpersons psykologi) fremfor det som skjer inni mennesker (enpersons psykologi).

De Maré går videre inn på gruppeanalysens metodedel og deler den i fire. 1. De tekniske faktorer som anvendes i en terapiprosess. 2. Kommunikasjonsprosessen, som inneholder alle observerbare responser/komponenter. 3. Den dynamiske matrise som inneholder alle kommuniserbare nettverk. 4. Det han kaller locus, som vi i dag vil kalle gruppesettingen ifølge Pines sin introduksjon til dette kapittel. Denne siste beskriver han med bilde av en teaterscene uten en bestemt oppsetning. Herunder faller også det vi kaller den dynamiske administrasjonen av arrangementet. Tid, sted, størrelse og utvalg, type arrangement osv. Han tar også inn grupperammen

under lokus – begrepet sitt, og skriver talende om hvordan den må være tilstrekkelig isolerende slik at den beskytter mot vanlige sosiale tilpasningskrav. Slik kan deltakerne føle seg trygge nok til å redusere sitt forsvar, samtidig som gruppesettingen må låne nok autoritet fra det sosiale liv utenfor gruppen, som grunnlinje, til å stå imot neurosensensur og predatoriske natur.

Kapittel to fra 1983, er historiografisk og personlig om De Maré sin egenopplevelse av Foulkes og behandlingsopplegget ved Northfield-sykehuset fra 1943 og til slutten av krigen. Han føyer inn en ettertanke som omhandler kontekstuelle variabler og omhandler en slags selvforneymålsløshet han merker siger inn hos analytikergruppen som blir mer akademisk, mindre empirisk, mer etablert og mindre forankret i politiske realiteter og samfunnsspørsmål. Slike ting kom til å oppta ham mer og mer i livet samtidig som storgruppen og senere mediangruppen ble mer fokusert. Han avslutter dette kapittelet med at det er viktig å legge mindre vekt på terapifokus i storgrupper enn de delikate og subtile sivilisatoriske prosesser, da problemene, i større grad omfatter en anstrengt relasjon mellom individet og samfunnet enn enkeltpersoners neuroser. Når en ser samfunnsutviklingen i dag, kan en bare bøye seg i støvet for hvilken fremsynt mann han var.

I kapittel tre skriver De Maré om sitt møte med Bion, som han tydelig var imponert over, men også John Rickman og Tom Main under Northfieldprosjektet. Kapittel fire, det siste i denne seksjonen om smågrupper, handler om elementer i gruppeanalytisk psykoterapi som ikke er overføringsforankrede.

Andre del

Denne seksjonen inneholder fire kapitler som alle handler om storgrupper. Innledningen er ved Lionel Kreeger som var redaktør på den første boken om storgrupper som kom ut i 1975.

Han begynner kapittel fem med å skrive om storgruppeterapi, hvor han risser opp rammer og regler og peker på at storgrupper tenderer mot å amplifisere affekter, som iblant truer med overveldelse. Utfordringen blir derfor hvordan bevare evnen til å tenke her. I lys av mer erfaring med storgrupper over tid ved IGA Norge må vi nok kunne si at det er flere viktige variabler å jobbe med, enn kun evnen til å tenke. Ikke minst mulighetene til eksplorering av følelser, relasjoner, lek og utprøving av nye roller og identitet.

I kapittel seks tar han for seg det han kaller storgruppepolitikk. Her ville han muligens ha benyttet begrepet ideologi i dag, fordi han ser

på maktforhold og teoretisk dominans, og kritiserer de som anvender psykoanalytiske begrep eller smågruppe begrep på storgruppeprosesser. Han mener det blir som om man skulle spille ludo på sjakkbrett. Altså inkompatible størrelser, og bildet vil bli forvrengt, og feil. Han lanserer i dette kapitlet, som er det samme som står i Kreegers (eds.) 1975 bok om storgrupper, sitt begrep om koinonia, som betyr et slags åndelig fellesskap. Han gav senere ut en bok med denne tittel.

Han sammenlikner smågruppen med storgruppen og finner en del viktige forskjeller. Smågruppen er langt mer aktivt involvert i en vertikal hierarkisk tidslinjebasert dimensjon, som har større fokus på det personlig fortrente og overføringer fra “der og da”. I storgruppen, derimot, er den relative dominante dimensjon – den laterale, spatiale og horisontale “her og nå” toneangivende. Her manifesteres topologiske fenomen som: splitting, projeksjon og forskyvning seg mer transposisjonelt, dvs. glidende posisjoner eller lokaliseringer personer får tillagt eller tar, snarere enn overføringsrelasjoner. Med det mener han den transport (transposing) av mer totale elementer fra verden av kontekster, miljø, posisjoner og settinger. Dette mener han involverer mer hele sosiale situasjoner uten hensyn til nåtid eller fortid og kul-

turvariabler og klima, og verdisystemer som inneholder spesifikke ideologier og etikk. Her kan en peke på en viss inkonsekvens fra forrige kapittel, der han anser begreper fra psykoanalyse anvendt på storgrupper som å spille ludo på sjakkbrett, i det at han benytter psykoanalytiske begrep som splitting, projeksjon og forskyvning i utlegningen sin her. Til hans forsvar kan en vel si at Pat De Maré var mer inspirerende enn presiserende. Det medfører at det er mye rom for utvikling av tekstene hans. Maré peker på det enorme informasjonspotensialet som finnes i storgruppen, men som ofte likevel preges av mer eller mindre maligne dominerende typer (alfahanner) som begrenser og ødelegger mulighetene til å utvikle dette potensialet. Han peker også på et kritisk faktum at vitenskapelig psykologi i mangt er designet for å ignorere den sosiologisk /økonomiske kontekst hvor de psykologiske faktorer utspiller seg og derfor utelater å involvere seg med vesentlige realiteter. Det er utelatelsen av den sosiale kontekst de Maré poengterer sterkt, her også med referanse til Lacan og det ubevisste som "diskursen fra den/det andre", som han tolker som det sosiale/kulturelle. Å utelate den sosiale kontekst fører til en logisk flathet og en manglende etos som gjør det vanskelig å relatere kommunikasjon og informasjon til

meningssammenhenger. Det forblir ofte løsrevne ytringer.

I kapittel åtte, som kalles storgrupperspektiver får vi en fortettet presentasjon og rasjonale over De Maré sin storgruppeforståelse som han presenterte første gang i 1985 på den 8. Sigmund Foulkes forelesningen. Her går han inn på de drivende prinsipper for storgrupper i form av både struktur (kontekst), energi, prosess, innhold, metastruktur og minikultur (herunder undertekst og mening[dannelse]). Gjennom femten punkter viser han oss potensialet i storgruppen som ikke kan erstattes hverken av individuell analyse eller smågruppe. Samtidig åpenbarer kapittelet for oss hvilken begavet observatør og tenker han var, langt forut for sin tid.

Noen av disse punktene er: 1. Storgruppearenaen som læringsplass for dialog. 2. At arbeid i storgruppe er mulig og ikke illusorisk. 3. Storgruppearbeid dreier seg om humanisering av samfunnet, ikke sosialisering av individet, som ville bli indoktrinering. 4. Trusselen som oppstår fører initialt til frustrasjon som genererer hat. Denne amplifiseringen av affektstormen omdannes til konstruktiv dialog om storgruppen behandles kompetent, og som analogi er dette forskjellen på om atomkraft benyttes som bomber eller til byg-

gende formål. 5. Storgruppen etablerer en minikultur som utvikler den enkeltes bevissthet. 6. Storgruppen har potensial til både spontane assosiasjoner, nære relasjoner og elaborert dialog. 7. Meningsaspektet står sentralt. 8. Minikulturen etableres, men forblir dynamisk og under utvikling. 9. Dersom hatet som oppstår kan reguleres konstruktivt, vil det forebygge eller kurere tendenser til panikk i store grupper hos den enkelte. 10. Dialog er storgruppens hovedkommunikasjons og forløser kreativitet og lekenhet. 11. Tematikken som oppstår omfatter også sensitive kulturelle fenomen og hendelser og representerer meningsfull utveksling i egen rett. De bør ikke betraktes som omgåelse, unngåelse eller annet forsvaret mot personlig ubevisste prosesser, selv om det nok kan være det iblant. 12. Hovedmotstand utgjøres av fravær og dropout. 13. Læringssituasjonen i storgruppen skaper mindfulness – merk at De Maré benyttet denne termen lenge før den ble hyperboleboble og moteord i dag. 14. Den representerer en god avlæringsarena for incestuøst investerte ekshibisjonist narsissister. 15. Storgruppen er den beste arena til brobygging mellom det individuelle og det kollektive.

I oversettelsen av disse punktene har jeg også fortolket og parafrasert en del av dem og derfor lagt inn egen forståelse i dem. Jeg mener li-

kevel de fremkommer i stor grad adekvat. Kapittelet kan nok oppleves som noe spekulativt, hypotetisk og filosofisk tungt, men for undertegnede er det en gullgruve.

Tredje del

Fra begynnelsen av nittitallet vier De Maré seg til det han kaller mediangruppen. Den ligger på mellom 12-30 medlemmer og begynner der smågruppen slutter og storgruppen begynner. Det er litt uklart for undertegnede hvorfor han avgrenset seg til mediangruppen. De Maré' var imidlertid en meget religiøs mann, som begynte med storgrupper i mellomkrigstiden i en buddhistisk fasong, åpen for alle med en kollekt-skål ved inngangen (samtale med ham da han var i Norge). Han kom senere til å legge stor vekt på *Koinonia*-begrepet, som han også kalte boken sin fra 1991. *Koinonia* er et uttrykk som dekker det ikke-familiefunderede felleskap som en fant i de tidlige klostersonner. Uttrykket kommer, ifølge Rocco Pisani, som skriver innledning til den delen, av latin cum panis: de som spiser av det samme brød. Alt-så næres av de samme ting. Det kan være han fant mediangruppen mer håndterlig ut fra et terapeutisk fokus over tid. Han mente at smågruppen var opptatt av familierelasjoner med fokus på følelser og

innsikt, mens storgruppen handlet om kaosprosesser og overlevelse her. Det virker som han mente mediangruppen var et bedre format for terapeutiske prosesser, dialogutvikling, utsikt, refleksjon og tenkning. I kapittel 12 hevder han det dreier seg om å gjeninnføre en gammel metode praktisert av jegere og samlere over 60.000 år. Disse nomadene bestod gjerne av grupper på opptil 30 personer, og som han mener kommuniserte etter en slags fritt flytende samtaleform. Dette kan forstås dit hen at han forsøker å kultivere en samværsform som etter en evolusjons målestokk har stått seg bra, og som han mener derfor er viktig å bevare.

Det er i dag mange som driver mediangrupper som terapeutisk medium, bla. hevdet De Maré at det var et gunstig format til å jobbe med antisosiale i fengsel, da det ikke virker like truende mht. til intimitet og nærhet som mindre grupper, og har større fokus på kultur. De fem siste kapitlene handler om hans mediangruppetenkning.

Mye av denne tenkningen betoner det mikrokulturelle og demytologiseringen av en del antagelser om makrokulturelle sammenhenger som skjer i mediangrupper. Han mener dette ikke kan oppnås gjennom individuell eller smågruppeterapi. Noe av dette arbeidet sikter mot en humanisering av samfun-

net, eller som han sier den sosio-kulturelle kontekst gjennom dialog og forståelse av kulturens betydning. Når en leser kapitlene om mediangruppen kan en få mistanke om at han fant sitt unike revir her, sitt eget felt, fordi han gjentar mye av det han tidligere skrev om storgrupper, men påstår samtidig at det gjenstår å utforske for større grupper eksempelvis på hundre mennesker, de fenomen han behandler i mediangruppen. Hans forståelse er praksis-nær og i mange henseende idealistisk. Han mener dialog kan læres og generaliseres utover snevre egoistiske rammer. Han mener slagordet for mediangruppen kunne være; “tenk globalt handle lokalt” og “stop fragmentering start organisering” (min parafraserte oversettelse. De Maré sin lyder: “stop agonising and start organising”).

I kapittel ni tar han for seg noen interessante motstandsfenomen mot median- og storgrupper. Eksempelvis at de ofte blir gitt mindre plass på konferanser, mindre tid, dårlige lokaler etc., eller ikke tas alvorlig. Mediagruppen handler ikke så mye om libidinøse krefter og private familiære bånd, men har et større fokus i humanisering og kultur. Undersøke makrokultur gjennom mikrokultur. Men så er da spørsmålet hvem ville vel ønske deltakelse i en mediagruppe om det ikke var noe

mer personlig tilfredsstillende å få ut av det, slik som bedret selvforståelse f.eks.? Her synes De Maré å influeres av egen idealisme og kanskje religiøse innstilling. I de siste artiklene han skrev sammen med Roberto Schøllberger, som ble trykket i Group Analysis mot slutten av hans liv utvikler han den mer spekulative siden mot en filosofi om sinnet (the mind) som går i mer metafysisk retning og er vanskeligere å akseptere fra en vitenskapelig plattform.

Det ville være tilstrekkelig å holde fast på at mediangruppen er et instrument for læring av dialog og humanisme ved at en får god trening i forståelse og regulering av følelser og artikulering av mening.

Slik sett er denne opplevelsen meget tilfredsstillende og øker både selvforståelsen og identitetsutviklingen. Deltakelse i mediangrupper og storgrupper vil derfor også kunne tjene som deltakelse i en dannelseskultur, som også kan gjøres til gjenstand for forskning slik Carla Penna har gjort i sin doktoravhandling i Brasil.

Selv om en del av kapitlene i boken preges av overlappinger og gjentakelser, er dette likevel en viktig og leseverdig bok og kan anbefales av personer med interesse for grupper. Pat De Maré er utvilsomt mediangruppens far, og dette barnet, selv om det er oppe og går, har ennå mye utviklingskraft i seg.

Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge

Av Birgit Svendsen, Unni Tanum Johns, Heidi Brautaset og Ingeborg Egebjerg (red).

Fagbokforlaget, 2012. Pris: 389 Nkr. 278 sider.
ISBN 978-82-450-1193-7.

Matrix, 2013; 1; 66-70

Anmeldt av Aud Auråen

Boken presenterer en psykoterapeutisk metode – *utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Denne metoden er utviklet på grunnlag av moderne psykodynamiske og nevrobiologiske utviklings-teorier knyttet til utviklingsforskning. Boken legger vekt på å integrere disse perspektivene i en helhetsforståelse. Sentrale teoretikere boken bygger på er blant andre Stern og Trevarthen. Deler av Sterns teori legges fram i flere av kapitlene. Boken er et resultat av et fagutviklingsprosjekt ved R-BUP Sør og Øst og R-BUP midt Norge. Særlig sentral i arbeidet med teoriutvikling og formidling står Bjørg Røed Hansen, som boken er dedikert til. Flere psykologer har bidratt med kapitler i boken ved å skrive om terapiprosesser med klienter de har hatt.

Sentrale teorier og begreper teorimetoden bygger på

Boken bygger på teorier som beskriver hvordan barnet utvikler selvforståelse, identitet, oppmerksomhets-evne, interpersonlig forståelse og evne til regulering av egne følelser det første leveåret. Dette skjer gjennom det affektive og nonverbale samspillet mellom barnet og omsorgspersonen der disse gjensidig påvirker hverandre gjennom felles fokus, opplevelse og meningsskaping. Det gjensidige samspillet foregår gjennom mikroprosesser i form av bevegelse, ansiktsuttrykk, stemmekvalitet, timing, rytme, tempo og intensitet som oppleves av begge i øyeblikket. Det fremheves at emosjonsreguleringen i første omgang er ytre-regulert av omsorgspersonen,

Aud Auråen, psykologspesialist. Mail: aud.auraen@online.no

og påvirker barnets nervesystem slik at følelser ikke blir overveldende. Deretter skjer en internalisering av den andres handlinger slik at barnet lærer å regulere egne følelsestilstander og blir mindre avhengig av ytre regulering. Samspillserfaringer over tid lagres som minnespor i barnet, og disse er utgangspunktet for hvordan barnet forholder seg til andre personer senere i livet.

Stern og Trevarthen hevder at barnet er født med motivasjon for intersubjektivitet som de kaller primær intersubjektivitet, og som er evne til gjensidig oppmerksomhet og kontakt ansikt til ansikt. Fra 6 måneders alderen endrer intersubjektiviteten seg ved at barnet er rettet mot den ytre verden og har felles oppmerksomhet med omsorgspersonen rundt dette. Tertiær intersubjektivitet er knyttet til verbalspråket.

Slik jeg forstår det, legger boken mest vekt på å beskrive intersubjektivitet i det første året i form av det gjensidige affektive samspillet mellom spedbarnet og omsorgspersonen. I kapittel 5 klargjøres begrepet intersubjektivitet nærmere ved å sammenligne hva forskjellige forfattere legger i dette begrepet. Forfatteren skriver at slik Fonagy bruker begrepet, er det en forutsetning at barnet virkelig begynner å forstå andres sinn, og at dette ikke er en forutsetning i teoriene til forfattere

som hevder at intersubjektivitet er et medfødt motivasjonssystem.

Stern har i sin teori en lagdelt modell for utvikling i stedet for en stadiemodell. Den lagdelte modellen innebærer at alle relasjonelle erfaringer gjennom utviklingen er aktive hele livet. Dette innebærer at han forkaster en stadiemodell. Den mest grunnleggende perioden er det første året, der barnets følelsesmessige identitet og relasjonsevne utvikles. Selv om senere aldersperioder med sine relasjonelle erfaringer og utviklingsoppgaver kommer til, vil de tidligere lagene i personligheten fortsatt være funksjonelle og grunnleggende for god psykisk funksjon.

Omforming av teori til terapeutisk metode

Som det beskrives i kapittel 4 har barneterapien, i tråd med disse intersubjektive teoriene, utviklet seg ved et skifte i fokus fra å observere og analysere barnet og relasjonen til å gå inn i samspill med barnet. Det intersubjektive perspektivet innebærer at det er viktigere hvordan det lekes sammen med barnet enn hva som lekes. Ved utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi forsøker terapeuten å imitere samspillet som skjer mellom barn og omsorgsperson det første leveåret ved at terapeuten forsøker å inn-

tone, speile og modulere klientens følelser og de nonverbale aspektene ved atferden.

I forhold til klienter som ikke har hatt en god grunnleggende følelsesmessig og sosial utvikling, kan terapeuten gi klienten korrigerende erfaringer. Disse kan sette i gang utviklingsfremmende emosjonell og sosial utvikling, og hjelpe dem til å bygge opp evne til emosjonsregulering som ikke er så avhengig av ytre regulering. Hos klienter som har en grunnleggende god tilknytning, men der deres trygghet er brutt sammen på grunn av traumer, kan inter-subjektiv psykoterapi gjenopprette trygghet.

Det skilles mellom implisitt viten, som er den ubevisste relasjonelle viten barnet har i seg og som er uten ord, og den eksplisitte viten som kan uttrykkes gjennom verbal psykoterapi. Endring i implisitt viten vil være kjernen i psykoterapi også når symboler og verbalspråk er involvert. Det understrekes i boken at det innenfor en intersubjektiv utviklingsrettet tilnærming er fullt lov til å ta i bruk forskjellige terapeutiske verktøy, for eksempel kognitive teknikker, teknikker fra traumeterapi osv. Boken bruker også begrepet utviklingsoppgaver knyttet til forskjellige aldersnivå, og det vektlegges at terapien må innrettes etter den aktuelle utviklingsoppgaven for barnet eller ungdommen.

Implikasjoner for diagnostisering og behandlingsplanlegging

De integrative nevrobiologiske og psykodynamiske teoriene vil ha implikasjoner for tenkning rundt diagnostikk og behandlingsplanlegging. Dette kommer fram i kapittelet om kasusformulering som diagnostisk metode. I kapittelet rettes kritikk mot at evidensbasert psykoterapi, basert på terapiforskning med utgangspunkt i symptomdiagnoser, er den offentlige anerkjente tilnærmingen i helsevesenet. Det fremheves at personer med samme sett av symptomer, som dermed får samme diagnose, kan ha veldig forskjellige profiler når det gjelder funksjoner langs utviklingsdimensjoner. Personer med samme diagnoser kan derfor ha behov for ulike behandlingsmetoder.

Boken anbefaler en alternativ form for diagnostisering i form av en integrativ kasusformulering som er ett sett av hypoteser angående klientens funksjoner langs dimensjoner som genetisk sårbarhet, sosiale forhold, tilknytning, emosjonsregulering, kognisjon og psykososiale forhold. Det er en inndeling mellom årsaksfaktorer, opprettholdende faktorer, utløsende faktorer og beskyttende faktorer. Det beskrives flere modeller for kasusformuleringer i boken.

Med utgangspunkt i en kasusformulering kan behandlingen planlegges, og det kan være aktuelt med forskjellige behandlingsformer på forskjellige tidspunkter i terapiløpet. I flere av kapitlene der kasus beskrives, blir det gjort rede for en kasusformulering som utgangspunkt for terapi.

Diskusjon

Boken presenterer kasus med forskjellige symptomer, forklarer disse ut fra teorier og begreper om inter-subjektiv utvikling, og beskriver konkret terapeutens intervensjoner med utgangspunkt i intersubjektiv psykoterapi. Dette bidrar til å klargjøre og utvikle teoretiske begreper. Kritikken mot tidligere psykodynamiske retninger har vært at teorier ikke kan verifiseres gjennom forskning. Fokuset på utviklingsforskning, blant annet analyser av videospill mellom spedbarn og omsorgspersoner, imøtegår denne kritikken. Det er likevel fortsatt en teoretisk utfordring med å lage hypoteser og tolke atferd i lys av tidligere relasjoner over lange utviklingsspenn.

Det er et spørsmål om hvilke begrensninger som finnes for hva en slik terapeutisk repetering av inter-subjektive prosesser fra det første året kan fremme av utvikling. Finnes det et vindu som lukkes, og når skjer

dette i den tidlige psykososiale utviklingen? Boken forholder seg lite til dette spørsmålet annet enn det som skrives i forordet av Susan Hart. Hun skriver om "the window of opportunity" for forskjellige funksjoner, og at utvikling bør skje på det tidspunkt der nervesystemets fleksibilitet er stort i forhold til de forskjellige funksjoner. Hun skriver at vinduet for den emosjonelle utviklingen er de to første leveårene. Hun mener det er mulig å utvikle seg etter denne alderen, men at hvis denne alderen er passert, må en jobbe mye hardere for å oppnå resultater.

Det gjenstår mye forskning for å klargjøre eventuelle begrensninger i emosjonell utvikling utenfor tidsvindue. Det er grunn til å stille spørsmål om det er slik at noen personer er så skadet i sin følelsesmessige utvikling at de ikke noen gang vil være i stand til å få en trygg identitet med gode relasjonsferdigheter, at de ikke er i stand til å bli indreregulert. De vil ha en kronisk psykisk lidelse som det må en ytre emosjonsregulering til hver gang de opplever en krise. I så fall er dette en god behandling som må gjentas så ofte det er behov for det. Det kan tenkes at det også er behov for å utvikle metoder for kompensasjoner for å opprette psykisk likevekt for slike personer.

Angående begrepet intersubjektivitet, som blir brukt med noe for-

skjellig betydning hos forfattere som Stern og Fonagy, kunne jeg ha ønsket denne avklaringen tidligere i boken enn i kapittel 5. I den forbindelse ville det vært ønskelig med en større teoretisk avklaring av hvordan metoder for kognitiv utvikling og emosjonell utvikling kan samkjøres og virke inn på hverandre.

Tankegangen med intersubjektiv psykoterapi kan utvides til å bli en god metode for mange flere klientgrupper enn barn og unge, for eksempel voksne. I tillegg kan metoden anvendes i forhold til gruppen av pasienter med nedsatte verbale ferdigheter, som demente og psykisk utviklingshemmede. Her kan metoden anvendes som en samværsform en bruker for å emosjonsregulere. Boken vil være svært nyttig for terapeuter i all klinisk praksis, og den kan gi terapeuter en ny bevissthet

om at det nonverbale affektive samspillet med klienten er av største betydning for god effekt av terapi. Det er gjort flere studier om effekt av forskjellige terapiformer som konkluderer med at det er den positive relasjonen mellom pasient og terapeut som har størst effekt for terapiutfallet. Teoriene bak intersubjektiv psykoterapi har en forklaring på hvorfor.

Generelt er boken pedagogisk lagt opp, og flere steder blir det definert hva som menes med forskjellige begrep som brukes. Det blir også i stor grad redegjort for sentrale teorier terapimetoden bygger på. Dette gjør det mulig å følge resonnementene uten å måtte ha lest mye litteratur på forhånd om teorier og begreper det refereres til. Boken vil derfor også være en god bok for studenter.

FÅ INSPIRATION TIL BEDRE PRAKSIS

Tilmeld dig vores nyhedsmail på www.dpf.dk og modtag omkring to gange om måneden information fra Dansk Psykologisk Forlag.

INTERESSANTE
TEMAER

SPÆNDENDE
WORKSHOPS

EKSTRAORDINÆRE
TILBUD

NYE
UDGIVELSER

GÅ-HJEM-
MØDER – MØD
FORFATTERNE BAG
BØGERNE

PSYKOLOGI
ORGANISATION
PÆDAGOGIK



DANSK
PSYKOLOGISK
FORLAG

