

Indholdsfortegnelse

Helge Holgersen og Peter Ramsing: Redaktionelt	96
Merete Boserup og Jens Martin Lauritsen: Selvvurderet livskvalitet – en mulig og enkel måde at foretage effektmåling på i gruppeanalytisk psykoterapi?	98
Jofrid Bjørkvik, Ole-Johan Eikeland og Geir Høstmark Nielsen: Selvaktelsens betydning for endring og frafall i psykoedukativ gruppebehandling	110
Jon Morgan Stokkeland: Overføring og motoverføring: En oversikt	128
Erik Stänicke: Hva forteller psykoterapiforskningen oss om endringsprosesser? Noen betraktninger om et utvalg av empiriske studier på betydningen av affekter og relasjon i endring	148
Boganmeldelse:	
Marie Elbinger Gramstrup: Psykodynamisk organistionpsykologi, bind II. På mere arbejde under overfladerne	166

Table of contents

Helge Holgersen og Peter Ramsing: Editorial	96
Merete Boserup og Jens Martin Lauritsen: Self assessed quality of life – a simple and feasible way to measure effect in group-analytic psychotherapy	98
Jofrid Bjørkvik, Ole-Johan Eikeland og Geir Høstmark Nielsen: Self-esteem as a predictor of change and premature termination in psychoeducative group treatment	110
Jon Morgan Stokkeland: Transference and countertransference – an overview.	128
Erik Stänicke: What does research tell us about processes of change in psychotherapy?	148
1 book review	

Redaktionelt

I dette nummer af Matrix er der fire artikler. To af artiklerne har et forskningsperspektiv med undersøgelse af den kliniske praksis. En artikel er med en teoretisk tilgang, og endelig er der en artikel, som fokuserer på forandringsprocesser i psykoterapi. Så alt i alt kommer dette nummer af Matrix bredt omkring den kliniske praksis.

Den første artikel *Selvvurderet livskvalitet – en mulig og enkel måde at foretage effektivmåling på i gruppeanalytisk psykoterapi?* af Merete Boserup og Jens Martin Lauritsen er et studie, hvor der er anvendt enkle og internationalt anerkendte metoder til at måle forandringen i selvvurderet livskvalitet ved deltagere i to forskellige gruppeanalytiske grupper. Undersøgelsen viser, at det er muligt at anvende standardiserede skemaer i gruppeanalytisk psykoterapi, og egenvurderingen viste øget livskvalitet blandt deltagerne. Forfatterne perspektiverer undersøgelsen og argumenter for, at skemaet, der anvendes i undersøgelsen, vil kunne anvendes generelt i ambulantspsykiatrien. Artiklen beskriver således en enkel undersøgelsesmetode med vide perspektiver.

Den næste artikel *Selvaktelsens betydning for endring og frafall i psykoedukativ gruppebehandling* af Jofrid Bjørkvik, Ole-Johan Eikeland og Geier Høstmark Nielsen følger op på en tidligere artikel i Matrix om behandlingsudbyttet hos patienter i kognitivt baseret psykoedukativ gruppebehandling. Det nuværende studie undersøger hvor vidt patienternes selvgøttelse sammen med udvalgte demografiske variabler kan prædikere henholdsvis behandlingsudbytte og eventuelt frafald fra behandlingen. Det er interessant at komme nærmere ind i en undersøgelse af disse sammenhænge, som kan give information om, hvad der kan være vigtigt at have fokus på både med hensyn til behandlingsudbytte og ikke mindst frafald. Resultaterne skal ikke afsløres her, læs hellere artiklen.

I artiklen *Overføring og motoverføring: En oversigt* af Jon Morgan Stokkeland prøver forfatteren at give en oversigt over begreberne overføring og modoverføring. Jon Morgan Stokkeland giver en introduktion til begreberne med vægt på et klinisk perspektiv og trækker nogle historiske linjer op, som kan pege frem

mod aktuelle diskussioner omkring begreberne. Som forfatteren skriver, vil det historiske tilbageblik uvilkårligt bære præg af vor egen tids forståelse og derved kan vi se nye sider af det fortidige. Artiklen giver et godt overblik over begreberne, den historiske udvikling og kommer omkring aktuelle divergerende synspunkter omkring forståelsen og afgrænsningen af både overførings- og modoverføringsbegrebet. Det er interessant læsning både for nye og erfarne psykoterapeuter.

Praksis tænkes ofte udledt af forskning. Men kan det tænkes, at praksis nogle gange er "klogere" end forskning? Sådanne spørgsmål vækker behov for en drøftelse af forholdene mellem praksis, forskning og teori. Erik Stänicke søger med den sidste artikel i dette nummer *Hva forteller psykoterapiforskningen oss om endringsprocesser? Noen betraktninger om et udvalg af empiriske studier på betydningen av affekter og relasjon i endring* at sætte den foreliggende psykoterapiforskning ind i en psykoanalytisk ramme. Han argumenterer for, at forskningen må sættes ind i en overordnet teoretisk ramme for at kunne blive anvendelig, og i artiklen viser han, hvordan det kan gøres.

Til slut i dette nummer har Marie Elbinger Gramstrup lavet en anmeldelse af en forholdsvis ny bog på det danske marked om organisationspsykologi: *Psykodynamisk organisationspsykologi, bind II. På mere arbejde under overfladerne*. Redigeret af Torben Heinskou og Steen Visholm.

God læselyst
Helge Holgersen og Peter Ramsing

Selvurderet livskvalitet

– en mulig og enkel måde at foretage effektmåling på i gruppeanalytisk psykoterapi?

Matrix, 2012; 2, 98-110

Merete Boserup og Jens Martin Lauritsen

Baggrunden for studiet er en diskussion om det er muligt at lave effektmåling på gruppeanalytisk psykoterapi med et enkelt og standardiseret skema ud fra patienternes egenvurdering. Der redegøres for de konkrete erfaringer over en ca seksårig periode. I studiet indgik i alt 51 patienter i gruppeanalytisk psykoterapi i to forskellige grupper med slow-open indtag. Begge grupper havde otte deltagere ad gangen. Et standardiseret skema kaldet "Beskrivelse af helbred og psykisk tilstand" med skalaen EQ-5D og et generelt livskvalitetsmål blev uddelt ved start og efter fuldført terapi, samt senere også en gang årligt til alle i terapi. Nødvendigheden af det årlige skema blev understreget af et stort skemabortfald i den ene gruppe, som havde et stort drop-out fra behandlingen. Signifikant forbedring i egenurderet livskvalitet fandtes til knap 0.2 kvalitetsjusteret leveår i gennemsnit, men skal ses i lyset af bortfaldet af skemaer. Perspektivet er, at årlig udfyldelse giver mulighed for at følge udviklingen i terapien målt med patienternes egenvurdering af livskvalitet. Herunder hvornår i terapiforløbet udviklingen sker. Litteraturen og studiet viser, at der er overensstemmelse mellem den observerede kliniske udvikling og resultatet af EQ-5D. Da metoden ikke er diagnosespecifik tyder det på, at skemaet kan anvendes bredt i ambulantpsykiatrien.

Merete Boserup, Sygeplejerske, psykoterapeut MPF, diplom i gruppeanalyse fra IGA Århus. Psykoterapeutisk afsnit, Psykiatrisk Afdeling Odense. E-mail: Merete.Boserup@psyk.regionsyddanmark.dk
Jens Martin Lauritsen, Lic.med., speciallæge i samfundsmedicin. Syddansk Universitet, Inst. for Sundhedstjenesteforskning, Biostatistik og Ortopædkirurgisk afd. O, Ulykkes Analyse Gruppen, Odense Universitetshospital.*

Indledning

På psykoteraeutisk afsnit havde det i flere år, fra cirka 1995, været diskuteret, om det er muligt at foretage effektmåling på gruppeanalytisk psykoterapi, som er hovedydelsen i afsnittet. Grupperne er hovedsageligt slow-open grupper, således at patienterne starter og slutter forskudt af hinanden. Patienterne er i gennemsnit i gruppeterapi 3-4 år. Flere spørgsmål blev rejst i forbindelse med diskussionen, f.eks. om, hvornår målingen i givet fald kunne starte, og om det ville gå ud over gruppeprocessen?

Ved starten af en ny gruppe i 2004 blev der derfor udarbejdet et enkelt skema ud fra tidligere udviklede kendte og validerede skalaer – se bilag 1. I skemaet indgik spørgsmål om generelt selvvurderet helbred, samt skalaen EQ-5D (se www.euroqol.org og Brooks, 2003; Gudex, 1998; Dam, 2005). Desuden indgik i starten den psykiske delskala af SF-36 (Qualimetrics.com). Valget af konkrete skalaer skete ud fra erfaringen i tværsektorielle somatiske patientforløb i Fyns Amt (se www.ouh.dk/simpelfunktion). Her har det også været væsentligt, at det var enkelt at bruge, samt at der fandtes danske referenceværdier (generelt helbred: Ekholm et al., 2007. EQ-5D: Wittrup-Jensen et al., 2002).

EuroQol EQ-5D skalaen er inden for psykiatrien vurderet og anvendt i flere publikationer, der undersøger brugbarhed i praksis og vurderer om klinisk ændring afspejles. Se Barton, 2005 (psykotiske pt.); Sapin, 2004 (depression); Soetemann, 2005 (flere pt grupper alle indlagt til psykoterapi); Willige, 2005 (kronisk psykiatriske pt.); ADI van Asselt, 2009 (borderline pt.); Mann, 2009 (depression); McCrone, 2009 (skizofreni). Niveauet af livskvalitetstab er sammenlignet for psykiatriske sygdomstilstande med kroniske somatiske sygdomme af Pirkola 2009 (diabetes m.m.) og Sotemann, 2008 (flere somatiske sygdomme). Swan, 2004 har anvendt dette i terapivurdering (depression). Samlet set angiver disse artikler, at egenvurdering ved brug af EuroQol EQ-5D skalaen er valid¹, afspejler klinisk udvikling og i praksis er enkel at anvende, samt at det kan anvendes til et generaliseret udtryk for livskvalitet uafhængigt af diagnoser.

I EQ-5D indgår fem aspekter (bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag, angst/depression), hver repræsenteret af et spørgsmål, som har tre kategorier (ingen problemer, nogle problemer, svære problemer)². Ved at spørge et udsnit af befolkningen er der udarbejdet en om-

1. Der måles, det man siger, man måler.
2. Der er siden udviklet en udgave med fem svarkategorier i hver af de fem spørgsmål. Se nærmere på hjemmesiden www.euroqol.org

sætningstabel af Wittrup-Jensen et al., 2002. Af denne fremgår livskvalitet for de forskellige kombinationer af de fem spørgsmål. Konkret kan svarene på de fem spørgsmål omsættes til en værdi fra -0.5 til 1.0 (0=død, -0.5 er værre end død, 1.0 er det optimale). For "angst/depression" vil "Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret" svare til 0.818, mens "Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret" svarer til 0.519, hvis personen samtidig angiver "ingen problemer" i de fire øvrige aspekter³. Lidt "populært" kan det siges, at en værdi på 0.8 svarer til, at personen mister 0.2 kvalitetsjusteret leveår per faktisk levet år. Med behandlingen tilstræbes at flytte patienternes egenvurdering til en værdi nærmere 1. Effekten af behandling kan vises ved at beregne forskel i egenvurderet livskvalitet fra før terapien starter, til terapien er afsluttet for hver enkelt patient. For en hel gruppe kan en samlet værdi beregnes for alle patienter under et, f.eks som et samlet gennemsnit.

Formålet med denne artikel er: **1** at beskrive afprøvningen af standardiserede skemaer som led i gruppeanalytisk psykoterapi i en dansk sammenhæng. **2** at undersøge om patienterne ville udfylde og returnere skemaerne. **3** at se om patienternes egenvurdering viste fremgang i løbet af terapien. Endelig at diskutere om dette kan bidrage til effektvurdering på en enkel måde.

Materiale/metode

Psykoterapeutisk afsnit ved almen psykiatrisk afdeling Odense modtager patienter efter henvisning fra egen læge, fra psykiatrisk afdeling, fra privatpraktiserende psykiatere og psykologer. Efter et forsamtaleforløb tilbydes patienterne ved terapiegnethed deltagelse i gruppeterapi. I denne opgørelse indgår patienter frem til september 2010 fra gruppe 1, som startede i maj 2004 med en terapeut (forf. MB) og gruppe 2, som startede i august 2006 med to terapeuter (forf. MB og co-terapeut). Gruppe 1 bestod af otte pt. i alderen 24-45 år med lettere depressioner, angst og lettere personlighedsforstyrrelser. Gruppe 2 bestod af otte unge i alderen 18-25 år hovedsageligt med personlighedsforstyrrelser og selvskadende adfærd. Alle i gruppe 2 havde vanskelige opvækstvilkår, et sparsomt netværk og var psykiatrisk og socialt dårligere stillet end gruppe 1. Begge grupper er slow-open grupper. De konkrete start- og sluttidspunkter fremgår af figur 1 og fremmødeprocent af figur 2. Patienter der var i terapi ved

3. Omsætningstabel for alle svar og beregnet som angivet af Wittrup-Jensen KU et al., findes på www.ouh.dk/simpelfunktion

periodens slutning vises i figur 1 ved, at markøren for afslutning er oven for den tværgående vandrette streg.

Initialt udarbejdedes et skema bestående af validerede spørgsmål: Selvvurderet helbred generelt (SF36 og Statens Institut for Folkesundhed, 2007), SF-36 (psykiske skaladel) og EuroQol EQ-5D skalaen. I alt tre A4 sider med 22 spørgsmål. Efter præliminær (planlagt) dataanalyse i august 2010 blev skemaet revideret, og det forenkledede skema er anvendt fra september 2010, bestående af to spørgsmål om generel helbredsvurdering og de fem spørgsmål fra EQ-5D. Det aktuelle skema ses i bilag 1.

Skemaet kaldet "Beskrivelse af helbred og psykisk tilstand" blev uddelt til patienterne før start og ved afslutning af gruppeterapien. Skemaerne udfyldtes i hjemmet og ved manglende aflevering er der sendt rykkerbreve og i enkelte tilfælde ringet til patienterne. Efter tre års brug viste det sig, at det var vanskeligt at få slutskeemaerne returneret fra de patienter, som ophørte i gruppen før terapien var fuldført. Det var specielt i gruppe 2. Det betød, at der ikke var noget skema at måle op imod, altså om der er sket en forværring eller forbedring af livskvalitet. Gruppe 1 fik som et forsøg mellemskema i august 2006 og september 2009, og der er i begge grupper indført uddeling af et årligt mellemskema fra september 2010. Start-, mellem- og slutskeemaer har hele tiden været ens.

Opgørelsen her inkluderer alle patienter fra begge grupper indtil ultimo september 2010. I alt 51 patienter indgik i de to grupper. Disse har afleveret 50 start-, 27 mellem- og 26 slutskeemaer. Udvikling kan vises fra start til afslutning for 25 patienter, og fra start til første mellemskema for 22 patienter, heraf seks i gruppe 2. For de resterende patienter er der ikke afleveret start-, mellem- eller slutskeema, enten fordi terapien ikke var afsluttet, patienten ikke var i terapi på det tidspunkt, hvor mellemskema blev udleveret eller fordi skemaet faktisk ikke blev afleveret. Kun i sidstnævnte tilfælde er der tale om et manglende svar. Endnu har kun ganske få patienter afleveret mere end et mellemskema eller både start-, mellem- og slutskeemaer, hvorfor sekventiel analyse af udvikling først kan foretages, når skemaerne har været anvendt i længere tid.

Analyse af udvikling i egenvurderet livskvalitet er sket ved beregning af EuroQol utility score iflg, Wittrup-Jensen KU et al. for hvert enkelt afleveret skema. Forskel for hele terapiperioden er beregnet (slutskeema værdi minus startskema værdi) og forskel fra start til første mellemskema (første mellemskema minus startskema værdi) for hver enkelt patient. Statistisk vurdering af udvikling i EuroQol sum er foretaget med parret T-test, idet differenserne vurderet ved probit plot var lineære. Signifikansniveau 0.05. Konfidensintervaller (forkortet CI) er 95 %. Ved forenklingen af skemaet blev det samlede livskvali-

tetsspørgsmål fra SF36 udskiftet til det tilsvarende fra Statens Institut for Folkesundhed (Ekholm et al., 2007) "Hvordan vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?" (se bilag, spørgsmål 1). Begge har næsten enslydende rangordning af svarkategorierne. Statistisk bearbejdning og dataregistrering er udført med brug af EpiData Entry v3.1 og EpiData Analysis v2.2. Procedurer og skabeloner kan rekvireres fra forf., og software downloades fra www.epidata.dk.

Etik. Da skemaets indhold er generelt og tidligere afprøvet både blandt patienter og i den raske befolkning fandtes ingen etiske problemer med at introducere dette til patienterne. Indsigt i patientmateriale og behandlingen, afklaring af perioder, udlevering og indtastning af skemaer er foretaget af forf. MB i afdelingsregi. Den statistiske bearbejdning varetaget af forf. JML er udført uden kendskab til navne eller identitet af patienterne.

Resultater. Startskema er udfyldt af 50 af de 51 pt. Femten af nitten afsluttede patienter i gruppe 1 (79 %) og elleve af seksten i gruppe 2 (58 %) udfyldte slutschema (– resten er stadig i terapi). I september 2010 var der i alt fjorten gruppedeltagere, hvoraf kun én fra gruppe 2 ikke afleverede mellemskemaet på en A4 side (92 %). Den pgl. patient viste sig en måned senere at være i en "drop-out proces". Kun ganske få spørgsmål var ikke besvaret i de afleverede skemaer (> 99 % svar).

Før uddeling af mellemskemaer blev patienterne oplyst, at det var besluttet at anvende skemaet en gang årligt for at følge udviklingen. Bortset fra korte spørgsmål og omtale i cirka fem minutter blev dette ikke yderligere berørt i terapien, og patienterne vendte ikke tilbage til skemaet senere i terapien.

Udvikling fra start til afslutning for de 25 forløb med både start- og slutschema er statistisk sikker målt ved EQ-5D sumscore (parret T-test, $p < 10^{-4}$). Den gennemsnitlige (mean) forbedring i kvalitetsjusterede leveår var 0.19 i gruppe 1 (CI 0.10-0.28) og 0.13 (CI 0.03-0.23) i gruppe 2⁴. Af figur 3 fremgår de faktisk beregnede værdier for alle patienter, hvor patienterne har samme nummer, som i figur 1. Knap 2/3 angiver forbedring i de overordnede generelle helbredsspørgsmål og kun én patientforværring heri.

Udvikling fra start til første mellemskema kan beskrives for de 22 patienter, som både havde et start- og mellemskema udfyldt – se figur 4. Forskellen i kva-

4. Den mediane forbedring var 0.24 i gruppe 1 og 0.17 i gruppe 2. Det vil sige, at halvdelen af patienterne mindst oplevede denne forbedring.

litetsjusterede leveår var i gennemsnit 0.04 (CI: -0.05 – 0.12), forskellen er ikke statistisk sikker (parret T-test, $p > 0.08$). En fjerdedel af patienterne i gruppe 1 havde mindst en forbedring på 0.24, mens det i gruppe 2 alene var 0.07.⁵

Diskussion

Patienterne har med enkelte undtagelser taget det som en naturlig ting, at skemaet indgik i behandlingsforløbet. Ved kun at anvende start- og slutskemaer tyder resultatet på, at der opstår en skævhed, idet svarbortfaldet især var blandt de patienter, der droppede ud af behandlingen. Den ene patient, som ikke afleverede mellemskemaet i 2010, var reelt allerede droppet ud på det tidspunkt viste det sig senere. For de som afleverede slutskema er der overensstemmelse mellem den kliniske vurdering af patienterne og det patienterne selv har vurderet. Udviklingen i den selvvaluerede livskvalitet i hele terapiperioden var statistisk signifikant og niveaumæssigt højere i gruppe 1 end i gruppe 2, hvor de dårligste patienter jo også var. Udviklingen fra start- til mellemskema kunne tyde på, at ændringen i selvvalueret livskvalitet optræder tidligere i forløbet hos de mere velfungerende i gruppe 1.

Studiet skal opfattes som et "praktisk orienteret" studie, hvor hensigten har været at undersøge om det overhovedet er muligt i daglig klinisk praksis i gruppeterapien, at anvende strukturerede skemaer. En forudsætning for dette er selvfølgelig, at patienterne ønsker at udfylde skemaerne. For at imødegå skemabortfald indførtes derfor et mellemskema. Desuden blev skemaet forenklet, idet SF-36 (psykisk delskala) udgik. Begrundelsen herfor var, at analyse af skemaerne viste, at den observerede kliniske bedring også fremgik af EQ-5D og skemaet kunne derefter rummes indenfor et A4 ark. Med et kortere skema er det lettere for patienterne og ihvertfald mere overkommeligt at registrere for personalet i en travl hverdag. Når de anvendte spørgsmål også indgår i danske undersøgelser af befolkningen (Ekholm et al) kan patientgruppen belyses i forhold til den samlede befolkning.

Den høje besvarelse ved det årlige skema i begge grupper gør det muligt at undersøge ændringer i løbet af perioden. Om den regelmæssige (her årlige) udlevering af skemaer skal have et andet interval end et år, må nærmere overvejes.

5. Med andre ord, så havde en fjerdedel oplevet en forbedring allerede ved første mellemskema i gruppe 1, som svarede til den forbedring halvdelen af alle i gruppe 1 vurderede fra start til slut. Der skal dog tages et vist forbehold, da varigheden fra start til første mellemskema ikke var den samme for alle patienter.

I oversigten af Alberdi og Rosenbaum, 2010 præciseres om målopfyldelse, at det er det ikke konkrete, der kendetegner psykodynamisk psykoterapi. Det kunne derfor frygtes, at anvendelse af de konkrete skemaer, hvor patienterne overvejer egen funktion, ville forstyrre terapien. Dette har ikke været tilfældet i de to grupper. Ved uddeling af mellemskemaerne var der i terapien alene en højst fem minutter lang samtale om anledning, anvendelse etc. Men ingen videre problematisering eller modvilje.

I forhold til effektvurdering af behandlingen er det klart en svaghed ved opgørelsen, at de som ophørte før tid – og som niveaumæssigt ligger dårligere – ikke kan indgå i analysen. Det er ikke holdbart alene at vurdere effekt ud fra de, som fuldfører terapien, ligesom der ikke har været en kontrolgruppe, og antallet af patienter er begrænset. Studiet har dog vist en generel statistisk sikker forbedring af livskvalitet for patienterne blandt den gruppe, hvor skemaerne er afleveret.

Ved brug af skemaer i daglig klinik er det vigtigt, at der ikke er licensbetaling (Lauritsen, 2010). Inden brug i konkrete studier bør man undersøge dette. Nogle studier har fået en uventet stor efterregning efter publicering. Qualimetrics, som udgiver SF36 og de andre "SF" skalaer har for nylig meddelt, at selv den oprindelige SF-36 vil være licensbehæftet med betaling i studier (personlig kommunikation til forf. JML). For EQ-5D gælder, at der er en registreringspligt, og en licenspligt ved industrisponsorerede og/eller meget store studier, mens det kan anvendes uden begrænsning eller betaling i daglig klinik.

Brug af skemaerne skal ikke ses som en forhindring for dybere kvalitativ vurdering af hverken patienter eller behandlingsforhold. Tværtimod er det opfattelsen, at et kort standardiseret beskrivelse af livskvaliteten på en ensartet måde kan give frugtbart input til diskussioner om kvalitative forhold – og rum til fordybelse på de områder, hvor der er behov for det. F.eks. hvorfor det ikke lykkes at få patienter, der senere dropper ud, til at følge behandlingen.

Perspektiv

Perspektiverne for dette afhænger af fortsat afprøvning og vurdering, men det kunne være interessant at belyse ændringen i egenvurderet helbred i løbet af hele kontakten til psykoterapeutisk afsnit. Den kliniske erfaring er, at der allerede under visitationssamtalerne sker en udvikling. Spændende, hvis dette også afspejles i patienternes egenvurdering af livskvalitet. Det kunne være interessant at afprøve anvendelse af skemaet til alle patienter på psykoterapeutisk afsnit, samt i hele ambulantspsykiatrien – ikke mindst fordi EQ-5d er et

internationalt anvendt instrument. I begge tilfælde vil det vise sig om brugen af skemaerne er mulig under rutinemæssige forhold, idet resultaterne her jo er frembragt i et særligt planlagt projekt. Hvis det kan anvendes bredere i psykiatrien kunne det give grundlag for sammeligning mellem forskellige behandlingstiltag og forskellige patientgrupper.

En anden interessant mulighed ville være, at afprøve brug af såkaldte SPC principper (statistical proces control) på patient-, gruppe- og afsnitsniveau. På denne måde kan opnået forbedring i livskvalitet (eller mangel på samme) vises grafisk, se f.eks. Lauritsen & Packness, 2010, som led i vurdering af kvaliteten af behandlingsarbejdet, ligesom man løbende kunne vurdere niveau af selv-vurderet livskvalitet blandt nye eller afsluttede patienter.⁶

Konklusion

Afprøvningen har vist, at det er muligt at anvende standardiserede skemaer i gruppeanalytisk psykoterapi, at egenvurderingen viser øget livskvalitet, og at denne fremgang afspejler den kliniske fremgang i løbet af terapien. Men også, at der kan være problemer med kun at anvende start- og slutskemaer, hvorfor regelmæssig udfyldelse bør anvendes. Det kortere skema forenkler arbejdet for personalet og gjorde udfyldelsen mere overskuelig for patienterne. Litteraturen og afprøvningen tyder på, at skemaet vil kunne anvendes generelt i ambulantsykiatrien.

Litteratur

- Alberdi F, Rosenbaum B. Evidens for psykodynamisk psykoterapi. Ugeskr Laeg. 2010, 172: 2882-7.
- Asselt A.D.I. van ,*, C.D. Dirksen a, A. Arntz b, J.H. Giesen-Bloo b, J.L. Severens a,c. The EQ-5D: A useful quality of life measure in borderline personality disorder? European Psychiatry 24 (2009) 79-85
- Barton GR, Hodgekins J, Mugford M, Jones PB, Croudace T, Fowler D. Measuring the benefits of treatment for psychosis: validity and responsiveness of the EQ-5D. Br J Psychiatry. 2009 Aug;195(2):170-7.
- Brooks R., R. Rabin and F. De Charro, The measurement and valuation of health status using EQ-5D: a European perspective, Kluwer Academic Publishers, London (2003).
- Dam K. Vurdering af EQ-5D, Et måleredskab der viser helbredsrelateret livskvalitet. Danske Fysioterapeuter, Projekt Måleredskaber. 2005. (se <http://www.maaleredskader.dk>).
- Ekholm O, Mette Kjølner, Michael Davidsen, Ulrik Hesse, Louise Eriksen, Anne Illemann

6. SPC principper er i Danmark anvendt indenfor arbejdet med vurdering af brug af tvang i psykiatrien. Se f.eks www.tvangipsykiatrien.cfk.rm.dk (Idékatalog, side 2433).

- Christensen, Morten Grønæk. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
- Gudex CM, Sørensen J. Et generisk mål for helbredstilstand. *Månedsskr prakt lægeg* 1998; 76(10):1339-1345.
- Lauritsen JM. Patient reported trial outcomes: What about the cost to use the measures? *BMJ* 2009;338.(Letter to the editor).
- Lauritsen, J. & Packness, Aa. SPC – Statistisk Proces Kontrol, Introduktion og håndbog. SPC diagrammer og analyser med brug af EpiData. Region Syddanmark, Odense Universitetshospital og Center for Kvalitet, 2010. (1. rev udgave). (downloades fra : <http://epidata.dk/documentation.php>)
- Mann R, Gilbody S, Richards D. Putting the 'Q' in depression QALYs: a comparison of utility measurement using EQ-5D and SF-6D health related quality of life measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009 Jul;44(7):569-78.
- McCrone P, Patel A, Knapp M, Schene A, Koeter M, Amaddeo F, Ruggeri M, Giessler A, Puschner B, Thornicroft G. A comparison of SF-6D and EQ-5D utility scores in a study of patients with schizophrenia. *J Ment Health Policy Econ.* 2009 Mar;12(1):27-31.
- Pirkola S, Saarni S, Suvisaari J, Elovainio M, Partonen T, Aalto AM, Honkonen T, Perälä J, Lönnqvist J. General health and quality-of-life measures in active, recent, and comorbid mental disorders: a population-based health 2000 study. *Compr Psychiatry.* 2009 Mar-Apr;50(2):108-14.
- Sapin Christophe , Bruno Fantino, Marie-Laure Nowicki and Paul Kind. Usefulness of EQ-5D in Assessing Health Status in Primary Care Patients with Major Depressive Disorder . *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:20
- Soeteman D.I., Timman,R., Trijsburg,R.W., Verheul,R., Busschbach,J.J. Assessment of the burden of disease among inpatients in specialized units that provide psychotherapy. *Psychiatric Services.* 56 (9) (pp 1153-1155), 2005.
- Soeteman DI, Verheul R, Busschbach JJ.The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *J Pers Disord.* 2008 Jun;22(3):259-68.
- Swan J, Sorrell E, MacVicar B, Durham R, Matthews K. "Coping with depression": an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. *J Affect Disord.* 2004 Oct 1;82(1):125-9.
- Willige Gerard van de , Durk Wiersma, Fokko J. Nienhuis and Jack A. Jenner. Changes in quality of life in chronic psychiatric patients: A comparison between EuroQol (EQ-5D) and WHOQoL . *Quality of Life Research* 2005 ; Volume 14, Number 2, 441-451,
- Wittrup-Jensen KU, Lauridsen JT, Gudex C, Brooks R, Pedersen KM. Estimating Danish EQ-5D tariffs using the Time Trade-off (TTO) and visual analogue scale (VAS) methods. In: Norinder AL, Pedersen KM, Roos P (Eds). *EuroQol Plenary Meeting Copenhagen 2001 6-7 September.* IHE, Lund 2002; ISBN: 91-88042-17-0: 257-92. (Danske Normtal – se <http://www.ouh.dk/simpelfunktion.>)

Abstract

The motivation for this study was an ongoing discussion in a ward delivering groupanalytic psychotherapy of the feasibility and influence of using standardised self-assessment as part of the group therapy framework. A structured study was carried out over a six year period in two groups with the aim of assessing willingness to fill the forms, proportion of response at item level and variation with the severity of psychiatric illness in

the two groups. Results showed much larger response proportion when issuing a yearly form, than sole reliance on start and end-term forms. Assessment of level of attained improvement in quality of life is less strong in the design due to a relatively low response proportion among drop-out patients. The study suggests that use of a simple structured (one page) question based on the EuroQol EQ-5D questions can be used in dynamic group psychotherapy settings, but requires assessment at least annually in addition to start and end terms.

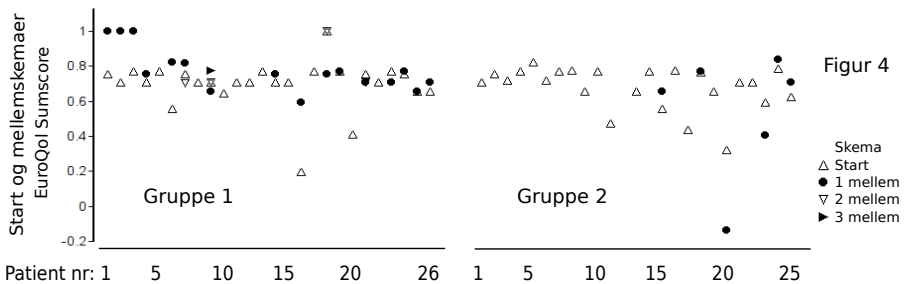
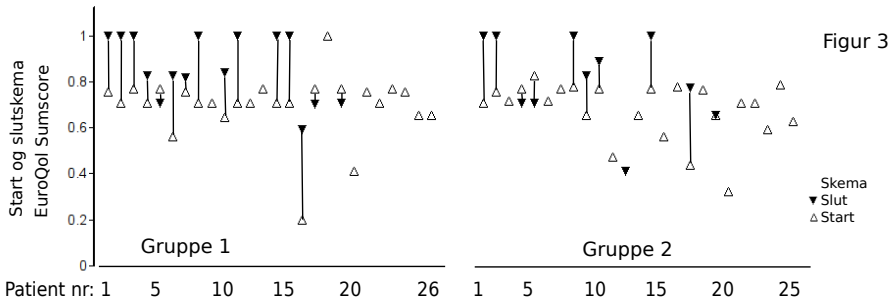
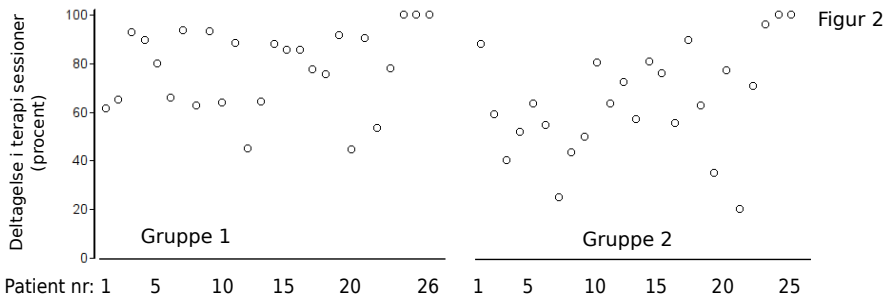
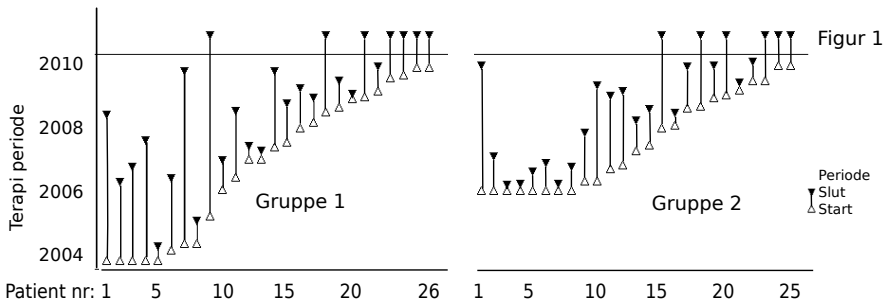
Key words: Group therapy, Health Related Quality of Life, effect measurement, EuroQol EQ-5D, EpiData software.

Figur 1: Terapi periode for hver af de 51 patienter angivet som start- og sluttidspunkt. Åbne ikke-udfyldte trekanter er starten af terapiperioden og udfyldt trekant markerer afslutning. Patienter hvor den udfyldte trekant er over den vandrette streg var fortsat i terapi i september 2010.

Figur 2: Individuel tilstedeværelse i terapien i perioden. Procent er beregnet som faktisk tilstedeværelse ud af alle afholdte sessioner i den individuelle terapiperiode.

Figur 3: Udvikling i individuelt beregnede EuroQol Sumscores fra start til afslutning af terapien for alle patienterne. Åbne ikke-udfyldte trekanter markerer startværdi og udfyldt trekant værdi i slutschema.

Figur 4: Individuelt beregnede EuroQol Sumscores for start og alle afleverede mellem-skemaer.



Navn:

Cpr:

Beskrivelse af helbred og psykisk tilstand

Dette skema handler om din egen opfattelse af dit helbred. Oplysningerne giver et overblik over, hvordan du har det, og hvor godt du er i stand til at udføre dine daglige gøremål. Skriv gerne en kommentar på bagsiden.

Besvar hvert af de syv spørgsmål ved at sætte en ring om det svar der passer bedst på dig. Hvis du er i tvivl, så svar så godt du kan – det er bedre end at springe et spørgsmål over.

1. Hvordan vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed ?

	Virkelig god.....	1
	God.....	2
(Sæt kun en ring)	Nogenlunde.....	3
	Dårlig.....	4
	Meget dårlig.....	5

2. Føler du dig frisk nok til at gennemføre det, som du har lyst til ?

	Ja, for det meste.....	1
(Sæt kun en ring)	Ja, af og til.....	2
	Nej (næsten aldrig).....	3

I helbred indgår både psykiske og fysiske aspekter. De næste fem spørgsmål giver en beskrivelse af dit samlede helbred – alle fem skal besvares (også selvom du **ikke** synes alle er relevante)

Hvert af spørgsmålene har tre mulige svar
(Sæt ring om det svar der passer bedst for dig i dag)

1. Bevægelighed	Jeg har ingen problemer med at gå omkring.....	<input type="checkbox"/>
	Jeg har nogle problemer med at gå omkring.....	<input type="checkbox"/>
	Jeg er bundet til sengen.....	<input type="checkbox"/>
2. Personlig pleje	Jeg har ingen problemer med min personlige pleje.....	<input type="checkbox"/>
	Jeg har nogle problemer med at vaske mig eller klæde mig på	<input type="checkbox"/>
	Jeg kan ikke vaske mig eller klæde mig på.....	<input type="checkbox"/>
3. Sædvanlige aktiviteter <i>fx. arbejde, studie, husarbejde, familie- eller fritidsaktiviteter</i>	Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
	Jeg har nogle problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
	Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
4. Smerter/ubehag	Jeg har ingen smerter eller ubehag.....	<input type="checkbox"/>
	Jeg har moderate smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>
	Jeg har ekstreme smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>
5. Angst/depression	Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret.....	<input type="checkbox"/>
	Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret.....	<input type="checkbox"/>
	Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret.....	<input type="checkbox"/>

Skemaet er udfyldt dato:

V24.11.2010 Spørgsmål: øverste to (<http://niph.dk/susy>) resten er Eq-5D™ skalaen (<http://www.euroqol.org/>) Spørgsmål: Kontakt spl. Merete Boserup Psykiatrien i Region Syddanmark, Psykiatrisk afd. Odense - Universitetsfunktion, Psykoterapeutisk afsnit, Odense.
Merete.Boserup@psyk.regionsyddanmark.dk tlf 6548-1750

Selvaktelsens betydning for endring og frafall i psykoedukativ gruppebehandling

Matrix, 2012, 2; 110-128

Jofrid Bjørkvik, Ole-Johan Eikeland og Geir Høstmark Nielsen

Artikkelen er en oppfølger til en tidligere artikkel (Bjørkvik, Eikeland & Nielsen, 2010), der vi rapporterte behandlingsutbytte hos pasienter i kognitivt basert psykoedukativ gruppebehandling. Formålet med herværende studie var å undersøke hvorvidt pasienters selvaktelse, sammen med utvalgte demografiske variabler, predikerer henholdsvis behandlingsutbytte og frafall (ikke-planlagt avslutning) hos pasienter i kognitivt basert psykoedukativ gruppebehandling. Kunnskap om slike sammenhenger har betydning ikke bare for pasientreduksjon til ulike behandlingsformer, men også for ressursbruk og helseøkonomi. Resultatene viste at lav selvaktelse ved behandlingsstart og fravær av endring av selvaktelse i løpet av behandlingen var forbundet med liten nedgang i mellompersonlige problemer ved behandlingsslutt, men ikke med reduksjon i generell psykiatrisk symptombelastning. Heller ikke endring av selvaktelse i løpet av behandlingen var assosiert med nedgang i generell symptombyrde. Ikke-planlagt avslutning (frafall) var forbundet med å ikke ha en partner og å ikke ha barn under 18 år. Resultatene indikerer at det i behandlingsmiljøene bør gjøres mer for å forebygge frafall og at spesielt enslige pasienter bør følges opp på en særlig måte. Høye frafallstall har naturligvis også helseøkonomiske implikasjoner.

Jofrid Bjørkvik, Psykiatrisk klinikk, Helse Fonna HF, Stord DPS, Psykiatrisk poliklinikk. Pb. 4000. 5409 Stord. Tlf 53 49 12 10. E-post jofrid.bjorkvik@helse-fonna.no
Ole-Johan Eikeland, Eikeland forskning og undervisning, Bergen
Geir Høstmark Nielsen, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

Selv om psykologisk behandling i det store og hele kan påberope seg dokumentert effekt, gjenstår flere spørsmål knyttet til å forklare individuelle forskjeller i behandlingsutbytte. For eksempel viser flere studier betydelig variasjon i symptomreduksjon blant pasienter som får samme behandling (Barber, 2007; Hansen, Lambert, & Forman, 2002; Kazdin, 2007; Scott, 1996). I tillegg er det knyttet utfordringer til at relativt mange (20-50 %) av ulike grunner ikke fullfører behandlingen, og derved antas å gå glipp av mulig behandlingsgevinst (Garfield, 1994; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Behandlingsforskere har blant annet søkt å identifisere pasientkarakteristika som predikerer henholdsvis bedring i symptombelastning og hvem som avbryter behandlingen (frafallspasienter). Slik kunnskap er av betydning for optimal seleksjon av pasienter til ulike behandlingstilbud og for å kunne iverksette tiltak med tanke på å forebygge frafall. I tillegg vil denne type kunnskap bidra til forståelsen av endringsmekanismer, faktorer som medvirker til å opprettholde psykiske problemer og faktorer som holder oppnådd bedring ved like (Barber, 2007; Llewelyn & Hardy, 2001; Kazdin, 2007).

Kortvarige gruppebehandlingstilbud med vekt på støtte og edukasjon har vist seg å kunne redusere angst- og depresjonssymptomer (Dalgard, 2004; Dorrwick et al., 2000; Piper, 2008; Roberts, Shapiro, & Gamble, 1999). De er i tillegg kostnadseffektive (Nord & Dalgard, 2006; Piper, 2008) og blir benyttet både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Fra et heterogent pasientutvalg bestående av 65 pasienter ved et norsk distriktspsykiatrisk senter som fikk gruppebasert psykoedukativ behandling, har vi tidligere rapportert behandlingsresultat i form av symptomreduksjon i løpet av behandlingstiden (Bjørkvik, Eikeland & Nielsen, 2010). Samlet oppnådde pasientgruppen en signifikant reduksjon av generell symptombyrde ($p < 0.001$), tilsvarende en effektstørrelse (d) på 0.52. Imidlertid var det kun en relativt liten gruppe på syv pasienter (13 %) som oppnådde *klinisk signifikant* symptomreduksjon. På denne bakgrunnen så vi det som vesentlig å undersøke nærmere om det finnes holdepunkter for å si noe om *hvilke* pasienter som kan antas å få utbytte av denne typen behandlingsopplegg. I tråd med dette ønsket vi i denne studien å undersøke mulige prediktorer for variasjon i henholdsvis behandlingsutbytte og ikke planlagt avslutning ved det kognitivt baserte psykoedukative gruppebehandlingstilbudet.

Forskning med sikte på å predikere utbytte av psykologisk behandling har blant annet inkludert aspekter ved pasientens selvoppfatning, med bakgrunn i antakelser om at kritiske og negative forestillinger om en selv og ens egenverd utgjør sårbarhetsfaktorer for utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser

(Bergner & Holmes, 2000; Wachtel, 2008). Et klinisk relevant og meningsfullt begrep på dette området er selvtillit. En mye brukt definisjon, både i klinisk og sosialpsykologisk forskning, knyttes til sosialpsykologen Morris Rosenberg, som også utarbeidet en empirisk skala for måling av global selvtillit. Rosenberg definerte selvtillit som personens overordnede evaluering av seg selv som menneske, eller i hvilken grad man oppfatter seg selv som "god nok" (Rosenberg, 1965). Negativ vurdering av en selv, ofte omtalt som *lav global selvtillit* (Rosenberg, 1965), er forbundet med et bredt spekter av følelsesmessige og mellommenneskelige problemer (Swann, Chang-Schneider & McClarty, 2007) og er assosiert med psykisk lidelse på tvers av diagnosegrupper (Bjørkvik, Biringer, Eikeland & Nielsen, 2008; Silverstone & Salsali, 2003). For en mer omfattende teoretisk fremstilling av begrepet selvtillit og relevant empiri vises til Bjørkvik (2009). På tross av teoretisk antatte sammenhenger mellom ulike aspekter ved selvtillit og terapeutisk endring av symptomer og lidelses-trykk, er slike sammenhenger lite utforsket empirisk. Vi har for eksempel funnet bare én undersøkelse av selvtillit som prediktor for utfall av *psykoedukativ gruppebehandling* (Roberts et al., 1999). I studien inngikk 26 voksne med diagnostisert stemningslidelse og som fullførte et psykoedukativt kurs i mestring av depresjonssymptomer. Utfallskriteriet var reduksjon av depresjons- og angstsymptomer, målt med henholdsvis Beck's Depression Inventory [BDI] og Beck's Anxiety Inventory [BAI]. Resultatene viste at selvtillit, målt med Rosenberg Self-Esteem Scale [RSES], og kombinasjonen av lav og stabil selvtillit predikerte dårlig utbytte av behandlingen på depresjonsmålet, men at det ikke var sammenheng mellom selvtillit og endring av angstsymptomer. Fordi pasientmaterialet var forholdsvis lite, peker forfatterne på behovet for å gjenta undersøkelsen med større utvalg.

Vi vet lite om hvorvidt gruppebasert psykoedukativ behandling har samme nytteverdi for pasienter med ulike sosiodemografiske kjennetegn. Behovet for mer kunnskap på dette området kan begrunnes med henvisning til overordnede helsepolitiske målsettinger om lik tilgang til nødvendige helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, sosial bakgrunn og økonomisk situasjon. Sosiodemografiske variabler, som å være enslig og ha lav sosioøkonomisk status, ble imidlertid i en meta-analyse funnet å predikere ikke-planlagt avslutning av behandling (Wierzbici & Pekarik, 1993). En annen undersøkelse viste at menn og enslige personer var overrepresentert blant de som falt ut av korttids gruppebehandling for depresjon (Dowtick et al., 2000).

I det følgende rapporterer vi fra en naturalistisk studie av et heterogent pasientutvalg der vi undersøkte selvtillit som mulig prediktor for endring på to

ulike utfallsmål (psykisk symptombelastning og interpersonlige problemer), foruten frafall underveis i behandlingsforløpet. Vi ønsket også å undersøke om sentrale sosiodemografiske variabler, komorbiditet, bruk av medikamenter og tidligere behandlingstiltak predikerte endring og frafall fra behandlingen. Endelig ønsket vi å undersøke om endring i selvaktelse i løpet av behandlingen var relatert til endring i pasientenes symptombelastning.

Metode

Studien omfatter pasienter som i løpet av et år hadde deltatt i kognitivt basert psykoedukativ gruppebehandling ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk i Helse Vest. (For en nærmere beskrivelse av gruppeopplegget, se nedenfor.) Pasientene i studien utgjorde en undergruppe av en hel årspopulasjon (N = 338) av pasienter som dannet grunnlaget for et mer omfattende prosjekt, jf. Bjørkvik et al., (2008) og Bjørkvik, Biringer, Eikeland & Nielsen, (2009). Materialet er hentet fra poliklinikkens rutinemessig innsamlede data: selvrapporing av psykisk symptombelastning, interpersonlige problemer, selvaktelse, sosiodemografiske data og psykiatrisk diagnose. Deltakelse i behandlingsstudien bygger på informert samtykke, og studien er anbefalt av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK-Vest) og Personvernombudet for forskning. En tidligere artikkel fra samme studie beskriver behandlingsresultater i form av andeler av pasientene som oppnådde henholdsvis reliabel og klinisk signifikant bedring, forverring og uendret symptombelastning (Bjørkvik, Eikeland & Nielsen, 2010).

Utvalg

I studien inngikk 65 pasienter (44 kvinner) som startet i psykoedukativ gruppebehandling i. I alt 80 pasienter fikk tilbud og takket ja til behandlingstilbudet, men 15 meldte avbud før første behandlingstime eller unnlot å møte opp. Samtlige 65 pasienter fylte rutinemessig ut selvrapporingsskjema ved inntak. Målingene ble foretatt ved inntak (T1), ved avslutning (T2) og ett år etter avsluttet behandling (T3). 59 pasienter (90 %) samtykket i å få tilsendt spørreskjema for oppfølgingsdata ett år etter behandlingsslutt (T3). 52 pasienter (80 %) fullførte behandlingen. Av disse hadde 48 samtykket til å delta i oppfølgingsstudien. Skjema for oppfølgingsdata ble fylt ut og returnert av 21 personer.

Demografiske og kliniske kjennetegn for pasientene som gjennomførte behandlingen, sammenlignet med de som falt fra underveis, er vist i Tabell 1.

Tabell 1 Demografiske og kliniske karakteristika for pasienter som henholdsvis gjennomførte og falt ut av behandlingen.

Variabel	Kategorier	Gjennomførte behandlingen (n = 52)			Falt ut av behandlingen (n = 13)			Signifikanstest	
		M (SD)	N (%)	M (SD)	N (%)	χ^2 , df=1	P	F, df = 1	P
Alder		38.8 (10.0)		35.8 (14.4)		0.28	0.60	0.76	0.386
Kjønn	Mann		16 (31)		5 (39)				
	Kvinne		36 (69)		8 (61)				
Sivilstatus	Enslig		16 (31)		8 (62)		4.23	0.04	
	Gift/samboer		32 (62)		1 (8)		12.06	0.00	
	Separert/skilt		4 (8)		4 (31)		5.13	0.02	
Barn under 18 år			35 (71)		3 (23)		8.38	0.00	
Høyeste utdanning	Grunnskole		12 (23)		1 (8)		1.54	0.21	
	Videregående		30 (58)		11 (84)		3.24	0.07	
	Høyere utdanning		10 (19)		1 (8)		1.04	0.31	
Yrkesmessig status	I lønnet arbeid		9 (17)		3 (23)		0.23	0.63	
	Sykmeldt/rehabilitering		24 (46)		4 (31)		1.00	0.32	
	Trygdet		10 (19)		4 (31)		0.82	0.37	
ICD-10 diagnoser	Student/forsørget		9 (17)		2 (15)		0.03	0.86	
	Ruslidelser		3 (6)		0				
	Psykose		1 (2)		1 (7)				
	Affektive lidelser		36 (69)		8 (62)		0.28	0.60	
	Angstlidelser		34 (65)		9 (69)		0.07	0.79	
	Personlighetsforstyrrelser		13 (25)		2 (15)		0.54	0.46	
	Diverse		2 (4)		1 (8)				
Antall diagnoser	Enkelt diagnose		16 (31)		6 (46)		1.01	0.31	
	Komorbid lidelse		24 (46)		4 (31)		1.01	0.31	
	Tre eller flere diagnoser		12 (23)		3 (23)		0.00		
Medikamentell behandling			32 (62)		4 (31)		3.99	0.046	
Tidligere behandling			39 (75)		5 (38)		6.35	0.012	
GSI		1.60 (0.63)		1.86 (0.70)				1.52	0.22
IIP		1.50 (0.64)		1.69 (0.57)				0.93	0.34
RSES		3.32 (0.95)		3.52 (0.75)				0.50	0.48

Diagnose (ICD-10) ble satt av behandler og drøftet frem mot konsensus i behandlerteam. 22 pasienter (33 %) hadde en enkelt diagnose, 28 (43 %) hadde to, og 16 (24,2 %) hadde tre eller flere diagnoser. Av statistiske hensyn ble diagnosene slått sammen i henhold til kategorisering i ICD-10s hovedkapitler (jf. Bjørkvik et al., 2010). 23 pasienter (35 %) hadde ikke tidligere mottatt behandling fra psykisk helsevern, 27 (41 %) hadde et tidligere behandlingsforløp og 16 (24 %) hadde to eller flere tidligere behandlingsforløp. 32 pasienter (62 %) hadde medikamentell behandling.

Behandlingen

Studien omfatter pasientene fra til sammen ni psykoedukative grupper der målsettingen var reduksjon av angst- og depresjonssymptomer, samt økt selvheldelse og mestring av psykiske vansker. Hver gruppe bestod av 6-8 deltakere som ble selektert til de enkelte grupper på bakgrunn av aktuell symptombelastning og diagnostiske kriterier. Behandlingen strakte seg over 12 uker med ukentlige 2,5 timers sesjoner. Felles for gruppene var at behandlingen bygget på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi og tok utgangspunkt i at dysfunksjonelle tanker og tankemønstre er avgjørende for utvikling og opprettholdelse av psykiske plager. Gruppesamlingene inneholdt blant annet informasjon om aktuelle typer av psykiske lidelser, identifisering av u hensiktsmessige tanker og trening i strategier og teknikker for å endre disse. Det tematiske innhold og fokus i gruppene var noe ulikt, avhengig av pasientenes hovedplager. Tre av gruppene bygget på metodikken KiD (Kurs i mestring av depresjon, se Dalgard, 2004; Dowrick et al., 2000) hvor undervisning og eksempler var utformet med henblikk på depressive symptomer, og hvor atferdskomponenten i hovedsak var innrettet mot å komme i gang igjen med gjøremål og aktiviteter som tidligere hadde gitt glede. Fem av gruppene hadde hovedfokus rettet mot angstplager. I dette behandlingstilbudet ble det lagt vekt på kunnskap om og gjenkjenning av kroppslige reaksjoner på psykologiske og fysiologiske fenomener som angst, sult og ulike typer belastninger. Videre ble det vektlagt hvordan den enkelte deltaker kunne bli mer kjent med egne angstsymptomer, og deretter oppøve evnen til å oppleve angsten uten å unngå følelsene. Det resterende kurset vektla selvheldelse og ble gjennomført i tråd med kurset "For trang maske?" (Brende, 2001). Gruppene ble ledet av sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Kartleggingsverktøy

Selvaktelse ble målt med Rosenberg Self-Esteem Scale [RSES] (Rosenberg, 1965). RSES er et selvevalueringskjema for global selvaktelse og opplevd egenverd. Skjemaet inneholder 10 påstander som er ment å måle respondentens grad av tilfredshet med livet sitt og i hvor stor grad han eller hun opplever seg som verdifull. Påstandene besvares på en skala fra 1 til 5. En gjennomsnittsskåre blir beregnet, med negativt formulerte ledd snudd. Lav skåre reflekterer høy grad av selvaktelse. RSES er det hyppigst brukte instrument for måling av global selvaktelse i internasjonale studier (se for eksempel Robins, Hendin & Trzesniewski, 2001). Indre konsistens målt ved Cronbachs alpha var 0.91 ved første utfylling (T1) og 0.92 ved andre måling (T2). Skalaen ble oversatt til norsk i forbindelse med den foreliggende studien (se Bjørkvik et al., 2008).

Psykisk symptombelastning ble målt med Symptom Checklist-90-R [SCL-90-R] (Derogatis, 1992), et selvutfyllingskjema for rapportering av psykiske plager og symptomer. Skjemaet består av 90 spørsmål som besvares på en skala fra 0 til 4. Ti underskalaer kan beregnes: somatisering (Som), tvang (Obs), interpersonlig sensitivitet (Sens), depresjon (Dep), angst (Anx), fiendtlighet (Ang), fobisk angst (Phob), paranoide forestillinger (Par), psykotisisme (Psych) og tilleggs-skala (Add). Indeksen for generell symptombelastning (GSI) er gjennomsnittsskåren for alle 90 spørsmålene. SCL-90 er det hyppigst brukte symptomkartleggingsinstrumentet i internasjonale studier og har dokumentert tilfredsstillende psykometriske egenskaper (Fridell, Cesarec, Johansson & Thorsen, 2002). Indre konsistens målt ved Cronbachs alpha var 0.97 ved første utfylling (T1) og 0.97 ved andre måling (T2).

Interpersonlige problemer ble målt med Inventory of Interpersonal Problems C [IIP-C] (Alden, Wiggings, & Pincus, 1990; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villasenor, 1988) som inneholder 64 spørsmål. Spørsmålene besvares på en skala fra 0 til 4. Spørreskjemaet inneholder to typer spørsmål. De første 39 testleddene refererer til interpersonlig atferd som "er vanskelig for meg" (for eksempel "Det er vanskelig for meg å delta i grupper"), mens de resterende 25 testleddene dekker interpersonlig atferd som man "gjør for mye" (for eksempel "Jeg krangler for mye med andre mennesker"). Åtte underskalaer kan beregnes: dominans (PA), fiendtlighet (BC), kulde (DE), sosial usikkerhet (FG), underkastelse (HI), utnyttbarhet (JK), overomsorgsfullhet (LM) og påtrengende (NO). De åtte underskalaene følger to hovedakser kalt henholdsvis *me-string* og *tilhørighet* (Horowitz, 2004; Horowitz et al., 2006). Den globale skåren

for generell belastning av interpersonlige problemer (IIP) er gjennomsnittsskåren for alle 64 spørsmålene. Indre konsistens målt ved Cronbachs alpha var 0.95 ved første utfylling (T1) og 0.95 ved andre måling (T2).

Statistikk

Dataene ble analysert ved hjelp av programpakken SPSS for Windows 16.0. Generell symptombelastning (GSI) og interpersonlige problemer (IIP) var studiens overordnede utfallsmål. Endring fra behandlingstart til behandlingsslutt ble målt ved tohalet paret t-test. Vi beregnet ikke-kontrollert effektstørrelse for hvert av endringsmålene etter Cohen (1992). Effektstørrelsene ble i henhold til konvensjon tolket som henholdsvis triviell ($d = 0.0$ til 0.20), liten ($d = 0.20 - 0.50$), medium ($d = 0.50 - 0.80$) og stor ($d = 0.80$ og høyere). Forskjeller mellom de pasientene som henholdsvis fullførte og de som avbrøt behandlingen ble undersøkt med Pearsons kjiqvadrattester og enveis variansanalyse. Multipel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke prediktorer for behandlingssutbytte. Signifikansnivå ble satt til $p < 0.05$. På bakgrunn av ventet interkorrelasjon mellom de uavhengige variablene ble det testet for multikolinearitet.

Resultater

Innledende analyser

Innledende beregnet vi rapportert endring på utfallsmålene fra T1 til T2 med t-tester. I tråd med funn fra tidligere studier over tilnærmet samme form for gruppebehandling viste pasientene bedring i løpet av behandlingen. Generell symptombelastning [GSI] ble signifikant redusert, (før behandling $M = 1.60$, $SD = 0.63$; etter behandling $M = 1.29$, $SD = 0.56$), $t(51) = 6.27$, $p < 0.001$. Dette tilsvarer effektstørrelse (d) = 0.52, altså en moderat effekt i henhold til Cohens (1992) kriterier. Nivå av interpersonlige problemer (IIP) ble også signifikant redusert, (før behandling $M = 1.50$, $SD = 0.64$; etter behandling $M = 1.37$, $SD = 0.54$), $t(49) = 2.24$, $p < 0.05$. Dette tilsvarer effektstørrelse (d) = 0.22, dvs. en liten effekt i henhold til Cohens kriterier. Oppfølgingsdata etter ett år (T3) foreligger for 21 pasienter. De som fylte ut skjema ved T3 skilte seg ikke signifikant fra resten av utvalget ved T2. Gjennomsnitt og standardavvik ved T3 på GSI var $M = 1.10$ og $SD = 0.74$ og på IIP $M = 1.22$ og $SD = 0.65$. Endringene fra T2 til T3 var ikke statistisk signifikante.

Prediktorer for behandlingsutbytte

Gitt at det kunne påvises bedring i løpet av behandlingen, var neste skritt å undersøke i hvilken grad henholdsvis sosiodemografiske variabler (kjønn, alder, sivilstand, utdanning og inntektskilde), selvaktelse ved behandlingsstart og endring av selvaktelse i løpet av behandlingsperioden predikerte pasientens utbytte av behandlingen. Et konsistent funn i denne type studier er at symptomnivå før behandling predikerer utfall, slik at høyt initialt symptomnivå er assosiert med større grad av symptomreduksjon (f.eks. Hooke & Page, 2002; Steinmetz, Lewinsohn, & Antonuccio, 1983). Dette fenomenet illustrerer blant annet tendensen til regresjon mot gjennomsnittet (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003). Det er derfor vesentlig å undersøke mulige prediktorer for endring ut over den andelen som forklares av symptomnivå før behandling. Vi gjennomførte stegvise multiple regresjonsanalyser med utfallsmål ved behandlingsslutt som avhengig variabel, der vi kontrollerte for utfallsmålet før behandling (T1) ved å legge dette inn som eget steg før de resterende mulige prediktorene ble lagt inn i regresjonsligningen.

Verken sosiodemografiske variabler, selvaktelse eller endring i selvaktelse bidrog til å forklare reduksjon i generell symptombelastning. Tabell 2 viser resultatene fra den stegvise multiple regresjonsanalysen. Første steg, med GSI ved behandlingsslutt som avhengig variabel og GSI ved behandlingsstart som prediktor, var statistisk signifikant, $F(1, 49) = 113.96$, $p < 0.001$. Korrelasjonen mellom GSI ved behandlingsstart og GSI ved behandlingsslutt ($r = 0.84$) indikerer at 70 % av variasjonen i symptombyrde ved behandlingsslutt kunne forklares ved symptombelastning før behandlingen startet. Vi la deretter sosiodemografiske variabler (kjønn, alder, sivilstand, utdanning og hovedinntektskilde) inn i modellen som et neste steg. Økningen i forklart varians var ikke statistisk signifikant, $\Delta R^2 = 0.01$, $\Delta F(5, 44) = 0.26$, i.s. Deretter la vi inn selvaktelse (RSES) og endring av selvaktelse (RSES). Økningen i forklart varians var ikke statistisk signifikant, $\Delta R^2 = 0.03$, $\Delta F(2, 42) = 2.01$, i.s.

På samme måte gjennomførte vi en regresjonsanalyse med IIP ved behandlingsslutt som avhengig variabel. Reduksjon av interpersonlige problemer var forbundet med høyt initialt nivå av interpersonlige problemer, høy selvaktelse og rapportert endring av selvaktelse i løpet av behandlingen. Tabell 2 viser resultatene fra den stegvise multiple regresjonsanalysen. Steg 1, med IIP ved behandlingsstart som prediktor, var statistisk signifikant, $F(1, 47) = 96.73$, $p < 0.001$. Korrelasjonen mellom IIP ved behandlingsstart og IIP ved behandlingsslutt ($r = 0.82$) indikerer at 67 % av variasjonen i interpersonlige problemer ved behandlingsslutt kunne forklares ved nivå av interpersonlige problemer

Tabell 2 Stegvis multippel regresjonsanalyse for prediksjon av endring på henholdsvis symptomnivå (GSI) og interpersonlige problemer (IIP).

Variabler		R ²	ΔR ²	B	SE	Beta
Avhengig	Uavhengig					
GSI ved T2	Steg 1	0.70				
	GSI ved T1			0.75	0.07	0.84***
	Steg 2	0.71	0.01			
	GSI ved T1			0.74	0.07	0.83***
	Kjønn			0.03	0.10	0.03
	Alder			0.00	0.01	0.00
	Sivilstand			-0.01	0.07	-0.09
	Utdanning			0.00	0.07	0.01
	Hovedinntektskilde			0.02	0.05	0.03
	Steg 3	0.73	0.03			
	GSI ved T1			0.70	0.09	0.77
	Kjønn			0.06	0.10	0.05
	Alder			0.00	0.01	-0.04
	Sivilstand			-0.04	0.07	-0.05
IIP ved T2	Steg 1	0.67				
	IIP ved T1			0.74	0.08	0.82***
	Steg 2	0.69	0.01			
	IIP ved T1			0.74	0.08	0.83***
	Kjønn			-0.04	0.11	-0.04
	Alder			0.00	0.01	0.02
	Sivilstand			-0.08	0.07	-0.11
	Utdanning			0.02	0.08	0.02
	Hovedinntektskilde					
	Steg 3	0.77	0.08**			
	IIP ved T1			0.59	0.09	0.66***
	Kjønn			0.02	0.10	0.02
	Alder			0.00	0.01	-0.07
	Sivilstand			-0.02	0.06	-0.03
Utdanning			-0.03	0.07	-0.04	
Hovedinntektskilde			0.01	0.05	0.01	
RSES			0.19	0.07	0.33**	
ΔRSES			-0.30	0.08	-0.32***	

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

før behandlingen startet. Vi la som neste steg inn de sosiodemografiske variablene. Økningen i forklart varians var ikke statistisk signifikant, $\Delta R^2 = 0.01$, $\Delta F(5, 42) = 0.35$, i.s. Vi la deretter RSES og $\Delta RSES$ inn i modellen. Økningen i forklart varians var da statistisk signifikant, $\Delta F(2, 40) = 7.17$, $p < 0.01$. Med en økning i forklart varians (ΔR^2) på 0.08, kunne altså 8 % av variasjonen i interpersonlige problemer forklares ved selvaktelse, eller endring i selvaktelse, etter at initialt problemnivå var kontrollert for. IIP ved behandlingsstart var fremdeles den sterkeste prediktor for høyt nivå på IIP ved behandlingsslutt, $\beta = 0.66$, $p < 0.00$. I tillegg var høyt nivå på IIP ved behandlingsslutt forbundet med lav selvaktelse (dvs. høy skåre på RSES), $\beta = 0.33$, $p < 0.01$, og liten endring i selvaktelse (lav $\Delta RSES$), $\beta = -0.32$, $p < 0.01$ (Tabell 2).

Prediksjon av frafall

Tretten pasienter avbrøt behandlingen etter at de hadde fylt ut kartleggings-skjema ved T1. Oversikt over kliniske og demografiske karakteristika for pasientene som henholdsvis fullførte og falt fra behandlingen er vist i Tabell 1.

Med hensyn til selvaktelse ved behandlingsstart skilte ikke disse pasientene seg fra de som fullførte. Det fremkom ikke signifikante forskjeller verken på GSI, IIP eller med hensyn til diagnose. Det var ingen forskjell med hensyn til kjønn, $\chi^2(1) = 0.28$, i.s. eller alder, $F(1, 64) = 0.49$, i.s. Sivilstand viste seg å skille signifikant mellom pasientene som falt fra versus fullførte behandlingen, i det signifikant flere av de som falt ut av behandlingen var enslige eller skilt/separert, $\chi^2(1) = 9.94$, $p < 0.01$. En større andel av de som fullførte behandlingen hadde barn under 18 år, $\chi^2(1) = 8.38$, $p < 0.01$. Det viste seg også at blant de som fullførte behandlingen, hadde en større andel medikamentell behandling, $\chi^2(1) = 3.99$, $p < 0.05$, og de hadde vært i behandling tidligere, $\chi^2(1) = 6.35$, $p < 0.05$.

Diskusjon

Studiens primære mål var å undersøke om selvaktelse predikerte utbytte og gjennomføring av kognitivt orientert psykoedukativ gruppebehandling ved et distriktpsykiatrisk senter. Resultatene kan grovt summeres i tre punkter: (1) Reduksjon av interpersonlige problemer var assosiert med initial selvaktelse og økt selvaktelse i løpet av behandlingen. (2) Reduksjon av generell symptombelastning var ikke assosiert med selvaktelse eller økt selvaktelse. (3) Sosiodemografiske variabler forklarte ikke variasjon i endring av symptomer og interpersonlige problemer, men frafall (drop-out) var signifikant hyppigere hos

pasienter som ikke hadde partner og som ikke hadde barn under 18 år. I det følgende diskuterer vi hvert av disse punktene, for så å trekke noen teoretiske og kliniske implikasjoner.

Selvaktelse og interpersonlige problemer

Resultatene viser at de pasientene som i utgangspunktet hadde lavest selvaktelse, og de som ikke opplevde økt selvaktelse i løpet av behandlingen, i liten grad oppnådde reduksjon i sine mellommenneskelige problemer. Måling av interpersonlige problemer reflekterer personens atferd i møte med andre, eller mer presist: hva han eller hun gjør for mye av eller har for store vansker med i mellommenneskelige samspill (Alden et al., 1990). Pasientene med lavest initial selvaktelse rapporterte i tråd med dette at de ikke endret sin problematiske interpersonlige atferd i løpet av behandlingstiden. Vi kjenner ikke til andre studier hvor selvaktelse og endring av selvaktelse er undersøkt som prediktorer for endring av interpersonlige problemer. Men resultatene støtter opp om tidligere antakelser om nære forbindelser mellom en persons oppfattelse og vurdering av sin egen verdi og hans eller hennes handlingstendenser og atferd i møte med andre. For eksempel setter Aron (1996), Horney (1945), Mitchell (1993) og Sullivan (1953) følelsesmessige problemer og psykisk lidelsestrykk i sammenheng med gjentatte maladaptive, det vil si lite fleksible, interpersonlige handlingsmønstre. Og i en tverrsnittsstudie med et heterogent pasientvalg har vi, i tråd med dette, tidligere rapportert at de pasientene som hadde lavest selvaktelse tilkjennega høyere grad av interpersonlige problemer og et mindre fleksibelt interpersonlig atferdsmønster enn pasienter med høyere selvaktelse (Bjørkvik et al., 2009). Det å være låst i rigide måter å forholde seg til andre på er videre antatt å bidra til å opprettholde ens negative forventninger i møte med andre, og også den negative oppfattelsen av det egne selv. Slik skapes og opprettholdes *onde sirkler* (Aron, 1996, 2006; Wachtel, 1997, 2008). På bakgrunn av en slik forståelse av sammenhenger mellom interpersonlig atferd og selvforståelse, peker resultatene i retning av at negativ selvevaluering synes å hindre pasienten fra å utprøve mer hensiktsmessige og mindre problemskapende interpersonlige holdnings- og væremåter.

Selvaktelse og generell symptombelastning

Vi har ingen entydig forklaring på hvorfor selvaktelse ikke var forbundet med endring i generell symptombelastning. Men resultatet kan sies å samstemme med funn fra flere tidligere studier. Som vi har nevnt, viser litteraturen sprikende og dels motstridende funn på dette området. En delforklaring kan være

at en ensidig vektlegging av pasientkarakteristika blir for snevert for å forstå de komplekse prosessene som utspiller seg i psykologisk behandling. For eksempel sammenlignet von der Lippe, Monsen, Rønnestad og Eilertsen (2008) pasienter som i løpet av behandlingen (T1-T2) hadde positiv versus negativ symptomendring. De fant ingen signifikante forskjeller, på variabler målt ved selvrappoterings skjema ved behandlingsstart. Positiv endring ble i studien definert som reliabel reduksjon på indeksen for generell symptombelastning fra SCL-90-R (GSI), altså samme utfallsmål som i vår studie. Heller ikke terapeutkarakteristika forklarte forskjeller i behandlingsutbytte, ettersom samme terapeut var ansvarlig for behandlingen av pasienter med både positivt og negativt resultat. Derimot ble det funnet at kjennetegn ved det aktuelle *samspeillet* mellom pasient og terapeut initierte prosesser og samhandlingsmønstre som predikerte negativt utbytte av behandlingen. Nødvendigheten av å vektlegge de interpersonlige aspekter ved terapiprosesser blir støttet av flere (Aron, 1996; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Safran & Muran, 2006; Wachtel, 2008). Ensidig bruk av måleinstrumenter orientert mot pasienten alene kan slik sett gi informasjon om endring av de symptomer eller problemer som instrumentet måler, men gir i mindre grad informasjon om hvordan og hvorfor denne endringen fremkommer.

Frafall

Et betydelig antall pasienter falt fra i prosessen fra inklusjon til oppfølging. Femten pasienter som hadde fått tilbud om deltakelse valgte å takke nei eller trekke seg før behandlingen startet. Vi har ingen kunnskap eller dokumentasjon om disse pasientene. Dernest kommer de 13 pasientene som startet, og som fylte ut kartleggingsskjema ved T1, men som senere falt fra. Til sist kommer det faktum at 44 av pasientene som startet i behandling, ikke fylte ut kartleggingsskjema ved T3. Dette innebærer at kun 26 % av de 80 pasientene som opprinnelig fikk tilbud om å delta i behandlingen, gjennomførte hele prosessen, inkludert ett års oppfølging. Av de 65 pasientene som startet, gjennomførte 52 pasienter behandlingsforløpet over 12 uker. Dette gir en frafallsprosent på 20. Dersom frafall beregnes med utgangspunkt i de 80 som opprinnelig fikk tilbud om behandling, gir dette en frafallsprosent på 35. Frafall på 20-35 % er høyt, men innenfor det som anslås som vanlig i klinisk praksis, inkludert gruppebehandling (Garfield, 1994; Ogrodniczuk, Joyce & Piper, 2005; Wierbici & Pekarik, 1993). Det å gjøre rede for ulike beregninger av frafallsprosent er relevant på bakgrunn av at frafall i litteraturen defineres ulikt.

Vi har i denne studien valgt å sammenligne karakteristika ved de pasienter som startet behandlingen og som fullførte behandlingsperioden med de som startet og som falt fra i løpet av de 12 ukene behandlingen varte.

Vi fant systematiske forskjeller mellom pasientene som fullførte behandlingen og de som falt fra underveis. De sistnevnte var i 12 av 13 tilfeller enslige, det vil si ikke gift eller samboer. Ti av de 13 som falt ut hadde ikke barn under 18 år. Det å være enslig var også i en meta-analyse forbundet med høyere forekomst av frafall (Wierbici & Pekarik, 1993), sammen med blant annet tilhørighet til etnisk minoritetsgruppe og lav sosioøkonomisk status. Å være enslig ser således ut til å utgjøre en særlig risikofaktor med tanke på å følge opp og fullføre et avtalt behandlingsforløp. Det er imidlertid ingen entydig forklaring på dette funnet. Enslige kan tenkes å gå glipp av støtte, oppmuntring og påminning om å møte opp til behandlingen. En annen mulig forklaring er at det å være enslig i denne sammenheng er forbundet med generell mellommenneskelig sårbarhet og relasjonelle problemer som vanskeliggjør psykologisk behandling generelt og gruppebehandling spesielt. I tråd med en slik hypotese knytter flere tidligere studier manglende gjennomføring av behandling til en antatt problematisk mellommenneskelig fungering (Saatsi, Hardy & Cahill, 2007; Davis, Hooke & Page, 2006).

Det viste seg også at pasienter som hadde vært i behandling tidligere, og pasienter som mottok medikamentell behandling i tillegg til gruppebehandlingen, hadde mindre frafall. En forklaring kan være at tidligere erfaring med terapi har hatt betydning for gjennomføring av den aktuelle behandlingen, for eksempel ved at pasienten i innsøkningsfasen lettere kunne ta stilling til hva han eller hun forpliktet seg til.

Frafall og ikke-planlagt avslutning av psykologisk behandling er generelt lite studert, sammenlignet med studier av effekt og effektivitet. Dette kan sies å være et tankekors, idet nettopp manglende frammøte og avvising av psykologiske behandlingstilbud utgjør betydelige utfordringer for psykisk helsevern (Garfield, 1994; Ogrodniczuk et al., 2005; Wierbici & Pekarik, 1993).

Begrensninger

Resultatene fra denne studien må tolkes i lys av både svakheter og styrker ved forskningsdesignet. Naturalistiske behandlingsstudier, med utgangspunkt i ordinære praksisrutiner og med naturlig forekommende pasientutvalg, har klare begrensninger i forhold til randomiserte og kontrollerte studier (RCT) når det gjelder kontroll av faktorer som kan tenkes å påvirke resultatene. Et naturalistisk design er innrettet mot å studere fenomener i en naturlig kontekst, i dette

tilfellet rutinemessig innsamlede data fra de pasienter som i løpet av et år fikk tilbud om psykoedukativ gruppebehandling i en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Studien omfatter pasienter med høy forekomst av komorbide lidelser, og det er ikke iverksatt spesielle tiltak med tanke på å kvalitetssikre diagnostiseringsprosessen, utover de retningslinjer og rutiner som er nedfelt i behandlingsinstitusjonens rutiner. Samlet innebærer nevnte faktorer en høy andel av elementer som på ulike vis kan påvirke eller forstyrre de statistiske sammenhenger vi ønsker å undersøke, og som bare delvis kan kontrolleres for i de statistiske analysene. Et relativt høyt antall uavhengige variabler og statistiske tester innebærer også en risiko for tilfeldige funn. Resultatene må derved tolkes med varsomhet. Det naturalistiske designet kan slik sies å representere trusler mot undersøkelsens indre validitet (Shadish, Cook, & Campbell, 2002). Samtidig representerer det naturalistiske designet et naturlig forekommende utvalg av pasienter ved en ordinær psykiatrisk poliklinikk, og vil således med hensyn til mangfold og problembeskrivelser kunne være gjenkjennelig ved andre norske behandlingsinstitusjoner. Den behandlingsformen som ligger til grunn for studien vil også være kjent for mange, likeledes de kartleggingsinstrumentene som er benyttet. Dette bidrar til å styrke studiens ytre validitet (Shadish et al., 2002).

Konklusjon

Denne naturalistiske studien undersøkte om selvaktelse og utvalgte sosiodemografiske variabler var assosiert med pasienters gjennomføring og utbytte av kognitivt baserte psykoedukative gruppetilbud. Verken initial selvaktelse eller endring av selvaktelse i løpet av behandlingsperioden, predikerte redusert generell symptombelastning. Derimot viste det seg at de pasientene som i utgangspunktet hadde lavest selvaktelse, og de som ikke opplevde økt selvaktelse i løpet av behandlingen, ikke oppnådde bedring med hensyn til mellommenneskelige problemer. Selvaktelse fremsto således som en relevant variabel med tanke på terapeutisk bearbeiding av mellommenneskelige problemer og forbedret mellommenneskelig fungering. Ikke-planlagt avslutning (frafall) var forbundet med å ikke ha en partner og å ikke ha barn under 18 år. Resultatene indikerer at det bør gjøres mer i behandlingsmiljøene med tanke på å forebygge frafall, og funnene peker henimot at spesielt enslige pasienter bør følges opp på en særlig måte.

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, 521-536.
- Aron, L. (1996). *The meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Aron, L. (2006). Analytic impasse and the third. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 349-368.
- Barber, J. P. (2007). Issues and findings in investigating predictors of psychotherapy outcome: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 17, 131-136.
- Bergner, R. M. & Holmes, J. R. (2000). Self-concepts and self-concept change: A status dynamic approach. *Psychotherapy*, 37, 36-44.
- Bjørkvik, J. (2009). *God nok? Selvaktelse og interpersonlig fingering hos pasienter innen psykisk helsevern: Forholdet til diagnoser, symptomer og behandlingsutbytte*. Dissertation for the degree of philosophic doctor, Faculty of Psychology, University of Bergen.
- Bjørkvik, J., Biringer, E., Eikeland, O.-J., & Nielsen, G. H. (2008a). Predicting self-esteem in psychiatric outpatients. *Nordic Psychology*, 60, 43-57.
- Bjørkvik, J., Biringer, E., Eikeland, O.-J., & Nielsen, G. H. (2009). Self-esteem and interpersonal functioning in psychiatric outpatients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 259-265.
- Bjørkvik, J., Eikeland, O.-J., & Nielsen, G. H. (2010). Psykoedukativ behandling i gruppe: Hvor mange oppnår bedring som gjør en forskjell? *Matrix*, 27, 230-239.
- Brende, R. (1998). *For trang maske*. Kurshefte. Valderøy: Reidun Brende.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Erlbaum.
- Dalgard, O. S. (2004). Kurs i mestring av depresjon – en randomisert, kontrollert studie *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124, 3043-3046.
- Davis, S., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2006). Identifying and targeting predictors of drop-out from group cognitive behaviour therapy. *Australian Journal of Psychology*, 58, 48-56.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures. Manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V., Casey, R., Wilkinson, C., Vazquez-Barquero, J. L., & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321, 1-6.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Thorsen, S. M. (2002). *SCL-90, Svensk normering, standardisering och validering av symptomskalan*. Statens institusjonsstyrelse, Rapport nr. 4/2002, Vastervik: Ekblad & Co.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 190-228). New York: Wiley.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Hooke, G. R., & Page, A. C. (2002). Predicting outcomes of group cognitive behavior therapy for patients with affective and neurotic disorders. *Behavior Modification*, 26, 648-658.

- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Horowitz, L. M., Wilson, K. R., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M. J., & Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behaviour: A revised circumplex model. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 67-86.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, S. E., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 885-892.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 1-27.
- v. d. Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., & Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, *18*, 420-432.
- Llewelyn, S., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, *40*, 1-21.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Nord, E., & Dalgard, O. S. (2006). Helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, *126*, 589-588.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, *13*, 57-70.
- Orlinsky, D., 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 ed.)*. New York: Guilford Press.
- Piper, W. E. (2008). Underutilization of short-term group therapy: Enigmatic or understandable? *Psychotherapy Research*, *18*, 127-138.
- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*, 151-161.
- Roberts, J. E., Shapiro, A. M., & Gamble, S. A. (1999). Level and perceived stability of self-esteem prospectively predict depressive symptoms during psychoeducational group treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*, 425-429.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent child*. New Jersey: Princeton University Press.
- Saatsi, S., Hardy, G., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, *17*, 185-195.
- 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.
- Scott, J. (1996). Cognitive therapy for affective disorders: A review. *Journal of Affective Disorders*, *37*, 1-11.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. New York: Houghton Mifflin Company.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: part I – the relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. [Published on: <http://www.general-hospital-psychiatry.com/content/2/1/2>]. *Annals of General Hospital Psychiatry*, *2*.
- Steinmetz, J. L., Lewinsohn, P. M., & Antonuccio, D. O. (1983). Prediction of individual outcomes in group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 331-337.

- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Swann, W. B., jr., Chang-Schneider, C., & McClarty, K. L. (2007). Do people's self-view matter? *American Psychologist*, 62(2), 84-94.
- Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world* Washington DC: American Psychological Association.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.

Abstract

Jofrid Bjørkvik, Ole-Johan Eikeland & Geir Høstmark Nielsen: Self-esteem as a predictor of change and premature termination in psychoeducative group treatment. This naturalistic study explored if self-esteem predicted treatment outcome and drop-out rates in cognitive behaviourally based psychoeducational group treatment (12 weekly sessions) in a local psychiatric outpatient clinic in Western Norway (n = 65, 68% women, mean age 38 years). The predictive value of socio-demographic variables was also explored. Assessments were made before treatment, at termination, and at one-year follow-up, comprising symptomatic distress (SCL-90-R), interpersonal problems (IIP-C), and self-esteem (RSES). Low self-esteem at pre-treatment predicted poor outcome in terms of change in interpersonal problems. However, self-esteem was not associated with outcome as measured by the Global Severity Index of the SCL-90-R. Thirteen patients (20 %) did not complete treatment. Drop-out was predicted by marital status (single). The results indicate that therapeutic work with interpersonal problems should include self-esteem issues.

Key words: psychoeducative group treatment, self-esteem, treatment outcome, predictors of change, premature termination

Overføring og motoverføring: En oversikt

Matrix, 2012; 2, 128-148

Jon Morgan Stokkeland

Artikkelen forsøker å gi en introduksjon til begrepene overføring og motoverføring, med vekt på et klinisk perspektiv. Samtidig trekkes det opp noen historiske linjer. Selv om de ulike psykoanalytiske retningene forstår disse fenomenene på litt forskjellige måter, kan man si at overførings-motoverføringsfeltet utgjør en common ground (Gabbard, 1995). I tråd med dette påviser forfatteren felles tema hos Freud, britisk objektreasjonsteori og interpersonlige retninger i USA.

Innledning

Enda en artikkel om overføring og motoverføring? Kan det være nødvendig? Som til og med hevder at den ikke har noe nytt å melde, at det kun skal handle om gamle, kjente ting! Hvorfor skal man ta seg bryet med å lese den?

La meg forsøke å imøtegå disse innvendingene her i innledningen. Artikkelen prøver å gi en oversikt som en hjelp til å orientere seg omkring begrepene. Videre trekkes det opp noen historiske linjer som peker frem mot aktuelle kontroverser. Blikket som rettes bakover bærer uvilkårlig preg av vår egen tids forståelse; vi ser nye sider ved det fortidige, historien endres kontinuerlig. Artikkelen starter hos Freud og gir noen prøver på hans forståelse av overføringen. Deretter spores temaet hos senere teoretikere innen objektreasjonsteori og interpersonlige retninger. Utover i teksten forskyves fokuset gradvis fra overføringen til motoverføringen, og det pekes på en klar tendens i samtiden

Jon Morgan Stokkeland, Undervisnings- og forskningsavd., Psykiatrisk divisjon, Stavanger Universitetssykehus, Postboks 8100, 4086 Stavanger. E-post: jon.stokkeland@lyse.net

til å se disse fenomenene samlet, som et to-persons felt (Ferro, 1999). Samtidig er allerede måten Freud leses på i starten preget av senere teoretiske bidrag, slik at artikkelen på et vis biter seg selv i halen. Mot slutten peker jeg på at utviklingen de siste år henimot et sterkere fokus på mangelpatologi og nødvendigheten av bekreftende intervensjoner, synes å ha vært ledsaget av at overføringens kompliserende virkning på relasjonen pasient-terapeut er blitt underbelyst. En kan derfor spørre seg om vi i dag er tilbøyelige til å overse sentrale sider ved overføringen, selv om det er det viktigste kliniske begrepet innen psykoanalysen og i psykodynamisk psykoterapi? Et ledetema i denne artikkelen er at dette er fenomener som i sitt vesen har en tendens til å skjule seg. Sagt mindre antropomorft; fenomener som vi er tilbøyelige til ikke å ville se.

Selv om litteraturen om overføring og motoverføring er svært omfattende, er det viktig vedvarende å arbeide med disse grunnbegrepene. Hver ny generasjon må kjempe med dette stoffet, kaste nytt lys over det og gjøre det til sitt eget.

Overføringen presenterer seg som en hindring

Sigmund Freud (1856-1939) utformet den psykoanalytiske teori og praksis nærmest på egen hånd de første årene etter at Josef Breuer (1842-1925), som var medforfatter på den banebrytende *Studier over hysteri* (Breuer & Freud, 1895), hadde trukket seg fra samarbeidet. Det var først etter noen år at Freud (1912a, 2007) begynte å beskrive det han ga navnet overføring og forsto hvor viktig dette fenomenet var. Først i etterordet i sykehistorien fra 1905 – terapien ble utført i 1901 – med den 18 år gamle Dora (Freud, 2007) settes overføringen inn i sentrum av begivenhetene. Vi kan si; hvor den siden har forblitt. Breuer og Freud hadde gjort en oppdagelse sent på 1880-tallet om at det hjalp å snakke med pasienter som led av hysteri; pasienter som var plaget av uforklarlige symptomer som smerter, lammelser, blindhet og en rekke ulike vegetative forstyrrelser som ikke lot seg forklare ut ifra nevrologi eller indremedisin. Det er vanskelig for oss å fatte hvor revolusjonerende disse tankene var på denne tiden. Det forekommer oss i dag så selvnynnsende at det kan hjelpe å snakke med en vennlig innstilt lytter om vanskelige opplevelser og følelser. Slik var det ikke den gang. Freud opplevde at når pasientene fikk tid og rom til å fortelle om livet sitt, om vonde erfaringer og om konfliktfylte relasjoner, ja, da letnet av og til symptomene. *So far, so good*. Når så overføringen gjør sin entré, er det ikke som nok et hjelpsomt redskap i den terapeutiske verktøykasse. Nei,

den kommer som oftest i form av noe brysomt, ubehagelig og overraskende. *Overføringen presenterer seg som en hindring*. Den kommer bakpå Freud, som noe han opplever må ryddes av veien for at det egentlige arbeidet kan fortsette uforstyrret. Det er først og fremst plagsomt når den unge mannen som inntil da har vært høflig og samarbeidsvillig, begynner å krangle på alt han sier, tras-sig som en tenårings overfor en litt for autoritær far. Det er mest brysomt – om enn litt smigrende – når den middelaldrende kvinnen som tidligere i behandlingen har virket så tilkneppet, med ett synes å miste all konsentrasjon om det terapeutiske arbeidet og hengir seg til ungpikfantasier om et forhold til Freud⁷. Det virker opplagt at denne adferden er kjepper i hjulene på behandlingen, noe som må fjernes. Det synes å ha tatt Freud mange år å oppdage at nettopp denne bryssomme adferden – disse sterke og vanskelige følelsene i forholdet til terapeuten som oppstår uventet, noe som verken pasient eller terapeut kunne forutse da behandlingen startet, som virker så malplasserte, så *out of place* – at det er her selve slaget skal stå, at det er dette som er kjernen i terapien. Om det malplasserte: Freud (1912a, 1915) tenkte seg at disse følelsene – si trassigheten eller forelskelsen i de tenkte eksemplene overfor – stammer fra en tidligere relasjon, de er *overførte* fra et viktig forhold fra pasientens formen-de år, fra barndom og oppvekst. Samtidig foregår dette utenfor pasientens vi-ten og vilje, det er tale om *ubevisste* prosesser. Og nå er det som om Freud finner fotfeste igjen, for dette har han tenkt mye på. I en serie med artikler og bøker mellom 1895 og 1905 har han (Freud, 1968, 1969, 1994) beskrevet hvordan følelser og ønsker vi ikke helt kan vedstå oss skyves bort fra bevisstheten, vi vil ikke vite av at vi er slik, det *fortrenges* til det *ubevisste*. Men disse ønskene, minnene, og tankene som er fortrenget, er ikke dermed tilintetgjorte. Nei, fra sitt oppholdssted i det ubevisste sjeleliv presser de på for å gjøre seg gjeldende; det han kaller *det fortrengetes tilbakekomst* (Freud, 1914b). Og Freud viser i disse skriftene fra århundreskiftet at fra det ubevisste fins det mange kanaler ut, det er mange steder disse fortrengete impulsene kan komme til utløp og vise seg frem: I drømmer, i forsnakkelser, i feilhandlinger, i vitser, i symptomer. Og i overføringen. Ønsker som vi ikke helt kan vedkjenne oss finner likevel en vei ut til å gjøre seg gjeldende. La meg gi noen korte eksempler⁸:

Vits: Den ene ektefellen til den andre: “Når en av oss en dag faller fra, flytter jeg til Paris.”

7. Eksemplene er inspirert av Freud (1914a, 1915).

8. De to første er Freuds (Freud, 1969, 1968).

Forsnakkelse: President i starten av et møte han gruer seg til med folk han misliker: “Og med dette erklærer jeg møtet for hevet.”

Drøm: Den middelaldrende kvinnen fra eksemplet ovenfor drømmer at hun drar på en romantisk ferietur til alpene sammen med Freud. Hun drømmer det allerede før første time.

Symptom: Den ambisiøse unge mannen som – ikke kan innrømme for seg selv at han har tatt seg vann over hodet, får sterke ryggmerter som setter ham helt ut av spill.

I overføringen handles dét ut som det ikke har vært mulig å tenke om

Intensjoner og ønsker som subjektet ikke kan gjøre til sine og som derfor fortrenge til det ubevisste, gir seg likevel til kjenne, finner likevel utløp. Kanskje var veien kort for Freud – etter i de siste årene å ha skrevet nær to tusen sider om slike fenomener – til å se at noe liknende spilte seg ut i overføringen. I relasjonen til terapeuten ga fortrenge ønsker, impulser og minner seg til kjenne – uten pasientens samtykke, så å si. Det er tale om ubevisste prosesser. Og det er her Freud sier noe umåtelig sentralt: Selv om overføringen vil oppleves som en hindring, noe som synes å ødelegge pasientens muligheter til å fortelle sin historie og å tale ut om det som er vanskelig, er det i virkeligheten slik at *i overføringen fortelles det en historie om noe som ikke tidligere har fått stemme, noe avgjørende som har blitt vanskelig i pasientens viktigste relasjoner*. En av Freuds helt sentrale innsikter, som formuleres i de viktige tekniske skriftene rundt 1912-1914, er at opplevelser som ikke har blitt bearbeidet mentalt, som det ikke har vært mulig å dvele ved i sinnet, som man ikke har kunnet føle og tenke om – en av Freuds store inspirasjonskilder, Henrik Ibsen, ville kanskje ha sagt: “Ikke gjennomlevet” (Figueiredo, 2006) – de vil gjøre seg gjeldende i form av gjentakende og tvingende handlinger; ageringer. *I overføringen handles dét ut som det ikke har vært mulig å tenke om*. Freud (1914a) skriver om dette i artikkelen *Erindre, gjenta og gjennomarbeide*:

... kan vi si at den analyserte ikke erindrer noe som helst av det glemte og fortrenge, men han agerer det. Han reproducerer det ikke som erindring, men som handling, han gjentar det, uten selvsagt å vite at han gjør det.

For eksempel: Den analyserte forteller ikke at han husker at han var trassig og tvilte på foreldrenes autoritet, men han oppfører seg på en slik måte overfor legen. (s.128)

Det fortelles altså likevel en historie her, men en historie som det kan være vanskelig å få øye på som noe annet enn en hindring man vil ha bort. Det formidles en fortelling om en vanskelig relasjon i handlingens språk, et språk som trenger til oversettelse, som trenger å symboliseres eller omdannes til noe mentalt. Dette høres kanskje ikke så vrient ut når man først har oppdaget denne sammenhengen, men et av problemene her er at vi som behandlere ikke klarer å se hva som foregår fordi vi også er fanget inn i ageringene: Vi ser ikke klart hva som foregår og vårt eget bidrag i det; vår motoverføring. Det vil jeg om litt si mer om. Det er ikke lett å se overføringen, den er jo noe abstrakt, et immaterielt faktum, en ubevisst foreteelse. Likevel, eller kanskje nettopp derfor, *har den en veldig kraft i seg*. Og, sier Freud (1912a) i *Overføringens dynamikk*, det er på denne tumleplassen at slaget skal stå:

Denne kamp mellom læge og patient, mellom intellekt og driftsliv, mellom erkendelse og vilje til ageren udspiller sig næsten udelukkende i overføringsfænomenerne. På dette felt må den sejr vindes, hvis udtryk er den varige helbredelse af neurosen. Det kan ikke benægtes, at betvingelsen af overføringsfænomenerne bereder psykoanalytikeren de største vanskeligheder, men man må ikke glemme, at netop de yder os den uvurderlige tjeneste at gøre de syges skjulte og glemte kærligheds-impulser aktuelle og manifeste, for til syvende og sidst kan ingen dræbes *in absentia* eller *in effigie*. (s.110. *In effigie* ≈ i form av et bilde.)

Å si ja til det uventede

Når vi leser slike historiske fremstillinger tror jeg vi kan ha en tilbøyelighet til å tenke noe i retning av dette: "Jo, i starten så Freud overføringen som en hindring, noe som måtte fjernes, men nå vet vi bedre. Nå vet vi jo at overføringen er selve terapiens krumtapp og slett ikke noe som må ryddes av veien." Jeg tror ikke Freuds beskrivelser er ment å vekke en slik respons hos oss. Jeg tror ikke de henvender seg til det i oss som sier: "Hø, hø. I dag, hundre år etter, vet vi bedre." Jeg tror de er ment som hjelp på veien fra erfarne fjellfolk: "Også du vil møte overføringen i form av en brysom hindring. Også du vil være tilbøyelig til å prøve å rydde dette problemet av veien. Det er overføringens vesen å komme

på den måten der – i 2012 så vel som i 1912.” Slik kan vi bedre forstå Freuds (1912b) råd om hvordan vi bør forholde oss i terapien, at terapeutens svar på pasientens oppgave om å si alt som faller ham inn, er en jevnt svevende oppmerksomhet. Wilfred Bion (1897-1979) gjentar disse oppfordringene femti år senere med sitt begrep *reverie* og med sin oppfordring om å legge til side minne og begjær (Bion, 1962, 1970). På et vis handler det om å gi litt slipp, ikke holde knallhardt fast på egne teorier om hva dette handler om, men være parat til å la noe skje med oss i samvær med dette andre mennesket. Stephen Mitchell (1946-2000) beskriver det et sted som å la seg spinne inn i overføringens nett, for siden forsiktig, og i samarbeid med pasienten, å vikle seg ut (Mitchell, 1997). Dette at vi i så liten grad kan kontrollere det terapeutiske forløpet, at vi vil komme til å bli tatt på sengen, vil for de fleste av oss oppleves ukomfortabelt. Også terapeuten, ikke bare pasienten, vil ha en *motstand* mot dette. Vi vil ha en tilbøyelighet til, tror jeg, å forsøke å ta styringen mer. Det er vanskelig ikke å føle seg som herre over begivenhetenes gang. Donnel Stern (1997) foreslår en annen holdning med sitt uttrykk *courting surprise*. Det kan kanskje oversettes til å gjøre kur til det som overrasker, tillate seg å bli overrumplet, bejæ det uventede. Disse forfatterne hjelper oss til å oppdage to fordeler ved at overføringen har denne karakteren av å være en ubedt gjest og en hindring:

1. Vi trenger ikke oppsøke overføringen, den melder seg av seg selv. Som uerfaren psykotapeut kan man ofte kjenne seg rådvill om egen oppgave: “Er det virkelig nok å legge til rette for at pasienten kan fortelle om seg selv og sitt liv? Eller ennå mer radikalt; om det som faller ham inn? Holder det å lytte innfølende? Burde jeg ikke gjøre noe mer?” Nei, en trenger ikke gjøre noe mer, overføringen vil melde seg om en klarer å holde rammene sånn noenlunde i orden.
2. Når noe har blitt vanskelig i forholdet til pasienten, når man kjenner seg rådløs og maktesløs, da bør det ringe en liten bjelle, og vi kan håpe at en indre stemme sier med varm og oppmuntrende stemme: “Nettopp her hvor du står helt fast kan nøkkelen til en løsning ligge. Pasientens viktigste problemer har nå materialisert seg overfor deg i behandlingsrommet, og det gir en unik terapeutisk mulighet.”

Overføringen var i ferd med å gå fra fiende til venn; fra å være en brysom hindring til å bli selve arenaen for det terapeutiske arbeidet. Om terapeuten tok overføringen på seg (Mitrani, 2001), og om pasient og terapeut klarte å snakke

om hva som foregikk dem imellom, ga dette unike muligheter for endring *in vivo*. I terapirommet skapes det en slags kunstig sykdom, *overføringsnevrosen* (Freud, 1914a), som kan behandles på stedet – ved å benevne den; ved å tolke. Didier Anzieu (1969, sitert i Sechaud, 2008, s. 1021, min overs.) sier det presist: “Tolkningen åpner og lukker overføringsnevrosen”. Freud (1914a) beskriver dette også som en tumleplass, *Tummelplatz*, og et mellomrike, *Zwischenreich* – betegnelser som peker frem mot Donald Winnicotts (1971) *overgangsområde* og hans prioritering av lekens betydning i terapi.

Psykoanalytisk psykoterapi kan sies å inneholde en slags forutsigbar uforutsigbarhet. Det minner om pianisten Wilhelm Kempffs uttrykk *planlagt spontanitet*.

En indre verden av objektreasjoner: Overføring fra indre til ytre

Hvordan kan det ha seg at opplevelser som ligger så langt tilbake i livet, stammende fra relasjoner i tidlig barndom, kan ha bevart en slik kraft og aktualitet? Det har det vært gitt mange svar på. Ett svar er at det dreier seg om særskilt vonde og traumatiske hendelser som har forblitt ubearbeidede. Et annet, at opplevelsen ikke er enkeltstående, men noe som er gjentatt mange ganger i interaksjoner med foreldre eller andre nærstående – et kumulativt traume (Khan, 1996). For mange er det også opplagt at de tidlige hendelsene møter et sinn som er svært inntrykksvart, formbart. Med dikteren William Wordsworths ord: *Child is father of the man*. Hos Melanie Klein (1882-1960), en av de første objektreasjonsteoretikerne, ser vi en gradvis endring i synet på overføringen: Det handler ikke bare om minner fra en svunnen tid, men om nåtidige, levende hendelser i en *indre verden* som flyttes ut i relasjonen til terapeuten (Klein, 1952). *Fortiden lever videre i denne indre verdenen av objektreasjoner*. Den påvirker hvordan vi opplever den ytre verden, og det som foregår “der inne” endres i takt med erfaringer “der ute”. Dette viser seg i drømmelivet, som kan være en god hjelp i å forstå hva som foregår i overføring og motoverføring (se for eksempel Meltzer, 1984). Drømmen anskueliggjør overføringen. Et eksempel: En pasient drømmer stadig at han kommer til et hus, han ringer på døren, men ingen kommer og åpner opp for ham. Her vil terapeuten sannsynligvis møte en pasient som vil være ekstra var for de gangene hun virker lite interessert eller er uoppmerksom. Dessverre er det ofte etter at man faktisk har opptrådt uoppmerksomt at denne sammenhengen kan demre for en, og at det forhåpentligvis kan være mulig å snakke sammen om det. Igjen vil jeg understreke betydningen av at det dreier seg om ubevisste prosesser.

En måte å forstå overføringsfenomenet på i tradisjonen fra Freud og Klein går derfor langs disse linjer: I pasientens indre verden av ubevisste fantasier – en verden vi kan få et blikk inn i gjennom drømmene – finner det kontinuerlig sted møter mellom selvet og de indre objekter. Noen av disse objektene er gode, inspirerende og hjelpsomme. Andre fremstår som fiendtlige, fordømmende, avvisende. Disse interaksjonene – disse indre objektrelasjonene – overføres, eksterneres, til den ytre verden. Dette finner sted overalt i livene våre, men i terapiens spesielle rom legger vi særskilt til rette for at det kan folde seg ut og bli tematisert. Og, vil noen si – for eksempel leser jeg Henri Reys (1988) artikkel *That which patients bring to analysis* slik – det er særlig de sidene som har blitt vanskelig i relasjonene til de livgivende, gode objektene man bringer til terapirommet. I overføringen materialiseres de aspektene ved relasjonene til viktige andre som har skåret seg, der noe har gått på tverke i forhold der vi trenger å kunne føle oss trygge og elsket.

Gode indre objekter

Hos Klein (1957) er det å etablere en relasjon til det hun kaller det gode bryst selve grunnlaget for psykisk helse. Neville Symington (1993) snakker, inspirert av Klein, om en indre *lifegiver*. Lars Thorgaard (1947-2010) skriver tilsvarende om *den indre omsorgsgiver* (Thorgaard, 2006). I andre tradisjoner har man liknende begreper for det vi må anta er noenlunde samme fenomen: John Bowlby (1907-1990), som skapte tilknytningsteorien, skriver om viktigheten av trygg tilknytning, om en trygg base, og om indre arbeidsmodeller for hvordan relasjoner kan forløpe (Bowlby, 1994). Utviklingspsykologen Daniel Stern (1934-) vektlegger muligheten for affektiv inntoning, at følelser tas imot og gis en respons (Stern, 1991). Heinz Kohut (1913-1981) og selvpsykologene snakker om *selvobjekter* og om det livsnødvendige i at noen kan bekrefte ens opplevelser (Kohut, 1990). Franskmannen André Green (1927-2012) beskriver med sitt uttrykk *the dead mother* hvor skadelig det er når mors levende gjensvar på barnets impulser mangler (Green, 1983). Harry Stack Sullivan (1892-1949), grunnleggeren av den interpersonlige tradisjonen, skrev om *good-me*, *bad-me* og *not-me*: Det handler om måter vi opplever oss selv i møte med andre og om hvorvidt det er mulig å ha kontakt med egne følelser og å vise hvem vi er (Sullivan, 1997; Bromberg, 1996). Felles for alle disse forfatterne, og mange andre, synes å være at man tenker seg at psykisk helse hviler på erfaringer av å ha hatt kontakt med trygge omsorgspersoner hvor det har vært mulig å vise, dele og snakke om følelser og tanker.

Dette fondet av tanker og erfaringer fra ulike tradisjoner står som en viktig bakgrunn for den terapeutiske relasjonen og refleksjonene om hva som foregår der. Når en terapi forløper godt, antar vi at pasienten hos terapeuten finner gjenklang for egne følelser, ofte følelser det har vært vanskelig å dele med noen, opplevelser som man ikke har kunnet snakke om og som dermed har forblitt ubearbeidede. Forhåpentligvis opplever pasienten at han blir forstått, at han har en medvandrer og et vitne til sin livsfortelling (Stern, 2010). Kanskje kan også dette ses som en del av overføringen, en side der tillit og fortrolighet rår grunnen.

Overføringen kompliserer terapeutens empatiske bestrebelser

Jeg vil nå se på noen elementer ved overføringen og motoverføringen som kompliserer dette bildet, elementer som vanskeliggjør eller forstyrrer muligheten for en god kontakt mellom pasient og terapeut. Vi så at Freud la stor vekt på psykiske *konflikter*; at det er følelser og impulser i deler av personligheten som ligger i strid med andre deler av personligheten, og som derfor blir fortrengt. Som påpekt i avsnittet om gode indre objekter, synes det som om det i litteraturen etter Freud har vært en viss dreining av fokus i retning av ideen om *mangel* eller *defisitt* snarere enn konflikt som det sentrale: At man har manglet noen å dele følelser med slik at de kan bli en integrert del av personligheten, og ikke må dissosieres eller spaltes av. Kanskje ser vi i teoridannelsen i dag en større tendens til å kombinere disse synsmåtene, satt på kortformel: *Det er alltid mangel i konflikten, det er alltid konflikt i mangelen.*

La meg se om denne tilspissede formuleringen kan bli mer forståelig ved å gå nærmere inn på – i fem underpunkter – hvordan overføringen kompliserer terapeutens empatiske bestrebelser.

1. Samme person som følelsene er rettet mot skal hjelpe med å romme dem

Bion (1962, s. 42) synes å oppsummere mange av objektrelasjonsteoriens innsikter når han sier at vi aldri føler noe i et tomt rom; "An emotional experience cannot be conceived of in isolation from a relationship." Når vi føler noe er det alltid overfor noen – ofte i den ytre, og alltid i den indre verden. Som terapeuter kan vi håpe at vi er til hjelp i å romme og forstå vanskelige følelser, men det kompliserer bildet at vi selv som oftest er blant dem som disse følelsene er rettet mot. Dette skrev Freud (1912a) om i sine refleksjoner om hvordan overføringen *både* er et hjelpemiddel *og* en komplikasjon, en motstand, for terapien:

Hvoraf kommer det, at overføringen egner sig så fortræffeligt som middel for modstanden? Man skulle mene, at svaret herpå ikke ville være svært å give. Det er jo klart, at tilståelsen af enhver ildeset ønskeimpuls især vanskeliggøres, når den skal aflægges over for den person, som impulsen selv gælder. (ss. 107-108)

Det er ikke så lett å bruke som fortrolig den samme person som man er forelsket i, rasende på eller skuffet over. Sett slik vil det å dekke en mangel alltid innholde en konflikt.

2. Følelsene fryktes å ødelegge relasjonen til det gode objektet: Depressiv angst

Nært beslektet med dette poenget er det som Klein (1948, 1952) kaller depressiv angst: Om de avspaltede, og dermed uintegreerte følelsene kommer frem overfor objektet – som altså er det samme objektet som følelsene er rettet mot og som skal hjelpe med å romme dem – frykter man at det enten hevner seg (persekutorisk angst) eller går i stykker (depressiv angst). Om pasient og terapeut greier å romme disse følelsene og snakke om dem, kan de imidlertid i større grad integreres i personligheten i stedet for å fortrennes, spaltes fra eller dissosieres. Men også dette lykkelige forløp av at en mangel etter forståelse i noen grad kan realiseres sammen med terapeuten, inneholder en iboende konflikt: Den smertelige erkjennelsen av det som aldri ble en virkelighet overfor mor, far eller andre som sto en nær. En stor sorg. Kanskje først når det kan ses som en sorg, blir det mulig å ta imot terapeuten som et vennlig nærvær med menneskelige feil og mangler i stedet for å vente på den gode fe, en idealisert figur. Freud (1914a, s. 130) skriver om at man må *forsones* med det fortrenge.

3. I overføringen oppleves man ikke nødvendigvis som en empatisk lytter

Det synes intuitivt terapeutisk riktig å tilstrebe å være en vennlig og forståelsesfull lytter med den hensikt å forsøke å råde noe bot på de manglene som har vært tidligere. Om det terapeutiske ideal har en for ensidig vektlegging av en slik mangel- og tilførselsmodell, kan det komplisere arbeidet. Selv om terapeuten skulle lykkes i sine gode bestrebelse etter å være emosjonelt nærværende og mottakelig, vil pasienten i overføringen kunne ha en helt annen opplevelse av ham: Som avvisende, selvopptatt, kritisk, utnyttende, utslitt – mulighetene er mange. I sakens natur er det nettopp de følelsene som trenger aller mest til å bli delt og forstått, som kan lide denne skjebnen av å møte

et avvisende objekt. Her står vi overfor ett av mange paradokser innen feltet: Det at terapeuten kan leve seg inn i at pasienten opplever henne som avvisende, uinteressert, kritisk, etc., og formidle det til pasienten, kan innebære en ny erfaring av å bli forstått⁹. Thomas Ogden (2011) presiserer at om pasient og terapeut klarer å sette ord på hva som foregår i overføringen, vil det *ikke* dreie seg om en repetisjon, men om en ny erfaring:

Transference activity, from this perspective, is a psychological act, not of re-living infantile and childhood experience; rather, it is the opposite of a repetition of early experience – it is an act of experiencing for the first time (with the analyst and in relation to the analyst) an emotional event that occurred in infancy or childhood, but was impossible to experience at the time. (ss. 930-931, kursiv i originaltekst.)

4. Motstand mot endring

Man skulle tro at det å få innsikt i overføringen, og dermed gitt mulighet til rikere og åpnere kontaktformer, ble tatt imot med glede. Slik er det sjelden. Noe i oss motsetter seg å bli klar over disse mønstrene, prøver å opprettholde status quo, frykter og kjemper mot endringer. Betty Joseph (1917-) er blant dem som har skrevet innsiktsfullt om vår tendens til ubevisst å skape psykisk likevekt, *equilibrium*, og å motsette seg endring (Joseph, 1989). Vi ønsker ikke å få påpekt overføringen! Merton Gill (1914-1994), som har vært blant de viktigste bidragsyterne fra USA i å skrive om overføring og her-og-nå-perspektivet (Hoffman, 1996), kretser i sine tekster rundt begrepene *resistance to the awareness of the transference* og *resistance to the resolution of the transference* (Gill, 1982, 1994; Gill & Hoffman, 1982). På hver sin originale måte aktualiserer og vitaliserer disse forfatterne motstandsbegrepet.

5. Terapeuter agerer ut i motoverføringen, og det tar tid å oppdage på hvilken måte

Idealet om terapeutens nøytralitet var i mange tiår noe selvsagt: Terapeuten skulle streve henimot å sette til side egne behov og ønsker, ikke ta stilling slik at personlige preferanser forstyrret behandlingen, ikke utnytte pasienters sårbarhet til egen fordel m.m. Disse idealene er fortsatt gyldige. Samtidig har nøytralitetsbegrepet vært utsatt for kritisk granskning de siste årene, med bak-

9. At dette også er en ond sirkel det virker vanskelig å bryte ut av, vender jeg tilbake til under overskriften "Fanget i overføringen – og i motoverføringen".

grunn bl.a. i følgende refleksjoner: Jo, terapeuten må sette egen person til side, det er en opplagt og innlysende del av profesjonaliteten i hjelpeyrkene. Samtidig er det umulig å utføre yrket som psykoterapeut uten å bli intenst emosjonelt engasjert. Som vi så over, må man til en viss grad la seg være villig til å fange i overføringens nett for så forsiktig å vikle seg ut. Idealet om nøytralitet kan derfor, hevder mange i dag, ikke utformes som regler for adferd, men må ses som en dynamisk størrelse, et mål man styrer etter og som gjør det mulig å oppdage at man er kommet på avveie (se for eksempel Zachrisson, 2008). Et av problemene med dette er at det som oftest er vanskelig å se på hvilken måte man er viklet inn i overføringen og motoverføringen, da begge er ubevisste størrelser. Også motoverføringen, terapeutens følelser og adferd overfor pasienten, er ubevisst for terapeuten. Om vi husker problematikken fra punkt 3 ovenfor, kan man komme til å opptre uinteressert og avvissende *uten* selv å oppdage det. Det er på tide å se nærmere på motoverføringen.

Motoverføringen – fra motstander til medhjelper

Også motoverføringen ble i de første årene oppfattet som et hinder, noe som måtte ryddes av veien for å kunne gjøre et godt arbeid. Det tok mye lengre tid før man begynte å formulere tanker om at også motoverføringen kan være ett av terapeutens beste hjelpemidler. Om vi definerer motoverføringen meget bredt som følelser, holdninger og adferd terapeuten retter mot pasienten – mange av dem helt ubevisste, er det mulig å forstå mer både av de problematiske og de verdifulle sidene ved motoverføringen. At Freud hadde mest blikk for de problematiske sidene, må også ses på bakgrunn av tidlige erfaringer med nære kolleger som begikk grove rammebrudd ved å inngå i seksuelle, økonomiske, og andre upassende forhold til pasienter. Man tenkte at motoverføringen stammet fra terapeutens eget emosjonelle liv og fortid, og at det var viktig å bli kjent med disse sidene av seg selv gjennom en egenerapi slik at de ikke ble agert ut overfor pasientene. Vi kan som eksempler tenke på at tilfeller av terapeutens egne, ukjente og udekkede behov for nærhet og sex blir forsøkt tilfredsstilt i forholdet til pasienten. Et annet scenario kan være at man som terapeut forsøker å bøte på skyld som stammer fra tidligere forhold. Nå kan man si at slike eller liknende konstellasjoner vil være virksomme i alle terapeuters historier. Poenget var å bli mer klar over disse følelsene og å lære seg å disiplinere dem bedre. Med et bilde: Man ville som Odyssevs høre sirenenes sang uten å styrte i fordervelsen; han stappet bomull i mannskapets ører og lot seg binde til masten. Disse tidlige erkjennelsene om motoverføringens fallgruver

er fremdeles viktig og gyldig kunnskap, men de har blitt supplert av et syn som handler om at motoverføringen også er en ressurs. Forfattere som Michael Balint (1896-1970), Donald Winnicott (1896-1971), Paula Heimann (1899-1982) og Roger Money-Kyrle (1898-1980) begynte rundt 1950 å skrive artikler som handlet om å få et mer tillitsfullt forhold til egne følelser overfor pasientene, følelser terapeuter hadde en tendens til å skamme seg over og å skjule for veiledere og kolleger (Balint & Balint, 1939; Winnicott, 1947; Heimann, 1950; Money-Kyrle, 1956). Nei, skrev de, man skal ikke skamme seg. Om man greier å tenke om disse følelsene, kan de gi uvurderlig innsikt i pasientens indre liv. Motoverføringen er skapt av pasienten, sa Heimann (1950, s. 83) med en spisformulering. Om du som terapeut kjenner sinne, blir trist eller føler deg uduelig, så kan dette være følelser som pasienten strever med og som hun ubevisst har kommunisert til terapeuten. Det springende punktet nå syntes å være hva man gjorde med sine følelser; om de kunne tenkes om og slik bli en kilde til å forstå pasientens indre verden, snarere enn å handles ut. Kunne man for eksempel bli klar over egne følelser av tilkortkommenhet og bruke disse erkjennelsene til bedre å forstå hvordan pasienten har det, heller enn å være i denne følelsens vold ved å handle slik at pasienten føler seg liten og underlegen? Kleins (1946) begrep om den projektive identifikasjon, og Bions (1962) videre arbeid med ubevisst kommunikasjon, ble for mange viktige teoretiske redskaper for å forstå disse sinnrike prosessene. Et annet viktig bidrag kom fra Heinrich Racker (1910-1960), en polsk jøde som virket i Argentina. Racker (1968) skapte en nyttig distinksjon mellom komplementære og konkordante motoverføringer. Grovt sagt vil konkordante motoverføringsfølelser minne om pasientens egne følelser, for eksempel tilkortkommenhet som beskrevet ovenfor. De komplementære motoverføringene kan derimot gi et inntrykk av de følelsene og holdningene som pasientens *objekter* huser. Eksempel: Om man opptrer kritisk overfor pasienten, kan man tenke seg at dette gjenspeiler et indre straffende og fordømmende objekt. Racker var ikke alene i Argentina om å rette fokuset både mot overføringen og motoverføringen. Ekteparet Madeleine og Willy Baranger (1961-1962/1969/ 2008) skrev på omtrent samme tid artikler om det de kalte *el campo psicoanalytico*; det psykoanalytiske felt.

Hvordan oppdage motoverføringen?

Når man leser disse tidlige skriftene fra 50- og 60-tallet om motoverføringen som ressurs, kan det slå en at problemet med å oppdage hva motoverføringen består i – den er jo ubevisst for terapeuten – kanskje blir noe undervurdert.

Dette skulle bli et viktig tema på 70- og 80-tallet da Joseph Sandler (1927-1998) og Betty Joseph påpekte at en viktig kilde til å oppdage motoverføringen er å være observant på egen adferd. Heimann (1956) hadde stilt det viktige spørsmålet: "Hvem snakker til hvem"¹⁰, og dermed gitt en hjelp til å oppdage overføringens karakter. Legg ikke bare merke til *hva* pasienten snakker om, *innholdet*. Nei, legg først og fremst merke til på *hvilken måte* hun snakker; *formen*. Slik kan man lettere oppdage at pasienten snakker til deg som om du skulle være helt uinteressert i henne, eller som om hun prøver å leve opp til kravene fra en kritisk bedømmer. Sandler (1976) tok det neste logiske steget ved å fokusere på hvordan *terapeuten* snakker til pasienten, *hvilken rolle* han har beveget seg inn i, som oftest uten å være klar over det selv. Hans begreper rollerresponsivitet og rolleaktualisering har vist seg som nyttige redskaper i å oppdage hvilket scenario som spilles ut på overføringens scene, hvordan de indre objektrelasjoner er eksternalisert.

Vi kan se en parallell her til det som ble beskrevet ovenfor om vårt forhold til overføringen; at vi opplever den som en hindring. Det samme synes å gjøre seg sterkt gjeldende hva gjelder motoverføringen: Vi er tilbøyelige til å prøve å bli kvitt det den har å si oss. Av og til er ikke disse signalene fra motoverføringen så støyende eller dramatiske. Vi kan sammenligne dem med en irriterende flue vi prøver å vifte vekk, men som hele tiden vender tilbake og plager oss. Det kan for eksempel være en gjentakende tanke vi prøver å riste av oss: "Denne terapien går ingen steder." Idet vi lytter til den irriterende flua kan det bli klart for oss at vi har fanget opp noe hos pasienten som han ikke tør å snakke med oss om, og som kanskje er det viktigste som skjer i rommet nå, for eksempel redselen for ikke være en "flink nok pasient". Donnel Stern (2010) beskriver noe liknende med betegnelsene *snags and chafing*: *Snags* er greiner man hekter seg fast i på en gåtur, og som man prøver å rive seg løs fra. *Chafing* betegner noe som gnager, et gnagsår. Irma Brenman Pick (1985) påpeker at analytiker i møte med analysanden uvilkårlig blir berørt/rammet, og at det fordres et vedvarende indre arbeid hos henne for å kunne forstå og tolke, snarere enn å agere. Dette arbeidet handler ikke minst om strevet med å akseptere egne følelser. Inspirert av disse forfatterne kan vi kanskje si at terapeuten må oppdage sin "motoverføringsnevrose" (Racker, 1968), og så bli frisk av den for å kunne hjelpe pasienten.

Tilbake til historien: Om vi beveger oss fra London over til New York, ser vi

10. Mer presist skrev Heimann (1956, s. 307): "Why is the patient now doing what to whom?".

at de samme spørsmålene som Sandler og Joseph balet med var brennhete der. I tradisjonen fra Sullivan, som tidlig snakket om det interpersonlige felt, hadde bl.a. Benjamin Wolstein (1954, 1959) og Edgar Levenson (1991, 2005) gitt viktige bidrag til denne debatten. Levensons (hos Stern, 2005, s. 12) spørsmål til pasient og terapeut: "*What's going on around here?*", tydeliggjør på en elegant og direkte måte utfordringene vi står overfor. Men er dette spørsmålet egentlig så lett å svare på? I det neste avsnittet skal vi se på noen paradokser og vanskeligheter som er aktuelle i dagens diskurs.

Fanget i overføringen – og i motoverføringen

Dagens diskurs rundt temaet overføring og motoverføring synes særlig å dreie seg rundt følgende spørsmål og erkjennelser, som alle er tett forbundne:

1. Er det mulig å unngå å agere ut i motoverføringen, det som ofte kalles *enactment*¹¹? Og i tilfelle; er det så farlig? Ja, vil mange si, i hvert fall hvis det fortsetter uten at man oppdager og tematiserer det.
2. Men hvordan oppdage sine egne *enactments*, også disse er jo ubevisste?
3. Vil ikke en naturlig del av denne prosessen bestå i at terapeuten deler egne følelser, såkalt selvavsløring?
4. Hvordan klare å snakke fra en posisjon utenfor overføringen? Vil ikke det du sier uansett bli hørt som noe sagt av et overføringsobjekt, hørt som for eksempel kritikk? Dette har Levenson (1991) og Mitchell (1997) kalt *the bootstrapping problem*.

Jeg nevnte ovenfor at nøytralitetsbegrepet er satt under press de siste årene. Det synes å være en viss enighet om at terapeuten ikke kan stille seg følelsesmessig utenfor det som foregår i overførings-motoverføringsfeltet. Mange hevder at analytiker ikke har noe privilegert ståsted hvorfra hun kan overskue det som skjer og levere tolkninger som er rene og ubesmittede av det terapeutiske forløpet. Levenson (hos Stern, 2005, s. 5) spissformulerte tidlig dette slik: "*You can't not interact.*" Nei, har det blitt svart på dette, man kan ikke unngå å bli involvert, men det er likevel et mål å prøve å arbeide seg ut av *enactments* gjennom å tenke over det som foregår når man handler under press, ufritt. Nettopp det å kunne tenke over og snakke om hva som skjer kan skape en ny frihet for begge parter i relasjonen, en frihet og et emosjonelt spillerom som ikke

11. For en oversikt over utviklingen av begrepet *enactment*, se McLaughlin (1991).

tidligere forelå når det ubearbejdede materialet bare ble agert ut. (Symington, 1983)

En annen viktig påminnelse har vært hvordan det å tale også alltid er å handle. Når terapeuten agerer, skjer det som oftest i form av talehandlinger; for eksempel ved å snakke på en sadistisk måte til den masochistiske pasienten eller forførende til hun som er redd for seksualitet (Stern, 2005). Selv om Sandler og Josephs oppfordringer om å granske egen adferd og tale viste seg som nyttige redskaper for å kunne oppdage hva som foregår, ble det av mange påpekt at dette uansett er vanskelig. Det er vanskelig fordi det i en viss forstand betyr at vi som baron von Münchhausen må trekke oss selv opp etter håret – det Stern (2010) har kalt *the eye sees itself*. Nettopp det at det er så vanskelig å se seg selv utenfra har igjen understreket viktigheten av å gå i veiledning, også etter at obligatoriske veiledningsforløp er avsluttet. Mange vil tilslutte seg Levensons erkjennelse av at man som terapeut ikke kan unngå å delta i gjensidige *enactments*. Samtidig er det noen teoretiske forskjeller her: Noen ser disse *enactments* som paradoksale; noe som både er uønsket og potensielt skadelig, men samtidig uunngåelig og noe som er til hjelp i det terapeutiske arbeidet. Andre finner denne motsetningen mindre relevant; hvorfor strebe så hardt etter å unngå *enactments* når det likevel er uunngåelig? Disse skillelinjene ble bl.a. tydeliggjort i en dialog mellom John Steiner og Edgar Levenson i *International Journal of Psychoanalysis* under overskriften *Psychoanalytic controversies*. (Steiner, 2006; Levenson, 2006) Langs noenlunde de samme skillelinjer finner vi spørsmålet om selvavsløringer – her er det fortsatt uenigheter blant tradisjoner som ellers har mye til felles. Kanskje indikerer disse motsetningene at vi her står overfor et problemkompleks som ikke kan gis en formelaktig løsning en gang for alle. At man snarere i hvert enkelt terapiforløp og -sesjon må møte disse utfordringene med kapasitet til å vente, tenke og være åpen både for det som er begrensende og det som kan virke frigjørende i relasjonen. Flere har hevdet at innsiktene om terapeutens uunngåelige *enactments* har gjort at spørsmålet om nøytralitet og rammer ikke har fått mindre aktualitet, men derimot større. Nettopp fordi vi ikke kan unngå til en viss grad å komme ut av terapeutisk posisjon, kan rammene hjelpe oss til å oppdage på hvilken måte vi er involvert (se for eksempel Zachrisson, 2008).

Et felles kjennetegn for mange utviklingslinjer fra 70-tallet, synes å være et sterkt fokus på det som foregår her og nå i relasjonen mellom terapeut og pasient. Særlig Joseph (1989) har på en overbevisende måte argumentert for at en detaljert granskning av det som spiller seg ut her og nå har det største potensialet til endring: Følelsene er aktuelle og levende, man snakker ikke bare

om noe, man er midt oppe i det. Joseph (s.st.) setter fokus på hvordan pasienten tar imot tolkningene: Erfares de først og fremst som hjelpsom kommunikasjon, eller oppleves de mer som kritikk? Vi ser parallellen til Levensons og Sterns poenger beskrevet ovenfor¹². Fransk-argentinske Haydée Faimberg (2005) synes å understreke det samme poenget med sin oppfordring om å lytte til hvordan det man sier blir oppfattet: *Listening to listening*. Michael Feldman (2004), i tradisjonen fra Klein og Joseph, har påpekt at det er vanskelig å komme ut av overføringens nett: Idet man forteller pasienten at han har en tendens til å høre alt som kritikk, vil også dette utsagnet kunne høres som kritikk. Poenget minner om Levensons (1991) og Mitchells (1997) *bootstrapping*, og som dem ser heller ikke Feldman noen enkel vei ut: Endring har noe gåtefullt ved seg.

Mange av disse problemstillingene synes å ligge i kim i James Stracheys klassiske artikkel fra 1934 om tolkninger som har potensial til å forandre. Strachey (1934, ss. 158-159) sier på artikkelens siste sider at det alltid koster å levere en tolkning som handler om overføringen. Det er som om analytiker må arbeide seg gjennom egen frykt, flauhet og ydmykelse, og at det alltid kjennes som om noe står på spill idet man sier noe ærlig om hva som foregår i relasjonen mellom terapeut og pasient.

Gravity is your friend!

Det å drive med psykoterapi har visse fellestrekk med å lære seg å spille et instrument: Det kreves masse øvelse, det er en fordel med gode lærere, det kan ikke utføres på en upersonlig måte, og man kan alltid bli bedre! I møte med en ung fiolinist som strammet skuldre og overarmer, hjalp en lærer ham til å riste løs og lage store pendelbevegelser med armene. Han minnet eleven om et hyggelig faktum: *Gravity is your friend!*

Ja, også i psykoterapien gjelder det å spille på lag med tyngdekraften! Da Freud (1913) ba sine pasienter om å si alt som falt dem inn, stort som smått, oppdaget han ganske raskt at det som faller, faller i relasjonens kraftfelt: De frie assosiasjoner trekkes uvilkarlig mot objektet, som jernspon til en magnet.

12. Jeg har i denne artikkelen fremhevet felles tema i disse tradisjonene (se også Gabbard, 1995; Våpenstad, 2007). For et perspektiv som snarere påpeker forskjeller, se for eksempel Ivey (2008); Blass (2011).

Referanser

- Balint, M. & A. Balint (1939). On transference and countertransference. I Balint, M. (1952). *Primary love and psychoanalytic technique*. London: Maresfield Library.
- Baranger, W. & M. Baranger (2008). The analytic situation as a dynamic field. (S. Rogers & J. Churcher, overs.) *Int J Psychoanal*, 89, 795-826. (Originalt verk publisert 1961-1962. Revidert 1969)
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Maresfield Reprints.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Maresfield Reprints
- Bowlby, J. (1994). *En sikker base*. København: Det lille forlag. (Originalt verk publisert 1988)
- Blass, R. B. (2011). On the immediacy of unconscious truth: Understanding Betty Joseph's 'here and now' through comparison with alternative views of it outside of and within Kleinian thinking. *Int J Psychoanal.*, 92:1137-1157.
- Bromberg, P. (1998). *Standing in the spaces. Essays on clinical process, trauma and dissociation*. New York & London: Psychology Press
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Studies on hysteria*. S.E. 2
- Faimberg, H. (2005). *The telescoping of generations. Listening to the narcissistic links between generations*. London: Routledge.
- Feldman, M. (2004). Supporting psychic change: Betty Joseph, I Hargreaves & Varchevker (red.) (2004) *In pursuit of psychic change. The Betty Joseph workshop*. Hove: Routledge.
- Ferro, A. (1999). *The bi-personal field: Experiences in child analysis*. London: Routledge.
- Figueiredo, I. (2006). *Henrik Ibsen: mennesket*. Oslo: H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard)
- Freud, S. (1912a). Om overføringens dynamik. I Olsen & Køppe (1992)
- Freud, S. (1912b). Råd til lægen ved den psykoanalytiske behandling. I Olsen & Køppe (1992)
- Freud, S. (1913). Om indledningen af behandlingen. I Olsen & Køppe (1992)
- Freud, S. (1914a). Erindre, gjenta og gjennomarbeide. (S. Dahl, overs.) I Freud, S. (2011). Mellom psykoanalyse og litteratur. (I. Engelstad & J. Øverland, red.) Oslo: Gyldendal.
- Freud, S. (1914b). On the history of the psychoanalytic movement. S.E. 14
- Freud, S. (1915). Om overføringskærligheten. I Olsen & Køppe (1992)
- Freud, S. (1951-74). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Translated from German by James Strachey. London: Hogarth/Vintage
- Freud, S. (1968). *Dagliglivets psykopatologi*. (E. Østmo, overs.) Oslo: Cappelen. (Originalt verk publisert 1901)
- Freud, S. (1969). *Drømmetydning*. (T. Winje, overs.) Oslo: Cappelen. (Originalt verk publisert 1900)
- Freud, S. (1994). *Vitsen og dens forhold til det ubevisste*. (G. Farner, overs.) Oslo: Pax. (Originalt verk publisert 1905)
- Freud, S. (2007). *Bruddstykket av en hysterianalyse*. (E. Tjønneland, overs.) Oslo: J. W. Cappelen's Forlag. (Originalt verk publisert 1905)
- Gabbard, G. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *Int J Psychoanal* 76, 475-85
- Gill, M. M. (1982). *Analysis of transference, Vol. 1. Psychological Issues*, Monogr. 53. New York: International Universities Press
- Gill, M. M. (1994). *Psychoanalysis in transition*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Gill, M. M. & Hoffman, I. Z. (1982). *Analysis of Transference, Vol. 2. Psychological Issues*. Monogr. 54. New York: International Universities Press

- Green, A. (1983). *The dead mother*. I Green (1986) *On private madness*. London: Karnac
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *Int J Psychoanal*, 31:81-84.
- Heimann, P. (1956). Dynamics of transference interpretations. *Int J Psychoanal*, 37:303-310.
- Hoffman, I. Z. (1996). Merton M. Gill: A study in theory development in psychoanalysis. *Psychoanal. Dial.*, 6:5-53.
- Ivey, G. (2008). Enactment controversies: A critical review of current debates. *Int J Psychoanal.*, 89:19-38.
- Joseph, B. (1989) *Psychic Equilibrium and Psychic Change. Selected papers of Betty Joseph*. (Feldman, M. & E. B. Spillius., red.) London: Routledge.
- Kahn, M. (1996). *The privacy of the self*. London: Karnac Books. (Originalt verk publisert 1974)
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. I Klein (1975)
- Klein, M. (1948). On the theory of anxiety and guilt. I Klein (1975)
- Klein, M. (1952). The origins of transference. I Klein (1975)
- Klein, M. (1957). Envy and gratitude. I Klein (1975)
- Klein, M. (1975). *Envy and gratitude and other works 1946-1963. The writings of Melanie Klein. vol III*. London: Hogarth/Vintage.
- Kohut, H. (1990). *Selvets psykologi*. (M. Andersen, overs., M-L. Hammer, red.) København: Hans Reitzels Forlag. (Originalt verk publisert 1977)
- Levenson, E. A. (1991). *The purloined self*. New York: Contemporary Psychoanalysis Books. W.A.White Institute.
- Levenson, E. A. (2005). *The fallacy of understanding. + The ambiguity of change*. Hillsdale: The Analytic Press. (samlevolum av bøkene fra 1972 og 1983)
- Levenson, E. A. (2006) Response to John Steiner, with reply from Steiner. *Int J Psychoanal*, 87: 321-28.
- McLaughlin, J. T. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39:595-614.
- Meltzer, D. (1984). *Dream-Life*. London: Clunie Press.
- Mitchell, S.A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Mitrani, J. L. (2001). 'Taking the transference': Some technical implications in three papers by Bion. *Int J Psychoanal*, 82:1085-1104.
- Money-Kyrle, R.E. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. *Int J Psychoanal*, 37:360-366.
- Ogden, T. H. (2011). Reading Susan Isaacs: Toward a radically revised theory of thinking. *Int J Psychoanal* 92:925-942
- Olsen, O. A. & S. Køppe (red.) (1992). *Sigmund Freud: Afhandlinger om behandlingsteknik*. (H. Stokholm, overs.) København: Hans Reitzels Forlag.
- Pick, I. B. (1985). Working through in the countertransference. *Int J Psychoanal*, 66: 157-166.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. Boston: IUP.
- Rey, H. (1988) That which patients bring to analysis, i Rey (1994) *Universals of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline states*. (red. Jeanne Magagna) London: Free Association Books
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *Int Rev Psychoanal*, 3, 43-48.
- Sechaud, E. (2008). The handling of the transference in French psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 89:1011-1028.

- Stern, D. N. (1991). *Barnets interpersonelle univers*. (B. Thygesen & S. Aagard, overs.) København: Hans Reitzels Forlag. (Originalt verk publisert 1985)
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stern, D. B. (2005). *Introduction*, I Levenson (2005).
- Stern, D. B. (2010). *Partners in thought. Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. New York: Routledge
- Steiner, J. (2006). Interpretative enactments and the analytic setting. *Int J Psychoanal* 87:315-20.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *Int J Psychoanal*, 15. 127-159.
- Sullivan, H. S. (1997). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton. (Opprinnelig verk publisert 1953)
- Symington, N. (1983). The analyst's act of freedom as agent of therapeutic change. *Int Rev Psychoanal*, 10:283-92.
- Symington, N. (1993). *Narcissism – a new theory*. London: Karnac
- Thorgaard, L. (2006). *Relationsbehandling i psykiatrien, bind II: Empatiens bevarelse i relationsbehandlingene i psykiatrien*. Stavanger: Hertervig Forlag
- Våpenstad, E. V. (2007). "Har du lest om meg?" Et moderne kleiniansk bidrag til den relasjonelle vendingen i psykoanalysen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1239-1248.
- Winnicott, D. W. (1947). Hate in the countertransference. I Winnicott (1958)
- Winnicott, D. W. (1958). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Bruner/Mazel.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Hove & New York: Brunner-Routledge
- Wolstein, B. (1954). *Transference*. New York: Grune & Stratton.
- Wolstein, B. (1959). *Countertransference*. New York: Grune & Stratton.
- Zachrisson, A. (2008). Neutrality, tenderness and the analyst's subjectivity: Reflections on the analytic relationship. *Scand. Psychoanal. Rev.*, 31:86-94

Abstract

Jon Morgan Stokkeland: Transference and countertransference: A short outline. The article gives a short introduction to the concepts of transference and countertransference, seen foremost from a clinical perspective. It tries to draw some historical lines, to help the beginner in gaining an overview. Even if the various psychoanalytical schools regard these phenomena in different ways, one can say that the transference-countertransference field is common ground (Gabbard, 1995). The text accordingly is looking for common themes in the works of Freud, British object relations theorists and interpersonal authors from the US.

Key words: Transference, countertransference, educational, object relations.

Hva forteller psykoterapiforskningen oss om endringsprosesser?

Noen betraktninger om et utvalg av empiriske studier på betydningen av affekter og relasjon i endring

Matrix, 2012; 2, 148-166

Erik Stänicke

En rekke studier har vist at psykoterapi virker. Likevel er det fortsatt en utfordring å forstå endringsmekanismene i psykoterapi. I de siste 20 årene har det kommet flere empiriske studier på endringsprosesser. Denne kunnskapsbasen kaster i økende grad lys over hvordan terapeutiske relasjon og affekter er viktige endringsfaktorer. Artikkelen har som mål å gå i gjennom deler av denne prosessforskningen, og diskutere enkelte av dens implikasjoner og begrensninger. Utvalget av studier er primært på de som fokuserer på relasjon og affekt. Enkelte viktige norske bidrag blir også presentert og drøftet. Forfatteren diskuterer hvordan psykoterapiforskningen fortsatt strever med å forstå endringsmekanismer, men er underveis i å utvikle bedre instrumenter, forskningsdesign, metoder og modeller for å forstå essensen i psykoterapi.

Innledning¹³

En rekke empiriske studier – og senere meta-analyser av disse studiene – har ettertrykkelig vist at psykoterapi virker (Wampold 2001, Norcross 2002, Lambert 2004, Duncan et al 2010). Psykoterapi i ulike utforminger – spesielt de etablerte metodene som kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, klient-orientert terapi, psykodynamisk terapi og interpersonlig terapi – er effektive. Mennesker som sliter psykisk har det bedre *etter* psykoterapi enn de som sliter med de samme plagene og *ikke* har gått i terapi.

Det mer krevende spørsmålet er hvordan og hvorfor psykologisk endring skjer i psykoterapi. Endring kan innebære forandringer i symptomer, eller i sosiale, affektive, atferdsmessige, kognitive og fysiske funksjoner. Den empiriske forskningen har langt på vei slått fast at endringer i atferdsmessig uttrykk, selvrapporterte plager, symptomer og funksjon kan måles og med det dokumentere at endring skjer. Men *hvordan* virker psykoterapi? Hvordan endrer mennesker seg gjennom en psykoterapi? Det er komplekse spørsmål å besvare. I dag eksisterer det et stort empirisk forskningsfelt som nettopp er opptatt av endringsprosesser i psykoterapi. Og dette forskningsfeltet er opptatt av endringsprosesser i affekter og relasjonelle erfaringer – og spesielt opptatt av endringer av affekter i relasjon.

Norcross (2002) har ledet et arbeid med å samle mye av forskningen som er gjort på psykoterapiprosesser. I mange av disse studiene utgjør “affekt” og “relasjon” nøkkelbegreper for å forstå endring i psykoterapi. Dette empiriske forskningsfeltet har blitt svært omfattende og mangslungent. For det første er denne forskningen svært heterogen (se Merten 2005). Den utføres av forskere med helt ulike teoretiske ståsteder, og ofte brukes ulik metodologi; som at de tar i bruk forskjellige komplekse statistiske analyser og ulike kvalitative metoder, og ofte har studiene kreative forskningsdesign som er forskjellige fra studie til studie.

Denne artikkelen har som mål å presentere et selektert utvalg av empiriske studier som viser enkelte interessante funn om endringsprosesser. Endringsprosesser viser til all form for endring som skjer i en psykoterapi, om det er en

13. Artikkelen er basert på prøveforelesningen som forfatteren holdt på sin disputas i 2010. Forfatteren tok PhD med støtte fra Prosjekt Dobbelkompetanse, et nasjonalt rekrutteringsprogram for stillinger som krever både spesialistkompetanse og doktorgrad i psykologi. Prosjektet er et samarbeid mellom universitetene i Bergen, Oslo, Tromsø, Det Norske Universitetet for Naturvitenskap og Teknologi, de regionale helseforetakene og Norsk Psykologforening. Prosjektet er finansiert av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

forandring i relasjonen mellom pasient og terapeut, noe inni pasienten eller i pasientens atferd. Endringsmekanismer viser derimot til teoretisk forklaring på en endring. Eksempler på endringsmekanismer kan være at pasienten lærer nye mestringsstrategier, utvikler nye evner eller funksjoner, som igjen kan forklare utfallet av en terapi. Studiet av mekanismer i endring er på selve utviklingsprosessen av de egenskaper, ferdigheter eller funksjoner som etableres.

Først vil det fremlegges kortfattet et utvalg studier og forskningsområder, som ansees å være sentrale innen denne forskningen. Det vil også vektlegges enkelte studier innen det norske forskningsmiljøet som er bidragsytende i en internasjonal sammenheng. Deretter vil enkelte av utfordringene og vanskene i denne forskningstradisjonen drøftes. Hva er styrkene og svakhetene i den empiriske psykoterapiforskningen ved dags dato? Diskusjonen av dette forskningsfeltet vil bli gjort ut ifra et psykoanalytiske ståsted.

Noen historiske røtter

Historisk sett har akademiske miljøer over lengre tid vært opptatt av å dokumentere effekt av psykoterapi. Og fra 1993 har den Amerikanske Psykologforeningen hatt en egen arbeidsgruppe, APA Division 12 Task Forces, som har tatt mål av seg å identifisere de behandlingsmetodene som har empirisk støtte. Etter hvert har det kommet en rekke institusjoner som tar mål av seg å evaluere empirisk forskning på psykoterapimetoder, og lage lister over behandlingsmetoder som har såkalt "sikkert evidensgrunnlag." Også i Norge har vi fått behandlingsveiledere som knytter spesifikke psykiske diagnoser opp imot evidensbaserte behandlingsformer. Målet med å dokumentere effekten av ulike psykoterapimetoder er i utgangspunktet ønskelig, men det har tiltakende blitt vekket en misnøye mot dette foretaket. Misnøyen har blitt vekket like sterkt hos klinikere, som hos forskere. På det verste oppfattes mye av denne utfallsforskningen som ufullstendig og med lav økologisk verdi, da kriteriene for å bli regnet som evidensbasert er så snevre at de vanskelig lar seg generalisere til den hverdagslige kliniske situasjon. Disse studiene er ofte begrenset i å yte terapiens mangfoldige virkningsaspekter respekt. I tillegg er ofte disse effektstudiene begrenset i oppfatningen om at terapiteknikken er utelukkende den virksomme faktor, mens det lenge ut ifra klinisk intuisjon, og gradvis med empiriske studier, har vist seg at den terapeutiske relasjonen er helt sentral for utfallet av behandlingen. Forskningsinteresse har derfor økt for å skyve selve relasjonen mellom terapeut og pasient i sentrum av forståelsen for hvordan psykologisk endring i terapi forløper.

I dag er det en sterk interesse for å studere terapeutvariabler – altså karakteristikk ved terapeuten som person – samt studere måten den terapeutiske relasjonen bærer endringsarbeidet i en behandling. I tillegg er det også en økende interesse for å studere pasientkarakteristikk, og da også kjennetegn ved pasienten som går utover diagnosetilhørighet. Så på bakgrunn av denne interessen for at det er flere virksomme elementer i en terapi enn metoden og teknikken, ble det også etablert, som en motreaksjon mot Division 12, en egen arbeidsgruppe i den Amerikanske Psykologforeningen, APA Division 29 Task Force, for å samle prosess- og utfallsforskning. Denne arbeidsgruppen skal samle kunnskap om *effektive terapirelasjoner* – om hvordan vi kan tilpasse psykologisk behandling pasientens behov og karakteristikk med henblikk på å optimalisere endringsprosessene (Roth & Fonagy 2005, Norcross 2002, 2011). Selv om empirisk prosessforskning ble strategisk satt på kartet på et høyere nivå på 90-tallet, så har prosessforskningen en lang historie, også i andre miljøer enn i USA.

Det vil nå presenteres nyere forskningsområder som belyser alle tre sidene ved en terapeutisk relasjon: alliansen mellom pasient og terapeut, forskning på endringsprosesser som foregår i pasienten, og forskning på terapeutens bidrag. Det er naturlig å begynne med forskningen på alliansen mellom pasient og terapeut, da dette er et forskningsfelt som står som en form for brobygger til de andre feltene.

Allianseforskningen

Forskning på terapeutisk allianse er et eksempel på psykoterapiforskning som har en lang historie (Horvath & Bedi 2002). En grunn til likevel å fortsette å studere opplevd allianse mellom pasient og terapeut er at utfallsforskningen langt på vei har vist at det er indikasjoner på at det ikke primært er spesifikke faktorer som skiller utfallet ved ulike terapimetoder fra hverandre (Wampold 2001). Det er derfor en konsensus i mange forskningsmiljøer for at det må være *en hovedfaktor* som deles av alle behandlingsmetodene som er *den virksomme*. En hovedfaktor vi finner i all form for samtaleterapi er at det er en *terapirelasjon* mellom pasient og terapeut. Det er derfor naturlig at oppmerksomheten rettes mot samarbeidet mellom pasienten og terapeuten.

Alliansebegrepet har sine historiske røtter fra psykoanalysen. Allerede hos Sigmund Freud (1912) finner vi refleksjoner over hva som gjør at pasienten vedblir i behandlingen selv om pasienten også uttrykker motstand mot arbeidet og redsel for å møte sine egne ubevisste konflikter. Freud reflekterte over at

Hva forteller psykoterapiforskningen oss om endringsprosesser?

pasienten må ha en opplevelse av et samarbeid dersom vedkommende skal tåle den smertefulle prosessen det er å realitetsbestemme psykiske fantasier. Videre formulerte han at en terapeutisk prosess er mulig når pasienten vedholder en positiv overføring, også i de faser som er vanskelige og som utfordrer relasjonen mellom dem. Tidlige psykoanalytikere som Sterba (1934) videreutviklet Freuds refleksjoner, og vektla betydningen av pasientens evne til å opprettholde en splitt mellom en erfarende og reflekterende del i ego. Dette betyr at psykoterapi er mulig dersom pasienten evner å kjenne på negative fantasier og affekter i relasjonen til terapeuten, men samtidig ha en samarbeidende holdning om å utforske og reflektere over disse relasjonsopplevelsene. Utover på 1970-tallet kom det en rekke bidrag i allianseforskningen som forsøkte å løsrive alliansebegrepet fra psykodynamisk teori, slik at det kan brukes til å belyse psykoterapiprosesser på tvers av metodetilhørighet (Horvath & Bedi 2002).

I dag finnes det fortsatt ikke en allmenn anerkjent definisjon av allianse. Begrepet brukes fortsatt på ulike måter i ulike studier. I tråd med dette mangfoldet av definisjoner er det tilsvarende mange operasjonaliseringer av begrepet: For eksempel finnes det i dag mer enn 20 forskjellige allianseskalaer (ibid). Men de fleste definisjonene av allianse har komponentene som vi finner hos Bordins (1976) begrep om arbeidsallianse. Han vektlegger tre komponenter: 1) enighet om de terapeutiske målsettingene, 2) enighet om arbeidsoppgavene i terapien – altså virkemidlene en skal bruke for å nå målene – og til slutt 3) det relasjonelle og emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut.

En samlet konklusjon fra en rekke empiriske studier viser evidens for at kvaliteten i alliansen er knyttet til utfallet i psykoterapi, med en korrelasjon mellom allianse og utfall på ca .25. Det betyr at alliansen forklarer rundt 5 % av variasjonen i utfallet. Poenget i denne sammenhengen er å få frem den relative størrelsen på tallene med henblikk på faktorene som forklarer variansen i utfallet. I dette forskningsfeltet fremholdes at variasjonen i utfallet av psykoterapi synes bestemt av fire hovedelementer. De fire hovedelementene er: terapiens teknikk, ekstra-terapeutiske faktorer, pasientens forventninger og fellesfaktorer. Hver av disse fire hovedelementene består av en rekke underelementer. Resultatene fra allianseforskningen finner vi som et av underelementene innenfor fellesfaktorene. Fellesfaktorene utgjør ca. 30 % av forklaringen av variasjonen av utfallet, og allianse utgjør ett av aspektene i fellesfaktorene i den terapeutiske relasjon. Med andre ord, allianse utgjør en av de store forklarende underelementene.

En kan si at allianseforskningen er et forsøk på å skille ut samarbeidsaspektet ved den terapeutiske relasjonen. I psykodynamiske kliniske miljøer finnes op-

pfatningen om at allianse bare er et begrep for et av flere aspekter ved overføringen pasienten har til terapeuten. Dersom det var slik, så kan man trekke den slutning at siden en arbeider med overføringen i terapien så har ikke psykodynamiske psykoterapeuter noe å lære av allianseforskningen. Dette er muligens en feilslutning fordi det er studier som også har undersøkt betydningen av pasientens relasjonshistorie og overføring, og disse studiene indikerer at alliansen har en påvirkning på utfallet selv når en kontrollerer for overføring. På bakgrunn av dette foreslås det av enkelte at kombinasjonen av allianse og overføring kan utgjøre en overordnet modell for de terapeutiske ingrediensene av relasjonen (Hovarth & Bedi 2002).

Til nå har vi sett at allianse er ansett som et prosessmål på psykoterapi, og et stort antall studier har vist at det kan predikere utfallet av en psykoterapi med en overraskende høy effektstørrelse. Men i hvilke endringsprosesser inngår allianse?

Det er forsket en del på karakteristikker i pasienten som modererer og medierer alliansen: som pasientens premorbiditet, pasientens type lidelse, og pasientens relasjonshistorie. Et annet svært interessant felt for å forstå endringsprosesser har rettet mer fokus på karakteristikker ved terapeuten som fasiliterer alliansen mellom pasient og terapeut. Innen statistisk metodologi studeres dette ved å se på hvordan ulike terapeutkarakteristikka predikerer, modererer eller medierer alliansen. Dette er et felt som er studert mindre, men som etter min bedømming, med rette bør være et tiltakende satsningsfelt. For å utdype hva det er ved terapeutens relasjonelle væremåte som fremmer alliansen, så har det blitt spesielt fokusert på terapeutens interpersonlige ferdigheter, evne til å kommunisere empatisk, terapeutens åpenhet og eksplorerende holdning i møte med pasientens vansker (for oversikt, se Hovarth & Bedi 2002, Norcross 2011). Kanskje det mest spennende i dag kommer fra det som av noen kalles 2. generasjons studie på allianse (Safran et al., 2002).

Den såkalte 1. generasjons allianseforskningen har belyst under hvilke betingelser endringsprosesser finner sted: Psykologisk endring i psykoterapi blir sterkest når terapeuten evner å etablere en god arbeidsallianse med pasienten. Men slik forstått så er det begrenset hva denne forskningen forteller oss om selve *mekanismen* i endringsprosessene. I tillegg har deler av denne allianseforskningen blitt kritisert for å bære preg av at den reduserer kompleksiteten i den terapeutiske relasjonen til føyelighet (ibid.): som om budskapet er at positive og hyggelige følelser mellom pasient og terapeut fremmer en god endringsprosess. For psykodynamisk orienterte psykoterapeuter er dette selvfølgelig et utilfredsstillende syn på terapeutisk prosess.

Hva forteller psykoterapiforskningen oss om endringsprosesser?

Forskermiljøet til Jeremy Safran har da også gått direkte i hartkorn med en slik kritikk. Safran med kollegaer har studier de ambisiøst kaller "2. generasjons" forskning på allianse. De tar utgangspunkt i relasjonell psykoanalyse, spesielt inspirert av Benjamin og Mitchell, som argumenterer for at selve forhandlingen mellom de to subjektene i terapirommet er i sentrum av endringsprosessene (Safran & Muran 2000). Safran argumenterer for at faktorene i utviklingen av allianse ligger i den relasjonelle reparasjonen av belastninger og brudd mellom terapeut og pasient. På denne måten rykker de inn et konfliktperspektiv i sentrum av alliansetenkningen. I motsetning til å se på allianse som en statisk størrelse, der den helst skal være bestående av enighet og varme relasjonelle bånd mellom pasient og terapeut, tegner de et bilde av at endringsprosessen i terapi foregår i selve den konfliktfylte forhandlingen av alliansen med pasienten. Det betyr at det er i de øyeblikkene i terapi der pasienten føler seg misforstått, at intervensjonene er nytteløse, at den avtalte målsettingen er håpløst fjern eller at terapeuten ikke er i stand til å empatisk forstå, at terapeuten har anledning til å arbeide på en måte som tilveiebringer endring. Videre skriver de at denne forhandlingen om alliansen foregår vekselvis eksplisitt og implisitt. Når terapiprosessen forløper greit, så er forhandlingen i bakgrunnen; for eksempel ved at terapeuten avventer en intervensjon fordi terapeuten tenker at pasienten ikke er tilgjengelig for perspektivet ennå. Et annet eksempel er når pasienten er med på å teste ut et tolkningsperspektiv selv om det ikke oppleves som treffende, men for å gi terapeuten perspektiv en mulighet til å virke. Når alliansen bryter sammen i situasjoner der pasienten blir krenket, føler seg fullstendig forlatt eller oppløst på grunn av det terapeuten sier og gjør, så rykker hele forhandlingen i forgrunnen. Så Safran og medarbeidere understreker at de med forhandling ikke sikter til overflatisk enighet, men reelle konfrontasjoner mellom subjekter med tidvis motstridende synspunkter, ønsker og agendaer (Safran et al., 2002).

Empiriske studier av betydningen av forhandlingsperspektivet er foreløpig mer begrenset, men det finnes enkelte studier som støtter argumentet. Studier av for eksempel Golden & Robbins (1990), Gelso & Carter (1994) har identifisert stadier i utviklingen av allianse. De finner at begynnelsen av en terapi er ofte preget av en håpefull og motivert pasient. Så kommer en fase med ambivalens der pasienten stiller spørsmål ved hva terapien kan bidra med. Dersom denne fasen kan håndteres og forhandles om, kommer gjerne en fase der alliansen er styrket og avslutningen av behandlingen kan bearbeides.

Safran med kollegaer (Safran et al., 1990) har også gjennomført en kvalitativ studie av 15 terapisesjoner som var selektert ut av et utvalg på 29 pasienter.

Ved å nærstudere sesjoner der alliansebrudd hadde nådd en viss grad av løsning, utviklet de en modell for måten forhandling av allianse kan foregå på. I korthet går det ut på at de fant 4 stadier i forhandlingen: For det første, at terapeuten retter oppmerksomheten mot en markør på alliansebrudd. De fant spesielt to former for markører på brudd; tilbaketrekning og konfrontasjon. Det andre stadiet i forhandlingen er at terapeuten tar initiativ til å utforske erfaringen rundt alliansebruddet. Det tredje stadiet er at terapeuten tar initiativ til utforskningen av eventuelle tegn på tilbaketrekning og tillukking fra pasientens side. Det fjerde stadiet innebærer at terapeuten utforsker de interpersonlige skjemaene som ligger til grunn for og er medbestemmende for samhandlingsmønstret. Her fant de at det ofte i denne utforskningen sammen med pasienten fremkom et underliggende ønske eller behov som pasienten har følt blitt frustrert, avvist eller misforstått av terapeuten.

Så hva forteller allianseforskningen oss om endringsprosesser? Denne forskningen understreker betydningen av at terapeuten er trent til å lytte spesielt oppmerksomt til relasjonen med pasienten. Den anbefaler et øre til samarbeidskvaliteten mellom pasienten og terapeuten, og at dersom samarbeidskvaliteten viser tegn til å være forstrukket, belastet eller konfliktfylt, så vil en videre godartet terapiprosess være avhengig av en terapeut som har kompetanse til å identifisere det, samtale om det, eksplorere vanskelighetene mellom partene og intervenere på det. Dette er et perspektiv som sier noe om under hvilke *betingelser* endringsprosesser finner sted; og betingelsene er at terapeuten har den interpersonlige kompetansen til å forhandle om relasjonsfaktorer som allianse.

Men hva forteller forskningen om selve *mekanismene* i endringsprosessene? Her blir den empiriske forskningen noe mer uklar. Det blir vist til forklaringer på hvordan fokus på allianse er en mekanisme for psykologisk endring, men jeg mener at disse forklaringene hviler mer på den konseptuelle modellen forskerne bringer med seg inn i studiene *før* den empiriske undersøkelsen har begynt. For eksempel viser Safran og Muran (2000) til relasjonell psykoanalytisk tenkning, spesielt inspirert av Mitchell, om at pasienter utvikler seg ved å lære å forhandle om sine egne behov opp mot andres behov. Det kan virke som de forstår dette relasjonelle forhandlingsperspektivet fra psykoanalytisk teori som om det handler om å lære noe. Som om psykologisk endring i terapi ligger i en læringsmekanisme der målet er å erverve "generalizable skills". Et enkelt eksempel som kan illustrere ideen om en slik type endring er: Pasienten får sammen med terapeuten en anledning til å bryte sine antagelser om å bli avvist når han/hun er åpent kritisk til terapeuten. Tanken i dette eksemplet er da at pasienten lærer at egen relasjonsforventning om avvising *ikke* alltid rea-

Hva forteller psykoterapiforskningen oss om endringsprosesser?

liseres selv om en hevder egne behov. Men er et læringsperspektivet optimalt for å anskueliggjøre hvordan en pasient endrer seg?

I et objektrelasjonsperspektiv vil ikke læringsaspektet – for eksempel at pasienten erfarer at terapeuten ikke responderer i tråd med en forventning – være det fremtredende. Endringen i det nevnte eksempelet vil kunne forstås mer i lys av at pasienten får en anledning til å ta tilbake projeksjoner om at andre personer alltid avviser en. Og det sentrale i et slikt objektrelasjonsteoretisk perspektiv vil da være pasientens *emosjonelle arbeid* med å ta tilbake projeksjonene. Dette kan innebære at pasienten kommer til å kjenne på hvordan han selv kanskje er den som har liten kapasitet til å være sammen med andre. Hos en annen pasient kan samme tema gi en emosjonell kontakt med hvordan hun forventer at andre skal avvise fordi dette inngår i fantasier som holder intimitetssavn på følelsmessig avstand. Vi kan tenke oss mange ulike fantasier, forsvarsstrategier og objektrelasjoner som tematisert i den samme dynamikken hos ulike pasienter. Poenget mitt her er at dette er en endringsprosess som ikke primært foregår ved at pasienten lærer noe ved at en forventning brytes eller at pasienten lærer en ferdighet (“skill”). Tanken er mer at endringen skjer ved at pasienten kommer i kontakt med avspaltede deler av seg selv, og kan finne måter å leve med de på nye måter. Det er nok slik at det i all endring er en komponent av læring – som når en får en innsikt eller utvikler en mestringsstrategi. Poenget her er om denne læringskomponenten nødvendigvis er i sentrum av psykologisk endring i psykoterapi, eller om det er andre faktorer som ligger nærmere en terapeutisk prosessforståelse. Et eksempel på det siste kan være de utvidede emosjonelle erfaringene en får tilgang til når en tar tilbake sine projeksjoner.

Affektintegrasjon

Det vil nå presenteres enkelte studier og forskningsprosjekter der fokus er på affektintegrasjon og endringsprosesser som foregår inni i pasienten. Dette er psykoterapiforskning som er opptatt av hva som endrer seg inne i pasienten, og det har spesielt et fokus på strukturelle endringer i følelseslivet.

Affektbevissthet

Etter mitt skjønn har vi et spesielt interessant forskningsprosjekt i Norge med Jon Monsen og en rekke medarbeidere, som har utviklet begrepet og studiet av affektbevissthet. Affektbevissthet er definert som evnen til å identifisere, tolerere, nonverbalt uttrykke og begrepsmessig uttrykke 9 spesifikke affekter. De 9 spesifikke affektene er interesse, glede, frykt, sinne, skam, tristhet, misunnelse,

skyld og hengivenhet/ ømhet. Affektbevissthet operasjonaliseres videre som en gradering av fire dimensjoner: identifikasjon, toleranse, nonverbalt- og begrepsmessig uttrykk av de 9 affektene (Monsen et al., 1996, Monsen & Monsen, 1999). Det har også blitt utviklet et semistrukturert intervju (ACI) med henblikk på å måle disse aspektene ved affektbevissthet (Monsen et al 1996).

Ved å knytte affektbevissthetsmodellen opp til Tomkins skriptteori, der kjernebegrepene er scene og skript, så er dette en kompleks modell om hvordan affektintegrasjon kan forstås i psykoterapi. Modellen både angir anbefalinger for terapeutiske intervensjoner, måleinstrumenter for å registrere endring i affektintegrering og utfall på variabelen som intervensjonene er rettet mot. Det har blitt gjennomført psykometriske studier for å teste konstruktvaliditeten til affektbevissthet (Solbakken et al., 2011). Det er også gjennomført utfallsstudier på effekten av affektbevissthetsterapi (Monsen et al 1995). For tiden arbeider Monsen og kollegaer med å utvikle prosessmetodikk for studere nærmere sammenhengen mellom ulike intervensjoner innen affektbevissthetsterapi og utfall.

Så hva forteller denne forskningen oss om endringsprosesser? Jon Monsen studerer hvorvidt og hvordan affektintegrering kan avstedkomme endringer som slår positivt ut på symptomforbedring og bedring av interpersonlige problemer. Forskningen viser dermed at arbeidet med affekter i terapi er i selve kjernen av terapeutiske endringsprosesser. Denne forskningen sier ikke bare under *hvilke betingelser* en slik endring kan skje, men har også en konseptuell modell for *hvordan* den skjer. Dette springer ut av det kliniske arbeidet med å utvikle modellen, samt senere studier på effekten av modellen. Affektbevissthetsterapi beskriver hvordan endringsprosesser kan forløpe ved at terapeuten inviterer pasienten til å elaborere på et tema og en scene, det vil si beskrive detaljert om en situasjon som pasienten er opptatt av. Deretter vil terapeuten eksplorere følelsen i situasjonen, fremme personlige refleksjoner over hva som skjer, og hvilke organiserende prinsipper (skript) som er bestemmende for samspillsmønsteret og følelsen i situasjonen. Ved å eksplorere den affektive opplevelsen i situasjonen og de styrende prinsippene for relasjonen og affekten, arbeides det med gjenkjenningen, toleransen og nonverbale- og begrepsmessig uttrykk av affekten.

Mentalisering

Forskning på mentalisering er ledet av Peter Fonagy, Mary Target og Anthony Bateman. Studiet av mentalisering er et område der det er gjort mye arbeid, og som legger et grunnlag for videre prosessstudier. Mentalisering kan i korthet

Hva forteller psykoterapiforskningen oss om endringsprosesser?

defineres som evnen til å forstå seg selv og andres atferd i lys av indre mentale tilstander (Fonagy et al., 2002, Fonagy & Bateman, 2006). Innen mentaliseringsforskningen er det skrevet en manual som beskriver mentaliseringsfremmende intervensjonsformer (Bateman & Fonagy, 2007), det er utarbeidet et måleinstrument for å registrere endring i reflekterende funksjon (Fonagy et al 1997), det er foretatt kontrollerte studier på utfallet av mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy 1999, 2001 og 2009) og det er foretatt kassustudier som illustrerer hvordan endringsmodellen kan gi forståelse av utfallet av mentaliseringsbasert psykoterapi (Fonagy et al., 2002).

Innen mentaliseringsforskningen vil det her spesielt trekkes frem hvordan de tiltakende kan bruke tverrfaglig kunnskap innen nevrofysiologi, psykoanalyse og psykoterapiforskning for å belyse endringsmekanismer. Fonagy og medarbeidere har blitt opptatt av de nevrofysiologiske mekanismene som ligger til grunn for den observerte tilknytningsatferden mellom barnet og omsorgspersonene. Ut ifra den nevrofysiologiske forskningen kan det synes som om tilknytning og mentalisering er interagerende, men uavhengige nevralt strukturer. De spekulerer på om det er slik at mentaliseringsevnen hos borderline pasienter blir forstyrret i relasjonelle situasjoner der tilknytningssystemet er aktivert (Fonagy & Bateman, 2006). De fortsetter argumentet slik at dersom dette er tilfelle, noe som ikke er sikker kunnskap i dag, så kan vi tenke oss at psykoterapi virker affekt- og relasjonsintegrerende nettopp hvis terapeuten evner å bli et tilknytningsobjekt som samtidig holder den mentaliserende og affektintegrerende refleksjon i gang. De argumenterer for at psykoterapi virker fordi terapi er en paradoksal sosial situasjon som avkrever at to nevrologiske systemer som er gjensidig hemmende på hverandre er aktivert samtidig (ibid). Poenget er at det er nettopp det at en pasient knytter seg til sin terapeut, og at de sammen får til å reflektere om hva som foregår mellom dem, som kan være selve kjernen i endringsprosesser. For at terapeuten skal få til dette, så må vedkommende utføre en balansekunst mellom å opprettholde en optimal intensitet i tilknytningsrelasjonen og en optimal kompleksitet i mentaliseringen. De resonnerer videre at det kanskje er denne paradoksale situasjonen i psykoterapi, som kan forklare at alle psykoterapimetoder synes å ha like god effekt – at mentalisering er “the core element of change” i psykoterapi. På en måte kan en si at fordi alle psykoterapimetoder håndterer overføringen mellom pasient og terapeut, med ulike grad av teoretisk og refleksiv tydelighet, så fasiliterer de psykologiske endringsmekanismer. Fonagy og kollegaer er likevel ambisiøse nok til å forsøke å utvikle en psykoterapimetode som arbeider nærmest mulig endringsmekanismerne; og deres kandidat for det er å arbeide med mentalisering.

Affektive indikatorer på en psykoterapeutisk prosess

Nok et forskermiljø på affekters betydning i terapi finner vi Tyskland, og det ledes av Rainer Krause og Jörg Merten. De har studert ulike områder av psykoterapiprosesser med en interessant metodologi der de foretar mikroanalyser av ansiktsuttrykkene hos pasient og terapeut mens de responderer på hverandre. På denne måten kan de følge endringer i det affektive uttrykkene i ansiktene til pasient og terapeut og knytte dette opp til temaet de snakker om (Krause & Merten, 1999; Dreher et al., 2001; Merten, 2005).

I en av kassustudiene skriver de at med et slikt design så tar de mål av seg å studere den ubevisste interaksjonen mellom partene (Dreher et al., 2001). Premisset er at ansiktet uttrykker en del av den ubevisste kommunikasjonen mellom partene. Med et slikt oppsett kan de finstudere hvor vanskelig det er for terapeuten å identifisere på et bevisst nivå mange av de negative følelsene som utspiller seg mellom dem. Spesielt blir de opptatte av hvordan forakt forstyrrer endringsprosesser i terapi. De får også tydeliggjort hvordan ubevisste utageringer innebærer en splitt mellom et emosjonelt uttrykk og en emosjonell erfaring: at pasient og terapeut uttrykker sterke negative affekter overfor hverandre, som forakt, men gjenkjenner det ikke, og dermed ikke blir "herre" over påvirkningen disse følelsene har på dem. De bruker kasset til å illustrere hvordan terapi kan lede til en negativ terapeutisk reaksjon hvis terapeuten *ikke* identifiserer og intervensjonerer på den emosjonelle dynamikken som utageres i relasjonen.

Nok en gruppe forskere her i Norge med Anna von der Lippe i spissen (von der Lippe et al., 2008) har gjennomført en studie med spesielt fokus på en undergruppe pasienter som ikke endrer seg i terapi. De analyserte data ved hjelp av SASB (Structural Analysis of Social Behaviour, Benjamin, 1974) i tre sesjoner i 14 terapier som viser en positiv endring og det samme i 14 terapier som viser en negativ endring. De fant blant annet at terapier med negativ endring var kjennetegnet av en høyere, og økende, fiendtlighet mellom pasient og terapeut, og at pasientene i denne gruppen avviste i større grad terapeutens intervensjoner. Videre i denne negative endringsgruppen svarte ikke terapeutene tilbake med samme fiendtlighet, men de var mindre bekreftende overfor disse utfordrende pasientene enn mot pasienter med mindre fiendtlige utspill. I studien kunne den negative endringsprosessen registreres tidlig i forløpet, og de kunne følge hvordan terapeuten ikke evnet å komme seg ut av den negative spiralen: at det er et drag mot fiendtlighet. De konkluderer dermed med betydningen av at terapeuter får trening i å øke evnen til å identifisere og tolerere negative interaksjoner i psykoterapi, og med det øke kompetansen til å arbeide med brudd i alliansen med pasienten.

Hva forteller psykoterapiforskningen oss om endringsprosesser?

Terapeutvariabler

Til nå har studier som viser betydningen av den terapeutiske relasjonen blitt presentert, via forskningen på allianse, og studier som viser betydningen av affektene i relasjon for endringsprosessen. Dersom terapeutens oppgave er å fasilitere en terapeutisk relasjon som kan virke endringsfremmende på affekt- og relasjonsintegrering, så blir terapeutens egen subjektive opplevelse og erkjennelse også potensielt betydningsfull. Det er jo en terapeut som skal være sensitiv for relasjonen til pasienten, så terapeutens sensitivitet blir viktig. Så hva kan studier på terapeutvariabler fortelle oss om endringsprosesser?

Wampold (2001) har gjennom en rekke studier, der han statistiske re-analyserer andres empiriske studier, argumentert overbevisende for at betydningen av terapeutkarakteristikker for utfallet er en oversett, men kritisk faktor. Flere studier viser at terapeuteffekten i prosess og utfall av psykoterapi er stor, og forklarer mer av forskjellen enn ulike terapeutiske metoder. Studier av hva disse forskjellene består i er ennå ikke mange, men dette er et felt som øker i omfang der terapeuten studeres av pasienter, eksterne observatører eller avgir selvrappport over egne opplevelser og det terapeutiske arbeidet.

Det foregår også forskning på terapeutens emosjonalitet og relasjonelle kompetanse, slik det kommer til uttrykk i terapeutens evne til å håndtere motoverføring. Motoverføring er et komplekst klinisk fenomen som har blitt definert på mange måter. Gelso og Hayes (2002) viser til tre hoveddefinisjoner av motoverføring som har blitt brukt i den empiriske forskningen på fenomenet. Den *klassiske* oppfatningen beskrev motoverføring som terapeutens egen ubevisste konfliktfulle reaksjon på pasientens overføring. Motoverføring blir her slikt forstått som terapeutens overføring på pasienten, og er dermed noe terapeuten skal arbeide med å unngå at utageres. Den *totalistiske* oppfatningen ble utviklet fra 1950-tallet og utover. Ifølge denne oppfatningen er alle terapeutens emosjonelle reaksjoner viktige, noe som bør studeres og forstås. Til sist nevner de den *komplementære* oppfatningen som forstår motoverføring som motstykket til pasientens overføring. Den komplementære definisjonen av motoverføring avgrenser fenomenet til de reaksjoner i terapeuten som kan forstås å stå til pasientens relasjonelle væremåte.

Gelso og Hayes (ibid) argumenterer for at den komplementære definisjonen er mest egnet for forskning. Dette fordi den komplementære definisjonen bare fokuserer på de reaksjonene i terapeuten som står til pasientens overføring. Et annet perspektiv tas av forfatteren som i egen studie tar i bruk en motoverføringsforståelse som står innen den totalistiske tradisjonen (se Stänicke, 2010).

Empirisk forskning på håndtering av motoverføring har foregått i det spede siden 1950-tallet. Likevel er det fortsatt få kvantitative og kvalitative empiriske studier på motoverføring. Gelso & Hayes (2002) viser i et oversiktskapittel hvordan den empiriske forskningen på dette feltet så langt har mer bekreftet den kliniske kunnskapen på feltet fremfor å utvikle ny kunnskap. Overordnet støtter de empiriske studiene at håndtering av motoverføringsreaksjoner er et sentralt element i virksomme terapeutiske relasjoner. Spesielt er dette vist i studier der en har funnet en klar sammenheng mellom utagering av motoverføring og negativt utfall av terapien. Den empiriske forskningen på motoverføring er underveis, og har så langt utviklet både forskningsdesign og måleinstrumenter (Counter-transference Factors Inventory) som utgjør et grunnlag for videre forskning på motoverføring.

Diskusjon

Et utvalg prosessstudier på psykoterapi som fokuserer på affekter og relasjonsfaktors betydning er presentert. Utvalget er selektert i den hensikt å vise bredden og kompleksiteten i den empiriske psykoterapiforskningen på endringsprosesser i dag.

Hvordan kan vi oppsummere kunnskapen vi har om endringsprosesser i psykoterapi basert på empiriske studier? Denne empiriske forskningen viser betydningen av å arbeide med pasientens aktualiserte affekt i relasjonen til terapeuten – affekt i relasjon er i selve sentrum av terapeutisk endringsarbeid. I tillegg ble det trukket frem forskning som indikerer at det er betydningsfullt at terapeuten er i stand til å håndtere de affektive reaksjonene som relasjonen vekker i ham eller henne – at terapeuten må ha en kompetanse til å håndtere sine motoverføringsreaksjoner på en slik måte at de fasiliterer terapiprosessen og ikke hindrer den.

I denne sammenheng er det også interessant å nevne STOPP studie som var ledet av Rolf Sandell (Sandell et al., 2000). I en kvantitativ studie der intensiv psykoterapi ble sammenliknet med psykoanalyse fant de at behandlingsmetodene bare kunne kritisk skilles fra hverandre på utfallsmål dersom en tok hensyn til hvordan det gikk med pasientene etter avslutning av behandlingene: Psykoanalyse-pasientene viste en tydeligere post-behandlingsprosess enn pasientene som hadde gått i psykoterapi. Rolf Sandell har sammen med kollegaer undersøkt videre hva som kjennetegner endringsprosessene i de to pasientgruppene (Falkenström et al., 2007). Sett i lys av den presenterte forskningen er det kanskje mulig å tenke seg at analysepasientene fortsatte med et endrings-

Hva forteller psykoterapiforskningen oss om endringsprosesser?

arbeid i lang tid etter avsluttet behandling, fordi psykoanalyse er en behandlingsform som med sitt intense fokus på overføringen arbeider med pasientens aktualiserte affekt i relasjonen til terapeuten. Pasienten får i det langvarige og intense relasjonsarbeidet i en psykoanalyse muligheten til å internalisere terapeutens funksjon, og med det fortsette egenarbeidet etter endt behandling. Funksjonene som pasienten internaliserer kan være ulike, for eksempel fra selvstøttende strategier, selv-analytisk evne til økt objekt-tillit (Falkenstöm et al., 2007; Stänicke, 2011). Analytikeren arbeider parallelt med å håndtere sine motoverføringer på en slik måte at de skal fasilitere forståelsen av relasjonen. For å si det med Fonagys psyko-biologiske perspektiv: Det at en behandlingsrelasjon aktiverer tilknytningssystemet samtidig som analytikeren legger til rette for å opprettholde den gjensidig utelukkende psykologiske refleksjonen om relasjonen, er en sterk virksom faktor i endringsprosesser, også i psykoanalyse.

Men hva går denne empiriske forskningen glipp av? Hva er de overordnede problemene og begrensningene med denne forskningen? Umiddelbart er det ett problem som står frem. Den empiriske prosessforskningen har som mål av seg å si noe om endringsprosesser i terapi, men etter min mening er det tidvis svært vanskelig å forstå selve endringsprosessen innen disse studiene (se også Merten, 2005; Kazdin, 2007). Ta for eksempel allianseforskningen: Allianse er operasjonalisert som et prosessmål, men det kommer ikke klart frem hvordan forhandling om allianse endrer noe i pasienten. På en måte er det som om denne allianseforskningen, og mange av de andre studiene også, er sterkere på å si noe om de *betingelsene* som må ligge til rette for at endring skal skje. Der- som vi forstår det som om forskningen mer studerer under de betingelser endring finner sted, så har den mye å fortelle oss: De empiriske studiene forteller oss at terapeuten må være i stand til å forhandle om alliansen, håndtere egne motoverføringer og ikke utagere dem, terapeuten og pasienten må fokusere på affektene i relasjonen osv.

Avslutning

Hva er endringen, selve essensen i en psykologisk forandring? Dette er et spørsmål som knytter seg mer opp til *mekanismene* for endring. På punktet om å klargjøre mekanismene for endringsprosesser virker ofte ikke studiene sterkere enn de konseptuelle føringer de legger inn i studien: Det er som om kvaliteten i den teoretiske modellen forskerne har med seg inn i forskningen, bestemmer studienes evne til å belyse selve endringen. Studie på affektbevissthet og mentalisering er to unntak innen empirisk psykoterapiforskning. De er eksempler

på teoretisk komplekse modeller som setter mål av seg å si noe om selve endringsmekanismene. Derimot bærer allianseforskningen mer preg av å ikke ha en integrert teori, men at den mer låner litt her og der. Så det kan synes som om spørsmålet om under hvilke betingelser endring skjer er et empirisk spørsmål, mens forståelsen av endringsmekanismer foreløpig langt på vei er et teoretisk spørsmål.

Den empiriske psykoterapiforskningen har kompleks metodologi, kreative forskningsdesign og begrensede teorier, mens kunnskapsfeltet fra klinikerne har komplekse og tvetydige teorier, men relativt sett enkel forskningsmetodologi. Det synes som om det fortsatt er behov for å differensiere etablerte endringsmodeller ytterligere. Konseptuell forskning og utvikling er viktig også for at den empiriske forskningen skal komme videre. Den empiriske forskningen synes i tiltagende grad å bestrebe seg mot triangulær metodebruk: at psykologisk endring studeres ut ifra flere tilnærminger som kan sammenliknes. Uansett, ut ifra kunnskapsfeltet på dette området synes det ikke i dag å være et grunnlag for overmot når det kommer til å melde inn en bestemt terapimetode som den beste for verken spesifikke psykiske problemer eller for alle pasienter. Vi er likevel kommet noe nærmere i vår forståelse av sentrale faktorer i endringsprosesser i psykoterapi.

Litteratur

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2007). Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder. Oslo: Arneberg.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2009). RCT of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1363.
- Benjamin, H. M. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81: 392-425.
- Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 16, 252-260.
- Dreher, M., Mengele, U., Krause, R. & Kämmerer, A. (2001) Affective Indicators of the Psychotherapeutic Process: An Empirical Case Study. *Psychotherapy Research*, 11/1: 99-117.
- Duncan, B., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M. (red.). (2010). *The Heart and Soul of Change. Delivering what works (2 utg.)*. Washington DC: American Psychological Association.

Hva forteller psykoterapiforskningen oss om endringsprosesser?

- Falkenström, F., Grant, J., Broberg, J. & Sandell, R. (2007). Self-analysis and post termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 55/2: 629-674.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Target, M. (1997). Reflective-functioning manual. Version 4.1. For application to adult attachment interviews. London: University College London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York; Other Press.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Mechanism of change in mentalization based treatment of borderline personality disorder. *Journal of clinical Psychology*, 62, 411-430.
- Freud, S. (1912). The Dynamics of Transference. . *Standard edition*, vol. 12.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counselling Psychology*, 41, 296-306.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (2002). The management of countertransference. In *Psychotherapy relationships that work*, ed. Norcross, J. C. New York: Oxford University Press.
- Golden, B. R. & Robbins, S. B. (1990). The working alliance within time-limited therapy. *Professional psychology: Research and practice*, 21: 476-481.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In *Psychotherapy relationships that work*, ed. Norcross, J. C. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3: 1-27.
- Krause, R. & Merten, J. (1999). Affects, regulation of relationship, transference and countertransference, *International Forum of Psychoanalysis*, 8: 103-114.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Lippe, A.L. von der, Mønsen, J.T., Rønnestad, M.H. & Eilertsen (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432.
- Merten, J. (2005). Facial microbehavior and the emotional quality of the therapeutic relationship. *Psychotherapy research*, 15/3: 325-333.
- Mønsen, J., Odland, T., Faugli, A., Daae, E. & Eilertsen, D. (1995). Personality Disorder: Changes and Stability after Intensive Psychotherapy Focusing on Affect Consciousness. *Psychotherapy Research*, 5, (1): 33-48.
- Mønsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T. & Ødegård, P. (1996). Affects and Affect Consciousness: Initial Experiences With the Assessment of Affect Integration. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5: 238-249.
- Mønsen, J. T. & Mønsen, K. (1999). Affects and affect consciousness – a psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect and script theory within the framework of self psychology. In, ed. Arnold, G. *Pluralisms in self psychology. Progress in self psychology*. Hillsdal: The analytic press.
- Norcross, J. C. (ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (ed.) (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence based responsiveness*. (2. edition). New York: Oxford University Press.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 154-165.

- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In *Psychotherapy relationships that work*, ed. Norcross, J. C. New York: Oxford University Press.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Brogerg, J., Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 81:921-942.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E. & Monsen, J. T. (2011). Assessment of Affect Integration: Validation of the Affect Consciousness Construct. *Journal of Personality Assessment*, 93 (3): 257-265.
- Sterba, R. (1934). The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 15: 117-126.
- Stänicke, E. (2010) *Analytic change after analysis. A conceptual case-based follow-up study*. Doctoral thesis (PhD). Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo.
- Stänicke, Erik (2011). Different Ways of Moving Ahead After Analysis: Changes in Experiential Dimensions. *Psychoanalytic psychology*. 28(2), s 229-246.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Abstract

Several studies have concluded that psychotherapy works. However, understanding the mechanisms of change of psychotherapeutic success has proved a challenging aim. The last 20 years has accumulated a huge base of studies on processes of change in therapy. This cumulative knowledge base has been increasingly focused on the therapeutic relationship and the role of affects as important vehicles of change. The present article aims at presenting some of this process-research while discussing some of its implications and limitations. Studies that are especially focused on relations and affects were selected. Some important Norwegian contributions are presented and discussed in more detail. The author discusses how this field of research still struggles with grasping the mechanism of change, yet gradually developing better instruments, designs, methods and models of understanding the essence of psychotherapy.

Key words: psychotherapy research, processes of change, therapeutic relation, affects.

Boganmeldelse

Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne

Redigeret af: Torben Heinskou og Steen Visholm.
Hans Reitzels Forlag. København, 2011.
432 sider. 445 kr. ISBN: 9788741255194

Matrix, 2012; 2, 166-169

Anmeldt av Marie Elbinger Gramstrup

I 2004 udkom bogen *Psykodynamisk organisationspsykologi. På arbejde under overfladen*. Bogen var banebrydende inden for det organisationspsykologiske felt, idet den introducerede og udfoldede en psykodynamisk systemteori, og gav inspiration til, hvordan man kan forstå og nærme sig de ubevidste processer i grupper og organisationer. Bogen har inspireret mange ledere, konsulenter og medarbejdere i organisationer i de forgangne år.

I efteråret 2011 udkom så bind II – *på mere arbejde under overfladerne*. Redaktørerne er de samme, og forfatterskaren til de i alt 16 kapitler er også denne gang erfarne psyko-

loger, læger, ledere og konsulenter inden for det organisationspsykologiske felt, som underviser på den organisationspsykologiske uddannelse under Institut for Gruppeanalyse eller på masteruddannelsen i organisationspsykologi på Roskilde Universitetscenter.

I den velskrevne, inspirerende og samfundskritiske indledning til bogen, skrevet af de to redaktører, fremgår, at forfatterne i bind II har ønsket at videreudvikle den tænkning og de teorier og metoder, som blev præsenteret i bind I. Hensigten har været, at bogen skulle kunne stå alene, selv om den bygger videre på den basistænkning, som præsenteres i bind I.

Marie Elbinger Gramstrup, privatpraktiserende psykolog og certificeret organisationsanalytiker fra Institut for Gruppeanalyse i Århus. E-mail: meg@erhvervspsykologerne.dk

Bogens 16 kapitler er inddelt i fem temaer, som her kort skal præsenteres.

Det første tema, Grupper og Organisationer, rummer kapitlerne: "Organisationskultur", "Følelser i organisationer – psykodynamiske perspektiver", "Negativ formåen og kreativitet", "Mobning i organisationer – når det ikke er sjovt" og "Mindfulness på arbejde". I disse kapitler bringes klassisk psykodynamisk teori og tænkning i dialog med nyere eller bare andre perspektiver og tilgange til individ, gruppe og organisation. Eksempelvis diskuterer Peter Kofoed og Steen Visholm i kapitlet om følelser i organisationer, hvordan Bion, Stern og Fonagys perspektiv om at tænkningen udvikles af følelser i mor-barnrelationen kan sættes i forhold til den almindelige opfattelse af splittelse mellem fornuft og følelse. Der sættes et stort spørgsmålstejn ved at betragte følelser som irrationelle og som noget individuelt. Med inddragelse af teorien om spejlneuroner og en påstand om en parallel mellem spejlneuroner og objektrelationer argumenteres for, at følelser og tænkning er relationelle størrelser. Der præsenteres herefter fem vignetter om følelser i organisationer, og kapitlet afsluttes med denne sætning: "Ved at arbejde med følelser baner man vejen for, at medarbejdere og ledere kan bru-

ge deres tænkning i hovedopgavens tjeneste."

Det andet tema, Ledelse, rummer kapitlerne: "Uklare roller i postmoderne organisationer – om ledelse og selvstyrende grupper", "Ledelse og mentalisering", "Køn, lederskab og følgeskab" samt "Ledelse i den postmoderne organisation – fra roller i struktur til personer i relationer". Denne del af bogen er sammen med bogens tredje del de mest anvendelsesorienterede. I delen om ledelse analyseres, diskuteres og perspektiveres væsentlige ledelsesmæssige temaer og dilemmaer som eksempelvis selvstyrende grupper, mentaliseringskompetencen som en nødvendighed i de postmoderne organisationer, og hvad der sker, når mentaliseringskompetencen svækkes, kønstemaet som en art forsvarsmekanisme, og roller herunder søskenderivalisering, samt læring og kreativitet. En central pointe i flere af kapitlerne er, at frustration er uomgængelig hos medarbejdere og ledere, og der tales for en tilgang til ledelse, som går ud på "ledelse via containing".

Det tredje tema, Konsulentperspektivet, rummer kapitlerne: "Psykoynamisk konsulentarbejde i organisationer" og "Psyodynamisk coaching". Som sagt er denne del anvendelsesorienteret, og forfatterne illustrerer på en meget pædagogisk måde, hvad det vil sige at

arbejde som konsulent på et psykodynamisk grundlag. En essentiel pointe i denne del af bogen er, at den konsulent, som arbejder med overføring og modoverføring, med klarlægning af klientens "organisation i tankerne" samt med de ubevidste lag, nødvendigvis selv må have været klient og have arbejdet tilstrækkeligt med sig selv foruden at have et solidt teoretisk fundament.

Det fjerde tema, Arbejdskonferencer, indeholder to kapitler: "Arbejdskonferencer – Danish Design" og "Hvordan kan arbejdskonferencer evalueres?" De to kapitler rummer rigtigt gode beskrivelser og forklaringer på, hvad arbejdskonferencer er, og hvad deres rationale er, samt hvorfor det er så svært at evaluere deltagernes udbytte af disse konferencer.

Det femte tema, Refleksioner, indeholder en indholdsmæssig mere ujævn sammensætning af kapitler: "Evaluering og dokumentation", "Magt, figuration i gruppe og organisation" – et kapitel som lige så vel kunne have indgået i bogens første tema, samt "Magt og leg – en fortælling om nedrakning og idealisering". Alle kapitlerne rummer spændende perspektiver og tankevækkende pointer. Samlet set står den relationelle tankegang også som en klar pointe i kapitlerne i denne del af bogen. Måske

har kapitlerne dog det til fælles, at de bringer den relationelle tankegang og andre pointer ind i en større samfundsmæssig kontekst, som ligger ud over gruppe- og organisationsperspektivet. På den måde sluttet ringen, da indledningen til bogen netop også tog afsæt i et samfundsperspektiv.

Denne gennemgang giver velsagtens et nogenlunde indtryk af, hvilken slags bog, der er tale om. Samtidig er fremstillingen kun et lille krads i overfladen, da bogen rummer langt flere pointer, krøller og finurlige perspektiver og dybder. Det er dejligt befriende, at forfatterne i bogen tillader sig at være kreative og tænke nye tanker og tør lade den klassiske psykodynamiske tankegang og begrebsverden spille bold med nyere, postmoderne eller bare anderledes tilgange til det organisationspsykologiske felt. Bogen kan varmt anbefales, og den rammer helt sikkert sin målgruppe, som er ledere, mellemledere og konsulenter, som arbejder med ledelse, grupper og dynamiske processer i virksomheder, samt studerende på relevante videregående uddannelser. Men andre med interesse for gruppedynamik og livet i organisationer vil bestemt også kunne have stor glæde af at læse bogen.

Bogen indeholder en hel del gentagelser og overlap, hvis man læser den fra ende til anden, men det kan

være svært at undgå med en antologi, og det er nok de færreste, som læser bogen i ét stræk, da den i højere grad opfordrer til, at man læser de kapitler, man interesserer sig for eller lige står og mangler inspiration i forhold til.

Forfatterne har haft en målsætning om, at bogen skal kunne stå alene, uden man har læst bind I. Det kan den måske også, men man vil få langt mere ud af at læse bogen, hvis man har orienteret sig i bind I, eller hvis man i forvejen har læst Freud, Klein, Bion og Winnicott m.fl. Omvendt kan bogen måske tjene som inspiration til at gå på opdagelse i den psykoanalytiske litteratur, hvis altså ikke læseren er

stået af de steder, hvor forfatterne jonglerer lidt rigeligt med begreber fra psykoanalytisk teori.

I det hele taget vil bogen givetvis kunne møde kritik for at anvende begreber hentet fra individualpsykologien på grupper og organisationer. Det kan jo diskuteres, om en gruppe eller en organisation eksempelvis kan siges at have mentaliseringskapacitet, og hvorvidt en gruppe eller en organisation har mulighed for at opleve "behov", "motivation" og "mening".

Men i bogens ånd kan man med en vis ret mene, at man vel er nødt til at lege med begreberne for at forstå mere om, hvor grænserne går.



DISPUK

Narrative og poststrukturalistiske perspektiver

SUPERVISIONSKURSUS: WEEKENDFORLØB I BERLIN MED ANETTE HOLMGREN

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

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

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

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

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

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

MICHAEL WHITE EFTERMIDDAGE NARRATIVE SAMTALER LIVE

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

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

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

WORKSHOP OG SEMINAR: VOLD OG TRAUMER

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

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

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

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

WORKSHOPS MED JOHN WINSLADE, USA:

SKOLER, UDDANNELSESSTEDER & SSP

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

Konflikter og udveje:

Den bedst mulige historie

Workshopen henvender sig til personer, som vil introduceres til narrativ konfliktforståelse og konflikt håndtering.
Snekkersten den 8. juni 2012 • Holdnr. 824-12

2-ÅRIG KLINISK SPECIALISTUDDANNELSE: NARRATIV PSYKOTERAPI

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

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

Med Anette Holmgren og Anne Romer

Start forår 2013 i Snekkersten
Holdnr. 790-13

Hverdagspoetisk praksis

Samtaler, terapi, coaching, supervision, workshops, kurser & efteruddannelser

www.dispuk.dk