

EMPIRISK INDGANG TIL DEN ANALYTISKE TOLKNING

Carsten René Jørgensen

Den analytiske tolkning er traditionelt blevet tildelt en helt central placering i den psykodynamiske psykoterapi. I artiklen skitseres en række fremtrædende forsøg på at operationalisere den analytiske tolkning med henblik på empirisk udforskning, ligesom der redegøres for nogle af de mange vanskeligheder som knytter sig til en klinisk valid udforskning af de talrige komplekse faktorer i forbindelse med brugen af den analytiske tolkning – herunder vurderingen af den enkelte tolknings kvalitet, timing og relationelle kontekst mv.

»What is the main weapon in the analyst's armoury? Its name springs at once to our lips. The weapon is, of course, interpretation« (Strachey 1934)

» .. endlich ist nicht zu vergessen, daß die analytische Beziehung auf Wahrheitsliebe, d.h. auf die Anerkennung der Realität gegründet ist und jeden Schein und Trug ausschließt.« (Freud 1937a:387f)

»The nature of the analytic relationship and the analytic process is profoundly changed when one defines oneself as a collaborator in developing a personal narrative rather than as a scientist uncovering facts« (Mitchell 1993:74)

Allerede i Freud & Breuers hysteristudier (1895) ses de tidlige rødder til den analytiske tolkning, der dog først egentlig introduceres i den unge Freuds hovedværk »Drømmetydning« (1900), hvor den analytiske tolkning (»Deutung«) præsenteres som et redskab til at afdække den manifesterede drøms bagvedliggende/skjulte betydninger. Med afsæt i Freuds topografiske personlighedsmodel er det hér tolkningens mål at afdække den latente drøm, at gøre det ubevidste bevidst.

Som bekendt betragter den tidlige Freud psykopatologi som et resultat af fortrængte eller ikke verbaliserede belastende oplevelser tidligt i persons liv (den såkaldte forførelses eller traumeteori), og i forlængelse af dette er den væsentligste opgave i brugen af den analytiske tolkning at afdække de faktiske historiske begivenheder som menes at ligge til grund for patientens vanskeligheder. I takt med at Freud forlader sin forførelses/traumeteori sker et afgørende skift i forståelsen af tolkningens kliniske rationale; målet er ikke længere at afdække (eller rekonstruere) faktiske historiske begivenheder men at bidrage til at verbalisere og give patienten adgang til ikke-verbaliserede/fortrængte følelser, fantasier og erindringer, som ikke nødvendigvis er »objektive« men oplevede af den enkelte patient. Allerede hos den tidlige Freud ses således en begyndende erkendelse af det praktisk umulige i at ville skelne imellem på den ene side patientens »objektive« historie eller den »objektive sandhed« om patientens indrepsykiske fungerer og på den anden side affektivt besatte fiktioner om patientens fortid osv. (Brev til W.FlieB 1897:264). Freud skelner også imellem erindringer »fra« barndommen i modsætning til erindringer »om« barndommen (Freud 1899:553). Senere synes Freud dog at vende tilbage til sin tidlige opfattelse af tolkningen som en re-konstruktionsproces med det mål at afdække patientens »objektive« historie og »objektive« dynamiske relationer imellem indrepsykiske instanser (f.eks.Freud 1937b).

Man kan tale om analytisk tolkning på to niveauer; (1) terapeutens egen udlægning af skjulte betydninger og latente konflikter i patientens materiale, adfærd osv. og (2) terapeutens formidling af sin forståelse af patientens materiale og adfærd til patienten. I den tidlige psykoanalyse blev i praksis ikke foretaget en sådan skelnen imellem terapeutens forståelse af patienten og formidlingen af denne – det var den almindelige opfattelse at terapeuten i princippet blot skulle kommunikere sin forståelse til patienten i takt med at han selv mente at forstå patienten.

Med introduktionen af den strukturelle personlighedsmodel ændres forståelsen af den analytiske tolkning. Tolkningens overordnede mål bliver nu at styrke jeg'ets position i spændingsfeltet imellem det'et, overjeg'et og den ydre realitet – og man bliver opmærksom på nødvendigheden af at tage højde for bl.a. jeg'ets aktuelle tilstand og funktionsniveau i formulering og timing af den analytiske tolkning. Betydningen af, hvornår terapeuten siger hvad og på hvilken måde, bliver genstand for opmærksomhed, og man lægger stadig større vægt på, at patienten må være parat eller gøres parat til at modtage en tolkning for at denne kan have positiv effekt. »Vor viden om det ubevidste [er] ikke ligeværdig med patientens viden; hvis vi blot meddeler ham vor viden, får han den ikke i stedet for sit ubevidste, men ved siden af dette, og meget lidt er blevet anderledes« (Freud 1917:344). I forlængelse af dette bliver det klart, at den uheldigt

timede tolkning ofte fremkalder modstand hos patienten, og at arbejdet med og fortolkningen af patientens modstand i en del tilfælde må have første prioritet.

Der opereres med en række generelle forudsætninger hos patienten, som må være tilstede for at den analytiske tolkning kan have positiv effekt; patienten må være mindst normalt begavet, motiveret for psykodynamisk terapi (enighed om at psykodynamisk terapi er en meningsfuld metode til behandling af patientens vanskeligheder), i besiddelse af rimeligt velfungerende jeg-strukturer, som kan modtage og bearbejde tolkningen, ligesom der må være et vist mål af subjektiv lidelse, som kan medvirke til at holde patienten i behandlingen trods frustration og psykologisk smerte. Hertil må patientens forsvarsmekanismer være istand til at beskytte patienten imod affektiv oversvømmelse, ligesom patienten må opleve terapeutens tolkninger som udtryk for et ønske om at hjælpe – også når de tilbudte tolkninger konfronterer patienten med pinefulde oplevelser mv. (Pine 1984:55).

Afgrænsning af den analytiske tolkning

I den psykoanalytiske litteratur findes mange forskellige og ud fra en empirisk betragtning for de flestes vedkommende desværre ganske mangelfulde definitioner af den analytiske tolkning. Laplanche & Pontalis (1967: 227) taler om den analytiske tolkning som en metode til at afdække og formidle latente betydninger af, hvad patienten siger og gør, imens Greenson definerer den analytiske tolkning ved sit mål, nemlig at bevidstgøre den ubevidste mening, kilde, historie eller årsag til en given psykisk begivenhed – en proces som typisk kræver flere interventioner (Greenson 1967:39). Thomä & Kächele (1985:277f) afgrænser tolkningen til de interventioner som sætter patientens materiale i sammenhæng med førbevidste og ubevidste faktorer og således søger at (gen)oprette opløste eller endnu ikke etablerede sammenhænge i patientens bevidsthed. Kernberg (1989:24) definerer tolkningen som, de interventioner der »forbinder bevidste manifestationer med ubevidste determinanter, aktuel adfærd i sessionerne med adfærd i patientens ydre virkelighed og med kausale forhold i patientens fortid, og overføring med barndommens genkaldte virkelighed«. Endelig taler Loewenstein (1951:19) om de analytiske tolkninger som, de verbale interventioner der fremkalder indsigt eller på anden måde øger patientens viden om sig selv og sin fungeren.

Overordnet kan man definere den analytiske tolkning som en verbal intervention, der har til hensigt at belyse mening/betydning i og determinerende faktorer bag patientens materiale, oplevelse og adfærd. Målet kan bl.a. være at belyse, hvorledes patientens symptomer, vanskeligheder

og adfærd her-og-nu i den terapeutiske relation eller udenfor terapien er forbundet med eller manifestationer af f.eks. indrepsykiske konflikter, interpersonelle konflikter, gentagelse af tidligere oplevelser og gentagne mønstre i patientens samspil med sin omverden mv.¹

Traditionelt skelnes imellem den »almindelige« analytiske tolkning, som fokuserer på patientens indrepsykiske dynamik og historie, og overføringstolkningen, hvor fokus er rettet imod, hvorledes indrepsykiske eller historiske faktorer hos patienten influerer på eller udspiller sig i patientens relateren sig til terapeuten her-og-nu. Herunder skelner visse teoretikere imellem (1) den dynamiske eller funktionelle tolkning, som er rettet imod forskellige delelementers dynamiske placering i patientens indrepsykiske balance (f.eks. hvorledes en given adfærd hos patienten kan fungere som forsvar imod bestemte oplevelser, hvorledes et givent symptom kan have adaptive funktioner osv.), (2) den genetiske tolkning, som forsøger at sammenkoble patientens aktuelle fungeren med fortidige hændelser, oplevelser osv. (f.eks. fortolkning af adfærd her-og-nu som forsvar imod at opleve en gentagelse af fortidige hændelser), og (3) rekonstruktionen, hvor terapeuten sammenstiller forskellige erindringsfragmenter fra patienten og søger at udfylde huller i patientens erindring. Endelig udskiller en række teoretikere (4) modstandstolkningen som en selvstændig tolkningskategori – fokus er hér baggrunden for patientens modstand imod opnåelse af ny indsigt, erkendelse af faktorer i overføringen osv. Ofte vil den konkrete tolkning operere på flere af disse niveauer samtidig, som når f.eks. den historiske og genetiske tolkning forsøger at afdække, hvorledes et givent symptom tidligere har været funktionelt for patienten i bestemte situationer, eller modstandstolkningen som inkluderer en eksplicit reference til overføringen her-og-nu.

I den moderne to-person psykologi skelnes endvidere imellem to former for analytiske tolkninger; nemlig (I) den mere klassiske intra-personelle tolkning, hvor der søges efter årsag-virkning relationer imellem afgrænsede dele af patientens indrepsykiske strukturer (jf. indre-psykiske konflikter), og (II) den inter-personelle tolkning, som påpeger årsag-virkning relationer imellem to eller flere personer (jf. inter-personelle konflikter). Den interpersonelle psykoanalytiker Edgar Levenson (1985:53) taler også om, at man bør skelne imellem, at søge sandheden bag patientens fremtræden (i indrepsykiske og historiske faktorer), og at søge sandheden i patientens fremtræden her-og-nu (i patientens aktuelle samspil med terapeuten).

Endelig må den analytiske tolkning naturligvis afgrænses fra de beslægtede analytiske redskaber; (a) konfrontationen, hvor terapeuten henleder patientens opmærksomhed på elementer hun hidtil har undgået – emotioner, impulser, fantasier osv. hos patienten, som hun ikke er fuldt bevidst

om i øjeblikket, og (b) klarifikationen, hvor terapeuten gentager og søger at klargøre, hvad patienten allerede har sagt, og centrale elementer af patientens materiale bringes i centrum for den fælles opmærksomhed (Sandler et.al.1992:178). I praksis er psykoanalysens fire væsentligste terapeutiske redskaber; klarifikation, konfrontation, tolkning og gennemarbejdning, intimt forbundne.

Tolkningen som terapeutisk virkningsfaktor

Man kan tale om to yderpoler i opfattelsen af den analytiske tolknings kliniske status; (1) at indholdet af den analytiske tolkning har afgørende betydning for patientens terapeutiske udbytte, og (2) at den terapeutiske relation og spillet imellem patient og terapeut er primære i opnåelsen af terapeutiske resultater, og den analytiske tolkning blot er et blandt flere mulige redskaber, der kan bidrage til at etablere terapeuten som et nyt objekt, hvor patienten dels kan opnå indsigt i hidtidige patologiserende samspilmønstre, dels kan opleve her-og-nu, at hidtidige belastende samspilmønstre ikke nødvendigvis gælder alle interpersonelle relationer (den korrektive emotionelle erfaring). Blandt de teoretikere som primært fokuserer på det terapeutiske potentiale i indholdet af den analytiske tolkning (relativt uafhængigt af den terapeutiske relation) kan udskilles to markante traditioner med væsensforskellige opfattelser af de virksomme faktorer bag tolkningens indhold, terapeuten's rolle i det terapeutiske arbejde osv.; den klassiske og den narrativt analytiske forståelse af tolkningen.

Indenfor den mere klassisk orienterede psykoanalyse og psykodynamiske psykoterapi betragtes den analytiske tolkning som det helt centrale redskab til at udløse terapeutisk forandring. Med afsæt i den psykoanalytiske driftsteori og indrepsykiske konfliktmodel antages det, at den analytiske tolkning via patientens opnåelse af indsigt i og opløsning af sine indrepsykiske konflikter får frigivet den libidinøse energi som hidtil har været bundet til disse konflikter. Ved at afdække skjulte betydninger af patientens symptomer og ophæve fortrængninger styrkes jeg'ets position i forhold til det'et, overjeg'et og den ydre realitet – herunder styrkes sekundærprocesserne i patientens fungeren og den hidtidige gentagelsestvang i patientens psykiske fungeren ophæves. I forlængelse af dette tilstræbes det indenfor den klassiske énperson psykologi, at terapeuten fra positionen som den mere eller mindre neutrale, ikke personligt involverede observatør giver patienten »objektive« informationer om dennes psykiske fungeren².

Den moderne psykodynamiske toperson psykologi lægger afstand til den klassiske driftsteori, patologiforståelse og behandlingsteori. Opmærksomheden rettes hér imod dels patientens konflikter i relation til andre men-

nesker, dels imod eventuelle mangler i patientens personlighedsstrukturer forårsaget af mangler i tidlige forældre-barn relationer (Jørgensen 1997a:16ff). Hermed ændres også den analytiske tolknings status – den har ikke længere samme dominerende placering blandt de terapeutiske redskaber, og dens terapeutiske rationale henføres nu til både tolkningens indhold og til processen omkring arbejdet med den analytiske tolkning og tolkningens relationelle implikationer; den »gode« tolkning betragtes som afsæt for patientens oplevelse af kontakt, omsorg, empati, og for patientens følelse af at blive set, hørt og forstået, der kan medvirke til at igangsætte den hidtil blokerede udviklingsproces. Brugen af den analytiske tolkning ses som en kompleks relationel begivenhed, der giver patienten informationer om terapeutens relation til patienten, samtidig med at den bidrager til at etablere terapeuten som et nyt objekt, hvor patientens hidtidige patologiserende samspilmønstre netop ikke gentages (Mitchell 1988:294), og patienten igennem metakommunikation og arbejde med sin interagerer med terapeuten her-og-nu opnår indsigt i, hvorledes hun fungerer i samspil med andre. I forlængelse af dette opgives illusionen om den neutrale observerende terapeut endegyldigt, og det erkendes at terapeutens person, adfærd osv. uundgåeligt influerer væsentligt på patientens oplevelse og adfærd i den terapeutiske interaktion (overføringen er ikke kun relateret til patienten men et produkt af interaktionen med terapeuten), ligesom den reale relation eller terapeutens adfærd/ageren i samspillet med patienten tillægges central betydning for det terapeutiske udbytte.

Indenfor den narrative gren af den psykodynamiske psykologi antages, at det terapeutisk virksomme i den analytiske tolkning knytter sig til dannelsen af et nyt mindre belastende og mere sammenhængende narrativ om selvet og dets historie, som kan integrere en større del af patientens oplevelser og en større del af selvet end patientens hidtidige fortælling om selvet og dets historie. Dette betyder også, at den klassiske og den moderne psykoanalyse opererer med væsensforskellige kriterier for, hvorledes man vurderer tolkningens »rigtighed« og kvalitet.

Tolkningens »sandhed«

De klassisk orienterede analytikerens opfattelse af terapeutens opgave kan sammenlignes med detektiven, som leder efter spor til at rekonstruere historien og menneskers motiver, arkæologen, der tilsvarende søger at rekonstruere fortiden, og den klassiske historiker, hvis væsentligste opgave er at skabe et så vidt muligt nøjagtigt billede af fortiden og samspillet imellem de mange komplekse faktorer bag historiske begivenheder (Mertens & Haubl 1996, Haubl & Mertens 1996). Implicit antages det, at patientens symptomer, adfærd osv. har en på forhånd givet mening – at

patientens vanskeligheder er »objektivt« forbundet med og determineret af bestemte psykodynamiske faktorer hos patienten, og med ubevidste mønstre og betydninger hos patienten, som igen eventuelt kan være forbundet med bestemte oplevelser/hændelser i patientens fortid. Terapeutens væsentligste opgave er herefter at afdække disse givne men hidtil skjulte sammenhænge og formidle dette til patienten, og den »rigtige« tolkning er defineret ved, at dens indhold korresponderer med patientens faktiske (»objektive«) psykodynamik og historie. »Løsningen af hans konflikter og overvindelsen af hans modstande lykkes kun, når man har givet ham sådanne forestillingsbilleder, som *stemmer overens med virkeligheden i ham*« (Freud 1917:357).

I sidste instans implicerer dette, at der i princippet findes én »rigtig« forståelse af patientens vanskeligheder og årsagerne til disse, og at patientens materiale og adfærd (i overføringen) lægger op til bestemte tolkninger. I overensstemmelse med den naturvidenskabelige erkendelsesteori antages, at terapeuten i princippet har mulighed for at opnå en privilegeret adgang til (erkendelse af) patientens indre psykodynamik, oplevelse og historie – at terapeuten kan få et ydre, neutralt og i den forstand objektivt blik på patientens adfærd og materiale, som kan være basis for »objektive« tolkninger. »A view from nowhere« (Nagel 1985) på patienten som i forskellige udgaver forbindes med terapeutens frit svævende opmærksomhed (Freud), at lytte med det tredje øre (Reik), at gå til patienten uden hukommelse eller begær (Bion) osv. Det må i denne forbindelse bemærkes, at enhver aktiv lytning er konstruerende og uundgåeligt søger at skabe mening og sammenhæng i patientens fortælling med udgangspunkt i en bestemt psykologisk teori mv. – og positionen som den neutrale eller objektive lytter er en teoretisk konstruktion som ikke lader sig realisere i praksis. Den beskrevne ideale observatør ville i princippet skulle indtage en guddommelig position. Endelig belastes det klassiske synspunkt; at der i princippet findes én objektiv og dækkende opfattelse af patientens psykodynamik, væsentligt af det almindeligt kendte faktum, at analytisk trænedede terapeuter sjældent er enige om fortolkningen af et givet klinisk materiale – en manglende reliabilitet i anvendelsen af tolkningen som, udfra den valgte (naturvidenskabelige) referenceramme er ganske problematisk og stiller spørgsmålstejn ved de tolkningernes validitet.

Blandt andet med udviklingen af driftteorien forsøgte Freud at leve op til sin samtids krav om fysisk-kemiske forklaringsmodeller – og mere overordnet søgte han at bringe psykoanalysen i samklang med naturvidenskabernes positivistiske videnskabsideal, hvor der primært søges efter kausale sammenhænge og forklaringer af observationer med henvisning til samspil imellem klart adskilte og observerbare faktorer. Habermas (1973:301) har peget på dette som ét blandt flere udtryk for, hvad han har

kaldt psykoanalysens scientistiske misforståelse af sig selv. Han betragter psykoanalysen som en ny humanvidenskab, imens psykoanalysen selv søger anerkendelse som en naturvidenskabelig disciplin, hvilket bl.a. betyder at den analytiske tolkning sættes ind i en naturvidenskabelig kontekst med en række metodekrav (herunder at den analytiske tolkningens indhold skal korrespondere med »virkeligheden« i patienten) som er ude af trit med psykoanalysen som terapeutisk metode.

Den klassisk orienterede del af psykoanalysen antager altså, at den analytiske tolkning opnår sine resultater i kraft af en overensstemmelse (på indholdsniveau) med »objektive« faktorer i patientens psykodynamik og historie; den »gode« tolkning afdækker »kendsgerninger« i patientens psykodynamik eller historie og tilbyder »rigtige« forklaringer af patientens symptomer, adfærd osv.

Inspireret af bl.a. socialkonstruktivismen, den sproglige vending indenfor filosofien (hvorefter »sandheden« er sprogligt bestemt) og den generelle skepsis overfor naturvidenskabernes forskningsmetoder og krav på »objektiv« erkendelse er i de seneste årtier opstået, hvad man kan kalde en hermeutisk eller eksplicit humanvidenskabeligt orienteret del af psykoanalysen – med hovedkræfter som Donald Spence (1982), Paul Ricoeur (1977) og Roy Schafer. Her sammenlignes terapeutens position i brugen af den analytiske tolkning med æstetiker, poeten, retorikeren og fortælleren, der alle har det tilfælles, at de på forskellig vis konstruerer fortællinger (narrativer), som primært skal opfylde en række retoriske og æstetiske »sandhedskriterier«. Endvidere må tolkningen »ramme« eller på anden måde træde i forbindelse med patientens oplevelse af sig selv og sin omverden. Den analytiske tolknings sandhed forbindes primært med, det som indenfor filosofien kaldes koherenteorien om sandhed (et krav om indre sammenhæng/indre troværdighed i fortællingen), og bestræbelsen på at tegne et »objektivt« billede af patientens funktion som korresponderer med eller svarer til en objektiv realitet (patientens historie, indre psykodynamik osv.) afvises som udtryk for en naiv realisme i forståelsen af den menneskelige psykologi.

Det erkendes at enhver observation og fortolkning er bundet til en bestemt teori om og udlægning af verden, til observatørens person osv., og positionen som den objektive og neutrale observatør og fortolker af verden betragtes som illusorisk. Terapeutens oplevelse og efterfølgende tolkning af patientens vanskeligheder, adfærd osv. er styret af den psykodynamiske teori – én blandt flere mulige udlægnings af eller narrativer om menneskets psykologiske udvikling og funktionen – hvilket betyder, at den autoritative psykodynamiske udlægning af patientens vanskeligheder og årsagerne til disse forudsætter en videnskabelig fundering af den psykoanalytiske teoribygning, som endnu langt fra er etableret. Den

klassisk analytiske ide om, at det i princippet er muligt at nå til en korrekt og udtømmende forståelse af et fænomen, afløses af en opfattelse af verden som grundlæggende tvetydig, hvor der gives flere mulige »sande« udlægninger af et fænomen. Der opereres ikke længere med den klassiske dikotomisering i sandt eller falsk – det interessante er snarere, i hvor høj grad den enkelte tolkning passer på patientens oplevelse og psykodynamiske fungeren (der tales også om »goodness of fit«).

Det erkendes endvidere, at terapeutens person og adfærd, patientens overføring og det aktuelle samspil imellem patient og terapeut har væsentlig indflydelse på patientens adfærd, på hvilket materiale patienten præsenterer, og på hvordan det præsenteres – herunder at patienten altid (bevidst eller ubevidst) ønsker at præsentere et bestemt billede af selvet og ønsker at fremkalde bestemte reaktioner hos/fra terapeuten. Alt sammen faktorer som undergraver muligheden for at tegne et »objektivt« billede af patientens historie og fungeren fra en neutral position. Terapeuten påvirker uundgåeligt sit observationsmateriale – patientens adfærd i den terapeutiske relation – ligesom patienten i en vis udstrækning kontrollerer terapeutens oplevelse og fortolkning af det terapeutiske materiale. Det uundgåelige samspil imellem patient og terapeut – og ikke mindst terapeutens reaktioner på patienten – er både den væsentligste kilde til information om patienten og den væsentligste »fejlkilde«, hvis målet er et »objektivt« billede af patientens indrepsykiske dynamik, historie osv.

Den analytiske tolkning er resultat af en fælles meningsskabende proces, hvor målet er at konstruere et nyt narrativ om patientens historie, person og psykiske fungeren. Der stræbes altså ikke efter en »objektiv« sandhed om patienten men efter en narrativ sandhed (blandt flere mulige), som giver patienten en ny beskrivelse/en ny fortolkning af sig selv og sit liv, indskriver oplevelser i nye sammenhænge, giver mening, sammenhæng og »forklaringer« af eventuelle belastende oplevelser, og generelt indskriver patientens liv og oplevelser i en voksen logik med hjælp fra den voksnes sprog. Herunder betragtes den konstruerede fortid og det konstruerede billede af patientens psykologi som et her-og-nu i den forstand, at der i en vis udstrækning er tale om en konstrueret fiktion der er passende og meningsfuld udfra, hvor patienten befinder sig her-og-nu (Mitchell 1993:59).

Sat på spidsen har uenigheden imellem den klassiske og den moderne (spec. den narrativt og interpersonelt orienterede) psykoanalyse rødder i filosofien, hvor bl.a. Rorty (1989) med afsæt hos Nietzsche ønsker at gøre op med den klassiske forståelse af; at der gives en éntydig »sandhed«, som findes ved at »afdække« en realitet (f.eks.:patientens psykodynamik) bag den umiddelbare fremtrædelse (f.eks.:patientens adfærd), og at essensen skal søges »under overfladen«. I modsætning til dette me-

ner Rorty, at overfladen ér essensen, og at den såkaldte »sandhed« skabes eller »konstrueres« i sociale relationer ved hjælp af det verbale sprog som også er menneskeskabt³. Vi har så at sige ikke adgang til en objektiv realitet som tolkningen kan sammenholdes med; den oplevede realitet er altid allerede resultat af en fortolkning fra et bestemt perspektiv.

Kliniske kriterier til vurdering af den analytiske tolknings indhold

De almindeligt anvendte kliniske kriterier for vurdering af den analytiske tolknings kvalitet tager udgangspunkt i dels patientens direkte og indirekte reaktioner på tolkningen, dels i terapeutens egen mere intuitive oplevelse af sin tolknings kvalitet. Fælles for disse kliniske vurderinger af tolkningen er, at de udfra en forskningsmæssig betragtning er ganske utilfredsstillende, bl.a. fordi det er vanskeligt at afgøre, hvorvidt patientens reaktion på en given tolkning primært er bestemt af tolkningens indhold, af faktorer i samspillet med terapeuten her-og-nu (at patienten tilfredsstiller terapeutens behov eller ønsker at fremkalde bestemte reaktioner hos terapeuten osv.), eller af tolkningens relationelle kontekst (at tolkningen opleves empatisk, støttende osv.), ligesom terapeutens egen »evidensfølelse« kan have rødder i modoverføringen, terapeutens overvurdering af egen tolkningskompetence, uhensigtsmæssig bekendelse til de psykologiske teorier, der er grundlag for tolkningens udvikling osv.

Overordnet er dette en problemstilling som også knytter sig til spørgsmålet om, hvorvidt og i givet fald i hvilken udstrækning en etableret enighed imellem patient og terapeut om, at en given tolkning er »rigtig«, er udtryk for, at terapeuten har været i stand til at afdække faktorer hos patienten, og patienten således har opnået en ny indsigt i sin egen funktion, eller det snarere er udtryk for, at patienten ganske langsomt har overtaget (tilpasset sig) terapeutens forståelse af sine vanskeligheder og hvordan disse skal løses. I sidstnævnte tilfælde er den enkelte tolkning »sand« i den udstrækning den er i overensstemmelse med det nye narrativ om patienten, som er under udvikling i samarbejde med terapeuten – et narrativ som tager sit afsæt i og nødvendigvis vil blive farvet af en bestemt teori om den menneskelige psykologi. Endelig kan en tilsyneladende »enighed« om en tolknings sandhed være udtryk for faktorer i samspillet imellem patient og terapeut (f.eks. patienten der vil tilfredsstille terapeuten i håbet om at få noget til gengæld).

Anvendes patientens reaktioner på tolkningen i vurderingen af tolkningens indhold støder man uundgåeligt på mindst to problemer; (1) at patientens reaktioner kan være umiddelbare og/eller først manifestere sig efter nogen tid, og (2) at patientens reaktioner kan være mere eller mindre observerbare og i den forstand mere eller mindre tilslørede og genstand

for fortolkning. Hertil kommer dels, som påpeget af bl.a. Grünbaum (1993:34f), at patienten ikke har den særligt privilegerede adgang til (via introspektion) at vurdere »rigtigheden« af en tolkning (men nok om tolkningen er meningsfuld og i den forstand »rigtig« og brugbar), som er forudsætning for at lægge afgørende vægt på patientens egne direkte reaktioner, dels at patientens afvisning af en tolkning som formelt er »korrekt« på indholds niveau kan være determineret af en uheldig timing, dårlig alliance på tolkningstidspunktet osv. (jf. Greenson 1967:301)⁴. Endelig kan patientens reaktioner på den analytiske tolkning generelt, som hævdet af en række teoretikere, være primært bestemt af den implicerede meta-kommunikation og af mere relationelle elementer fremfor af tolkningens eksplicite indhold (Modell 1990:87). Patientens oplevelse af og reageren på den enkelte tolkning er således intimt forbundet med det aktuelle samspil imellem patient og terapeut – og det er ud fra en klinisk betragtning væsentligt, at terapeuten også er opmærksom på patientens »relation« til den enkelte tolkning (Mitchell 1995:82).

Vælger man at fokusere på, hvorledes patienten selv modtager og tager stilling til tolkningen, bør skelnes imellem patientens stillingtagen til den analytiske tolkning på to niveauer; (1) patientens umiddelbare og mere eller mindre direkte udtrykte mening om tolkningens »rigtighed«, og (2) patientens indirekte og primært ikke-bevidste stillingtagen til tolkningen – manifesteret ved bevægelser i patientens adfærd overfor terapeuten, ændringer i patientens involvering i det terapeutiske arbejde, ændring af patientens angstniveau, modstand osv.

Allerede Freud (1937b:400ff) beskæftigede sig med, hvorledes man kan vurdere tolkningens kvalitet på basis af patientens reaktioner umiddelbart efter tolkningen. Freud mente ikke at man ukritisk kan sætte lid til patientens direkte og bevidste stillingtagen til terapeuten's tolkninger – men at man primært må kigge efter, hvad han kalder indirekte bekræftigelser i form af, at patienten umiddelbart efter tolkningen producerer nyt materiale med forbindelse til aktuelle tema (nye erindringer, associationer til og videreudvikling af tolkningen mv.) eller på anden måde bekræfter tolkningen uden at tage direkte stilling til dens indhold; f.eks. med reaktioner af formen: »Det har jeg ikke tænkt på« eller forløsende latter (Lotz 1988:8). Endvidere har bl.a. Greenson (1967) peget på, at de tilfælde, hvor patienten senere (eventuelt i efterfølgende session) vender tilbage til en tolkning for at arbejde videre med denne, må betragtes som udtryk for tolkningens validitet. Anvendelsen af patientens reaktioner kompliceres af, på den ene side, at en »korrekt« tolkning kan være uden effekt i længere tid (jf. Loewenstein 1951:22), og på den anden side, at en »forkert« tolkning i visse tilfælde kan have positiv effekt (jf. Glover 1931:400).

Freud mener, at patientens afkræftigelse af en given tolkning typisk er

udtryk for patientens modstand, fremkaldt af tolkningens indhold eller andre faktorer i den terapeutiske situation. Tilsvarende mener han, at patientens umiddelbare bekræftigelse af tolkningen kan være udtryk for, at patienten på det mere bevidste plan er tilfreds med, at en »ukorrekt« tolkning hjælper hende til at undgå kontakt med kernen i sine vanskeligheder og emotionelt provokerende/pinefulde oplevelser. Han mener endog, at en forværring af patientens tilstand umiddelbart efter en tolkning i visse sammenhænge (i forbindelse med den såkaldte negative terapeutiske reaktion) må betragtes som en bekræftigelse af tolkningens indhold. Den eneste sikre tolkning af patientens eventuelle afvisning af en tolkning er, ifølge Freud, at betragte denne som udtryk for, at tolkningen er ufuldstændig (ikke i tilstrækkelig grad inddrager patientens modstand osv.), og kun den fortsatte terapi kan afgøre tolkningens kvalitet (Freud 1937b: 402).

Der er siden Freud sket nogen udvikling i den analytiske forståelse af, hvorledes man kan inddrage patientens reaktioner i tolkningsvalideringen – det er bl.a. blevet foreslået, at et umiddelbart fald i patientens modstand og angstniveau, en forøgelse af patientens emotionelle nærvær og styrkelse af patientens selvindsigt og parathed til at se på, og arbejde med psykodynamiske faktorer bag egne oplevelser og reaktionsmønstre, kan ses som udtryk for tolkningens »rigtighed« (jf. Joyce & Piper 1996:65). Dette har dog ikke ændret ved det grundlæggende problem som knytter sig til den psykoanalytiske anvendelse af patientens reaktioner i tolkningsvalideringen; nemlig at patientens reaktioner på tolkningen i sig selv gøres til genstand for fortolkning (jf. f.eks. Greenson 1967:39, Haubl & Mertens 1996:107), og der således i princippet åbnes op for en uendelig regres. I en forskningsmæssig sammenhæng må det således betragtes som yderst problematisk at lægge afgørende vægt på en analytisk fortolkning af patientens reaktioner ved vurderingen af den enkelte tolknings indhold.

Samlet må man sige, at ud fra en metodisk betragtning er hverken terapeutens fornemmelse af en tolknings rigtighed eller patientens eventuelle bekræftigelse af tolkningen uafhængig af terapeutens person og teoretiske referenceramme, den terapeutiske kontekst, patientens person og personlige idiosynkrasier endside af faktorer i det øjeblikkelige samspil imellem patient og terapeut. Der er tale om fornemmelser og vurderinger, som uundgåeligt vil være kontamineret af en lang række faktorer i den terapeutiske kontekst, den terapeutiske relation og hos de implicerede parter, og som således isoleret betragtet og i en forskningsmæssig sammenhæng har begrænset værdi i valideringen af en given tolkning.

Empiriske forskningsstrategier

I den hidtidige empiriske udforskning af den analytiske tolkning kan udskilles tre forskningsstrategier; (1) antal og eventuelt koncentration af analytiske tolkninger (absolutte antal hhv. relative andel af analytiske tolkninger i forhold til terapeutens samlede antal interventioner) i et givent tidsrum af det terapeutiske forløb (typisk en enkelt eller ganske få sessioner) sammenholdes med et eller flere globale mål for terapeutisk effekt, (2) analytiske tolkningers »indflydelse« på den umiddelbart efterfølgende terapeutiske proces (kortlagt ved at se på patientens reaktioner og bevægelser i samspillet imellem patient og terapeut) i en enkelt eller ganske få sessioner sammenholdes med andre interventionsformers tilsvarende indflydelse på den terapeutiske proces, og (3) »uafhængige« vurderinger af hver enkelt tolknings indhold/kvalitet sammenholdes med efterfølgende bevægelser i den terapeutiske proces og eventuelt med øjeblikkelige eller mere globale mål for terapeutisk udbytte (jf. Henry et.al. 1994:470)⁵.

Som det fremgår, er disse strategier, ud fra en klinisk betragtning, alle relativt primitive i den forstand, at de er baseret på væsentlige reduktioner af de kliniske fænomeners kompleksitet; reduktioner som naturligvis er dikteret af netop de mange, komplekse og ukontrollable faktorer i forbindelse med terapeutens afgivelse og patientens modtagelse af den analytiske tolkning. De to førstnævnte forskningsstrategier indeholder den implicite forudsætning, at alle tolkninger i princippet er »lige gode« (også kaldt »uniformitetsmyten« indenfor psykoterapiforskningen), hvilket er åbenlyst problematisk. Alle tre strategier er baseret på, at man som et minimum er istand til at foretage en reliabel udpegning og afgrænsning af den analytiske tolkning fra terapeutens øvrige interventioner – en opgave som i praksis kan være ganske kompliceret og kræver forudgående operationalisering og konkretisering af den analytiske tolkning.

Med de mange komplekse faktorer, der må antages at interagere i arbejdet med den analytiske tolkning, er det åbenlyst, at der ikke kan udkrystalliseres enkle ensidige lineære sammenhænge imellem eksempelvis kvaliteten af den enkelte tolknings indhold og dens effekt hos patienten.

Enhver empirisk udforskning af den analytiske tolkning må som minimum tage afsæt i (1) en dokumenteret reliabel metode til udpegning af den analytiske tolkning i det undersøgte materiale. Hertil må der ideelt (2) gøres en række overvejelser over og konkrete tilløb til en vurdering af den enkelte tolknings kvalitet (indholds niveau), ligesom (3) der må foretages en vurdering af den enkelte tolknings timing og formidling, herunder en vurdering af konteksten for den enkelte tolkning; patientens øjeblikkelige tilstand, den terapeutiske alliance på tidspunkt for tolkning,

samspelet imellem patient og terapeut omkring arbejdet med tolkningen osv. Ingen enkelt undersøgelse vil kunne honorere alle disse krav, men må i fortolkningen af sine resultater tage højde for disse metodiske problemstillinger og begrænsninger i den anvendte metode.

Man må endvidere være opmærksom på, at når man i en forskningsmæssig sammenhæng forsøger at adskille faktorer som tolkningens indhold, timing, patient-terapeut samspil osv., er dette, udfra en klinisk betragtning, udtryk for et problematisk forsøg på at adskille elementer i den terapeutiske proces som ikke meningsfuldt lader sig adskille uden væsentligt tab af klinisk validitet. Tilsvarende er det, udfra en klinisk betragtning, problematisk at skelne imellem den terapeutiske effekt af eksempelvis tolkningens indhold, samspelet imellem patient og terapeut og patientens psykodynamiske reaktioner på tolkningen osv.

Forsøg på at operationalisere den analytiske tolkning

Luborsky et.al.(1979:393) definerer den analytiske tolkning som en intervention der henviser til ubevidst materiale hos patienten (motiver, forsvarskonstellationer, fortrængte impulser & fantasier osv.) eller til bagved liggende betydninger af patientens adfærd og mønstre i patientens fungeren. Senere modificerer Luborsky sin definition og taler om en tolkning, når terapeuten fremlægger mulige baggrunde for patientens tanker, følelser eller adfærd, eller når terapeuten henviser til sammenhænge imellem patientens aktuelle vanskeligheder og andre oplevelser i patientens liv (Luborsky & Crits-Christoph 1990:177).

Silberschatz et.al. (1986:647) opererer med en meget bred definition af den analytiske tolkning som; enhver intervention, hvor terapeuten foreslår eller forudsætter emotionelle faktorer (oplevelser) hos patienten ud over, hvad denne allerede selv har givet udtryk for, imens Elliot et.al. (1982:356) afgrænser tolkningen til, de interventioner som søger at forklare patientens fungeren ved at give nye informationer om årsag-virkningssammenhænge i patientens fungeren og/eller verbalisere patientens oplevelser og adfærd. Endelig definerer Gabbard et.al.(1994:63) overføringstolkningen som forklaringer med fokus på patientens følelser, holdninger og adfærd overfor terapeuten, der samtidig sammenkobler to eller flere elementer og sætter disse ind i en ny sammenhæng – typisk i form af henvisning til gentagelser af fortiden i relationen til terapeuten her-og-nu.

I forbindelse med udviklingen af et ganske lovende instrument til reliabel klassificering af terapeutiske interventioner (TIRS; Therapist Intervention Rating System) definerer Joyce & Piper (1996:67f) den analyti-

ske tolkning som en intervention, hvor fokus rettes imod ét eller flere dynamiske elementer hos patienten. Et dynamisk element afgrænses som del af en (ydre eller indre) konflikt hos patienten, der øver indre pres på en anden del af patienten – som eksempler på dynamiske elementer nævnes ønsker, angst, forsvar, affekter, tanker og adfærd (ibid). En overføringstolkning defineres yderligere som en intervention der også inddrager terapeuten og dele af aktuelle konflikter i den terapeutiske relation. Med TIRS-instrumentet er opnået en ganske tilfredsstillende reliabilitet i afgrænsningen af den analytiske tolkning fra andre terapeutiske interventioner.

Empiriske metoder til struktureret tolkningsvurdering

Som allerede antydnet kan indholdet af den analytiske tolkning vurderes ud fra to væsensforskellige referencerammer; nemlig den mere klassisk analytiske, hvor tolkningens indhold skal korrespondere med eller »afdække« patientens indrepsykiske fungeren og faktiske historie, og den narrativt analytiske, hvor tolkningens indhold skal tilfredsstillende en række æstetiske og narrative kriterier for »den sande fortælling«. Hovedparten af de foreliggende empiriske forsøg på at nå til reliable og valide vurderinger af den analytiske tolkning, som der vil blive fokuseret på i det følgende, tager ikke eksplicit stilling til denne problemstilling men placerer sig et sted imellem disse to yderpoler – med en vis implicit forkærlighed for ønsket om korrespondence imellem tolkningens indhold og en teoretisk begrundet ide om patientens »faktiske« (psykodynamiske) fungeren.

Der er i de senere år udviklet en række klinisk valide og forskningsmæssigt reliable metoder til vurdering af den analytiske tolknings indhold med henblik på empirisk forskning. Den overordnede bestræbelse i disse metoder er at åbne mulighed for en i forhold til det terapeutiske samspil relativt uafhængig vurdering af den enkelte tolknings indhold ved at sammenholde dette med en særskilt vurdering af patientens psykologiske fungeren og centrale vanskeligheder.

Den analytiske tolknings »rigtighed« (correctness) eller »præcision«/»nøjagtighed« (accuracy) defineres i denne forbindelse ved, i hvilken udstrækning den enkelte tolkning refererer til, »rammer« eller på anden måde stemmer overens med en mere eller mindre uafhængig formulering af patientens kernekonflikter, terapiens dynamiske fokus osv. Der tales også om, i hvor høj grad tolkningens indhold »korresponderer« med en uafhængig formulering af patientens konflikter.

I forbindelse med en empirisk undersøgelse af eventuelle sammenhænge imellem tolkningskvalitet og patientens umiddelbart efterfølgende reak-

tioner har Joyce & Piper (1996) efter anden session bedt den enkelte terapeut lave en skriftlig formulering af patientens centrale problemstilling med fokus på konkrete beskrivelser af tilbagevendende konflikter i patientens interpersonelle relationer og hertil knyttede belastninger af patienten (mangelende behovstilfredsstillelse, negativt selvbillede osv.). Disse tidlige formuleringer af patientens centrale interpersonelle vanskeligheder var efterfølgende udgangspunkt for uafhængige bedømmers vurderinger af hver enkelt tolknings kvalitet i interpersonelle terapiforløb. Alle tolkninger trækkes ud af det terapeutiske forløb (med henblik på at sikre at indholdsvurderingen ikke kontamineres af relationelle og interaktionelle faktorer) og det vurderes på en tre-punkt skala, hvorvidt der er stærk, moderat eller ingen korrespondence imellem den enkelte tolkning og den uafhængige formulering af patientens vanskeligheder (Joyce & Piper 1996:71f).

Selvom det ud fra en klinisk betragtning kan være problematisk at trække den enkelte tolkning ud- og vurdere dens indhold uafhængigt af den terapeutiske proces, er den anvendte metode et afgørende skridt i retning af en empirisk anvendelig vurdering af tolkningens validitet på indholds niveau. Der er endnu ikke foretaget en systematisk afprøvning af metodens reliabilitet. Imidlertid har Joyce & Piper (1996:74) ved anvendelse af denne metode været istand til at finde signifikante sammenhænge imellem kvaliteten af den enkelte tolknings indhold og patientens efterfølgende reaktioner, hvilket understøtter metodens validitet.

Silberschatz et.al.(1986) har udviklet en metode til struktureret og uafhængig vurdering af den analytiske tolkning med afsæt i Weiss & Sampsons plandiagnose system (Jørgensen 1996:130-32) som senere er videreudviklet af bl.a. Norville et.al.(1996:17f). På basis af videoptagelser af de første tre sessioner udfærdiger uafhængige bedømmere en såkaldt plan-formulering for den enkelte patient som indeholder konkrete beskrivelser af; (1) patientens mål for terapien, (2) patologiserende forestillinger, som hindrer opnåelsen af disse mål, (3) tests og prøvehandlinger, som patienten kan forventes at anvende i afprøvningen af disse forestillinger (i håbet om at terapeuten reagerer anderledes end forventet/frygtet), og (4) konkrete selverkendelser (indsigt i egen funktion), som vil kunne bidrage til at patienten når sine terapeutiske mål. Den »nøjagtige« tolkning er herefter defineret ved, at den er i overensstemmelse med patientens plan-formulering (fokuserer på patientens patologiserende forestillinger og bidrager til indsigt i disse mv.), imens tolkningen, der på indholds (eller proces) niveau er imod patientens plan-formulering, betragtes som uøjagtige og som hindringer for patientens udvikling (Norville et.al.1996:18).

Uafhængige bedømmere gennemgår plan-formuleringer for den enkelte

patient som herefter sammenholdes med indholdet (og eventuelt formidlingen) af terapeutens tolkninger (udpeget af en anden gruppe uafhængige bedømmere). Uden kendskab til det terapeutiske forløb iøvrigt vurderes den enkelte tolknings overensstemmelse med plan-formuleringen på en skala fra -3 (stærkt antiplan) over 0 (neutral), til +3 (stærkt proplan). Der er opnået rimeligt tilfredsstillende interbedømmer reliabilitet i anvendelsen af denne metode (Norville et.al.1996:22). Der er tale om en ganske ressourcekrævende forskningsstrategi. Man har således brug for tre grupper med fire til seks erfarne klinikere for (1) at udpege og afgrænse analytiske tolkninger i det undersøgte materiale, (2) formulere patientens ubevidste »plan«, og (3) sammenholde hver enkelt tolkning med planformuleringen.

Luborsky & Crits-Christoph (1990:177ff) har med udgangspunkt i det såkaldte CCRT-instrument (Core Conflictual Relationship Theme) til kortlægning af patientens kernekonflikter (Jørgensen 1996:132-35) udviklet en på mange måder tilsvarende metode til at vurdere »nøjagtigheden« af den analytiske tolknings indhold. Ud fra patientens beskrivelser af sine relationer til andre i udskrifter af videooptagne assessmentinterviews og (tidlige) terapisesioner foretager uafhængige bedømmere en systematisk kortlægning af (1) patientens ønsker/behov i interpersonelle relationer, (2) hvilke reaktioner patienten typisk oplever fra andre, og (3) hvorledes patientens selv reagerer på disse reaktioner. Vurderingen på de tre dimensioner opsummeres ved en kortfattet formulering af gennemgående konflikter og samspilsmønstre i patientens interpersonelle relationer. Det antages samtidig, at disse konflikter og samspilsmønstre er kernen i patientens vanskeligheder og således må være gennemgående fokus for det terapeutiske arbejde og ikke mindst for terapeutens eventuelle tolkninger.

For at afgøre den enkelte tolknings »nøjagtighed« sammenholder uafhængige bedømmere den enkelte tolknings indhold med uafhængige formulering af patientens kernekonflikter. I vurderingen, der foretages separat for de tre dimensioner; ønsker, andres reaktioner og egne reaktioner, anvendes en fire-punkt skala. Der er opnået en ganske tilfredsstillende interbedømmer reliabilitet i vurderingen af de tre dimensioner (Luborsky & Crits-Christoph 1990:179f).

Ved at inddrage Weiss & Sampsons Plandiagnose system og Luborskys CCRT-instrument fås en uafhængig, struktureret (reliabel) og klinisk valid formulering af patientens kernekonflikter og centrale elementer i patientens vanskeligheder og fungeren, der efterfølgende kan være basis for en vurdering af den enkelte tolknings indhold – uden de tidligere nævnte problemer omkring kontaminering af vurdering af indhold og elementer i den terapeutiske proces, terapeutiske relation osv. i tolk-

ningsvurderingen.

Der er imidlertid også en række problemer forbundet med denne forskningsstrategi. Implicit antages således bl.a., (1) at den tidlige formulering af patientens vanskeligheder og fungeren er klinisk valid og dækkende, (2) at patienten vil kunne tilslutte sig denne formulering⁶, (3) at denne tidlige formulering er dækkende i det samlede terapeutiske forløb og ikke bør ændres i løbet af terapien (hvilket specielt er problematisk i forbindelse med længerevarende terapiforløb), (4) at man meningsfuldt kan tale om ét fokus for patientens vanskeligheder og ét gennemgående og dominerende mønster i patientens samspil med andre⁷, (5) at tolkningens indhold kan vurderes løsrevet fra den terapeutiske proces og eventuelle særlige faktorer på tolkningstidspunktet (patientens øjeblikkelige tilstand, den terapeutiske alliance på tidspunkt for tolkning osv.), og endelig (6) at uafhængige bedømmere uden kontakt med patienten er istand til at foretage klinisk valide vurderinger af patienten ud fra videooptagelser af en enkelt eller ganske få sessioner. I de fleste tilfælde er hovedparten af disse antagelser ganske rimelige – men i hvert enkelte tilfælde, hvor metoden anvendes, bør man overveje de mulige implikationer ved anvendelsen af metoden. Man må endvidere være opmærksom på, at disse strategier til vurdering af den analytiske tolkning er udviklet i tilknytning til specifikke terapeutiske koncepter – og der således er en nøje overensstemmelse imellem på den ene side de foreskrevne metoder til udvikling, formulering og formidling af den analytiske tolkning, og på den anden side de opstillede kriterier for vurdering af tolkningskvalitet. Som fremhævet af Garfield (1990:276) er opfattelsen af den »korrekte« tolkning i væsentlig grad bundet til og udtryk for én bestemt referenceramme blandt flere mulige – og det må forventes at de udviklede metoder til tolkningsvurdering ikke umiddelbart kan anvendes på alle psykodynamiske behandlingskoncepter.

Vurdering af tolkningens kontekst

Den analytiske tolkning er et ganske komplekst terapeutisk redskab. Samtidig må man betragte enhver anvendelse af den analytiske tolkning som en kompleks relationel begivenhed. I den empiriske udforskning af feltet er det således ikke blot tilnærmelsesvist muligt at inddrage de mange faktorer, der af forskellige forfattere anses for centrale i arbejdet med den analytiske tolkning. Ved ethvert empirisk bidrag til forståelse af tolkningen må således foretages en række valg omkring, hvilke faktorer man vælger at betragte som de mest betydningsfulde og fokusere på, og som det samtidig er muligt at konkretisere og operationalisere rimeligt tilfredsstillende.

Blandt de betydningsfulde faktorer i tilknytning til den analytiske tolk-

ning, som må anses for at have indflydelse på tolkningens terapeutiske effekt (relativt uafhængig af om tolkningens indhold formelt er i orden), kan i flæng nævnes den terapeutiske alliance på tidspunktet for afgivelse af tolkning, patientens generelle og aktuelle tilstand (er patienten parat til at modtage og bearbejde en analytisk tolkning osv.), aktuelle elementer i samspillet imellem patient og terapeut (herunder eventuelle fremherskende overføringer og modoverføringer⁸), hvorvidt tolkningen fokuserer på temaer som er aktuelle og emotionelt nærværende for patienten på tidspunkt for tolkning⁹, og forholdet imellem faktorer som på den ene side tolkningens dybde¹⁰ og abstraktionsniveau og på den anden side patientens intellektuelle funktionsniveau og styrken af patientens jeg-funktioner. Disse problemstillinger er forbundet med begreber som tolkningens timing og den generelle diskussion af indikationsområdet for den psykodynamiske psykoterapi.

Generelt bør terapeuten præsentere enhver tolkning som en hypotese og som én mulig forståelse af patientens vanskeligheder, ledsaget af en mere eller mindre eksplicit opfordring til patienten om at respondere på og tage stilling til tolkningen. Endvidere må tolkningen generelt afgives i en »holding environment« (jf. Winnicott, 1954) med empatisk hensyntagen til patientens behov på tolkningstidspunktet.

Relativt uafhængig af, hvorvidt tolkningens indhold formelt er »korrekt« eller »korresponderer med« en uafhængig formulering af patientens centrale vanskeligheder, er der på procesniveau og i interaktionen imellem patient og terapeut på tidspunktet for tolkningen knyttet en række faldgruber til terapeutens anvendelse af den analytiske tolkning. Som fremhævet af bl.a. Henry et al. (1994) er den analytiske tolkning en high-risk high-gain intervention, der bl.a. kan belaste den terapeutiske alliance og ofte udløser modstand hos patienten, og således på længere sigt kan belaste patientens terapeutiske udbytte. I denne forbindelse er interaktionen imellem patient og terapeut i arbejdet med tolkningen af afgørende betydning. »Måske er det ikke den terapeutiske teknik som sådan der er årsag til [den fremkaldte modstand] men den interpersonelle kontekst, hvor den ofte anvendes« (Henry 1990 et al.:773).

Uden at terapeuten selv er fuldt bevidst om dette, kan den analytiske tolkning blive formidlet på en måde, der af patienten opleves som moraliserende, angribende, grænsekrænkende, unødigt angstprovokerende, udtryk for en manglende rummelighed hos terapeuten osv. – samtidig med at den analytiske teori giver terapeuten gode muligheder for at rationalisere sin aggresion overfor patienten, og fortolke patientens eventuelle afvisning af tolkningen som udtryk for patientens (ubevidste) modstand, fremfor at se de reale informationer om terapeutens tolkning og relateren

sig til patienten, som kan være indeholdt i patientens reaktioner. Det er derfor helt centralt at inddrage (bevægelser i) relationen og samspillet mellem patient og terapeut i udforskningen af den analytiske tolkning.

Ud fra både en klassisk og en moderne forståelse af den analytiske tolkning er det altså uomgængeligt at inddrage tolkningens kontekst i den empiriske forskning; skal tolkningen afdække og formidle objektive sammenhænge i patientens psykodynamik er det relevant at kigge på faktorer i samspillet imellem patient og terapeut som kan fremme hhv. hæmme en sådan proces. Skal tolkningen medvirke til at skabe ny og højere grad af mening for patienten, kan næranalyser af patientens umiddelbare reaktioner på tolkningen bidrage at afklare, om tolkningen giver mening for patienten, ligesom man naturligvis kan vælge spørge patienten direkte om hans/hendes oplevelse af den enkelte tolkningsepisode.

Kvantitative metoder til vurdering af tolkningens kontekst

I det følgende skal fokuseres på mulighederne for empirisk udforskning af samspillet imellem patient og terapeut omkring arbejdet med den analytiske tolkning, som må antages at have væsentlig indflydelse på tolkningens effekt. Samtidig må man være opmærksom på, at det kan være vanskeligt at udtale sig om de nærmere kausale forbindelser imellem indholdet af den analytiske tolkning, den terapeutiske proces omkring tidspunktet for tolkning, og eventuelle ændringer i patientens adfærd efter tolkningen – selv med meget kvalificerede analyseredskaber.

Joyce et al.(1995:53ff) har opstillet en række konkrete kriterier for den vellykkede tolkningsepisode som inkluderer (1) hvorvidt patienten på forskellig vis signalerer en parathed til at modtage en tolkning, (2) elementer af den konkrete tolkning og formidlingen af denne, og (3) patientens reaktioner på tolkningen. Forud for tolkningen må patienten have signaleret/beskrevet konkret konflikt/problem og direkte eller indirekte have givet udtryk for ubehag/belastninger i tilknytning til dette, ligesom patienten må have signaleret en parathed til at se på andre elementer af sine vanskeligheder eller andre måder at forstå disse (og eventuelt mere eller mindre direkte have bedt terapeuten om hjælp). Tolkningen må præsenteres i en generelt støttende og empatisk form, hvor terapeuten formår at rette opmærksomheden imod og verbalisere patientens aktuelle og emotionelt nærværende vanskeligheder, samtidig med at der knyttes forbindelser imellem fortid og nutid, imellem affekt og konflikt, imellem indhold og affekt eller imellem faktorer i og udenfor terapien (mulige forbindelser imellem patientens oplevelser udenfor terapien og overføringen her-og-nu). Endelig er det, som allerede nævnt, helt centralt at tolkningen præsenteres som en åben mulighed, hvor patienten inviteres

til selv at tage stilling til tolkningens »rigtighed« og anvendelighed. Med hensyn til patientens responderen mener Joyce et al., at den vellykkede tolkningsepisode er karakteriseret ved, at patienten tager stilling til tolkningens validitet og tilføjer nyt materiale til tolkningens tema. Der skelnes her imellem (1) »horisontal« elaborering, hvor patienten drager yderligere forbindelser imellem tanker, følelser og adfærd, imellem sin historie og aktuelle vanskeligheder og imellem den terapeutiske relation og interpersonelle relationer udenfor terapien, og (2) »vertikal« elaborering, hvor patienten med afsæt i tolkningen foretager yderligere differentieringer/nuanceringer af sine oplevelser, konflikter og vanskeligheder. Overordnet er det endvidere væsentligt, at terapeuten formår at fastholde fokus for samtalen igennem hele tolkningsepisoden (og konfrontere patienten med eventuelle forsøg på at skifte fokus) og at patienten er parat til at holde fokus på sig selv.

Ved ethvert forsøg på at inddrage patientens såkaldte »indirekte stillingtagen« i sin vurdering af den analytiske tolkning vil man uundgåeligt blive konfronteret med de allerede nævnte vanskeligheder omkring en teoristyret fortolkning af patientens adfærd. Joyce et al.(1995:50) har imidlertid udviklet et reliabelt redskab, der fokuserer på bevægelser i patientens terapeutiske arbejde umiddelbart efter en tolkning som udtryk for patientens indirekte stillingtagen til tolkningens kvalitet. På basis af videooptagelser vurderer uafhængige bedømmere patientens reaktioner i det første minut efter en tolkning med fokus på, hvorvidt patienten (1) fastholder fokus på sig selv, (2) fastholder fokus på tolkningens indhold/tema, og (3) tilføjer nyt og betydningsfuldt materiale til tolkningen (i form af f.eks. reference til paralleller i andre relationer, reference til psykodynamiske faktorer osv.). Opfylder patientens reaktion på den analytiske tolkning ét og helst flere af disse tre kriterier (hvorefter Joyce et al. taler om en »working response«) kan man med en vis rimelighed betragte dette som udtryk for, at patienten har modtaget og (indtil videre) accepteret den pågældende tolkning – omend dette kun indirekte fortæller noget om tolkningens indhold og de problemer, der som allerede nævnt knytter sig til overhovedt at spørge om en tolknings »rigtighed«.

Ønskes et mere globalt mål for kvaliteten af samarbejdet og relationen imellem patient og terapeut på tidspunkt for tolkning, som samtidig er ganske enkelt at administrere, kan med fordel anvendes et af de almindeligt anerkendte spørgeskemaer til kortlægning af den terapeutiske alliance. Både CALPAS (California psychotherapeutic alliance scale) og WAI (Working alliance inventory) består af en række spørgsmål med fokus på forskellige elementer af den terapeutiske alliance; enighed imellem patient og terapeut om mål og metode i det terapeutiske arbejde, kvaliteten af det emotionelle bånd imellem patient og terapeut osv. (se evt. Jørgensen 1998). Spørgeskemaerne, der kan besvares af både patient, te-

rapeut og uafhængige bedømmere, giver et ganske godt og klinisk validt billede af aktuelle relation og samarbejde imellem patient og terapeut. Talrige undersøgelser har vist, at kvaliteten af den terapeutiske alliance er af stor betydning for effekten af det terapeutiske arbejde – og det må antages, at kvaliteten af den terapeutiske alliance på tidspunktet for den analytiske tolkning er af afgørende betydning for, hvorledes patienten modtager og eventuelt arbejder videre med terapeutens tolkninger. Da kvaliteten af den terapeutiske alliance ofte, og specielt i arbejdet med mere forstyrrede patienter, varierer væsentligt i det samlede terapeutiske forløb, bør WAI og CALPAS ideelt besvares efter hver session.

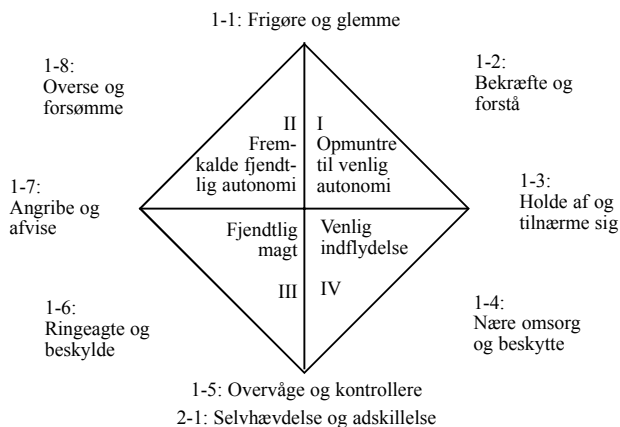
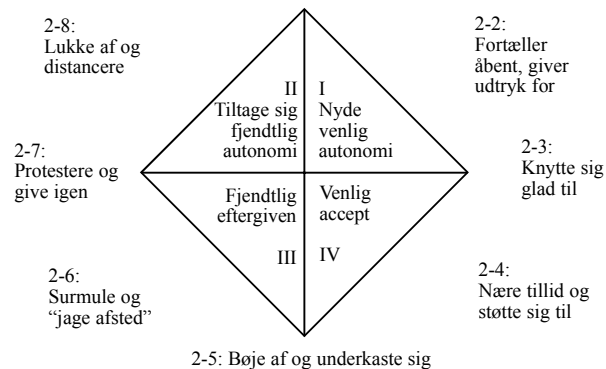
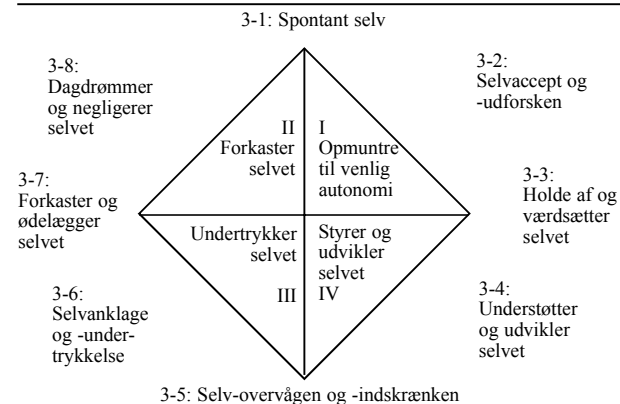
Ønskes et mere præcist mål for bevægelserne i den terapeutiske alliance/proces omkring arbejdet med den analytiske tolkning kan anvendes to instrumenter til struktureret vurdering af patientens og terapeutens adfærd udviklet ved Vanderbilt University (Suh et al.1986); VPPS (Vanderbilt Psychotherapy Process Scale) og VNIS (Vanderbilt Negative Indicators Scale). Begge instrumenter tjener til at strukturere uafhængige bedømmers vurdering af patientens og terapeutens adfærd på en række dimensioner ud fra videooptagede terapisesioner. VPPS, der er forløber for et egentligt spørgeskema til kortlægning af den terapeutiske alliance, må betragtes som et mere generelt anvendeligt instrument til vurdering af centrale elementer af interaktionen imellem patient og terapeut, imens VNIS er mere specifikt rettet imod at udpege og tage stilling til elementer af den terapeutiske interaktion, som det er almindeligt accepteret har negativ indflydelse på det terapeutiske arbejde og udbytte.

VPPS består af 80 items til vurdering af positive og negative elementer af patientens og terapeutens adfærd og holdninger, som antages at fremme hhv. hæmme det terapeutiske arbejde. Patientitems er fordelt på en række delskalaer; (1) patientens deltagelse i det terapeutiske arbejde (tilbage trukket, tager selvstændige initiativer, motiveret osv.), (2) fjendtlighed (frustreret, utålmodig, aggressiv osv.), (3) emotionel belastning (selvkritisk, skamfuld, depressiv, opgivende osv.), (4) udforskende adfærd og (5) afhængighed af terapeuten. Tilsvarende er terapeutitems fordelt på delskalaerne; (1) terapeutens udforskende adfærd, (2) venlighed & varme og (3) negative/belastende holdninger hos terapeuten (fordømmende, intimiderende, autoritær, angribende osv.). For alle 80 items vurderes det, i hvilken udstrækning disse kendetegner eller er tilstede i det udvalgte analysemateriale på en skala fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad). Hver session opdeles typisk i seks til otte dele som underkastes separat vurdering – og man har mulighed for at iagttage bevægelser indenfor den enkelte session. Der er opnået ganske tilfredsstillende reliabilitet (.80-.90 for de fleste delskalaer) ved selv relativt uerfarne bedømmers anvendelse af instrumentet (Suh et al.1986:294ff).

VNIS består af 42 items fordelt på fem delskalaer; patientadfærd (manglende motivation, utilstrækkelig åbenhed, kommunikationsvanskeligheder, urealistiske forventninger mv.), terapeutadfærd (afvisende holdning, kontrollerende, utilstrækkelig påtaget sig terapeutenrollen mv.), tekniske fejltrin (manglende fleksibilitet i brugen af terapeutiske redskaber, dårligt timede/upassende interventioner mv.), patient-terapeut interaktion (dårlig relation, dårligt samarbejde) og global vurdering af analysematerialet. Alle items gennemløbes to gange – separat for hver af de udvalgte dele af den enkelte session. Først vurderes hvorvidt hvert enkelt item kendetegner eller er tilstede i analysematerialet, hvorefter der på en fem-punkt skala tages stilling til de udpegede items' frekvens/intensitet. Der er fundet tilfredsstillende reliabilitet i erfarne bedømmere anvendelse af instrumentet (Suh et al.1986:308). Det må bemærkes at både VPPS og ikke mindst VNIS opfordrer til nogen grad af fortolkning af og normativ stillingtagen til den terapeutiske interaktion, og hvad der kendetegner god hhv. mindre god terapeutadfærd mv., hvorfor det må forventes, at en tilfredsstillende reliabilitet i anvendelsen af instrumenterne forudsætter en væsentlig grad af enighed imellem bedømmerne på disse områder.

VPPS og VNIS-analyser af den terapeutiske interaktion i minutterne omkring den enkelte tolkning kan bidrage til at tegne et billede af tolkningens relationelle kontekst (hvorledes er terapeutens adfærd overfor patienten på tidspunktet for tolkningen osv.), som efterfølgende kan inddrages i den samlede vurdering af tolkningens terapeutiske potentiale mv. Ønskes en vurdering af tolkningens mulige sammenhæng med og indflydelse på den terapeutiske interaktion kan foretages separate VPPS og VNIS-analyser af interaktionen før, under og efter tolkningsepisoden. Da patientens reaktioner på tolkningen og positive hhv. negative forandringer i det terapeutiske samspil samtidig kan betragtes som mikromål for det terapeutiske udbytte, vil sådanne analyser også kunne give et fingerpeg om den enkelte tolknings mulige positive hhv. negative bidrag til den terapeutiske effekt.

Benjamins SASB-system (Structured analysis of social behavior) indeholder det langt mest avancerede instrument til intensive mikroanalyser af den terapeutiske interaktion som er udviklet til dato. Instrumentet er baseret på et system til klassificering af social adfærd i tre dimensioner; (1) adfærdens fokus (hvorvidt der er tale om aktiv ageren eller passiv reageren i forhold til interaktionens anden part eller adfærd overfor selvet), (2) adfærdens placering på analyseskala fra fjendtlighed til venlighed (x-akse), og (3) adfærdens placering på en tilsvarende skala fra kontrol til frihed (y-akse) (se evt Jørgensen 1992:158-212 & 1996:135-44). I instrumentets mest anvendte udgave opereres med 24 analysekategorier fordelt på tre cirkumplekser; én for hvert af de tre foki.

Interpersonel**Fokus 1:
Anden****Interpersonel****Fokus 2:
Selv****Intrapyskisk****Fokus 3:
Introjekt**

SASB clustermodel

Ved procesanalyser af interaktionen imellem patient og terapeut foretager uafhængige bedømmere en separat vurdering af hver enkelt af de interagerendes ytringer på basis af lyd/videooptaget analysemateriale med tilhørende udskrift. I procesanalysen anvendes altovervejende de to første cirkumplekser (fokus; anden og selv), og som det fremgår, kan den enkelte terapeutuytring eksempelvis blive klassificeret som udtryk for at terapeuten bekræfter og forstår patienten (1-2), at terapeuten overser og forsømmer patienten (1-8) eller, at terapeuten ringeagter og beskylder (angriber) patienten (1-6). Tilsvarende kan den enkelte patientytring eksempelvis blive set som udtryk for, at patienten nærer tillid og støtter sig til terapeuten (2-4), at patienten lukker af og distancerer sig fra terapeuten (2-8), at patienten fortæller åbent og giver udtryk for vigtige oplevelser (2-2), eller at patienten »surmuler« og »jager afsted« (forsvarer sig imod oplevet angreb) (2-6). Altså analysekategorier som er yderst relevante for en vurdering af samspillet imellem patient og terapeut omkring arbejdet med den analytiske tolkning. Der er opnået endog overordentlig tilfredsstillende reliabilitet (vægtet kappa, op til $Kw > .9$) i anvendelsen af instrumentet (Jørgensen 1996:148, Jørgensen et al., in press 2000). Hertil kommer, at SASB-procesanalyser har en ganske overbevisende klinisk validitet.

SASB-procesanalyser af interaktionen imellem patient og terapeut før, under og efter den enkelte tolkningsepisode kan yde et væsentligt bidrag til kortlægningen af, hvorledes terapeuten formidler tolkningen (terapeutens relaterer sig til patienten i forbindelse med kommunikation af tolkning), hvorledes patienten modtager og eventuelt arbejder videre med tolkningen, og endelig til opstilling af hypoteser om, hvorvidt og i givet fald i hvilket omfang og »hvordan« (i kraft af hvilke faktorer) den enkelte tolkning bidrager positivt eller negativt til patientens terapeutiske udbytte; bl.a. ved at vurdere, hvorvidt det terapeutiske samspil er positivt og frugtbart på tidspunkt for tolkning, hvorvidt der sker positive eller negative forandringer i det terapeutiske samspil (jf. også brud på hhv. heling af brud på den terapeutiske alliance i kraft af den analytiske tolkning, Safran & Muran 1996) i løbet af tolkningsepisoden osv.

Ved SASB-næranalyser kan bl.a. tages stilling til terapeutens formidling af den analytiske tolkning, hvor processen ved den optimale formidling kendetegnes ved at terapeuten 1-4; nærer omsorg og beskytter patienten (altså en venlig og omsorgsfuld kontrol fra terapeuten), imens dårlig timing og manglende empati i terapeutens tolkning forbindes med 1-8; overse & forsømme, og 1-1; frigøre og glemme. Endelig vil en tolkning som anvendes moraliserende, angribende og kritiserende være forbundet med 1-6; ringeagter & beskylder, og 1-7; angribe og afvise, i terapeutens ageren overfor patienten.

Tilsvarende vil patientens positive modtagelse og aktive viderebearbejdning af tolkningen være kendetegnet ved 2-2; fortæller åbent & giver udtryk for, og 2-4; nære tillid & støtter sig til, imens en afvisning, ignorering eller benægtelse af terapeutens tolkning (modstand¹¹) forbindes med 2-1; selvhævdelse & adskillelse, 2-8; lukke af & distance, 2-7; protestere og give igen, og 2-6; »surmule og jage afsted« fra patienten. Endelig kan patienten forsøge at forskyde samtalens fokus til terapeuten osv, hvilket vil være forbundet med 1-5; overvåge & kontrollere, og 1-6; ringeagte & beskyldte, i patientens samspil med terapeuten.

Kvalitative metoder til vurdering af tolkningens kontekst

Robert Elliott et al.(1986, 1992) har med udviklingen af to forskningsinstrumenter; IPR (Interpersonal Process Recall) og CPA (Comprehensive Process Analysis), åbnet for en mere kvalitativ indgang til udforskningen af den analytiske tolkning. De to instrumenter er oprindeligt udviklet med henblik på udforskning af betydningsfulde begivenheder i psykoterapi i bred forstand men kan også med fordel anvendes i en mere specifik udforskning af analytiske tolkningsepisoder. Instrumenternes fokus er de implicerede parter egen oplevelse af afgrænsede dele af det terapeutiske forløb og deres oplevelse af hinandens intentioner, adfærd og reaktioner.

Umiddelbart efter den enkelte session udpeger uafhængige bedømmere sessionens tolkningsepisoder fra videoptagelse. Anvendes IPR-instrumentet afspilles hver enkelt tolkningsepisode for patienten som herefter interviewes om sin oplevelse af terapeutens intentioner og adfærd, hvad der eventuelt var hjælpsomt hhv. hæmmende i terapeutens intervention/adfærd og i situationen, og endelig hvilke reaktioner han/hun oplevede på situationen og på terapeutens adfærd/intervention. Der foretages separate interviews for hver enkelt tolkningsepisode. Tilsvarende afspilles tolkningsepisoder for terapeuten, som bliver bedt om at beskrive sine egne oplevelser og sin oplevelse af patienten før, under og efter tolkningsepisoden, hvad han/hun oplevede som fremmede hhv. hæmmende i situationen, og endelig hvilket grundlag og hvilke intentioner der lå bag den analytiske tolkning.

CPA-instrumentet kan anvendes til både interviews af patient og terapeut omkring deres oplevelse af afgrænsede begivenheder, og som grundlag for uafhængige bedømmere mere kvalitative vurdering af eksempelvis analytiske tolkningsepisoder. Som ved IPR-instrumentet foretages analyser på grundlag af videoptagelser af udpegede tolkningsepisoder. Efter at have set den udpegede begivenhed på video beder man patienten be-

skrive begivenheden, hvad terapeuten siger og gør, hvad der leder frem til begivenheden og dens mening for patienten, ligesom der spørges til begivenhedens indflydelse på og konsekvenser for patienten (Elliott & Shapiro 1992:171). Tilsvarende beskriver terapeuten sin oplevelse af den udpegede begivenhed, hvilke intentioner der ligger til grund for terapeutens interventioner og adfærd, og hvilken indflydelse terapeuten oplever at have på patienten. Endelig kan uafhængige bedømmere med afsæt i videooptagelser af hver enkelt tolkningsepisode beskrive, hvad de oplever som centrale elementer i tolkningsepisoden, hvilke faktorer i terapeutens adfærd og interventioner de mener har indflydelse på og betydning for patienten (og i givet fald mere specifikt hvilken betydning og indflydelse¹²), og hvilke elementer i terapeutens adfærd og interventioner som er fremmede hhv. hæmmende for patientens terapeutiske arbejde.

Som allerede antydnet er der en række fordele ved en sådan mere ustruktureret og åben forskningsstrategi, der søger at indfange de implicerede personers egne oplevelser. Fremfor at betragte flere – ikke nødvendigvis forenelige – versioner/oplevelser af den samme begivenhed som udtryk for en problematisk mangel på reliabilitet, betragtes det netop som en metodisk styrke at der åbnes for flere mulige perspektiver på virkeligheden, der i højere grad end det er tilfældet med mere strukturerede og kvantificerede instrumenter kan lede til overraskende nye erkendelser. Omvendt bliver man i anvendelsen af instrumenterne konfronteret med de traditionelle problemstillinger omkring resultaternes validitet og generaliserbarhed, ligesom det er svært tids- og ressourcekrævende at interviewe både patient og terapeut umiddelbart efter hver enkelt af de inkluderede terapisesioner. Vælger man at lægge sine interviews på et senere tidspunkt og eventuelt interviewe om flere sessioner samtidig, vil dette forstærke problemstillinger omkring sammenblanding af parternes erindring af oplevelser i de analyserede episoder med oplevelse af og reaktion på situationen som den fremstår ved gensyn her-og-nu. Hertil kommer, at hukommelsen kan kontamineres af faktorer i interviewsituationen. Generelt synes Elliotts metoder at være bedst egnede overfor vel fungerende patienter uden væsentlige problemer med at adskille der-og-da fra her-og-nu osv. De introducerede metoder for uafhængige bedømmes mere kvalitative indgang til den terapeutiske proces synes ganske lovende – også i udforskningen af terapeutiske forløb med mere forstyrrede patienter.

Vejen frem

Der er indenfor den moderne psykoanalyse og psykodynamiske psykoterapi bred enighed om, at betragte den reale interaktion imellem patient og terapeut som meddeterminerende for patientens overføring, ligesom den

historiske re-konstruktion og forsøget på en egentlig »afdækning« af patientens indrepsykiske strukturer osv.¹³ i den analytiske tolkning er trådt i baggrunden til fordel for et fokus på patientens objektrelationer og gentagne mønstre i patientens interpersonelle relationer, som disse aktualiseres i det terapeutiske samspil her-og-nu (Wallerstein 1995:196).

Det er endvidere almindeligt accepteret som en illusion, at terapeuten skulle kunne indtage positionen som den neutrale behandler, der afleverer »objektive« informationer og tolkninger til den »uvidende« patient – og tilmed en illusion som det ikke er ønskeligt at søge realiseret. Dette ændrer imidlertid intet ved, at en stor del af den psykodynamiske psykologi fortsat betjener sig af en række hovedbegreber fra den klassiske én-person psykologi (modstand, overføring, projektiv identifikation osv.), hvor patienten ofte gøres til »hovedansvarlig« for det terapeutiske samspil, det terapeutiske samspil overvejende betragtes som udtryk for indrepsykiske og historiske faktorer hos primært patienten, og terapeutens væsentligste opgave er at »afdække« oplevelser, betydninger, motiver osv. hos patienten – omend terapeutens egne oplevelser af og reaktioner på patienten søges inddraget i tolkningsprocessen. Endelig har en række analytisk orienterede teoretikere i de senere år peget på, hvorledes patientens såkaldte erindringer kan være udtryk for overføringer fra samspillet med terapeuten her-og-nu til fortidige relationer (Brenneis 1997) – også hér tillægges det faktiske samspil her-og-nu afgørende betydning for den terapeutiske proces.

I vurderingen af den analytiske tolkning kvalitet må man undgå den ekstreme scientisme (jf. Habermas), hvor tolkningens indhold skal tilfredsstille en række – specielt udfra en klinisk betragtning – ganske uhenigtsmæssige krav om »objektivitet«, falsificerbarhed osv. hentet i naturvidenskabernes positivistiske videnskabsideal. Det må accepteres, at en tolknings sandhed er bundet til en bestemt teoretisk og klinisk praktisk referenceramme, hvor der i en del tilfælde åbnes for flere mulige »sande« udlægninger af patientens historie, oplevelser, motiver osv. Dette er imidlertid på ingen måde ensbetydende med, at enhver tolkning kan være lige så god og »sand« som enhver anden. Også den ekstreme relativisme er uholdbar som grundlag for udforskningen af den analytiske tolkning.

Selvom den psykodynamiske psykologi åbner muligheder for at afprøve den enkelte tolkning i overføringen og i et samarbejde med patienten, må det erkendes, at den analytiske tolkning altid bygger på en konstruktion af patientens historie og psykiske fungeren, som ikke er tilgængelig for en egentlig »objektiv« vurdering. Hertil kommer, at der er tale om en konstruktion udfra eller med afsæt i et bestemt perspektiv. Den psykodynamiske psykologi består væsentligst af en række klinisk frugtbare heuristiske begreber og modeller til forståelse af den menneskelige psyko-

logi. Disse begreber og modeller refererer ikke til egentlige fysiske entiteter hos patienten som er tilgængelige for videnskabelig udforskning i positivistisk forstand – enhver påstand om noget sådant ville være udtryk for en naiv realisme.

Hertil kommer, at det verbale sprog – som er et helt centralt redskab i arbejdet med den analytiske tolkning – i princippet sætter en række grænser for terapeutens empathiske forståelse af patienten, og ikke mindst for mulighederne for at foretage en præcis kommunikation af en sådan forståelse via den analytiske tolkning. Sproget markerer en øvre grænse for den analytiske tolknings præcision i beskrivelsen af patientens oplevelser og i kortlægningen af samspil imellem forskellige dynamiske faktorer hos patienten. Enhver bestræbelse på at afklare og kommunikere oplevelser og ethvert forsøg på at præcisere og formidle en oplevelse af årsags og meningssammenhænge er henvist til det verbale sprog. Der er imidlertid meget langt fra erkendelsen af disse, det verbale sprog iboende principielle grænser for den analytiske tolknings »præcision« og »sandhed«, til den socialkonstruktivistiske påstand om, at enhver erkendelse af selvet og andre blot er en social konstruktion ud fra et tilfældigt valgt perspektiv og indenfor rammerne af et midlertidigt accepteret sprogspil (jf. Norris 1997:81).

Det faktum, at enhver beskrivelse og forståelse af verden altid er bundet til det verbale sprog og til et bestemt perspektiv på verden, betyder ikke, at det vi forsøger at beskrive og forstå kun eksisterer relativt til de redskaber (sproget, den valgte teoretiske referenceramme osv.) som anvendes i forsøget på at udlægge verden. Hertil kommer, at der udmærket kan eksistere flere samtidige men delvist forskellige beskrivelser af verden (patientens psykiske fungerer osv.) som begge/alle er »sande« – uden at dette åbner for socialkonstruktivismens ekstreme relativisme og antirealisme. Enhver hændelse, oplevelse og adfærd determineres af talrige faktorer, hvorfor der kan være flere »rigtige« fortolkninger af et givet fænomen (jf. Mertens & Haubl 1996:124).

Patientens psykologi og psykologiske fungerer udfolder sig de facto indenfor rammerne af en række givne strukturer (udviklet i et samspil imellem patientens biologiske fundament og erfaringer), ligesom patienten faktisk oplever og reagerer på sin omverden og andre mennesker indenfor bestemte rammer. Patientens vanskeligheder i samspil med andre mennesker osv. er forbundet med patientens tidligere erfaringer i interpersonelle relationer, og med patientens »iboende« tilbøjelighed til at forvente og til ubevidst selv at bidrage til en gentagelse af disse tidligere erfaringer i sine aktuelle relationer til andre. Ud fra en videnskabelig betragtning af den analytiske tolknings kvalitet er det afgørende spørgsmål, hvorledes man bedst kortlægger disse mønstre i patientens interperso-

nelle relationer osv., og i hvor høj grad den enkelte tolkning er istand til at »ramme« disse mønstre og sætte dem ind i en sammenhæng, der giver mening for patienten. I denne forbindelse må de metoder til struktureret formulering af den enkelte patients psykiske fungeren og centrale vanskeligheder, som er udviklet indenfor den empiriske psykoterapiforskning, betragtes som et væsentligt fremskridt.

Som fremhævet af Mertens & Haubl (1996:123f) tages der i vurderingen af den enkelte tolknings kvalitet stilling til, i hvilken udstrækning den er forståelig og accepteret indenfor et kompetent fagligt fællesskab (og altså i en vis forstand er reliabel), og hvorvidt den er bedre end alternative forklaringer til at forklare patientens vanskeligheder og fungeren. I forlængelse af dette har de udviklede metoder til uafhængig kortlægning af patientens vanskeligheder, som efterfølgende kan være afsæt for en uafhængig vurdering af den enkelte tolknings kvalitet, åbnet for en helt nødvendig disciplinering af sådanne »kollegiale« vurderinger af den analytiske tolknings kvalitet.

Den analytiske tolkning er del af en kreativ proces, som både indbefatter at terapeuten hjælper patienten til at få adgang til sin historie og hidtil ubevidste elementer i sin psykiske fungeren (tolkningen er altså i en vis forstand »afdækkende«), og at terapeuten sammen med patienten konstruerer en historie og skaber mening, sammenhæng og mønstre i patientens historie og psykologi. Psykologien og udøvelsen af psykoterapi er humanvidenskabelige discipliner – og de må respekteres som sådan. Derfor er det generelt ikke hensigtsmæssigt at den videnskabelige afprøvning af den psykodynamiske psykologi alene henter sine metoder indenfor den positivistiske videnskabstradition. Dette forhindrer imidlertid ikke, at den empiriske udforskning af eksempelvis den analytiske tolkning kan hente betydelig hjælp og inspiration i bl.a. naturvidenskaben, så længe dette sker under behørig hensyntagen til den udforskede genstand.

Alt andet lige må man betragte terapeuten som relativt mere »objektiv« end patienten i det terapeutiske samspil (da denne ellers ikke ville være patient og have behov for et ydre blik på sig selv), og terapeuten har mulighed for at se og fortolke nogle mønstre i patientens materiale og i deres samspil, som patienten ikke selv har været opmærksom på. Dette betyder imidlertid ikke at terapeuten er »neutral« og »objektiv« i traditionel naturvidenskabelig forstand. Den psykodynamiske psykologi har sagt »farvel til den objektive analytiker« (Goldberg 1994), men hævder fortsat – og med en vis ret – at der er et mål af objektivitet i terapeutens subjektivitet og anvendelse af sin subjektivitet i det terapeutiske arbejde (Gabbard 1997:16). En objektivitet som bl.a. er opbygget igennem egen-terapi og systematisk teoretisk skoling.

Det er en central pointe i den moderne psykodynamiske (toperson) psykologi, at alle elementer i det terapeutiske arbejde må forstås med udgangspunkt i samspelet imellem de to tilstedeværende personer; patienten og terapeuten, her-og-nu. Den analytiske tolkning må således betragtes som både en kompleks relationel begivenhed og som et stykke »relationsarbejde« i den forstand, at enhver analytisk tolkning både udspringer af det terapeutiske samspil og har konsekvenser (positive eller negative) for den samspelet imellem patient og terapeut.

Den analytiske tolkning er en gensidig meningsskabende proces som forbinder patient og terapeut – »in a meeting of minds« (Aron 1996:121) – samtidig med at tolkningen udtrykker terapeutens subjektivitet og bidrager til at terapeuten kan fremtræde som et nyt objekt, adskilt fra patientens overføringer og projektioner; et objekt som patienten kan relatere sig til uden at de hidtidige patologiserende mønstre i patientens interpersonelle relationer gentages.

Som fremhævet af bl.a. Winnicott er tolkningens konkrete indhold muligvis kun af sekundær betydning, så længe tolkningen ikke er direkte »forkert« og af patienten opleves som udtryk for terapeutens manglende rummelighed og empati. Den »rigtige« tolkning på det rigtige tidspunkt opleves af patienten som et udtryk for, at terapeuten forstår og er istand til at »holde« hende, hvilket ifølge Winnicott (1954:221) er et vigtigt skridt på vejen til at patienten får tillid til terapeuten og kan få nye korrektive emotionelle erfaringer i den terapeutiske relation. Tilsvarende har bl.a. Safran (in press 1999) og Mitchell (1988) påpeget, at tolkningens relationelle implikationer – hvilken relation terapeuten signalerer der mulighed for, og hvorledes terapeuten forholder sig vis a vis patienten i tolkningsepisoden – er mindst lige så vigtige og muligvis endnu vigtigere end tolkningens konkrete indhold.

Enhver empirisk udforskning af den analytiske tolkning må således inddrage den relationelle kontekst og de relationelle implikationer af den enkelte tolkning; hvorledes formidles tolkningen, hvordan modtages den af patienten og hvilken kvalitet har den terapeutiske relation før, under og efter den enkelte tolkningsepisode. De udviklede instrumenter til struktureret vurdering af det terapeutiske samspil; VPPS, VNIS og ikke mindst Benjamins SASB-instrument til strukturerede mikroanalyser af den terapeutiske proces åbner for en væsentlig kvalificering af den empirisk funderede forståelse af den analytiske tolkning, og for den fremtidige afsøgning af forbindelserne imellem kvaliteten af den enkelte tolkningsepisode og mikro- og globale mål for den terapeutiske effekt.

NOTER

1. Denne definition af den analytiske tolkning søger at integrere både den mere klassiske analytiske forståelse, hvor der søges betydninger bag patientens materiale/adfærd, og en mere interpersonel forståelse af tolkningen, hvor fokus er, hvad der sker i den terapeutiske relation her-og-nu (jf. Levenson 1985:53).
2. Det må bemærkes, at det empiriske grundlag for, at opnåelsen af indsigt i sig selv skulle have helende virkning, i bedste fald er mangelfuldt (Jørgensen 1997b: 131ff).
3. Det er en central del af denne diskussion, hvorvidt sprogets enkelte dele (ordene) blot henviser til sig selv, eller ordene er istand til at række ud over sig selv og henvise til/repræsentere en objektiv virkelighed udenfor sig selv.
4. Bl.a. Messer et al. (1992:683) har fremlagt eksempel på, hvorledes en tolkning, som formelt synes ganske tilfredsstillende på indholdsplan, kan udløse negative reaktioner hos patienten, som følge af uheldig timing.
5. For resultaterne af centrale empiriske undersøgelser omkring den analytiske tolkning – og tolkningens mulige bidrag til eksempelvis udviklingen af den terapeutiske alliance og det terapeutiske udbytte – henvises til Jørgensen 1997b: 131-39 & Henry et al. 1994:469-76.
6. Som det er blevet påpeget i den empiriske udforskning af den terapeutiske alliance, har det væsentlig betydning for det terapeutiske udbytte, at patient og terapeut er enige om, hvad der er patientens problem og hvad der således er målet at forandre med terapien.
7. Crits-Christoph (1998:8) har ved analyser af en række patienters interpersonelle narrativer fundet, at man i de fleste tilfælde bør operere med flere betydningsfulde konfliktområder og interpersonelle temaer i forståelsen af og arbejdet med patientens vanskeligheder. Det er således ikke hensigtsmæssigt alene at fokusere på ét dominerende tema/konfliktområde – ligesom man heller ikke i alle tilfælde kan forvente at de mest betydningsfulde temaer/konflikter vil udspille sig i relationen til terapeuten. I den udstrækning disse fund bekræftes, vil dette yderligere komplicere indholdsvurderingen af den analytiske tolkning.
8. I denne forbindelse anbefaler Joyce et al. (1995:59), at man i vurderingen af tolkningens »nøjagtighed« inddrager terapeuten evne til at inkludere fremherskende overføringer i sin tolkning.
9. Der hersker nogen uenighed om, hvorvidt den analytiske tolkning skal kommunikeres når fokus for dens indhold er maksimalt emotionelt nærværende for patienten – en uenighed som tildels kan henføres til, at forskellige teoretikers anbefalinger retter sig imod arbejdet med forskellige patientkategorier. Når Strachey (1934:69) anbefaler, at tolkningen altid rettes imod »the point of urgency«, taler han primært om lettere forstyrrede patienter, imens Pines (1984: 60f) anbefaling om at »strike while the iron is cold« primært er relevant for arbejdet med mere skrøbelige patienter.
10. Hettinger & Bruns (1990:196f) har i en empirisk undersøgelse af sammenhænge imellem forskellige karakteristika ved den analytiske tolkning og patientens efterfølgende reagerer søgt at operationalisere tolkningens dybde ved, at; (1) jo flere forbindelser imellem elementer af patientens materiale/adfærd der knyttes i tolkningen, (2) jo mere latent (førbevidst & ubevidst) materiale der inkluderes, og (3) jo længere tilbage i patientens liv det inkluderede materiale hentes, desto dybere er den pågældende tolkning. Joyce & Piper (1996:65) har påpeget, at den

optimale tolkning fokuserer på elementer af patientens ubevidste konflikter osv. i udkanten af men udenfor patientens bevidsthed. Tilsvarende anbefaler Tähkä (1988:210f) at tolkningen altid starter »på overfladen« og holder sig til det materiale som er tættest på bevidste dele af patientens ego. Modstandsphenomener er – i og med at de er knyttet til patientens egofunktioner – nærmere de bevidste dele af patientens ego end de oplevelser mv. som de er rettet imod (jf. strukturelle personlighedsmodel), og derfor må modstanden som udgangspunkt tolkes først.

11. Det traditionelle modstandsbegreb, som mere eller mindre eksplicit placerer hovedansvaret for den fastkørte behandling hos patienten, må ud fra den interpersonelle psykologi anses for ganske problematisk. Med henvisning til patientens modstand og forsøg på at forstå denne med udgangspunkt i patientens historie og indrepsykiske funktioner kan terapeuten overse, hvorledes patientens reaktioner kan være intimt forbundne med samspejlet mellem patient og terapeut her-og-nu, med patientens behov for at beskytte sig imod, hvad der opleves som grænseoverskridende interventioner osv. – terapeuten kan blive blind for, hvorledes patientens adfærd er en reaktion på hans egen ageren i den terapeutiske relation, som ikke blot er bestemt af patientens historie og psykologi.
12. Robert Elliott taler også om »immediate Therapeutic impacts«, der samtidig betragtes som mikromål for terapeutisk effekt (Elliott et al.1985). Der opregnes en række kategorier af hjælpsomme »impacts« så som; at patienten bliver bevidst om nye dele af selvet, patienten bliver opmærksom på/får bedre adgang til hidtil blokerede tanker, følelser og oplevelser, patienten når til en klarere forståelse af sine vanskeligheder, patienten beskriver løsning af vanskeligheder, patienten giver udtryk for større engagement i terapeutiske arbejde, patienten giver udtryk for bedre kontakt med og forståelse af terapeuten som person, patienten giver udtryk for at føle sig forstået af terapeuten osv. Blandt negative »impacts« opereres bl.a. med kategorierne; patienten giver udtryk for ubehag i forbindelse med oplevelse af at være presset til at arbejde med ubehagelige oplevelser, patienten udtrykker skuffelse over oplevelse af, at terapeuten lægger hele ansvaret for det terapeutiske arbejde på ham/hende, patienten oplever sig misforstået af terapeuten, patienten oplever at terapeuten interventioner virker forvirrende, forstyrrende, afbrydende osv. i forhold til patientens eget fokus, patienten giver udtryk for utålmodighed og kedsomhed som reaktion på oplevelse af, at terapeuten interventioner er repetitive, trivielle og uden synligt mål endelige mening for patienten osv. (Elliott et al.1985:622f).
13. Den analytiske tolkning må adskilles fra den analytiske re-konstruktion. De retikere, som fortsat opererer med ideen om en egentlig re-konstruktion af patientens historie (jf. Blum 1994), betragter dette som et mere overordnet element i det terapeutiske arbejde, som bl.a. er grundlag for tolkningen og bidrager til at der opnås et historisk perspektiv på her-og-nu situationen. Re-konstruktionen ses ofte som et resultat af det samlede terapeutiske forløb der – uanset om den er mere eller mindre eksplicit formuleret – giver patienten en oplevelse af historisk og psykologisk koherens og kontinuitet. Som fremhævet af bl.a. Brenneis (1997:61f) må man være varsom ned at sidestille re-konstruktionen med egentlig erindring.

ANVENDT LITTERATUR

- ARON, L.: *A Meeting of Minds. Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale: The Analytic Press 1996
- BLUM, HP: *Reconstruction in Psychoanalysis*. Madison: Int.Univ.Press 1994
- BRENNIS, CB.: *Recovered Memories of Trauma: Transferring the Present to the Past*. Madison: Int.Univ.Press 1997
- CRITS-CHRISTOPH, P.: The Interpersonal Interior of Psychotherapy. *Psychoth. Res.* 1998;8:1-16
- ELLIOT, R., BARKER, CB., CASKEY, N. & PISTRANG N.: Differential Helpfulness of Counselor Verbal Response Modes. *J.Cons.Psychol.* 1982;29:354-61
- ELLIOTT, R., JAMES, E., REIMSCHUESSEL, C., CISLO, D. & SACK, N.: Significant Events and the Analysis of Immediate Therapeutic Impacts. *Psychotherapy* 1985;22:620-30
- ELLIOTT, R.: Interpersonal Process Recall (IPR) as a Psychotherapy Process Research Method. In: Greenberg, LS. & Pinsof, WM.: *The Therapeutic Process*. New York: Guilford 1986:503-27
- ELLIOTT, R. & SHAPIRO, DA.: Client and Therapist as Analysts of Significant Events. In: Toukmanian, SG. & Rennie, DL. (eds.): *Psychotherapy Process Research*. London: Sage 1992:163-86
- FREUD, S. & BREUER, J.: *Studien über Hysterie* (1895). Frankfurt am Main: Fischer 1991
- FREUD S.: Brev nr. 69 til Wilhel FlieB af 21 sept.1897. In: Masson JM. (ed.) *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess 1887-1904*. Cambridge: Harvard Univ.Press 1985:264-66
- FREUD, S.: *Über Deckerinnerungen* (1899). G.W.bd.1:529-54. Frankfurt am Main:Fischer 1952
- FREUD, S.: *Drømmetydning* (1900). København:Reitzel 1982
- FREUD, S.: *Forelæsninger til indføring i psykoanalysen* (1917). København:Reitzel 1982
- FREUD, S.: Die endliche und unendliche Analyse (1937a). In: Freud, S.: *Schriften zur Behandlungstechnik*. Frankfurt am Main: Fischer 1982:351-92
- FREUD, S. Konstruktionen in der Analyse (1937b). In: Freud S. *Schriften zur Behandlungstechnik*. Frankfurt am Main: Fischer 1982:393-406
- GABBARD, GO., HOROWITZ, L., ALLEN, JG., FRIESWYK, S., NEWSOM, G., COLSON, DB., COYNE, L.: Transference Interpretation in the Psychotherapy of Borderline Patients: A High-Risk High-Gain Phenomenon. *Harvard Rev.Psychiatry* 1994;2:59-69
- GABBARD, GO.: A Reconsideration of Objectivity in the Analyst. *Int.J. Psychoanal.* 1997;78:15-26
- GARFIELD, SL.: Issues and Methods in Psychotherapy Process Research. *J.Cons. & Clin.Psychol.* 1990;58:273-80
- GLOVER, E.: The Therapeutic Effect of Inexact Interpretation: A Contribution to the Theory of Suggestion. *Int.J.Psychoanal.* 1931;12:397-411
- GOLDBERG, A.: Farewell to the Objective Analyst. *Int.J.Psychoanal.* 1994;75:21-30
- GREENSON, R.: *The Technique and Practice of Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press 1967
- GRÜNBAUM, A.: *Validation in the Clinical Theory of Psychoanalysis*. Madison: Int.Univ.Press 1993
- HABERMAS, J.: *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1973
- HAUBL, R. & MERTENS W.: *Der Psychoanalytiker als Detektiv*. Stuttgart: Kohl-

- hammer 1996
- HENRY, WP., SCHACHT, TE. & STRUPP, HH.: Patient and Therapist Introject, Interpersonal Process and Differential Psychotherapy Outcome. *J.Cons. & Clin.Psychol.* 1990;58:768-74
- HENRY, WP., STRUPP, HH., SCHACHT, TE. & GASTON L.: Psychodynamic Approaches. In: Bergin, AE. & Garfield, SL.: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York:Wiley 1994:467-509
- HETTINGER, R. & BRUNS, A.: Das interaktive Umfeld der psychodynamischen Interpretation. In: Tschuscke, V. & Czogalik, D. (Hrsg.): *Psychotherapie – Welche Effekte Verändern?* Heidelberg:Springer 1990:180-205
- JOYCE, AS., DUNCAN, SC. & PIPER, WE.: Task Analysis of »Working« Responses to Dynamic Interpretation in Short-Term Individual Psychotherapy. *Psychotherapy Research* 1995;5:49-62
- JOYCE, AS. & PIPER, WE.: Dimensions and Predictors of Patients Response to Interpretation. *Psychiatry* 1996;59:65-81
- JØRGENSEN, CR.: *Den psykoterapeutiske interaktion*. Aarhus Universitet 1992, upubl.manus
- JØRGENSEN, CR.: Struktureret analyse af social adfærd (SASB). Tilløb til en psykodynamisk empiri. *Agrippa* 1996;17:126-58
- JØRGENSEN, CR.: Hvorfor virker psykoterapi? En diskussion af psykoanalysens behandlingsteori (1); teoretiske perspektiver. *Matrix, Nordisk tidsskrift for psykoterapi* 1997a;14:5-45
- JØRGENSEN, CR.: Individualisering af den psykoterapeutiske metode. Psykoanalysens behandlingsteori (2); empiriske perspektiver. *Matrix, Nordisk tidsskrift for psykoterapi* 1997b;14:112-52
- JØRGENSEN, CR.: Den terapeutiske alliance. *Psyke og Logos* 1998;19:148-91
- JØRGENSEN, CR., REHFELD, E., ROSENBAUM, B., VALBAK, K. & HOU-GAARD, E.: *The Dynamic Assessment Interview (DAI), Interpersonal Process measured by Structural Analysis of Social Behaviour (SASB) and Therapeutic Outcome*. Indleveret med henblik på udgivelse (in press 2000)
- KERNBERG, O., SELZER, MA., KOENIGSBERG, HW., CARR, AC. & APPELBAUM AH.: *Borderline og psykodynamisk psykoterapi* (1989). København: Reitzel 1992
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B.: *The Language of Psychoanalysis* (1967). London: Hogarth Press 1973
- LEVENSON, E.: The Interpersonal (Sullivanian) Model. In: Rothstein, A. (ed). *Models of the Mind. Their Relationship to Clinical Work*. New York: Int.Univ. Press 1985:49-69
- LOEWENSTEIN, RM.: The Problem of Interpretation (1951). In: Loewenstein, RM.: *Practice and Precept in Psychoanalytic Technique*. New Haven:Yale Univ.Press 1982:17-30
- LOTZ, M.: Om psykoanalytisk fortolkning. *Matrix, Nordisk tidsskrift for psykoterapi* 1988;4:2-21
- LUBORSKY, L., BACHRACH, H., GRAFF, H., PULVER, S. & CHRISTOPH, P.: Preconditions and Consequences of Transference Interpretations. *J.Nervous and Mental Disease* 1979;167:391-401
- LUBORSKY, L. & CRITS-CHRISTOPH, P.: *Understanding the Transference*. New York:Basic Books 1990
- MERTENS, W. & HAUBL, R.: *Der Psychoanalytiker als Archäologe*. Stuttgart: Kohlhammer 1996
- MESSER, SB., TISHBY, O. & SPILMAN, A.: Taking Context Seriously in Psychotherapy Research: Relating Therapist Interventions to Patient Progress in Brief Psychodynamic Therapy. *J.Cons. & Clin.Psychol.* 1992;60:678-88
- MITCHELL, SA.: *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge:Harvard

- Univ. Press 1988
- MITCHELL, SA.: *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books 1993
- MITCHELL, SA.: Interaction in the Kleinian and Interpersonal Traditions. *Contemp. Psychoanal.*1995;31:65-91
- MODELL, AH.: *Other Times, Other Realities* (1990). Cambridge:Harvard Univ. Press 1996
- NAGEL, T.: *The View from Nowhere* (1986). New York:Oxford Univ.Press 1989
- NORRIS, C.: *Against Relativism*. Oxford:Blackwell 1997
- NORVILLE, R., SAMPSON, H. & WEISS, J.: Accurate Interpretations and Brief Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy Research* 1996;6:16-29
- PINE, F.: The Interpretive Moment. *Bull.Menn.Clin.*1984;48:54-71
- RICOEUR, P.: The Question of Proof in Freuds Psychoanalytic Writings. *J.Am. Psychoanalytic Assn.*1977;25:835-71
- RORTY, R.: *Contingency, Irony and Solidarity*. Cambridge:Cambridge University press 1989
- SAFRAN, J. & MURAN, JC.: The Resolution of Ruptures in the Therapeutic Alliance. *J.Cons. & Clin.Psychol.*1996;64:447-58
- SAFRAN, J. & MURAN, JC.: *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Model*. New York: Guilford 1999 (in press)
- SANDLER, J., DARE, C. & HOLDER, A.: *Patienten og analytikerens* (1992). København:Reitzel 1994
- SILBERSCHATZ, G., FRETTER, PB. & CURTIS, JT.: How do Interpretations Influence the Process of Psychotherapy? *J.Cons. & Clin.Psychol.*1986;54:646-52
- SPENCE, DP.: *Narrative Truth and Historical Truth*. New York:Norton 1982
- STRACHEY, J. :The Nature of the Therapeutic Action of Psycho-analysis (1934). In: Esman, AH.: *Essential Papers on Transference*. New York: NYU Press 1990: 49-80
- SUH, CS., STRUPP, HH. & O'MALLEY, SS.: The Vanderbilt Process Measures. The Psychotherapy Process Scale (VVPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In: Greenberg, LS. & Pinsof, WM.: *The Psychotherapeutic Process*. New York:Guilford 1986:285-325
- THOMÄ, H. & KÄCHELE, H.: *Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie*, bd.1, Grundlagen. Berlin:Springer 1985
- TÄHKÄ, V.: *Psykoanalytisk psykoterapi*. Aarhus:Centrum 1988
- WALLERSTEIN, RS.: *The Talking Cures*. New Haven:Yale Univ.Press 1995
- WINNICOTT, DW.: Zustände von Entrückung und Regression (1954). In: Winnicott, DW.: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer 1983:208-21