

DEN »TILSTRÆKKELIGT GODE« TERAPEUTS HÅNDTERING
AF BRUD PÅ DEN TERAPEUTISKE ALLIANCE
En kvalitativ enkeltcasestudie¹

Carsten René Jørgensen

Der er bred enighed om og solidt empirisk belæg for, at den terapeutiske alliance har afgørende betydning for patientens behandlingsudbytte. Nyere psykodynamisk behandlingsteori peger på, at terapeutens håndtering af opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation i sig selv indeholder betydelige terapeutiske virkningsfaktorer. Det er derfor væsentligt at nå til en nærmere forståelse af, hvorledes terapeuten konkret kan bidrage positivt til opbygning og vedligeholdelse af den terapeutiske alliance. I denne artikel fremlægges resultaterne af et pilot casestudie af en langtids psykoanalytisk psykoterapi. Det undersøgte forløb er udvalgt på baggrund af to faktorer: (1) at patientens udbytte af behandlingen er betydeligt højere end forventet ud fra normalt anvendte kriterier for egnethed til den gennemførte psykodynamiske langtids psykoterapi, og (2) at samspillet imellem patient og terapeut ud fra en klinisk vurdering er intenst og præget af en række alvorlige brud på den terapeutiske alliance. I undersøgelsen fokuseres på samspillet imellem patient og terapeut – specielt hvorledes terapeuten håndterer opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation (alliancebrud). Der inddrages både kvantitative analyser af det terapeutiske samspil og kvalitative data fra en serie interview med den involverede terapeut. Endelig skitseres en teoretisk model for terapeutisk håndtering af opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation.

The good-enough 'mother' (not necessarily the infant's own mother) is one who makes active adaptation to the infant's needs, an active adaptation that gradually lessens, according to the infant's growing ability to account for failures of adaptation and to tolerate the results of frustration. (Winnicott 1971:10)

¹ Tak til overlæge Lars Thorgaard, psykoterapeutisk afdeling E, Risskov, for et yderst frugtbart samarbejde under arbejdet med denne artikel. Endvidere tak til lektor Esben Hougaard for konstruktive kommentarer undervejs og til Prof. Steinar Kvale, der har været behjælpelig i udarbejdelsen af interviewguide.

A good-enough mother starts off with a high degree of adaptation to the baby's needs. That is what 'good-enough' means, this tremendous capacity that mothers ordinarily have, to give themselves over to identification with the baby. (Winnicott 1986:144)²

Talrige empiriske undersøgelser har peget på opbygningen af en stabil terapeutisk alliance som en af de vigtigste enkeltfaktorer for patientens udbytte af psykoterapi. Den terapeutiske alliances tre hovedelementer (Bordin 1979): enighed om behandlingens mål, enighed om den anvendte metode og et positivt emotionelt bånd, er alle relationelle eller interaktionelle i den forstand, at de forudsætter bidrag fra både patient og terapeut (se evt. Jørgensen 1998).

Det må antages (jf. Safran 1993, Safran & Muran 1996, 2000), at episoder med brud på den terapeutiske alliance er centrale begivenheder i det terapeutiske forløb af væsentlig betydning for patientens behandlingsudbytte – både fordi en i det mindste relativt vellykket gennemarbejdning af mere alvorlige alliancebrud i de fleste tilfælde er forudsætning for det fortsatte terapeutiske arbejde, og fordi arbejdet med alliancebrud i sig selv indeholder terapeutiske muligheder.

I den interpersonelle psykoterapi (Jørgensen 1994, 1999) antages, at de fleste patienters vanskeligheder er forbundet med gentagne belastende mønstre i deres samspil med andre. Patienten er ikke blot et passivt offer for sådanne mønstre men bidrager ubevidst også selv til de stadige gentagelser af patologiserende interaktionsmønstre. Disse mønstre må forventes også at udspille sig i patientens interageren med terapeuten – og de vil ofte være en væsentlig del af baggrunden for opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation. Under forudsætning af, at alliancebruddet ikke primært kan henføres til alvorlige tekniske fejltrin eller udagering af modoverføringer hos terapeuten, må man ud fra den psykodynamiske psykologi forvente, at begivenheder i den terapeutiske relation omkring alliancebrud indeholder gentagelser af centrale elementer i patientens interpersonelle vanskeligheder – og at arbejdet med at udforske disse begivenheder kan give patienten indsigt i sin måde at relatere sig til andre og, hvad der står i vejen for patientens autentiske relateren sig til andre. Endvidere kan patienten i kraft af arbejdet med alliancebrud opnå nye korrektive emotionelle erfaringer i den forstand, at han/hun erfarer, at ikke alle relationer implicerer de frygtede gentagelser af patologiserende samspils-

2 Begrebet om »den tilstrækkeligt gode terapeut« i artiklens titel er stærkt inspireret af Winnicotts begreb om »den tilstrækkeligt gode moder«. Den perfekte moder findes ikke og er end ikke efterstræbelsesværdig. Tilsvarende er »den tilstrækkeligt gode terapeut« det bedst mulige for patientens udvikling – og terapeutens tidvise »fejlen« – der får ham/hende til at fremtræde som et menneske – indeholder terapeutiske potentialer.

mønstre – og at konflikter ikke nødvendigvis fører til at relationen afbrydes men kan løses.

I de senere år har den interpersonelle psykoanalyse (Jørgensen 1999b, 2000d) og toneangivende dele af den empiriske psykoterapiforskning (Henry et al. 1986, 1990, Hilliard & Henry 1999) peget på terapeutens mere personlige bidrag til samspillet med patienten som afgørende for både udviklingen af den terapeutiske alliance og for det terapeutiske udbytte.

Henry et al. (1986, 1990) har i en serie empiriske undersøgelser af sammenhænge imellem patient-terapeut samspil og senere behandlingsudbytte af korttids psykodynamisk psykoterapi fundet, at terapeuter i forløb med et godt udbytte (og en god alliance) er i stand til næsten helt at undgå fjendtligt kontrollerende adfærd over for deres patienter, imens terapeuter i forløb med ringe udbytte tidvist bliver fjendtligt kontrollerende og fjendtligt afvisende. Hertil kommer, at terapeuter i forløb med godt behandlingsudbytte har en betydeligt mindre andel af tvetydig kommunikation – terapeuter i forløb med godt udbytte er mere direkte og eksplicite i deres kommunikation. Ved en nærmere analyse af de cases som indgik i Strupp's klassiske sammenligninger af terapeutiske forløb med godt og dårligt udbytte (Strupp 1980a,b,c) har Henry et al. (1986) fundet, at en given terapeut i et forløb med godt udbytte (og god alliance) både er mere venligt kontrollerende og mere tilbøjelig til at give patienten frihed til at udfolde sig i den terapeutiske proces end den selvsamme terapeut i et forløb med dårligt udbytte. Samlet mener Henry & Strupp (1994), at terapeuten må besidde visse menneskelige karakteristika svarende til den gode forælder – ligesom terapeuten generelt spiller en væsentlig rolle for udnyttelse og aktualisering af patientens iboende potentialer for allianceudvikling.

Der er således grund til at undersøge, hvordan den »tilstrækkeligt gode« terapeut håndterer vanskeligheder i den terapeutiske relation og i behandlingsalliancen. I denne undersøgelse kigges nærmere på en enkelt case, hvor der ud fra en klinisk vurdering er alvorlige og tilbagevendende vanskeligheder i den terapeutiske relation – og som samtidig afsluttes med et – ud fra en tidlig behandlingsprognose – uventet godt resultat. I undersøgelsen inddrages både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder – med særlig vægt på en serie kvalitative interview med den involverede terapeut.

Safrans model til udpegning og analyse af arbejde med alliancebrud

Safran (1993) og Safran & Muran (2000) har udviklet et behandlingskoncept, hvor opbygning og heling af brud på den terapeutiske alliance er omdrejningspunktet for det terapeutiske arbejde. Det teoretiske grundlag for denne behandlingsmetode er hentet i bl.a. den psykodynamiske psykolo-

gi, den interpersonelle psykoanalyse (jf. Jørgensen 1999b) og den kognitive terapi.

Overordnet kan brud på den terapeutiske alliance defineres som situationer, hvor kontakten imellem patient og terapeut enten er afbrudt eller præget af uforarbejdet vrede og konflikt. Mere konkret kan dette manifestere sig ved, at patienten mere eller mindre direkte formulerer utilfredshed med terapeuten, det terapeutiske arbejde, de anvendte terapeutiske metoder osv. Ud fra en mere klassisk analytisk referenceramme kan sådanne vanskeligheder i den terapeutiske proces ses som udtryk for patientens negative overføringer eller modstand imod behandlingen. Denne forståelsesmodel med rødder i den klassiske enperson-psykologi placerer imidlertid hele ansvaret for de opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation hos patienten – og da vil analyser af baggrunden for alliancebrud som udgangspunkt alene fokusere på faktorer hos/i patienten. I den moderne toperson-psykologi (jf. Greenberg & Mitchell 1983, Mitchell 1988), der er det teoretiske udgangspunkt for denne undersøgelse og for Safran et al. s behandlingskoncept, betragtes vanskeligheder i den terapeutiske relation som et resultat af mødet imellem patient og terapeut, som de begge bidrager til og de således også begge bærer en del af ansvaret for. Analyser til forståelse af baggrunden for opståede alliancebrud må følgelig se på både patientens og terapeutens bidrag til deres samspil. Samtidig vil alliancebrud ofte opstå i situationer, hvor terapeuten ubevidst kommer til at deltage i gentagelser af samspilmønstre fra patientens tidligere relationer – og hvor han/hun således bekræfter patientens patologiserende forestillinger om selvet og sine relationer til andre.

Hos Safran et al. (1990:157f) opereres med to typer patientreaktioner på vanskeligheder i den terapeutiske relation, som antageligt i nogen udstrækning er forbundet med forskellige personlighedsstrukturer; (a) patienter som primært reagerer med defensivt forsvar eller med at trække sig ud af relationen til terapeuten og (b) patienter som reagerer med at angribe terapeuten eller på anden vis at udagere sin vrede. Safran et al. opregner syv kategorier af tegn på alliancebrud: (1) patienten giver direkte udtryk for sin vrede mod terapeuten, (2) patienten giver indirekte udtryk for vrede og utilfredshed med terapeuten i form af sarkasme, passiv-aggressiv adfærd, non-verbale signaler osv., (3) patienten stiller spørgsmålstejn ved terapiens mål og metoder og giver udtryk for ønske om forandring af disse, (4) patienten underkaster sig på selvudslettende vis terapeutens dagsorden for at undgå konflikter med terapeuten, (5) patienten anvender forskellige strategier til at undgå fokus på angstprovokerende temaer og oplevelser – typisk i form af stadige temaskift i samtalen – eller patienten undgår terapeutens bidrag alternativt responderer ved siden af fokus for terapeutens spørgsmål, (6) patienten forsvarer og retfærdiggør sig selv som forsvar imod et oplevet angreb på selvet, og endelig (7) patienten trækker sig ud af kontakten med terapeuten og reagerer ikke på terapeutens interventioner.

Det er værd at bemærke, at Safrans kategorier til udpegning af alliancebrud overvejende fokuserer på patientens adfærd og reaktioner på terapeuten. Alle empiriske undersøgelser af sammenhængen imellem den terapeutiske alliance og behandlingsudbytte peger på, at det i overvejende grad er patientens oplevelse af alliancen, der er forbundet med det terapeutiske udbytte – og det er derfor rimeligt, at man i første omgang primært fokuserer på, hvad man kan betragte som konkrete tegn på, at patienten oplever konflikter eller vanskeligheder i den terapeutiske relation.

Model for det terapeutiske arbejde med alliancebrud

Safran et al. (1990:159f,1996:451) har fremlagt en række generelle principper for terapeutens optimale håndtering af alliancebrud, ligesom de har udviklet en model for de forskellige trin i arbejdet med alliancebrud. For at undgå en alvorlig udvikling af brud på den terapeutiske alliance, som kan føre til patient drop-out, og ikke mindst med henblik på at udnytte de terapeutiske muligheder som knytter sig til opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation, må terapeuten generelt (1) vedvarende være opmærksom på sine egne emotionelle reaktioner i samværet med patienten (der er terapeutens bedste barometer for, hvad der er på færde i relationen her-og-nu) og så vidt muligt undgå direkte og uforarbejdede udtryk for fjendtlighed over for patienten, ligesom tvetydig kommunikation må søges undgået. Terapeuten må (2) til stadighed være opmærksom på selv små tegn på alliancebrud (jf. Safrans kategorier ovenfor), ligesom terapeuten må (3) være parat til at påtage sig sin andel af ansvaret for opståede vanskeligheder i relationen til patienten (erkende, at have misforstået, overhørt noget patienten har sagt osv.) – herunder må terapeuten tale om »vores« vanskeligheder frem for patientens vanskeligheder. Terapeuten må (4) forsøge empatisk at leve sig ind i patientens univers og give udtryk for dette ved at validere patientens oplevelser her-og-nu, og endelig må terapeuten (5) bestræbe sig på at opretholde en tilstrækkelig distance til samspillet med patienten, således at han/hun stadig kan fungere som deltagende observatør af, hvad der udspiller sig i den terapeutiske relation og fastholde fokus på vanskelighederne i den terapeutiske relation.

Safran & Muran's model for processen i det terapeutiske arbejde med alliancebrud indeholder fire indbyrdes forbundne trin: (1a) patienten trækker sig ud af den terapeutiske relation eller giver direkte udtryk for utilfredshed med terapien og/eller terapeuten (jf. ovenfor opregnede tegn på alliancebrud) og (1b) terapeuten retter fokus imod patientens umiddelbare oplevelse af terapeuten og af sit samspil med terapeuten. I de tilfælde, hvor patienten giver direkte udtryk for sin utilfredshed, vrede osv., går man direkte til trin tre. Typisk vil patienten imidlertid i større eller mindre

grad maskere eller tilbageholde sine emotionelle reaktioner af frygt for terapeutens reaktioner og for, hvad der vil ske med relationen til terapeuten, hvis han/hun lader sine emotionelle reaktioner få frit løb. Da må terapeuten (2a) rette fokus imod patientens forsvar imod at give direkte udtryk for negative følelser over for terapeuten og (2b) udforske, hvilken frygt hos patienten der determinerer eller ligger bag denne blokering af emotionelle udtryk. Dette arbejde med patientens dominerende forsvarsmekanismer, som disse manifesterer sig i interaktionen med terapeuten, og de bagvedliggende forestillinger om relationer til andre, er forudsætning for, at patienten efterfølgende kan give mere direkte udtryk for sin oplevelse af og reageren på terapeuten. For at kunne gå videre fra trin to må patienten således indgå aktivt i udforskningen af, hvorfor han/hun hidtil har måttet hæmme sine reaktioner over for terapeuten (og over for andre generelt).

Herefter (3a) vil patienten give mere direkte udtryk for sin vrede på terapeuten eller uddybe sin allerede antydede utilfredshed eller andre reaktioner på terapeuten, og (3b) terapeuten må forsøge at leve sig empatisk ind i og validere patientens oplevelse samtidig med, at han/hun eksplicit anerkender sin eventuelle konkrete andel i de opståede vanskeligheder; hvis eksempelvis patientens vrede har eksplicit fokus på en faktisk forglemmelse fra terapeutens side erkendes dette – samtidig med at der inviteres til yderligere udforskning af patientens oplevelse og mulige elementer af gentagelse af tidligere oplevelser, (jf. følgende trin). I alliancearbejdets fjerde og sidste trin, der kun kan forventes realiseret i arbejdet med bedre fungerende patienter og efter en del forudgående arbejde med tidligere alliancebrud, (4) rettes opmærksomheden imod, hvorledes patienten har bidraget til det oplevede alliancebrud, og man søger at drage paralleller til patientens tidligere oplevelser i relationer uden for terapien; der søges udkrystalliseret et gentagent mønster i patientens vanskeligheder i interpersonelle relationer, som er blevet gentaget i det aktuelle samspil med terapeuten.

Som det fremgår har denne model for arbejdet med vanskeligheder i den terapeutiske relation betydelige paralleller til den mere klassiske psykoanalytiske terapeuts arbejde med specielt negative overføringer, forsvarsmekanismer og behandlingsmodstand. Den afgørende forskel er, at Safran et al.s model overvejende bygger på en toperson-psykologi (se eventuelt Greenberg & Mitchell 1983). Dette implicerer, at de opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation betragtes som et fælles anliggende – og det er herefter både lettere og mere nærliggende for terapeuten at validere patientens oplevelse og eksplicit anerkende sin egen andel i alliancebruddet (jf. også Wile 1984) – hvilket antages at have afgørende betydning for den frugtbare gennemarbejdning og terapeutiske udnyttelse af alliancen.

Udvælgelse af enkelt-case til analyse

Det terapeutiske forløb, der er basis for denne undersøgelse, er udvalgt blandt 20 forløb som har indgået i en tidligere empirisk undersøgelse af sammenhænge imellem almindeligt anvendte kriterier for udvælgelse af patienter til psykodynamisk psykoterapi, den terapeutiske proces og terapeutisk udbytte (Jørgensen et al. 2000a). For en nærmere beskrivelse af datamaterialet henvises til Jørgensen et al. 2000a.

Det her undersøgte forløb er udvalgt på basis af to centrale kriterier: (1) at patientens behandlingsudbytte både umiddelbart efter terapien og ved cirka et års follow-up viste sig langt bedre end forventet ud fra normalt anvendte kriterier til vurdering af patientegnhed for den tilbudte psykodynamiske psykoterapi³. Før terapien blev patienten således vurderet som den næstdårligst egnede blandt de 20 forløb og hun opnåede det tredjebedste resultat – et resultat som også viste sig stabilt ved et års follow-up. (2) Endvidere viste en almindelig klinisk vurdering af samspillet imellem patient og terapeut, at dette gennemgående var præget af en høj grad af intensitet og flere langvarige og alvorlige alliancebrud som øjensynligt heledes. Denne vurdering er baseret på videoptagelser hhv. lydoptagelser af tre assessmentinterview – hvor terapeuten er interviewer – og lydoptagelser af 3., 4., 17. & 18. terapisesession.

Den anvendte metode til udvælgelse af en enkelt case til nærmere analyser er inspireret af Suh et al. s (1986) beskrivelse af såkaldte »prediction-failures«. Prediction failures henviser til behandlingsforløb, som enten er kendetegnet ved en fra start god behandlingsprognose (baseret på struktureret vurdering af patientens bidrag til det terapeutiske arbejde) og et (ud fra den opstillede prognose uventet) ringe behandlingsudbytte, eller ved en dårlig behandlingsprognose og et (ud fra prognosen overraskende) godt behandlingsudbytte. Rationalet er da, at man i disse tilfælde med en vis rimelighed kan antage, at terapeuten har bidraget mere end sædvanligt til det terapeutiske udbytte – i positiv eller negativ retning. I det valgte behandlingsforløb kan man således med nogen rimelighed antage, at terapeuten har ydet et betydeligt positivt bidrag til det (ud fra den opstillede behandlings prognose overraskende) gode behandlingsudbytte. De anvendte undersøgelsesmetoder er endvidere inspireret af Rice & Greenbergs metode til udforskning af særlige kritiske begivenheder eller »change-events« i psykoterapi (Rice & Greenberg 1984, Elliott et al. 1985).

3 Vurderingen af patientens egnethed for langtids psykoanalytisk psykoterapi blev foretaget af uafhængige bedømmere efter at have set videoptagelse af Dynamisk Assessment Interview (jf. Rosenbaum et al.1997). Vurderingen foretages i henhold til ni ratingscales udviklet i tilknytning til det dynamiske assessmentinterview (ibid).

Patienten

Patienten er en midaldrende kvinde som henvises til psykoterapeutisk behandling efter et alvorligt suicidalforsøg. Hun har i en årrække været plaget af angst og tilbagevendende depressive perioder. Hun lever i et belastet ægteskab, hvor forholdet til ægtefællen er præget af udtalt ambivalens, og ønsker om at opløse ægteskabet veksler med frygt for, at ægtefællen skal forlade hende eller andre skal presse hende til at forlade ham. Der beskrives en opvækst i et lille samfund i Vestjylland. Opvæksten er præget af savnet af faderen som forlader hjemmet i hendes tidligste barndom, og hun vokser op sammen med moderen og til dels sine bedsteførelde, hvor hun har følt sig kaldet til at passe på og tilfredsstille moderens følelsesmæssige behov. Patienten præsenterer generelle vanskeligheder i forhold til mænd, ligesom hun har svært ved at markere og få tilfredsstillet egne behov. I forbindelse med behandlingsafdelingens diagnostiske udredning er det vurderet, at patienten har en neurotisk personlighedsstruktur (ad modum Kernberg), ligesom hun i DSM-III-R er diagnosticeret til at have en dissociativ hysterisk symptomtilstand (300.15).

Efter tre assessmentinterview tilbydes patienten psykoanalytisk psykoterapi. Behandlingen strækker sig over 89 ugentlige sessioner. Behandlingen afsluttes efter gensidig overenskomst imellem patient og terapeut. Effekten af behandlingen vurderes bl.a. ud fra patientens besvarelse af standard checkliste for psykiatrisk symptomatologi (SCL-90) umiddelbart før behandlingen, lige efter behandlingen og ved follow-up undersøgelse 10 år efter behandlingens afslutning. Overordnet bevæger hun sig i løbet af behandlingen fra en symptomatologi i den lettere til middelsvært forstyrrede del af en normal ambulant psykiatrisk population til den bedre halvdel af normalområdet – og den positive udvikling fortsætter efter behandlingens afslutning (om end de her observerede forandringer er mindre markante). Global symptom-indeks (GSI) bevæger sig fra 0.7 (før) over 0.29 (efter) til 0.21 (follow-up), imens hendes interpersonelle sensitivitet bevæger sig fra 1.14 over 0.67 til 0.22. Hendes SCL-90, GSI, residual score (der udtrykker den relative bedring i forhold til den undersøgte population på 20 patienter, Jørgensen et al. 2000a) er 0.3, hvilket svarer til, at hun opnår det tredje bedste behandlingsudbytte i den undersøgte gruppe af patienter. Dette skal som nævnt sammenholdes med, at hun på forhånd (ud fra DAI-ratings) blev vurderet til at have den næstdårligste behandlingsprognose blandt de 20 undersøgte behandlingsforløb.

Terapeuten og terapien

Terapeuten har mere end 20 års erfaring inden for psykiatrien og mangeårig erfaring i psykoterapeutisk arbejde med et bredt spektrum af patientkategorier. Han har en bred uddannelse inden for den psykoanalytiske tradition, som bl.a. inkluderer en jungiansk egenanalyse og omfattende supervision hos danske og udenlandske psykoanalytiske supervisorere. Det generelle kliniske indtryk af terapeutens psykoterapeutiske arbejde er, at dette er yderst kompetent. Dette indtryk underbygges af, at alle de (fire) forløb terapeuten har bidraget med til undersøgelsens samlede datamateriale (Jørgensen et al. 2000a) er afsluttet med resultater som ligger betydeligt over det gennemsnitlige behandlingsudbytte i de inkluderede behandlingsforløb (jf. bl.a. SCL-90, Global Symptom Index, residual score). Den anvendte behandlingsmetode er langvarig psykodynamisk psykoterapi i ambulans psykiatrisk regi ved psykoterapeutisk afdeling, Risskov. Behandlingen er gennemført cirka fem år før denne undersøgelse.

Anvendte metoder

Med henblik på at beskrive, hvad den tilstrækkeligt gode terapeut konkret gør for at håndtere opståede vanskeligheder i behandlingsrelationen, analyseres den terapeutiske proces i tilgængelige assessmentinterview og behandlingssessioner med Lorna Benjamins SASB-instrument (jf. Jørgensen 1996) til intensive næranalyser af interpersonelle samspil. Disse analyser er efterfølgende grundlag for en systematisk udvælgelse af en række (otte) kortere passager fra behandlingsforløbet, som alle indeholder tegn på alvorlige alliancebrud, ligesom data fra SASB-procesanalysen inddrages i beskrivelsen af de opståede alliancebrud og terapeutens håndtering af disse. Der gennemføres fire kvalitative interview med den involverede terapeut med fokus på de udvalgte behandlingsfragmenter, ligesom der laves en uafhængig kvantitativ og kvalitativ klinisk analyse af de udvalgte fragmenter. Disse analyser udføres før gennemførelsen af de kvalitative interview – for så vidt muligt at undgå kontaminering af interviewdata og den uafhængige analyse. De anvendte kvalitative metoder er inspireret af Robert Elliots Interpersonal Process Recall (IPR, Elliott 1986) og Comprehensive Process Analysis (CPA, Elliott & Shapiro 1992).

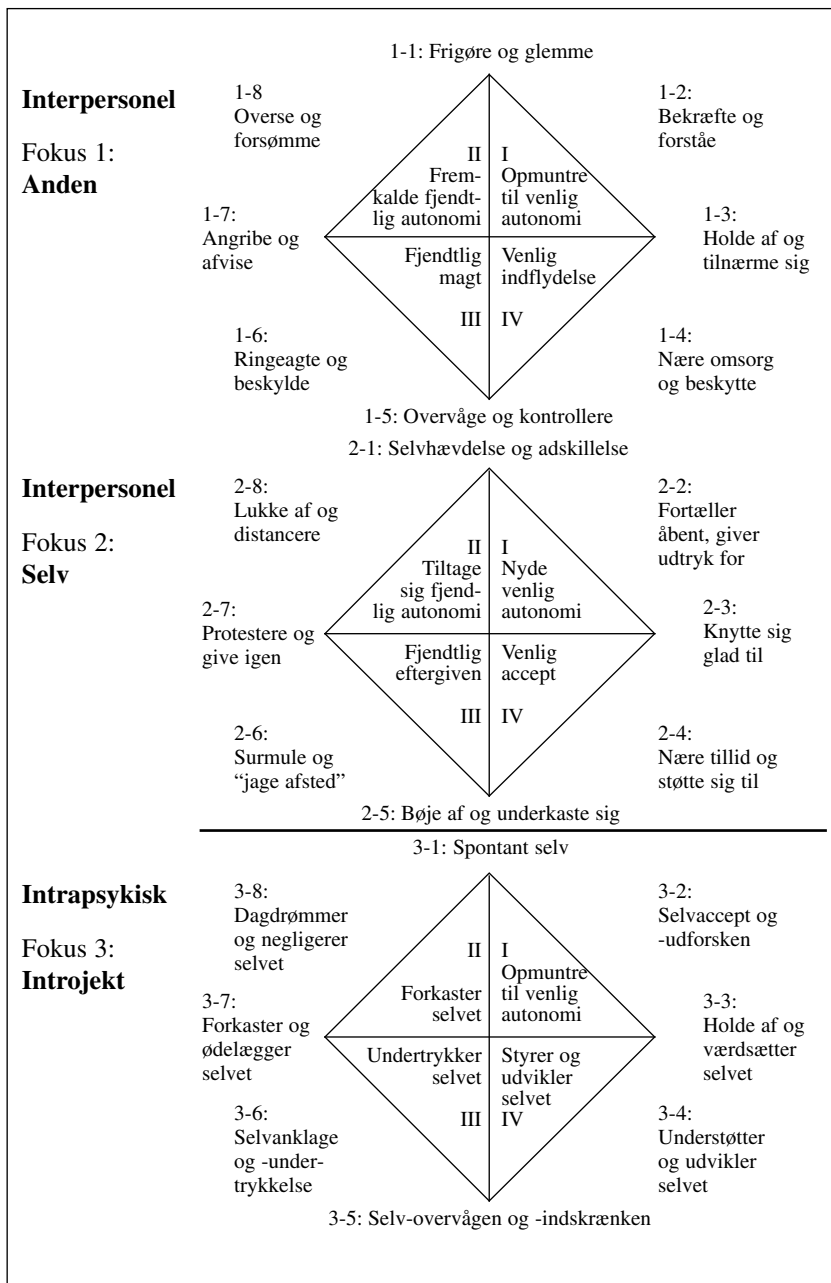
Ideelt bør ethvert element i den terapeutiske proces vurderes i forhold til den enkelte patients unikke problemstillinger. En given terapeutadfærd vil i nogle tilfælde hæmme den terapeutiske proces i arbejdet med én patient, imens den samme adfærd eller intervention kan være neutral eller endog fremme det terapeutiske arbejde med en anden patient – ligesom en given adfærd eller intervention kan have forskellige konsekvenser på for-

skellige tidspunkter i arbejdet med den samme patient. Specielt i tilfælde, hvor terapeutens relateren sig til og interageren med patienten gentager elementer af patientens patologiske samspilsmønstre, kan dette hæmme det terapeutiske arbejde. En struktureret kortlægning af patientens interpersonelle konflikter kan således indeholde værdifulde informationer for en kvalificeret vurdering af terapeutens konkrete interventioner og adfærd over for den enkelte patient. Der er derfor gennemført en systematisk analyse af patientens interpersonelle kernekonflikter med det særligt udviklede SASB-CMP-instrument (Henry 1997) til struktureret formulering af den interpersonelle kerne i patientens psykopatologi ud fra assessmentinterview o.lign. materiale. Resultaterne af denne analyse inddrages efterfølgende i forståelsen af terapeutens håndtering af opståede alliancebrud.

SASB-procesanalyser

Lorna S. Benjamins SASB-instrument til intensive strukturerede analyser af interpersonelle samspil tager afsæt i tre særligt udviklede cirkumplekser til klassificering af social adfærd, svarende til systemets tre foki for social adfærd. Der skelnes imellem (1) aktivt agerende adfærd med fokus på den »anden«, (2) mere passivt reagerende adfærd med fokus på »selv«, og endelig (3) aktivt agerende adfærd over for selvet med fokus på »introjekt«. Hvert cirkumpleks er udspændt omkring et to-dimensionelt koordinatsystem med had og kærlighed som yderpoler på x-aksen og underkastelse og adskillelse (ved fokus på selv) hhv. kontrollere og give frihed på y-aksen (ved fokus på anden og introjekt).

Grundideen i SASB-procesanalysen er, at enhver bevægelse i samspillet imellem patient og terapeut, ved at blive underkastet stramt strukturerede mikroanalyser, kan placeres i SASB-systemets cirkumplekser, hvor man herefter kan aflæse en beskrivelse af samspillet karakter. For en nærmere beskrivelse af SASB-systemet, dets teoretiske og empiriske grundlag, de enkelte trin i udførelsen af procesanalyser, psykometriske karakteristika, og de indeholdte muligheder for mere nuancerede og avancerede analyser henvises læseren til Jørgensen 1992, 1996 og til Humphrey & Benjamin 1989. Reliabiliteten af de i denne undersøgelse gennemførte procesanalyser er sikret ved, at dele af det analyserede materiale også er analyseret af en anden erfaren bruger af SASB-systemet, ligesom der er ført løbende kontrol af interrater-reliabiliteten (se evt. Jørgensen et al. 2000a).



Figur 1. (Dansk oversættelse: Hougaard 1996: 267)

SASB-CMP; Formulering af patientens centrale vanskeligheder i interpersonelle relationer

SASB-CMP er en metode til struktureret kortlægning af gennemgående mønstre i patientens relateren sig til andre som betjener sig af SASB-systemets analysekategorier. I SASB-CMP-analysen af interpersonelle kernekonflikter fokuseres på patientens primære ønsker, frygt, ageren og reageren i sine samspil med andre – og på andres forestillede og faktiske reaktioner på patientens interpersonelle adfærd. På basis af strukturerede indholdsanalyser af patientens beretninger om sine interpersonelle relationer udkrystalliseres en individuel caseformulering. Denne indeholder en beskrivelse af patientens primære ønsker i sine relationer til andre, hvad patienten frygter i samværet med andre, hvorledes patienten typisk agerer og reagerer i samspil med andre, og hvorledes patienten oplever, at andre agerer og reagerer i samspillet med ham/hende. Endelig formuleres patientens gennemgående oplevelse af og adfærd over for sig selv, ligesom der kan opstilles hypoteser om, hvorledes caseformuleringens forskellige elementer kan være kausalt forbundne, og om de formulerede samspilsmønstres eventuelle historiske rødder (jf. internalisering og gentagelse af tidlige relationer til forældre). For en nærmere beskrivelse af metoden henvises til Henry 1997 og til udvidet udgave af nærværende i artikel i Jørgensen 2000c.

Udvælgelse af centrale elementer i terapien til nærmere analyse

Hovedparten af 1. og 2. assessmentinterview, 4. og 17. behandlingssession udskrives og underkastes SASB-procesanalyser, ligesom dele af 3. assessmentinterview og 5. og 18. session analyseres. Disse analyser er grundlag for udvælgelsen af otte kortere fragmenter fra behandlingsforløbet – alle kendetegnet ved tegn på alvorlige problemer i behandlingsrelationen – som gøres til genstand for yderligere analyser og er fokus for undersøgelsens kvalitative interview.

I denne undersøgelse udvælges specielt episoder, hvor patienten enten trækker sig ud af kontakten med terapeuten eller i længere tid er fjendtlig over for terapeuten. Endvidere udvælges en enkelt episode, hvor patientens ytringer i samspillet med terapeuten er dobbeltbundne/tvetydige. Udvælgelsen af analysemateriale tager udgangspunkt i Safran & Murans SASB-baserede metode til struktureret udpegning af alliancebrud (se ovenfor). I SASB-systemets terminologi vil brud på den terapeutiske alliance manifestere sig ved flere på hinanden følgende patientbidrag med koderne 1-6, 1-8, 2-5, 2-6 eller 2-8 (eventuelt 1-5 eller 2-1). Endvidere må blot ganske få bidrag fra terapeuten med koderne 1-6, 2-6, 1-8 eller 2-8 betragtes som tegn på alvorlige brud på den terapeutiske alliance – specielt i de tilfælde,

hvor patienten reagerer med tilsvarende tegn på manglende kontakt eller kontakt præget af aggression (jf. Safran et al. 1990:157f).

Udvælgelsen af materiale er understøttet af en generel klinisk vurdering af, at der i de udvalgte fragmenter er alvorlige vanskeligheder i den terapeutiske relation. Der er udvalgt i alt otte fragmenter fra 1. og 3. assessmentinterview og fra 17. behandlingssession – med overvægt af materiale fra 17. session, som i lange perioder er præget af talrige og vedvarende alliancebrud og vanskeligheder i den terapeutiske relation. Hvert fragment er af 2-3 minutters varighed.

Det må antages (jf. Benjamin 1987:63), at de mønstre i samspillet imellem patient og terapeut, der ses i de udvalgte episoder, også er til stede andre steder i terapien, og at de opståede konflikter og terapeutens måde at håndtere disse i større eller mindre udstrækning er repræsentative for, hvilke konflikter og vanskeligheder, der er centrale for netop denne patient-terapeut-relation generelt – og for, hvorledes »den tilstrækkeligt gode terapeut« generelt håndterer sådanne vanskeligheder.

Strukturering og analyse af interview

Der gennemføres fire kvalitative interview med den involverede terapeut – alle struktureret af gennemarbejdet interviewguide (Kvale 1996). Hvert interview varer ca. 90 minutter (første interview dog ca. 120 minutter) afbrudt af en ca. 15 minutters pause. De er struktureret som følger: Inden første interview gennemlæser terapeuten sine journalnotater fra det udvalgte forløb. Dette sker i et forsøg på at spore terapeuten ind på behandlingsforløbet og således kompensere for, at terapeuten må forventes at have glemt det flere år gamle behandlingsforløb. Herefter introduceres terapeuten til interviewets format og der stilles en række spørgsmål til, hvad der efter hans opfattelse kan betragtes som de første konkrete tegn på vanskeligheder i den terapeutiske relation og, hvorledes han håndterer disse. Herefter rettes opmærksomheden mere specifikt imod de udvalgte fragmenter fra behandlingsforløbet.

Første fragment fra terapien afspilles og terapeuten opmuntres til en spontan fortælling om det afspillede terapifragment. Dette gøres ved at stille åbne spørgsmål af formen: »Hvis du skulle fortælle om denne episode til en gruppe lægestuderende/din supervisor, hvordan ville du da beskrive, hvad der foregår?«. I de tilfælde hvor terapeuten anvender fagtermer opfordres han til at konkretisere og præcisere, hvad de anvendte begreber betyder for ham.

I den udstrækning centrale elementer til forståelse af terapeutens håndtering af vanskeligheder i behandlingsrelationen ikke er dækket af terapeutens mere spontane fortælling skiftes herefter til et semistruktureret og

mere fokuseret interviewformat, hvor der via en serie spørgsmål fokuseres på bestemte dele af hans oplevelse af den udvalgte episode fra terapien. Denne metode, med båndafspilning og efterfølgende først åbent og senere semistruktureret interview, gentages for de øvrige udvalgte terapi-fragmenter.

Både interview og den uafhængige analyse fokuserer primært på terapeutens bidrag til udvikling og eventuelle heling af opståede brud på den terapeutiske alliance. Inspireret af Elliott & Shapiro's CPA-instrument kigges mere specifikt på: (1) hvad der konkret sker i de udvalgte episoder med vanskeligheder i den terapeutiske relation (så vidt muligt formuleret på lavt fortolkningsniveau), (2) hvorvidt der kan udpeges en enkelt central hændelse i de udvalgte fragmenter, som udtrykker kernen i, hvad der er på spil – og (3) hvad der i givet fald leder op til og følger efter denne centrale hændelse – herunder om faktorer uden for terapien (ud fra kendskab til patientens historie, centrale konflikter mv.) eventuelt kan bidrage til forståelsen af, hvad der udspiller sig i de udvalgte episoder. Herunder udforskes (4), hvilke del-elementer der kan udskilles i de afspillede terapi-fragmenter. Der opereres her på fem forskellige niveauer: (a) hvordan kan man beskrive aktørernes handlinger/adfærd, (b) hvad tales der om, (c) hvordan tales der, (d) hvordan kan man beskrive terapeutens interventioner – og hvad er godt hhv. mindre godt ved disse? Endvidere (e) spørges til terapeutens intentioner med sin adfærd, reaktioner og interventioner. Her bliver terapeuten bedt om at beskrive specifikke patientytringer og adfærd, som der reageres på – og eventuelle bevidste intentioner bag sine reaktioner og interventioner.

Endelig (5) fokuseres på, hvorledes terapeuten oplever, at hans adfærd og interventioner influerer på patienten. Her rettes opmærksomheden især imod: (a) hvordan terapeuten forestiller sig, at patienten har oplevet hans reaktion/intervention, (b) umiddelbare bevægelser i den terapeutiske proces – specielt patientens umiddelbare reaktioner på terapeutens adfærd og interventioner (hvordan reagerer patienten helt konkret), (c) eventuelle tegn på patientens forsinkede reaktioner på terapeutens bidrag, og (d) hvordan begivenheden kan tænkes at influere positivt eller negativt på patientens udbytte af behandlingen.

I forbindelse med afsøgningen af terapeutens adfærd og interventioner spørges til, om der kunne være faktorer hos patienten som medførte, at han reagerede/intervenerede, som han gjorde, ligesom der opfordres til, at terapeuten reflekterer over, hvorvidt der er generelle karakteristika ved hans terapeutiske metode og/eller ved ham som person, som er relevante for forståelsen af hans reaktion/intervention.

Bearbejdelsen af interviewdata begynder under gennemførelsen af interviewet, hvor der løbende foretages omfattende notater, ligesom hvert interview gennemlyttes umiddelbart efter afviklingen – og der foretages yderligere notater – bl.a. med ordret gengivelse af interviewpersonens

centrale pointer (fra lydånd). Nogle dage efter interviewet aflyttes dette endnu engang og de tidligere foretagne notater suppleres med yderligere kommentarer. Alle notater føres separat for hvert udvalgt behandlingsfragment. Sammenfatning, fortolkning og fremlæggelse af interviewdata har herefter bestået i en så vidt muligt loyal sammenskrivning af notater og ordrette citater fra interviewpersonens ytringer. Målet er således at formulere en række fænomenologiske beskrivelser og refleksioner over, hvad denne »tilstrækkeligt gode« terapeut konkret gør for at håndtere opståede vanskeligheder i behandlingsalliancen. En sådan mere impressionistisk analyse- og præsentationsform er bedre egnet til fremlæggelse af interviewdata produceret i tæt tilknytning til konkrete behandlingsfragmenter end de mere strukturerede metoder, som er indeholdt i eksempelvis grounded theory (Strauss 1987).

Efter gennemførelsen af de kvalitative interview og afslutningen af det efterfølgende analysearbejde er data fremlagt for terapeuten i både mundtlig og skriftlig form. Både udvælgelse og fortolkning af interviewmateriale er efterfølgende diskuteret med terapeuten med henblik på validering af de fremlagte data og analyser.

Metodeproblemer

Der kan peges på en række problemer i undersøgelsens design. Den udvalgte terapi er gennemført for hen ved seks år siden, og det er således ikke sandsynligt, at terapeuten kan erindre sine oprindelige oplevelser i og af de udvalgte episoder fra terapien. I den aktuelle oplevelse af terapien sker således uundgåeligt en sammenblanding af terapeutens oplevelse her-og-da med hans oplevelse af de afspillede terapiepisoder som de fremstår her-og-nu. Endvidere kan den tidsmæssige og emotionelle afstand til det analyserede materiale betyde, at terapeuten giver udtryk for et overblik og en forståelse af patienten og deres samspil, som han ikke havde i den oprindelige situation, hvor han var følelsesmæssigt involveret i behandlingsarbejdet. Dette må bl.a. forventes at medføre en større risiko for efterrationalisering og intellektualisering. I gennemførelsen af de fire interview er der således forsøgt fastholdt et fokus på, hvad der konkret sker i de afspillede fragmenter, og hvorledes terapeuten oplever disse, og hvilke mere generelle behandlingsmæssige refleksioner dette giver anledning til.

Ideelt burde undersøgelsen inkludere en serie interview med den implicerede patient – bl.a. for at tegne et billede af patientens oplevelse af den terapeutiske proces, terapeutens interventioner, hvad der var hjælpsomt i behandlingen osv. Undersøgelsens datamateriale er imidlertid hentet fra et etableret forskningsprojekt, hvor de involverede patienter ikke eksplicit har givet tilladelse til, at man kan kontakte dem efter behandlingens af-

slutning. Det ville derfor ikke være etisk forsvarligt at henvende sig til den pågældende patient med henblik på sådanne relativt personlige og potentielt emotionelt provokerende interview.

De analyserede fragmenter fra det terapeutiske forløb er udvalgt på basis af »objektive« analyser af samspillet imellem patient og terapeut – og af, hvornår der opstår vanskeligheder i den terapeutiske relation. Dette betyder imidlertid ikke nødvendigvis, at de involverede parter – patient og terapeut – oplevede/oplever, at der i de udvalgte fragmenter er problemer i behandlingsrelationen. I Robert Elliotts IPR-metode – som har været inspirationskilde for denne undersøgelse – bliver patienten bedt om at udvælge centrale steder i hver enkelt terapeutisk session som efterfølgende er udgangspunkt for interview med både patienten og terapeuten. Af flere grunde har dette ikke været muligt at gennemføre. Det er dog værd at bemærke, at terapeuten har tilsluttet sig vurderingen af, at de udvalgte behandlingsfragmenter er præget af klare tegn på betydelige vanskeligheder i behandlingsrelationen.

Undersøgelsens mere kvantitativt baserede undersøgelser er primært inddraget for at strukturere og disciplinere undersøgelsens kvalitative metoder. Da disse analyser således ikke indgår som primært materiale i en kvantitativ undersøgelse, er spørgsmål om disse analysers reliabilitet og validitet af underordnet betydning i forhold til reliabilitet og validitet af de kvalitative undersøgelser. Der er dog gennemført reliabilitetsundersøgelser af de anvendte SASB-procesanalyser, ligesom det bør nævnes, at forfatteren har betydelig erfaring med sådanne analyser. Hertil kommer, at forfatteren har nogen erfaring med SASB-CMP-instrumentet i kraft af tidligere deltagelse i forskellige forskningsgruppers anvendelse af instrumentet (bl.a. sammen med William P. Henry ved University of Utah, som har udviklet instrumentet).

Resultater

SASB-CMP

Ud fra de foreliggende informationer (primært tre assessmentinterview & journaloplysninger) om patientens interpersonelle relationer og vanskeligheder knyttet til gentagne belastende mønstre i patientens samspil med andre udkrystalliseres følgende SASB-CMP-formulering:

Ønsker i interpersonelle relationer: Patientens interpersonelle relationer domineres af et stærkt ønske om at blive set, hørt og respekteret (andre 1-2 & 1-4), ligesom hun ønsker empatisk forståelse og omsorg fra andre (andre 1-2, 1-3 & 1-5). Hertil kommer et ønske om, at andre tager sig af hende – til dels på en måde som svarer til, hvorledes en forælder tager sig af sit barn (andre 1-4 & 1-5, selv 2-4 & 2-5). I forlængelse af dette synes hendes forhold til mænd domineret af ønske om at finde en »faderfi-

gur«, der kan tage hånd om hende og tage styringen i den indbyrdes relation (anden 1-4 & 1-5). Hertil ses et fremtrædende ønske om, at alle kan lide hende (andre 1-3), samtidig med at hun ønsker at blive bedre til at give udtryk for sin vrede over for andre (selv 1-6 & 1-8). Endelig er hun optaget af, at opnå tillid til andre (selv 2-2 & 2-4).

Frygt i interpersonelle relationer: Svarende til de formulerede ønsker i interpersonelle relationer frygter patienten, at andre overser og overhører hende, ikke respekterer hende, afviser hende og ikke vil hjælpe hende, når hun har behov for det (andre 1-8 & 1-1). Endvidere frygter hun, at andre skal opleve hende som krævende, grådig, til besvær, og at hun søger at få tilfredsstillt sine behov på andres bekostning (andre ser hende som 1-5 & 1-8). Endelig frygter hun, at andre skal se ned på hende og ikke tager hende alvorligt (andre 1-6 & 1-8).

Andres forventede og faktiske adfærd i interpersonelle samspil: Selvom patienten forventer at blive afvist, overset og få frustreret sine interpersonelle behov er de foreliggende – ganske vist sparsomme – beskrivelser af aktuelle relationer præget af både hendes mands tidvise tilbøjelighed til at overse dele af hendes behov (1-8) og af, at både hendes mand og andre faktisk synes at se og høre hende (1-2, 1-3 & 1-4). Specielt i forholdet til moderen føler patienten sig afvist og overset (1-6 & 1-8), ligesom patienten har fortolket faderens adfærd (at han forlader familien) som en aktiv afvisning og et fravalg af hende (1-6 & 1-8).

Egen forventede og faktiske adfærd: Patientens adfærd i samspil med andre er spændt ud imellem en tilbøjelighed til venlig underkastelse (2-4 & 2-5), aggressive udfald imod andre når disse opleves som kontrollerende (1-6), og tidvist afbrydelse af kontakt (2-8) – specielt når hun oplever, at andre (bl.a. ægtefællen og moderen) ikke ser hende og tilfredsstiller hendes behov. Endvidere synes patienten sensibel over for oplevede angreb, hvor hun reagerer dobbelttydigt med, dels forsvar af selvet (2-6), dels modangreb (1-6). Der ses ingen væsentlige tegn på, at patienten er i stand til eksplicit at tage styringen i interpersonelle relationer (ikke 1-4). I forsøg på at undgå konflikter er patienten tidvist idealiserende og overdrevent venlig (1-3 & 2-3) over for andre, hvilket på længere sigt implicerer utilstrækkelig grænsesætning og frustration af egne behov, hvorefter hun reagerer med aggressiv afvisning (1-6 & 1-8).

Introjekt: Patientens adfærd over for sig selv er tidvist præget af stærk selvkontrol (3-5), selvforagt (3-6) og aggressive angreb på selvet (3-7) – dette ses specielt i forbindelse med suicidalforsøg, hvor hendes vrede imod andre (ægtefællen) vendes imod selvet. Når hun søger at få tilfredsstillt egne behov udløser dette typisk skamfølelser (3-6) over, hvad hun oplever som forfølgelse af egne behov på andres bekostning. I perioder ses adfærd præget af en mere venlig selvkontrol (3-4), imens patienten ikke synes i stand til at give sig selv frihed til selvudfoldelse (ikke 3-2 eller 3-3).

Samlet indtryk af dominerende problematiske mønstre i patientens interpersonelle relationer: Patientens vanskeligheder synes at være forbundet med grundkonflikter omkring kontrol og underkastelse i interpersonelle relationer kombineret med maskeret aggression (passiv-aggressiv og dependent personlighed). På den ene side ønsker hun, at andre tager styringen i interpersonelle relationer, ligesom hun har en ambition om at tilfredsstille andres behov – øjensynligt ud fra en forestilling om, at dette medfører, at andre kan lide hende og hun derved kan undgå konflikter og afvisning. Samtidig bliver hun vred og afvisende, når hun oplever at andre overser hendes behov og/eller kontrollerer hende. Når andre uundgåeligt skuffer hendes urealistiske forventninger om at kunne se og tilfredsstille hendes behov for opmærksomhed, forståelse og omsorg reagerer hun med (ofte tvetydige) aggressive udfald imod den anden og med implicite trusler om at afbryde kontakten (trækker sig ud af emotionel kontakt). Det må forventes, at de beskrevne mønstre i patientens interpersonelle relationer vil blive aktualiseret og gentaget i den terapeutiske relation (i overføringen).

Hypoteser om interpersonelle mønstres historiske rødder: Patienten er enebarn og vokset op hos enlig moder som tilsyneladende ikke har været i stand til at tilfredsstille hendes emotionelle behov, behov for trykthed, alderssvarende omsorg mv. Hun har følt sig uønsket, overset og har som ung og voksen savnet respekt fra moderen. Hertil kommer et eksplicit formuleret savn af en fader som en person, der ikke afviser hende, og som kan give udtryk for forståelse og omsorg. Den faktiske fader beskrives som kold, afvisende og ude af stand til at vise kærlighed. I alle efterfølgende nære relationer har patienten mere eller mindre eksplicit søgt at få tilfredsstillet disse følelsesmæssige behov⁴. Da der typisk er tale om, hvad man må betragte som barnets behov for normal forældreamsorg, er det imidlertid ikke realistisk at forvente en sådan behovstilfredsstillelse – og hun har ikke kunnet undgå skuffelser og frustrationer i sin interpersonelle relationer.

4 Denne dynamik svarer til Lorna Benjamins beskrivelse af, hvorledes patienten i sine voksne relationer rekapitulerer sin relation til moderen og vedvarende agerer som om moderen var til stede – i et forsøg på at få den opmærksomhed, omsorg og kærlighed som hun savnede i relationen til moderen (se evt. Jørgensen 1999b).

Hvordan håndterer terapeuten opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation?

Data fra kvalitative interview⁵

I resultatrapporteringen fremlægges en så vidt muligt loyal sammenskrivning af hovedpointerne i terapeutens beskrivelse og refleksioner over sine oplevelser og interventioner i de udvalgte behandlingsfragmenter. Da hvert fragment typisk indeholder flere udtryk for aktuelle vanskeligheder i behandlingsalliancen – og flere interventioner fra terapeuten – præsenteres interviewmaterialet i tilknytning til mindre dele af de udvalgte fragmenter. Denne arbejdsmetode gentages for hvert enkelt af de otte fragmenter fra behandlingsforløbet.

Terapeutens oplevelser og refleksioner

Terapeuten opregner en række reaktions- og adfærdsformer hos patienten og ham selv, som kan være tegn på vanskeligheder i behandlingsalliancen: at patienten trækker sig ud af kontakten, vender sig væk, græder med et element af vrede, giver direkte udtryk for vrede mod terapeuten, at patienten forskyder samtalens fokus fra sig selv til terapeuten, at patienten går til angreb på terapeuten – eventuelt i form af et modangreb med afsæt i patientens oplevelse af at være blevet angrebet af terapeuten. Endvidere lægger han vægt på løbende at anvende sin egen modoverføring til vurdering af alliancens kvalitet, hvor specielt irritation, separationsangst og ked-somhed nævnes som tegn på, at alliancen kan være truet.

I det følgende fremlægges en række af de metoder og principper som terapeuten i det analyserede materiale benytter sig af til håndtering af oplevede vanskeligheder i behandlingsrelationen. Der fremlægges en række mindre udvalg fra de analyserede behandlingsfragmenter – ledsaget af en så vidt muligt loyal gengivelse af terapeutens oplevelser og kommentarer til sine interventioner og reaktioner. Der er altså altovervejende tale om terapeutens egne refleksioner over og oplevelser af, hvordan han i de udvalgte behandlingsfragmenter har håndteret opståede vanskeligheder i behandlingsrelationen.

1. Konfrontere patienten med dennes vrede og om muligt afgifte den. Invitere patienten til at reflektere over sine oplevelses- og reaktionsmønstre. Undgå dogmatiske tolkninger og definitioner af »virkeligheden«

5 For en illustration af arbejdsmetoden i de kvalitative interview henvises til den fulde udgave af artiklen i forfatterens ph.d. afhandling (Psykologisk Institut, Aarhus Universitet 2000c).

I de første minutter af 3. assessmentinterview fokuseres på patientens vanskeligheder med at stille krav og udtrykke sine ønsker, hvorefter terapeuten tematiserer, hvad han har oplevet som aggression hos patienten i slutningen af den foregående session:

T: Ja, jeg tænkte lidt på det, da du gik sidst – jeg tænkte faktisk på, om du var vred på mig

P: Ja, jeg kan godt ...

T: Fordi, du ville ikke rigtig have blikkontakt med mig, da jeg lukkede dig ud ad døren – og selvom vi havde talt om noget væsentligt i slutningen af timen – og havde etableret – skønnede jeg – en anden form for kontakt end lidt før i timen, så virkede det som om du var vred på mig, da du gik – er det sandt?

P: Ja ..

T: Mhm

P: Altså ikke det – ja – og jeg kan godt genkende mønstre fra andre – det kan jeg godt

T: Men lad os så udforske lidt, hvad du var vred over – fordi, at det er – det er i mit fags og i det tilbud, jeg har – det er i dets ånd, at vi taler om den slags ting

P: [pt. Griner lidt]

T: At du for eksempel var vred på mig...

Terapeuten lægger vægt på, at hans konfrontation er formuleret som et åbent spørgsmål, hvor patienten kan tage stilling til, om hans oplevelse er rigtig og i overensstemmelse med patientens oplevelse. Han spørger eksplicit patienten, om hans oplevelse af hende er »sand«, og hun får det sidste ord i bestemmelsen af sin egen virkelighed. Hans tolkninger og konfrontationer præsenteres ikke som »sandheden« om verden og patienten, men som noget de sammen kan reflektere over – og patienten inviteres til at være med. Samtidig afgiftes vreden og det signaleres, at det er tilladt at være vred – han støtter patienten i at udtrykke sin vrede, uden at hun skal være bange for at blive afvist. Det siges direkte, at det er en del af behandlingen at beskæftige sig med sådanne følelser, som for nogle mennesker er tabuiserede, farlige og forbudte. Uden på dette tidspunkt at formulere det for patienten er terapeuten bevidst om, at det er en kernekonflikt hos patienten, at give udtryk for sin vrede over for en person, hun er afhængig af. Endelig fremhæver terapeuten, at hans intervention indeholder et element af, at patienten skal »lære lidt om, hvad det vil sige at gå i psykodynamisk psykoterapi« – at det er i behandlingens ånd at tale om vrede osv.

Terapeuten oplever, at patienten umiddelbart bliver »stødt« over hans konfrontation – og at hun midlertidigt trækker sig delvist ud af relationen. Han fastholder imidlertid sit fokus på patientens aggression. Han be-

grunder dette med henvisning til en af patientens kernekonflikter: hendes angst for ikke at blive forstået og afvist – og hendes tilbøjelighed til at reagere med vrede, når hun oplever tegn på forestående afvisning.

2. *Bruge egne følelsesmæssige reaktioner som terapeutisk materiale*

Terapeuten anvender løbende sine egne følelsesmæssige reaktioner, handlingstilskyndelser osv. (modoverføringer) til at vurdere, hvad der udspiller sig i patienten og den indbyrdes relation. I ovenstående fragment fra 3 assessmentinterview oplever terapeuten i sin modoverføring patientens angst for at blive afvist (i form af en angst for at patienten skal afvise/kassere ham og forlade behandlingen). Samtidig vurderer han, at han – for at undgå afvisningen – er nødt til at fokusere på aggressionen (og patientens bagvedliggende oplevelse og frygt). For at vise, at han har set og forstået hende, må han konfrontere hende med hendes aggression og utilfredshed. Han må »gå ind i løvens hule«, selvom han måske har mest lyst til at lade være – fordi han kan forudse vanskeligheder i den indbyrdes relation, og han må gøre det selvom hun umiddelbart vil reagere afvisende på en sådan konfrontation. Mere generelt anvender terapeuten sin modoverføring til at få informationer om, hvordan det er for andre at være sammen med patienten. Det er derfor vigtigt, at terapeuten har tillid til sin modoverføring – og ikke mistænkeliggør sine egne følelsesmæssige reaktioner.

3. *Bearbejde sin modoverføring*

Patient og terapeut har i nogen tid udvekslet deres afvigende oplevelser af den samme hændelse i en tidligere session, hvorefter terapeuten kortvarigt griber til at forsvare sig (fragmentet er hentet fra 17. session):

T: Hvor jeg har forsøgt at antyde en mulig forståelse af noget af ham [ægtefællen] – så – men jeg skal ikke forsvare mig – du skal have lov til at øhh komme frem med den utilfredshed – men vi skal prøve at kigge lidt på, hvad det egentlig er du beder mig om – nemlig, at øhh – ja du beder mig jo næsten om at garantere, at du ikke bliver skilt.

Patienten har angrebet og anklaget terapeuten for at følge sin egen dagsorden uden blik for hendes ønsker – og i sin modoverføring føler terapeuten trang til at forsvare sig. Han oplever, at patienten søger at bringe ham ud af den terapeutiske position – og placere ham i en position som offeret, der må forsvare sig (og på andre tidspunkter som krænkeren der skal have dårlig samvittighed og skyldfølelser) – hvilket i denne situation ville være antiterapeutisk. Han begynder at forsvare sig – men opdager det, tager sig i det, og vender atter fokus mod patienten. Når terapeuten siger, at han ik-

ke skal forsvare sig, og patienten skal have lov til at komme frem med sin utilfredshed, så er det et udtryk for, at han arbejder med sin modoverføring – og i den forstand er budskabet rettet til både patienten og til ham selv. Han holder fast i, at det er patienten som har det overvejende problem. »At jeg så slider med min modoverføring og med min del af det [arbejdet], er det som skal gøres for at undgå, at jeg kommer til at sidde med sorte per«. »Patientens kritik er antydningvist rigtig – men slet ikke i de dimensioner hun antyder«.

4. Åbne for patientens virkelighed – og empatisk introducere af et andet perspektiv på denne

Efter at patienten har kritiseret terapeutens arbejdsmetode åbnes for at patienten kan fortælle yderligere om sin oplevelse – og terapeuten søger at introducere et nyt perspektiv på, hvad patienten har oplevet (fragmentet er hentet i 17. session):

T: Ja, det sidste er vigtigt, det her, at du føler, du kun fik meget negativ reaktion, fordi det har du gentaget mange gange

P: Jeg prøvede virkelig, ærligt at forklare dig hvorfor – jeg tog den beslutning – jeg følte ikke, at du gad så meget som at høre på den – det følte jeg var krænkende for mig – fordi det er vigtigt for mig – og jeg vil gerne prøve at give det videre

T: Mmm. Kan det være sådan, at du nogle gange – nu prøver jeg at kigge lidt på det fra en anden vinkel ..

P: Mmm

T: Fordi, det du oplever som en krænkelse, det tager jeg til efterretning – det må være sådan, at du har følt dig krænket sidst – kan det være sådan, at øhh ... at du måske alligevel ikke har givet tilstrækkeligt udtryk for det synspunkt i sidste time – fordi, når nu du udtrykker det på den måde, »jeg prøvede så indtrængende«, så kan jeg slet ikke genkende det.

Terapeuten åbner for at tale om patientens virkelighed – også selvom den ikke er »rigtig« (domineret af overføringer) eller ikke »svarer til« terapeutens oplevelse. Han validerer og bekræfter patientens oplevelse – uden direkte at anerkende, at han har lavet fejl og er involveret i patientens vanskeligheder. Samtidig siger han: »lad os alligevel se om det kan forstås på en anden måde«. Ganske langsomt og forsigtigt introducerer terapeuten den ide, at patienten måske selv har haft en andel i sin oplevelse af at blive overset og overhørt af terapeuten – at hun »måske« ikke har været helt klar i sin kommunikation.

Terapeuten søger at bane vejen for patienten ved eksplicit at fortælle, at han vil »kigge lidt på det fra en anden vinkel« og han »vejer sine ord på en guldvægt« for at undgå at krænke patienten, ligesom han indirekte siger til patienten: »bær lige over med mig, jeg prøver lige at se det på en anden måde«.

5. *Invitere patienten til at give eksplicit udtryk for sin vrede og utilfredshed. Bevare empati og forståelse for patienten – selv når man er under angreb.*

Patienten har i en længere passage (i 17. session) luftet sin oplevede utilfredshed med terapeuten og terapien:

P: ... jeg føler nogen gange, at ehh ..

T: Det var ...

P: ... jeg har svært ved at have tillid til dig, fordi jeg har en fornemmelse af, at du har ... selvom ...

T: At ..?

P: Jeg føler ikke nogen forståelse fra dig

T: Hvordan, prøv at give udtryk for det. Det er jo vigtigt.

Terapeuten giver patienten tilladelse til at have og give udtryk for sine affekter – også selvom disse er »negative« og rettet imod terapeuten selv. Ved at invitere patienten til at uddybe sin kritik og sige, at den er vigtig, gives patienten plads til at sige, give udtryk for og få afløb for »alt« i det terapeutiske rum.

6. *Verbalisere og validere patientens frustration. Være fokuseret.*

Patienten har i en længere passage (i 17. session) udtrykt utilfredshed med terapeuten uden at der er udkrystalliseret et fokus eller en kerne i denne utilfredshed, hvorefter terapeuten – ud fra sin empatiske indlevelse i patienten – forsøger at formulere kernen i patientens utilfredshed:

T: Jamen, det du tænker mest på lige nu, hvor du er blevet mest frustreret af at gå hos mig, det er omkring det med dig og [ægtefællens navn]

P: Ja, det har været. Ja.

Terapeuten forsøger her at rette fokus imod det centrale i patientens oplevelse – han signalerer at han har hørt og forstået, at hun er frustreret over hans arbejdsmetode. Han validerer hendes oplevelse.

Selvom terapeuten skal have frit flydende opmærksomhed, må han også have »skyklapper på« for ikke vedvarende at blive distraheret af alt for meget omkring sig. Når først der er formuleret en rimeligt valid hypotese om patientens dynamiske fokus og centrale interpersonelle konflikter, må denne hele tiden være i terapeuten's baghoved og inddrages i forståelsen af, hvad der udspiller sig her-og-nu.

7. *Lade patienten have sine indvendinger imod terapeuten's person og metode – uden nødvendigvis at være overbevist om at patienten har ret.*

Efter at have tematiseret en oplevelse, hvor patienten har følt sig overset af terapeuten, bliver patienten mere direkte og konkret i sin kritik (fragmentet er hentet i 3. assessmentinterview):

P: Altså bagefter tænkte jeg, jeg ville bare afbryde og aldrig henvende mig igen – jeg kunne sagtes klare mig selv og sådan – altså jeg satte nogle bestemte ting på det – men altså det er ikke en anklage imod dig – det er mere fordi, jeg var generelt vred – og jeg kan genkende mønstret – men som om – jeg følte ligesom om, at jeg sagde noget – ligesom om [patientens hjemegn] – og du tog det ikke alvorligt – ligesom om du sagde, at det var noget andet end det, jeg sagde

T: Hvad var det ..

P: Ligesom om, at det – hvor vigtig naturen den er – hvor du sagde, at det var bare – altså jeg følte, at du sagde, at det var bare fordi, at det var et bindeled til min mor

T: Mhmm

P: Ligesom om, at det var bare noget andet ..

T: Men tror du ...

P: Men det var ikke kun det

T: Mhm

P: Det – altså det var mange negative ting, jeg prøvede at finde, finde i det

T: Mhm

Terapeuten oplever, at patienten her »synes jeg bestemmer, jeg er autoritær, og at mine fortolkninger ikke udtrykker hendes virkelighed«. Samtidig »holder hun mig på afstand med sin vrede«. Terapeuten mener, at vreden både kan være udtryk for, at hans fortolkning har været rigtig, og at han kan have taget fejl. Under alle omstændigheder er det vigtigt at rumme patientens vrede – at undgå at følge sin eventuelle tilskyndelse til at gå til modangreb eller defensivt at forsvare sig imod patientens »uretfærdige« og »urimelige« angreb.

Terapeuten fremhæver, at det er vigtigt at lade patienten have sine indvendinger imod hans person og interventioner/behandlingsmetode – men, at der skal langt mere til for at overbevise ham om, at patienten har ret. I dette tilfælde er han dog åben over for, at han måske kan have været for tidligt ude med en tolkning i den sidste session, som er genstanden for patientens kritik. Grundlæggende er han altså overbevist om sin behandlingsmetodes brugbarhed – men den vil naturligvis ikke altid blive praktiseret optimalt. Han mener dog ikke, at han direkte har begået en fejl – og han lægger vægt på at undgå retræte, undgå defensivt at forsvare sig selv.

8. Gøre patientens symptomadfærd – som den viser sig i overføringen her-og-nu – egodyston. Konfrontere patienten med, at hun har et problem, som hun ikke er bevidst om.

Patienten bebrejder terapeuten, at han i den foregående session – som hun oplevede det – overhørte hendes forsøg på at få ham til at forstå, at hun ikke vil forlade ægtefællen og har behov for at tale om en nylig oplevelse (fragmentet er hentet i 17. session):

T: ... det bliver meget ultimativt

P: Mmm

T: ... og meget unuanceret

P: Mmm

T: Og .. Jeg kan have svært ved at genkende den indtrængende bøn [om at terapeuten skal høre, at hun har besluttet sig for ikke at stille spørgsmålstegn ved sit ægteskab] – som du giver udtryk for – »Jeg prøvede indtrængende«

P: Mmm

T: Jeg tror faktisk, at det meget handler om – i endnu højere grad i din terapi, at få fat på ..

P: Jeg tror at vi misforstod hinanden ..

T: At få fat på ..

P: Ja..

T: Hvor svært du har ved at give udtryk for det, du savner – at du holder det inde i dig og tror, at du har sagt det ..

P: Jeg sagde til dig i sidste time, at jeg gerne ville blive hos [ægteskællens navn]

T: Eller tror, at folk har forstået det.

Ved at konfrontere patienten med, at han ikke kan genkende hendes oplevelse af den foregående session – og hendes heraf følgende utilfredshed med behandlingen måske mere handler om hende end om behandlingen som sådan – forsøger terapeuten at bringe patienten til at reflektere over, at hun måske har et problem i sin omgang med andre, som hun ikke hidtil har været bevidst om. Hun søges gjort opmærksom på, at selvom hun selv oplever, at hun er klar i sin kommunikation, så giver hun ikke udtryk for sine behov, sin utilfredshed osv. på en måde, så andre kan høre og forstå det. Det er altså hende der har det overvejende problem – og må forandre sig – hvis hun vil høres og forstås af andre.

Den anvendte intervention er således et forsøg på en kreativ anvendelse af aktuelle vanskeligheder i den terapeutiske relation – patienten søges gjort opmærksom på hidtil ubevidste elementer af sine vanskeligheder – og en tidligere egosynton symptomadfærd (som patienten ikke selv ser

som et problem og derfor ikke arbejder på at forandre) søges gjort ego-dyston og dermed til genstand for forandring. Samtidig undgår terapeuten at komme til at »sidde med sorteper« (være den som er problemet) og blive presset ind i en antiterapeutisk defensiv position i forhold til patienten.

9. Søge at gøre det, som tilsyneladende er ydre, indre og personligt vedkommende for patienten.

Patienten har i en længere passage (i 17. session) fortalt om nogle kollegers foragt for andre mennesker, hvorefter terapeuten søger at forbinde dette med patienten selv:

T: Men det knytter også an til din egen angst for at blive set ned på

P: Ja, det gør det nok

T: Sådan som du – eh ..

P: .. Ja, ja, jeg ...

T: Giver det udtryk ..

P: Ja, ja, i hvert fald ...

T: over for mig, ikke?

P: Ja, det er derfor, jeg ikke ønsker, de skal vide, at der er noget galt med mig, fordi jeg ved, hvordan de snakker om dem, som har det svært.

T: Men fokuserer så også på din påvirkelighed af, hvad folk skulle mene om dig.

Terapeuten oplever, at patientens lange fortælling om sine kolleger er udtryk for modstand imod at tale direkte om sig selv og sin sårbarhed over for andres mening om hende. Ved at fokusere på fortællingens centrale tema: foragt for andre, og sætte dette i relation til patienten selv, anvendes patientens materiale terapeutisk. Hvis den terapeutiske proces skal være frugtbar må tilsyneladende ydre materiale gøres indre og personligt vedkommende for patienten. I dette tilfælde konfronteres patienten dels med sin sårbarhed, dels markeres mulige forbindelser imellem den ydre og indre virkelighed. Terapeuten lægger vægt på, at dette sker nænsomt, omsorgsfuldt og på en måde som inviterer patienten til at arbejde med det introducerede tema – med respekt for patientens modstand. Endvidere søger terapeuten med sin intervention at gøre en ego-synton oplevelse og reaktion (her: måden at håndtere andres foragt for mennesker som har det svært) ego-dyston; han forsøger at gøre patienten bevidst om, hvordan hendes hidtidige måde at opleve og reagere på andre (deres foragt for mennesker som har det svært) har andre motiver og går tættere på hende selv og hendes vanskeligheder, end hun hidtil har været bevidst om. Og de oplevelses- og reaktionsmåder, som hun hidtil har oplevet som »helt naturlige« og uproblematiske – og som hun ikke har ønsket at se på og forandre – er udtryk for hendes vanskeligheder og kan forandres.

Terapeuten lægger vægt på, at i arbejdet med materiale, hvor patienten er særligt sårbar (patientens selvværdsfølelse er truet), da er det – endnu mere end sædvanligt – vigtigt, at dette foregår omsorgsfuldt og nænsomt. Herunder lægger han vægt på, at han i sin stemmeføring er forsigtig, empatisk og inviterende. Enhver fortolkning af et andet menneske – herunder ikke mindst den analytiske behandlers tolkninger af sin patient – er en krænkelse, som kan vække vrede og aggression – og den må derfor formidles så omsorgsfuldt som muligt.

10. Respekttere patientens kritik – og se på den som et muligt udtryk for indrepsykiske konflikter hos patienten. Se det interpersonelle her-og-nu som udtryk for noget indrepsykisk hos patienten.

Efter at patienten har givet udtryk for en ganske omfattende utilfredshed og kritik af terapeuten, siger han (fragmentet er hentet i 18. session):

T: Har du nogen fornemmelse af, hvorfor du ikke har nævnt noget af det noget før?

P: Ja ...

T: ... for eksempel i de enkelte situationer.

Terapeuten oplever, at patienten med sin kritik har ramt hans sårbarhed for kritik – og hans modoverføring er kortvarigt »ude af balance«. Han er et menneske med følelser, som er til stede i rummet med patienten, og som også i et glimt kan reagere følelsesmæssigt på hendes kritik. Terapeuten lægger vægt på, at han straks »reparerer« sit lille »udslip« af personligt materiale, og at fokus ikke forskydes til terapeuten men holdes på patienten. Hun inviteres til at reflektere over sin kritik – samtidig med, at han bestræber sig på ikke at udleve sin eventuelle trang til modangreb, moralisering eller til at blive »sadistisk« i sin besvarelse af den fremførte kritik og utilfredshed.

Det interpersonelle samspil her-og-nu og patientens voldsomme kritik af terapeuten (den negative overføring) ses som udtryk for en indrepsykisk konflikt hos patienten – og fokus rettes imod det indrepsykiske hos patienten frem for imod terapeuten. Mere specifikt ser terapeuten patientens kritik som udtryk for hendes vanskeligheder med at give direkte udtryk for kritik af personer, hun oplever som autoriteter og er i et afhængighedsforhold til.

11. Relatere patientens modstand til terapeutens intervention på det tidspunkt, hvor modstanden blev mobiliseret. Respekttere patientens modstand/kritik – samtidig med, at der inviteres til at se den fra en anden vinkel. »Prøve til« for at fornemme, hvad patienten er parat til og kan bære her-og-nu. Løbende vurdere patientens aktuelle arbejdskapacitet – for at undgå unødige krænkelse af patienten.

Patienten kritiserer terapeutens arbejdsmetode og han forsøger at udfor-
søge, hvad der har fremkaldt utilfredsheden netop på dette tidspunkt (frag-
mentet er hentet i 17. session):

T: Så din kritik af mig nu, den blev udløst af, at jeg, jeg fokuserede på ..
på .., skal vi sige, at du forsvarede dig?

P: Ja. Det er en begrundelse for det svar.

T: Tror du, det er hele begrundelsen?

At patientens kritik kommer på netop det tidspunkt den gør, kan hænge
sammen med noget terapeuten har sagt eller gjort. »Der er altid en virke-
lighed i overføringen. Den vil aldrig blive indstiftet, medmindre der er en
vis sandhedsværdi i den – i relationen til terapeuten. Den skabes ikke af
ingenting – den skabes af noget som er i terapeuten«. Derfor kan man væl-
ge at nærme sig patientens utilfredshed og kritik, ved at se på, hvad tera-
peuten har sagt eller gjort, som mobiliserede den negative overføring og
behandlingsmodstanden.

Terapeuten respekterer patientens kritik. Samtidig introduceres den ide,
at patienten måske ikke har set hele baggrunden for sin oplevede util-
fredshed; »Tror du, det er hele begrundelsen?«. I tråd med den sokratiske
udspørgen stilles spørgsmålstegn ved patientens eksisterende (og fastlå-
ste) selv- og verdensbillede – uden at dette overskrider eller krænker pa-
tientens grænser. Endelig lægger terapeuten vægt på, at han her – som i sit
arbejde generelt – løbende »prøver til« for at fornemme, hvad patienten er
parat til og i stand til arbejde med netop på dette tidspunkt. Han forsøger
sig med interventioner på forskellige niveauer og med forskellige ind-
holdsmæssige foci – og ud fra patientens reaktioner fornemmer han, hvad
der netop nu er det mest frugtbare fokus for det videre terapeutiske arbej-
de. Denne løbende vurdering af patientens aktuelle arbejdskapacitet fore-
går i en vis udstrækning intuitivt.

*12. Afvise patientens ønske om en symmetrisk relation. Holde fokus på pa-
tienten og bevare sin terapeutiske position.*

Via en tolkning konfronteres patienten med mulige ubevidste elementer i
sit materiale, hvorefter hun (for at beskytte sig imod det emotionelt pro-
vokerende fokus) angriber terapeuten og søger at forskyde samtalens fo-
kus (fragment hentet i 17. session):

T: Men det fokuserer så også på din påvirkelighed af, hvad folk skulle me-
ne om dig

P: Ja, det er klart. Er du ikke påvirkelig over for det?

T: Det ... hvad skete der lige nu, siden du ville gøre, hvad skal jeg sige,
lave et angreb til et ..

P: .. modangreb ..

T: Ja ... nej, at du ville forsvare dig med et angreb, for jeg fornemmede jo, at du forsvarede dig pludselig nu, måske ganske helt unødvendigt.

[....]

T: Ved at sige, »er du ikke sådan også?«. Så er vi i samme båd, det er det, du siger, så er der ingen forskel på os.

Terapeuten oplever, at patienten i denne passage forsøger at ændre den terapeutiske relation (der i sin natur er asymmetrisk) til en kollegial eller venskabsrelation (der er symmetrisk). Samtidig ser han dette som udtryk for behandlingsmodstand og patientens ubevidste modstand imod at blive placeret i en patientrolle. For at undgå at patienten skal lykkes i sit forehavende – og etablere en symmetrisk relation som umuliggør terapeutisk arbejde – fokuseres direkte på patientens forsøg på at ændre relationens karakter. Samtidig signalerer terapeuten, at han ikke vil acceptere en symmetrisk relation. Patientens forsøg på at forskyde fokus fra sig selv til terapeuten afvises ved, at han straks forskyder fokus tilbage på patienten. »Hvis jeg sagde, hvad jeg tænker, føler, ser, mener osv., så ville vi ikke finde ud af, hvad det egentlig handler om.« Det, som er væsentligt, er, hvad der udspiller sig i patienten – og patientens forestillinger om terapeutens indre – ikke terapeuten indre som sådan.

13. Belære patienten om, hvad psykoterapi går ud på og, hvad en terapeut er for noget.

Efter en diskussion af, hvad der har udspillet sig i en foregående session søger terapeuten at redegøre for sine interventioner og sin arbejdsmetode generelt (fragment hentet i 17. session):

T: Det sagde du, ja. Og så havde du en terapeut, som frustrerede dig, ved at sige: »Er du nu sikker?«. Sådan som du har været usikker omkring det forhold, at du har været ved at – næsten tage dit liv. Så har du en terapeut, der siger til dig: »Stik lige fingeren i jorden og brug de næste måneder på at finde ud af, om du er sikker«. Og sådan en terapeut bliver du ved med at have, hvis du bliver ved med at gå hos mig. Fordi han kender jo lidt til, hvor svært du har haft det med dine følelsesmæssige reaktioner i forhold til din mand. Og hvordan du har haft det på det plan. [...] Og du har en terapeut som stadigvæk har en respekt for, at han ikke aner, hvad det skal ende med – men det skal du finde ud af i løbet af denne her terapi ...

Terapeuten søger her at kridte banen op og redegøre for sin metode – for, hvad en (psykoanalytisk) terapeut står for. Patienten oplæres til at gå i psykoanalytisk psykoterapi. Samtidig markeres, at han ikke er parat til at gå på kompromis med sin metode. På en ordentlig, anstændig og redelig må-

de stilles patienten et ultimatum – hun må gøre op med sig selv, om hun vil gå i den behandling, han kan tilbyde. Endvidere lægger terapeuten en vis distance til patienten ved at omtale sig selv som »en terapeut« – det fastholdes, at der er tale om et professionelt og ikke et personligt forhold. Det »betones, at der er tale om et arbejdsfællesskab – og at jeg er hendes terapeut«. Endelig lægger terapeuten vægt på, at der er tale om et stykke modoverføringsarbejde, hvor han bearbejder det materiale patienten har deponeret hos ham – han giver patienten hendes separationsangst tilbage; dette sker ved at formidle det budskab, at han ikke vil lave sig om, og hun må tage ham som han er, hvis hun vil gå i terapi hos ham. »Det er ikke mig, der skal tilpasse mig, for ikke at miste hende«. Han søger at bevare sin professionelle integritet ved at markere, at han er terapeut, han arbejder på sagen og mener at have forstået noget, og insisterer på at gøre det på sin måde.

14. Konfrontere patienten med terapeutens virkelighedsopfattelse.

Efter at patienten i skarpe og unuancerede vendinger har kritiseret terapeuten for »hele tiden« at fokusere på hendes ægteskabelige vanskeligheder introducerer terapeuten sin oplevelse af de foregående sessioner (fragment hentet i 17. session):

T: Nej ... Det, jeg lægger mærke til, det er, at du ofte bruger ordet »hele tiden« – og det passer ikke med min virkelighedsoplevelse

P: Nå, så er det forkert formuleret hos mig – tit, så synes jeg, at øhh

T: To .. To gange. Den ene gang var sidste time, hvor vi talte om en mulig angst, [ægtefællens navn] kunne have for at miste dig

Terapeuten konfronterer patienten med, at der er to selvstændige og adskilte subjekter til stede i det terapeutiske rum – som kan have forskellige oplevelser af den samme hændelse og kan opleve virkeligheden forskelligt. Grundlæggende siger han til hende: »Jeg var der også – sådan har jeg ikke oplevet det«. Dette søges gjort på en måde som er »spiselig« for patienten, så hun bliver i stand til at reflektere. Terapeuten konfronterer patienten med, at han ikke kan genkende hendes oplevelse – og at det måske ikke er ham, men hende »der har problemet«. Samtidig erkender terapeuten, at hans egen modoverføring på dette tidspunkt ikke er tilstrækkeligt under kontrol, hvilket kan have betydet, at han er mere konfronterende og vedholdende over for patienten. I øjeblikket føler han sig krænkede og til dels »ramt« af patientens skarpe kritik (som dog altovervejende henføres til patientens overføring). Han mener imidlertid ikke at hans intervention derfor er blevet antiterapeutisk – men måske, at den ikke er optimal.

15. Det er ikke primært terapeuten, det handler om. Undgå at tage det terapeutiske arbejde og patientens angreb personligt – samtidig med at der reflekteres over, om patienten har ret.

Patienten lufter (i 17. session) sin utilfredshed med terapeuten og hans behandlingsmetode:

P: Jeg føler næsten, ja jeg føler næsten uanset, hvad jeg siger, i hvilken retning, at så får jeg en reaktion fra dig, som, som ligesom giver udtryk for, at, at-eh enten, at det ikke er ærligt, eller at det ikke er ... øh ... fornuftigt, eller at det ikke [griner] altså altid, at det, jeg, jeg synes aldrig, at jeg får støtte fra dig i nogen ting, jeg siger ..

T: M-hmm

P: Og derfor har jeg en fornemmelse af, at du ikke, ikke forstår mig

T: Hmm

For at »overleve« sådanne angreb på sin person og sin faglighed, når han er under stærkt pres – og bevare sin evne til at arbejde terapeutisk – kan terapeuten sige til sig selv: »det er ikke mig det handler om, det er ikke mig det handler om, det er ikke mig det handler om«, samtidig med, at han reflekterer over, om patienten har helt eller delvist ret i det, hun siger. Dette bidrager til, at terapeuten rummer patientens angreb og utilfredshed – og han formår at holde sin trang til at gå til modangreb eller forsvare sig i skak. Specielt nævner terapeuten, at han med denne kognitive strategi kan kontrollere sin irritation over patientens behandlingsmodstand (hun vil hellere tale om terapeuten end om sine egne vanskeligheder) og over, at han er genstand for patientens angreb.

16. *Empati med og forståelse for patientens modstand.*

Terapeuten oplever at patienten i ovenstående behandlingsfragment (fra 17. session) er domineret af sin modstand imod at »gå ind i det egentlige felt« for behandlingen – og det som er emotionelt centralt for patientens vanskeligheder – nemlig, at en række af de oplevelser og affekter som rettes imod terapeuten har rødder i hendes ægteskabelige vanskeligheder og længere tilbage i relationen til faderen. Ved således, for sig selv, at fortolke de ubevidste motiver/bevæggrunde for patientens angreb og utilfredshed, bliver terapeuten bedre i stand til at bevare sin empati og forståelse for patienten. Samtidig bidrager dette (foreløbige) forsøg på at forstå patientens oplevelse og dens rødder i hendes historie til, at han kan kommunikere den nødvendige empati med hendes behandlingsmodstand – han har så at sige en forståelse for, at modstanden er patientens forsøg på at beskytte sig selv imod overvældende og ubehagelige oplevelser.

17. Følge modstanden i stedet for at forsøge at gennembyrde den.

Efter flere forgæves forsøg på at få patienten til at se på mulige indrepsykiske motiver til sin oplevede utilfredshed med terapeuten, træder terapeuten et skridt tilbage og tilpasser sig for en stund patientens agenda (fragment hentet i 17. session):

T: Ja. Altså, du har sagt mange ting nu, og det kan være vanskeligt, hvor vi skal starte. Hvad synes du selv er væsentligst at gennemarbejde af, det, du har sagt om din utilfredshed med mig?

Vanskeligheder i den terapeutiske alliance har ofte rødder i patientens negative overføring og behandlingsmodstand – patientens modstand imod at komme i kontakt med noget i sig selv. Når man – som i ovenstående fragment – uden held har forsøgt at rette samtalens fokus imod patientens modstand (eller ubevidste/indrepsykiske motiver bag patientens utilfredshed med terapeuten), kan man vælge at gå med patientens modstand imod at komme i kontakt med noget i sig selv – og for en stund lade patienten vælge fokus for samtalen.

Terapeuten lægger vægt på, at han åbner for, hvad patienten selv synes er det vigtigste at arbejde videre med. Han åbner for, at patienten selv kan undre sig og gøre klart, hvad der skal ses nærmere på – vel vidende, at han ikke nødvendigvis er enig i dette. Grundlæggende er terapeutens budskab til patienten: Lad os prøve en gang til. Lad os lige starte forfra. Han træder et skridt tilbage fra den aktuelle konflikt, som truer med at blokere den nødvendige terapeutiske dialog.

18. Påpege mulige fortilfælde i patientens historie for aktuelle vanskeligheder i den terapeutiske relation.

Hen imod slutningen af en session søger terapeuten at opsummere sessionens hovedtemaer og åbne for et bredere perspektiv på disse (fragment hentet i 17. session):

T: Jeg mener, det der er sket i dag, det er næsten, fornemmer jeg, at du er blevet vred på mig, sådan som du nogen gange bliver vred på [ægtefællens navn]. At det kommer ganske uventet i virkeligheden

P: For hvem

T: For mig, sådan som det kan komme for [ægtefællens navn].

For at bringe patienten til at reflektere over sin måde at fungere i relationer til andre foretager terapeuten en overføringstolkning som knytter her-og-nu til patientens umiddelbare fortid – og patienten søges gjort opmærksom på gentagne mønstre i sin måde at fungere sammen med andre.

19. Terapeuten må sætte sin autoritet ind, fokusere og tage styringen – især når alliancen er truet. Give sig tid og veje alle sine ord på en guld-vægt. Delegere ansvar til patienten – der altid har ret til at forlade be-handlingen.

Efter patienten har formuleret sin utilfredshed med, hvad hun oplever som terapeutens uvilje imod at støtte hende i at undgå en skilsmisse, fokuseres på patientens vanskelige situation i behandlingen (fragment hentet i 17. session):

T: Så det er en vanskelig ting, du har bragt dig selv i [patientens navn], i og med at du, du har gået i behandling, at du så har haft en del vanskeligheder ved at komme her

P: Mmm

T: ... som jeg gang på gang har fortalt, fortolket som udtryk for, at du ... har det vældig svært med dit ægteskab. Det, du tager frem nu, det er ... at du skal man sige, bebrejder mig, at jeg fokuserede på de ægteskabelige vanskeligheder, dengang vi snakkede om selvmordet

P: Men det vil jeg også gerne sige ...

T: Og ... at du bebrejder mig, at jeg ikke har støttet dig, når nu du ... dels har bedt om ... at få at vide, hvilket mål jeg har ...

P: Ja

T: ... og når du så ... sådan ret ultimativt i dag siger ... »nu har jeg bestemt mig, vil du støtte mig?«

P: Jamen, jeg har jo ...

T: Så ... eh ..

P: Ja ..

T: ... beder du mig om noget, der er vanskeligt i en terapi, som den her ...

Terapeuten bemærker her, at han flere gange hæver stemmen og afbryder patienten for at bevare ordet og styringen af behandlingsprocessen. Han sætter sin autoritet ind – bl.a. ved at markere, at han ikke kan gå ind på patientens ønske om, at der på forhånd er områder som ikke må udforskes eller tematiseres [her: patientens ægteskabelige vanskeligheder]. Først, hvis det udvikler sig til et gentagent mønster i behandlingen, at terapeuten tager ordet/må tage ordet, skal dette i sig selv tematiseres og gøres til genstand for modoverføringsanalyse.

Terapeuten lægger vægt på, at han giver sig tid til at sige, det der skal siges og formulere sin intervention med omtanke – han tager pauser for at reflektere midt i sine sætninger og overveje, hvilke ord, han skal bruge i den aktuelle situation. Hvert ord vælges med omtanke for at undgå unødigt at støde patienten fra sig. Endelig ser terapeuten sin intervention som et eksempel på, at patienten må tage sin del af ansvaret for behandlingen

– og det må gøres klart for hende, at hun til enhver tid har ret til at forlade behandlingen. Han markerer, at han ikke kan love at følge patientens ønske om at holde vigtige dele af sit liv uden for behandlingsarbejdet – han afviser at gå ind på patientens betingelser – med risiko for, at hun da vil afbryde behandlingen. Dette er nødvendigt for at bevare den terapeutiske frihed – evnen til at arbejde terapeutisk – og således forebygge fremtidige vanskeligheder for behandlingen.

20. Skabe en »vi-følelse« i terapien – så patienten oplever terapeuten som en allieret i kampen imod sine vanskeligheder.

Efter at patienten har givet udtryk for sin utilfredshed med, at han ikke vil anerkende, at hun selv er den som bedst ved, hvad hun har brug for, problematiseres patientens kritik (fragment hentet i 17. session):

T: Er du den der selv ved bedst? For det har jo været din holdning.

P: Altså ...

T: Eller er vi her sammen for at finde ud af det i fællesskab?

Patienten »opdrages« til, at det terapeutiske arbejde er et fælles projekt. Dette sker bl.a. ved at anvende vendinger som »vi«, »sammen« og »i fællesskab« om det terapeutiske arbejde og målsætningen for dette. Samtidig stiller terapeuten spørgsmålstegn ved patientens hidtidige »Weltanschauung«; patientens hidtidige selv- og verdensbillede (som den der kender sig selv bedst). »Hvis patienten kendte sig selv så godt, ville hun ikke komme her og have behov for behandling«.

21. Skabe og bevare det spændingsfelt som er nødvendigt for at finde ud af, »hvad det i virkeligheden handler om«. Finde en for patienten passende balance imellem frustration og gratifikation.

Ovenstående fragment (fra 17. session) er også et eksempel på, at terapeuten i hvert enkelt tilfælde må finde en for den konkrete patient på det konkrete tidspunkt passende balance imellem frustration og gratifikation. Terapeuten konfronterer patienten med, at hun muligvis ikke selv er den som bedst ved, hvad der er godt for hende – og samtidig åbnes der op for, at patient og terapeut kan have et fælles projekt omkring at afklare, hvad der er patientens behov. Mere generelt er det nødvendigt at frustrere patienten og skabe det spændingsfelt i det terapeutiske rum, som er forudsætning for at finde ud af, hvad det, der udspiller sig i den terapeutiske relation og i patientens liv, egentlig eller »i virkeligheden« handler om. Terapeuten må undgå unødigt bekræftelse af patientens selv- og verdensbillede og det er nødvendigt at frustrere patienten – i dette tilfælde bl.a. patientens ønske og forventning om at blive bekræftet – ellers er der ikke tale om te-

rapi. Uden et vist mål af frustration vil man fratage patienten muligheden for at arbejde med sig selv. »Det gælder om at komme så meget op imod vinden, at når der er en negativ overføring [vrede, utilfredshed osv. med fokus på terapeuten], så bliver denne mobiliseret, den kommer op til overfladen og bliver gennemarbejdet«.

Uafhængig bedømmers vurdering

Ud fra en klinisk vurdering af de udvalgte fragmenter fra terapien er det generelle indtryk, at de opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation er forbundet med reelle og ikke mindst af patienten oplevede gentagelser af frygtede samspilmønstre i samspillet med terapeuten (jf. SASB-CMP). Patienten oplever, at terapeuten overser hende, ikke respekterer hende eller ikke giver hende den omsorg og empatiske forståelse, hun havde håbet på og forventet. Hun reagerer da med åbenlys skuffelse (fra en position som offer for en uforstående verden) og med aggressive udfald imod terapeuten. I enkelte tilfælde trækker hun sig i kortere eller længere tid helt eller delvist ud af kontakten med terapeuten. Her skal ikke tages stilling til, hvorvidt, og i givet fald i hvilken udstrækning, patientens reaktioner på terapeuten er »rimelige« eller »realistiske« reaktioner på terapeutens faktiske adfærd (se evt. Jørgensen 2000b&d). Det centrale spørgsmål er, hvordan terapeuten håndterer de forskellige tegn på, at patienten oplever sig krænket, misforstået osv.

Ud fra SASB-CMP-analysen af patientens interpersonelle kernekonflikter kan man sige, at terapeuten i hovedtræk formår at undgå at bekræfte patientens frygt for, at andre overser hende, afviser og ikke tager hende alvorligt, ikke vil hjælpe hende og afviser hende – og i den forstand undgår han at spille med i en gentagelse af de gennemgående patologiserende mønstre i patientens interpersonelle relationer. Tværtimod tilfredsstiller terapeuten en række af patientens centrale ønsker i interpersonelle relationer (jf. SASB-CMP-analysen) – han ser, hører, respekterer og tager hende alvorligt, ligesom han i perioder delvist optræder som den faderfigur, hun søger i sine relationer til specielt mandlige autoriteter.

Intensive SASB-analyser af den terapeutiske proces i specielt 17. session, hvor der ses flere alvorlige og langvarige brud på den terapeutiske alliance, peger på, at det i særlig grad er terapeutens forsøg på at strukturere eller styre/kontrollere den terapeutiske proces som udløser brud på alliancen i den forstand, at patienten selv forsøger at overtage kontrollen, trækker sig ud af kontakten med terapeuten eller på anden måde bliver fjendtlig i sin adfærd over for terapeuten. Når terapeuten på forskellig vis forsøger at få initiativet i eller kontrollen (1-4 eller 1-5) over den terapeutiske proces (hvilket han gør i mere end 80% af sine ytringer i denne ses-

sion) reagerer patienten (i ca. 25% af tilfældene) med forsøg på selv at overtage kontrollen (1-4, 1-5 eller 1-6) – og der udspiller sig øjensynligt en magtkamp imellem patient og terapeut – eller med (i ca. 10% af tilfældene) at trække sig ud af kontakten med terapeuten (2-1 eller 2-8). Endelig ses episoder (svarende til ca. 10% af patientens reaktioner på terapeuten forsøg på at kontrollere den terapeutiske proces), hvor patienten begynder at forsvare sig (2-6) – formodentlig ud fra en oplevelse af at være blevet angrebet af terapeuten.

Disse negative reaktioner på terapeuten forsøg på at styre den terapeutiske proces er interessante i lyset af, at patienten samtidig har givet udtryk for et ønske om, at andre tager initiativet i interpersonelle relationer. Man må antage, at dette er udtryk for patientens ambivalente forhold til kontrol og underkastelse i interpersonelle relationer – som er et centralt tema i patientens vanskeligheder i mellemmenneskelige relationer. Alternativt tager terapeuten styringen på en måde som ikke helt svarer til patientens ideale (og antageligt ikke helt realistiske) forestillinger om den gode forælder. I det analyserede materiale omtaler patienten selv terapeuten som »en slags farsfigur« – og det må antages, at dette kan have medvirket til at aktualisere intense positive og negative overføringer. Terapeuten formår at undgå at medvirke i en gentagelse af patientens oplevelse af, at betydningsfulde andre afviser og overser hende, ligesom han i flere tilfælde giver eksplicit udtryk for sin respekt og sympati for patienten (han bryder med klassiske fordringer om neutralitet og abstinens) – og man kan se den terapeutiske relation som en korrektiv emotionel oplevelse for patienten. Patientens interpersonelle kernekonflikter aktualiseres i den terapeutiske relation (i overføringen) og er et væsentligt element i de opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation – imidlertid formår terapeuten stort set at undgå at spille med i »genopførelsen« af patientens indre drama – han undgår at medvirke til en gentagelse af de belastende samspilsmønstre i patientens interpersonelle relationer. Når patienten tidvist oplever, at terapeuten overser og overhører hende må dette således primært – men dog ikke alene – betragtes som et udtryk for denne patients betydelige sårbarhed eller følsomhed over for sådanne oplevelser.

I det analyserede materiale formår terapeuten i langt de fleste tilfælde ganske tidligt at opfange brud på den terapeutiske alliance/vanskeligheder i den terapeutiske relation og at fokusere på dette sammen med patienten; »vi sidder tydeligvis i en situation, hvor vi mangler en fælles forståelse og et fælles mål for din terapi«. Samtidig giver han udtryk for, at patientens reaktioner er betydningsfulde og vigtige for det terapeutiske arbejde; »det .. er vigtigt det her, at du føler, at du kun fik meget negative reaktioner [fra terapeuten] ..«, »jeg synes det er okay, at det bliver sagt [kritik af terapeuten] fordi vi kan bruge det til at se på, hvad det er der foregår«, »jeg skal ikke forsvare mig, du skal have lov til at komme frem med din utilfredshed«, »lad os udforske lidt, hvad du var vred [på terapeuten] over ..« .

Terapeuten demonstrerer en betydelig evne til at opfange og afstemme sine reaktioner med patientens sekundære emotioner (jf. Stern 1985) – typisk patientens (mere eller mindre maskerede) vrede eller sårethed over at føle sig overset, misforstået eller krænket. Terapeuten spørger da eksplicit til, hvad patienten oplever og føler her-og-nu: »hvad tænker og føler du lige nu – over det spørgsmål?«, »prøv at sætte ord på, hvad du tænker og føler nu«, »umiddelbart virkede du lidt overrasket over mit spørgsmål så, hvad var det du følte ..?«. Som et minimum kan man sige, at terapeuten hører, ser og respekterer patientens reaktioner på at føle sig overset, overhørt osv. – og i den forstand undgår han at bekræfte patientens frygt for vedvarende at blive overset og overhørt i enhver relation.

Patientens oplevelse af terapeuten valideres i en række tilfælde eksplicit af terapeuten – også når der er tale om negative oplevelser af ham selv – ligesom han i enkelte tilfælde helt eller delvist anerkender et medansvar for patientens oplevelse; »det du oplever som en krænkelse [fra terapeuten], det tager jeg til efterretning, det må være sådan at du har følt dig krænket«. Samtidig fastholder terapeuten sin egen identitet, og han afviser eksplicit at lave afgørende om på sig selv for at tilfredsstille patientens (mere neurotiske) behov for omsorg, tryghed og bekræftelse; efter patienten har anklaget terapeuten for, at han ikke eksplicit bifalder hendes beslutning om at blive i et tilsyneladende destruktivt forhold siger han, at »sådan en terapeut [der stiller spørgsmål til patientens valg og normale værdier] bliver du ved med at have, hvis du bliver ved med at gå hos mig«.

Konklusion

Terapeutens bidrag til opbygning og vedligeholdelse af en frugtbar behandlingsrelation knytter sig til såvel hans personlighed: hvordan han fremtræder som medmenneske i forholdet til patienten, som til hans mere praktiske håndtering af relationen til patienten, og hans behandlingsteknik – ikke i så høj grad forstået som, hvilke konkrete interventionsmetoder han benytter sig af (der her altovervejende er de klassiske psykoanalytiske). Det afgørende er, hvordan han anvender disse (se evt. Jørgensen 2000b).

Overordnet formår terapeuten at udnytte de opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation i det terapeutiske arbejde kreativt, således at de selv samme vanskeligheder bliver afsæt for emotionelt intense møder med patienten, der må antages at indeholde betydelige terapeutiske potentialer. Når patienten aktiverer sine »normalt« anvendte forsvarsmekanismer til håndtering af svære oplevelser i mellem menneskelige relationer (tilbagetrækning, maskeret aggression, offeridentitet mv.) fokuserer terapeuten eksplicit på dette, ligesom baggrunden for dette søges tematiseret – og netop i kraft af dette genoprettes en frugtbar terapeutisk kontakt, samtidig

med, at dette må antages at bidrage til terapeutiske fremskridt. Ved at fokusere – og fastholde fokus på – registrerede vanskeligheder i den terapeutiske relation bearbejdes gentagelser af patientens interpersonelle kernekonflikter her-og-nu. I visse tilfælde afrundes dette med at spørge til og arbejde med historiske paralleller eller rødder for de aktuelle vanskeligheder; »kan det være sådan, at det, der er sket i dag, på mange måder ligner noget, du kender fra andre situationer?«.

Som foreskrevet i Safran et al. s koncept for håndtering og terapeutisk udnyttelse af alliancebrud søger terapeuten at skabe et fællesskab (en »vifølelse«) med patienten omkring bekæmpelsen af patientens vanskeligheder, han arbejder løbende med at formulere og reformulere et fælles mål for behandlingen, ligesom han aktivt søger at fastholde fokus for det terapeutiske arbejde på problemstillinger som er relevante for den fælles målsætning. I denne forbindelse er han tidvist stærkt kontrollerende, og han optræder som en autoritet over for patienten – han insisterer på sin behandlingsmetode og fastholder sin egen oplevelse af virkeligheden – og at patient og terapeut er to selvstændige subjekter, der kan have forskellig oplevelse af den samme hændelse. Endelig fastholder han sin terapeutiske position ved at afvise patientens ønsker om en symmetrisk relation og forsøg på at rette samtalens fokus imod terapeuten. Han insisterer på, at der er tale om et professionelt forhold – hvilket også antages at bidrage til forebyggelse af fremtidige vanskeligheder i den terapeutiske relation.

Generelt følger terapeuten i det undersøgte forløb de retningslinier, som er indeholdt i Safran et.al.s model for håndtering og terapeutisk anvendelse af opståede vanskeligheder i den terapeutiske alliance. Han opfanger patientens direkte og indirekte udtryk for utilfredshed med terapeuten og det terapeutiske arbejde, han retter fokus imod denne utilfredshed og opfordrer patienten til at lade den komme mere direkte til udtryk (trin 1), ligesom han, i de tilfælde hvor dette er relevant, tematiserer patientens modstand imod at arbejde med sin utilfredshed, vrede osv. (trin 2). Endelig udtrykker han en gennemgående empati for patientens oplevelse af behandlingsarbejdet og for patientens modstand, ligesom han validerer patientens oplevelser i den forstand, at han anerkender deres realitet for patienten (trin 3). I det analyserede materiale ses kun et enkelt eksempel på, at terapeuten når til modellens fjerde og sidste trin: at tematisere patientens eget bidrag til de oplevede alliancebrud og eventuelle rødder i patientens historie. Dette kan skyldes, at de analyserede fragmenter alle er hentet i en relativt tidlig fase af behandlingen, hvor arbejdet med overføringen genetiske rødder ofte er mindre fremtrædende end senere i behandlingsforløbet. Det må endvidere bemærkes, at terapeuten kun i begrænset omfang giver eksplicit udtryk for over for patienten, at han på forskellig vis kan have bidraget til patientens oplevelser af at være blevet overset, svigtet osv. Han anerkender patientens oplevelser som en realitet for patienten – uden at han nødvendigvis er enig i eller kan tilslutte sig

denne oplevelse. Valideringen af patientens oplevelser afbalanceres således med, at terapeuten holder fast i sin egen oplevelse af realiteten, ligesom han ikke er parat til at gå på kompromis med sin behandlingsmetode.

Det er et fremtrædende kendetegn ved den undersøgte »tilstrækkeligt gode terapeut«, at hans anvendelse af behandlingsteknik er fleksibel og afpasset efter patientens øjeblikkelige tilstand og behov – svarende til Winnicott's beskrivelse af den »tilstrækkeligt gode moder«. Grundlaget for dette er en veludviklet evne til løbende at fornemme og være opmærksom på patientens aktuelle tilstand og arbejdskapacitet, hvor han både trækker på en empatisk leven sig ind i patienten og på sine egne reaktioner (modoverføringer) i samværet med patienten. Samtidig står han eksplicit fast på sin faglighed og sin terapeutiske metode, som ikke står til diskussion – selvom han er åben over for, at denne metode kan virke frustrerende for patienten. Flere gange giver han eksplicite begrundelser for sine undersøgelses- og interventionsmetoder – han fortæller patienten, hvad han nu vil gøre (alternativt netop har gjort) og hvorfor. Generelt taler terapeuten langsomt og i et let forståeligt sprog – og hans analytiske interventioner indeholder kun undtagelsesvist indforståede analytiske abstraktioner eller formuleringer, som kan forvirre og fremmedgøre patienten.

Det er et væsentligt element i hans psykoanalytiske behandlingsmetode, at patientens forventninger og ønsker om en bestemt type relation skal frustreres for at skabe et spændingsfelt, hvor de i fællesskab kan undersøge, hvad der ligger bag eller til grund for patientens bevidste oplevelser og ønsker. Sådanne frustrationer og spændinger i den terapeutiske relation vil – i det mindste på kort sigt – uundgåeligt belaste den terapeutiske alliance og skabe vanskeligheder i den terapeutiske relation. I det analyserede materiale ses flere episoder, hvor terapeuten validerer og klarificerer patientens oplevelse (»Jeg kan høre, at du oplever det sådan og sådan« osv.) – også i situationer, hvor patienten selv er i færd med at diskvalificere sin egen oplevelse. Dette gælder også, når patienten direkte eller indirekte giver udtryk for negative oplevelser af terapeuten og terapien – og han er ikke afvisende over for, at hans adfærd og behandlingsmetode kan opleves negativt af patienten. I et enkelt tilfælde giver han direkte udtryk for og vedkender sig sin egen andel i opståede vanskeligheder i den terapeutiske relation – uden at han dermed griber til at undskylde sig selv unødigt eller på anden måde underkaster sig patienten. Gennemgående holder han fast i sin egen oplevelse af realiteten, samtidig med at han anerkender, at patienten kan have en anden – lige så legitim og »rigtig« – oplevelse.

Terapeuten rummer patientens utilfredshed, frustrationer og aggressioner, ligesom der holdes en analytisk distance til patientens reaktioner med henblik på at analysere disse som terapeutisk anvendelige udtryk for patientens overføringer, modstand og manifestationer af hendes vanskeligheder. Terapeuten undgår at blive bragt i en defensiv position, hvor han må

forsvare sig og samtalens fokus bliver rettet imod terapeuten. Samtidig bidrager terapeuten aktivt til, at patienten får givet udtryk for sin frustration, vrede osv.

Vanskeligheder i den terapeutiske relation (der i psykoanalytisk terminologi betegnes som modstand eller negative overføringer) tematiseres straks og eksplicit – og terapeuten fastholder fokus på de opståede vanskeligheder («Det er vigtigt det her») – også når patienten forsøger at undvige en sådan tematisering. Generelt er terapeuten relativt strukturerende; han introducerer og vender tilbage til temaer, fastholder fokus omkring kerneområder i den enkelte samtale osv. I enkelte tilfælde fremtræder han meget bestemt og i den forstand stærkt fastholdende og dermed kontrollerende i sin interageren med patienten. Herunder sørger terapeuten for en tilbagevendende tematisering af målet for det terapeutiske arbejde – og der søges etableret en overordnet enighed med patienten om, hvad de i fællesskab skal arbejde hen imod.

Terapeuten betragter alliancebrud som værdifuldt terapeutisk materiale i den forstand, at de ses som udtryk for, at patientens interpersonelle kernekonflikter udspiller sig i den terapeutiske relation (i overføringen) her-og-nu. Patienten gentager sine typiske oplevelses- og reaktionsmønstre – og det er vigtigt, at terapeuten formår at undgå at spille med i endnu en gentagelse af belastende samspilsmønstre og således bekræfte patientens frygt for, at terapeuten – som alle andre – overser, overhører, svigter, krænker eller på anden måde deltager i en genopførelse eller gentagelse af kernen i den enkelte patients interpersonelt funderede vanskeligheder. Tværtimod tilfredsstiller terapeuten i perioder dele af patientens ønsker til interpersonelle relationer (jf. SASB-CMP-formulering) – og terapeuten åbner således mulighed for, at patienten kan opnå korrektive emotionelle erfaringer i den terapeutiske relation.

Som udgangspunkt betragter terapeuten patientens vrede, utilfredshed, frustration og andre tegn på/udtryk for vanskeligheder i behandlingsrelationen som manifestationer af negative overføringer og behandlingsmodstand hos patienten. Dette er antageligt en af grundene til, at han altovervejende formår at rumme patientens vrede og utilfredshed – uden at gribe til at forsvare sig, gå til modangreb osv. – ligesom han udtrykker en empati med patientens behandlingsmodstand; han kommunikerer en forståelse for, at patientens emotionelle tilbagetrækning, angreb på terapeuten osv. er patientens forsøg på at beskytte selvet imod emotionelt provokerende oplevelser. Denne empati med patientens behandlingsmodstand og negative overføringer er antageligt også en del af baggrunden for det betydelige indhold af mere støttende interventioner i hans terapeutiske holdning og generelle terapeutiske strategi.

Terapeutens stil og personlighed opfordrer til en høj grad af emotionalet og emotionel tilstedeværelse her-og-nu; han er selv personligt til stede som subjekt i den forstand, at man kan mærke hans egen følsomhed

som menneske, han fortæller direkte om sine oplevelser af og følelsesmæssige reaktioner på samspelet med patienten («Jeg oplever at ...»), ligesom man (ud fra videooptagelser) får indtryk af, at han ofte har øjenkontakt med patienten og mange gange i samtaleforløbet bruger patientens navn. Hans terapeutiske holdning er præget af inderlighed, seriøsitet og at han tager sig den nødvendige tid til velovervejede interventioner. Han taler langsomt og signalerer, at det han siger er vigtigt og personligt vedkommende for patienten, ligesom han med psykodynamiske fortolkninger og konfrontationer gør hovedparten af patientens præsenterede materiale personligt og emotionelt vedkommende.

Når patienten intellektualiserer eller på anden vis mister kontakten med de mere emotionelle dele af sin oplevelse, spørger han til relevante konkrete oplevelser og følelsesmæssige reaktioner, ligesom han generelt synes at anvende dette at fokusere på oplevelser her-og-nu og på, hvad der udspiller sig her-og-nu i den terapeutiske relation, som en metode til at skabe emotionelt nærvær og intensitet. Til tider kan dette grænse til, at han løber foran patienten og taler om følelser og oplevelser hos patienten, som denne ikke selv er bevidst om, ikke kan tilslutte sig eller ikke synes parat til at dele med terapeuten på det pågældende tidspunkt. Der er altså tale om et element i terapeuten stil, som på den ene side synes velegnet til at skabe emotionel intensitet i samtalen, men samtidig indeholder en potentiel fare for, at nogle patienter i visse situationer kan opleve dette grænseoverskridende eller invaderende. I de analyserede sessioner ses tilfælde, hvor patienten reagerer vredt og afvisende på terapeuten meget direkte invitationer til at verbalisere og tematisere patientens følelsesmæssige reaktioner på terapeuten selv. I alle tilfælde er terapeuten dog efterfølgende i stand til at anvende disse episoder i behandlingsarbejdet.

Det må endvidere bemærkes, at patienten flere gange i det analyserede materiale kritiserer terapeuten for, at han ikke tager det, hun siger, alvorligt i den forstand, at han fortolker hendes oplevelser som udtryk for noget andet end det, hun selv mener er tilfældet, og mere generelt, at han tenderer til at fortolke patientens materiale ind i en psykoanalytisk skabelon: »jeg sagde noget og du tog det ikke alvorligt – ligesom om du sagde, at det var noget andet end det jeg mente« (3. assessmentinterview), »at du ligesom ikke har tillid til, at det jeg mener er vigtigt, er vigtigt« (17. session), og »så føler jeg tit, at jeg, jeg føler ligesom ikke ... at det er ligesom, at ... at du [ikke] har respekt for, at jeg kan vide, hvad der er bedst for mig« (17. session). En sådan kritik eller forundring over terapeuten arbejdsform kan antageligt – især i starten af behandlingen – genfindes hos en del patienter i psykoanalytisk psykoterapi, hvor det er en central del af behandlingsmetoden at afdække (eller konstruere) betydninger bag ved patientens manifesterede materiale. Nogle patienter vil kunne opleve det som en krænkelse, når terapeuten på denne måde signalerer, at han skulle vide

mere om patientens psykologiske liv end patienten selv – og i visse tilfælde kan det således bidrage negativt til det terapeutiske arbejde og behandlingsudbyttet – og belaste den terapeutiske alliance.

Når terapeuten formår at bearbejde de talrige og ganske alvorlige konflikter og brud på den terapeutiske alliance – og der opnås et langt bedre behandlingsresultat end forventet ud fra patientens behandlingsprognose – så må man antage, at dette bl.a. hænger sammen med terapeutens mere end gennemsnitlige evne til at håndtere alliancebrud og vanskeligheder i den terapeutiske relation. For at belyse dette kunne det naturligvis være interessant at sammenholde denne »tilstrækkeligt gode terapeuts« strategier til håndtering af vanskeligheder i alliancen med terapeutarbejde i et behandlingsforløb med uventet dårligt resultat. Der knytter sig imidlertid en række etiske problemer til således at udpege og interviewe en terapeut, som har klaret sig betydeligt dårligere end gennemsnittet i et behandlingsafsnit. Dette er derfor ikke blevet gennemført, selvom det tilgængelige datamateriale rummer muligheder for en sådan mere komparativt anlagt analyse. Det umiddelbare indtryk af et sådant forløb med uventet dårligt behandlingsresultat i det anvendte datamateriale er, at terapeuten her ikke er i stand til at strukturere samtalen, ikke formår at fastholde samtalefokus, og at behandlingsforløbet generelt bærer præg af manglende styring. Der ses flere eksempler på, at patienten systematisk overtrumfer terapeutens spæde forsøg på at tage styringen. I lange passager taler patienten om tredje persons liv og oplevelser uden at dette trækkes tilbage til patienten og overføringen endsiges gøres personligt vedkommende for patienten. Oplagte muligheder for overføringstolkninger af patientens materiale udnyttes ikke, hvorimod der ses talrige eksempler på søgte dynamiske undersøgelser af patientens materiale og lærebogsagtige analytiske tolkninger præget af manglende præcision, utilstrækkelig konkretisering, og af, at terapeuten øjensynligt ikke selv har tilstrækkelig tillid til sine analytiske evner. Der ses talrige alliancebrud som ikke tematiseres/gennemarbejdes, patienten udtrykker frustration over opståede problemer i den terapeutiske relation, uden at terapeuten efterfølgende bidrager til en nærmere tematisering af dette, ligesom der ses eksempler på, at terapeuten indirekte angriber og kritiserer patienten, hvorefter patienten giver udtryk for selvhad – og centrale maligne konflikter hos patienten gentages i den terapeutiske relation. Endelig giver patienten selv eksplicit udtryk for, at han ikke kan finde sammenhæng i det der tales om i behandlingen – en forvirring over manglende fokus og struktur – som ikke tematiseres. På mange måder synes der således – ud fra disse mere usystematiske observationer af et mindre vellykket forløb – at være tale om en (uerfaren) terapeut, der på mange måder agerer radikalt anderledes end den tilstrækkeligt gode terapeut.

Terapeutisk arbejde med brud på alliancen kan være angstprovokerende for både patient og terapeut – bl.a. fordi metakommunikation og selve det at tale om den indbyrdes relation og oplevelsen af den anden her-og-

nu medfører en høj grad af intimitet, emotionalitet og sårbarhed. Specielt mere skrøbelige patienter kan have vanskeligt ved at bære en sådan angstprovokation og intimitet i længere tid – og man må gå langsommere og mere varsomt frem i arbejdet med patienter, som står i fare for at blive emotionelt oversvømmet af for høj grad af intimitet og emotionel intensitet, ligesom man generelt bør være mindre konfronterende indtil der er opbygget en grundlæggende tillid (eller meta-alliance), der kan være den nødvendige basis for overhovedet at tale om vanskeligheder i relationen her-og-nu. Man kan således kun i begrænset omfang opstille generelle retningslinier for håndtering af alliancebrud, da den optimale håndtering er afhængig af en række specifikke faktorer i det enkelte konkrete tilfælde – og hos den enkelte patient her-og-nu. I princippet er den optimale håndtering af vanskeligheder i den terapeutiske relation bundet til den enkelte patients hidtidige historie og psykodynamiske fungeren – og er i den forstand unik. Trods dette, kan resultater af et enkeltcasestudie som dette bidrage til at afklare, hvilke elementer der mere generelt må indgå i en frugtbar håndtering af alliancebrud. Undersøgelsen er baseret på terapeutisk arbejde med en lettere til middelsvært forstyrret patient – og man må derfor især være varsom med at generalisere dens resultater til sværere forstyrrede patienter, der antageligt har behov for en mindre konfronterende, mindre frustrerende og mere støttende strategi.

ANVENDT LITTERATUR

- BENJAMIN, L.S. (1987): Use of the SASB Dimensional Model to Develop Treatment Plans for Personality Disorders. I: Narcissism. *J.Pers.Disorders*;1:43-70.
- BORDIN, E.S. (1979): The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 16:252-60.
- ELLIOTT, R., JAMES, E., REIMSCHUESSEL, C., CISLO, D. & SACK, N. (1985): Significant Events and the Analysis of Immediate Therapeutic Impacts. *Psychotherapy*;22:620-30.
- ELLIOTT, R. (1986): Interpersonal Process Recall (IPR) as a Psychotherapy Process Research Method. I: GREENBERG, L.S. & PINSOFF, W.M. *The Therapeutic Process*. New York: Guilford: 503-27.
- ELLIOTT, R. (1989): *Brief Structured Recall: Procedure Manual*, Version 3.51. Upubl.manus, University of Toledo, Ohio.
- ELLIOTT, R. & SHAPIRO, D.A. (1992): Client and Therapist as Analysts of Significant Events. I: TOUKMANIAN, S.G. & RENNIE, D.L. (eds) *Psychotherapy Process Research*. London: Sage: 163-86.
- GREENBERG, J.R. & MITCHELL SA. (1983): *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard Univ.Press.
- HENRY, W.P. (1997): Interpersonal Case-Formulation: Describing and Explaining Interpersonal Patterns Using the SASB. In: EELLS, T.D.: *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: Guilford Press: 223-60.

- HENRY, W.P., SCHACHT, T.E. & STRUPP, H.H. (1986): Structural Analysis of Social Behaviour: Application to a Study of Interpersonal Process in Differential Psychotherapy Outcome. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;54:27-31.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T.E. & STRUPP, H.H. (1990): Patient and Therapist Introject, Interpersonal Process and Differential Psychotherapy Outcome. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;58:768-74.
- HENRY, W.P. & STRUPP, H.H. (1994): The Therapeutic Alliance as Interpersonal Process. I: HORVATH, A.O. & GREENBERG, L.S.: *The Working Alliance*. New York:Wiley: 51-85.
- HILLIARD, R.B., HENRY, W.P. & STRUPP, H.H. (1999): An Interpersonal Model of Psychotherapy. *American Psychologist* (in press).
- HOUGAARD, E. (1996): Psykoterapi – teori og forskning. København: Dansk psykologisk Forlag.
- HUMPHREY, L.L. & BENJAMIN, L.S. (1989): An Observational Coding System for use with SASB. The Training Manual. Northwestern University.
- JØRGENSEN, C.R. (1992): *Den psykoterapeutiske interaktion*. Upubl. manus, Aarhus Universitet.
- JØRGENSEN, C.R. (1994): Interaktionel behandling af borderline-forstyrrelser. *Agrippa*; 15: 196-216.
- JØRGENSEN, C.R.(1996): Struktureret analyse af social adfærd (SASB). Tilløb til en psykodynamisk empiri. *Agrippa*;17:126-58
- JØRGENSEN, C.R. (1998): Den terapeutiske alliance. *Psyke & Logos*;19:148-91.
- JØRGENSEN, C.R. (1999): Den interpersonelle psykoanalyse. *Nordisk Psykologi*;51: 279-305.
- JØRGENSEN, C.R., HOUGAARD, E., ROSENBAUM, B., VALBAK, K. & REFELD, E. (2000a): The Dynamic Assessment Interview (DAI), Interpersonal Process Measured by Structured Analysis of Social Behaviour (SASB) and Therapeutic Outcome. *Psychotherapy Research* (in press).
- JØRGENSEN, C.R. (2000b): Metoder til belysning af terapeutens praktiske udførelse af psykodynamiske behandlingsmetoder i effektforskningen. *Matrix, Nordisk Tidsskrift for psykoterapi*;17:155-186.
- JØRGENSEN, C.R. (2000c): *Bidrag til forståelse af den terapeutiske proces og de terapeutiske virkningsfaktorer i psykodynamisk psykoterapi*. Ph.d.afhandling. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- JØRGENSEN, C.R. (2000d): Psykoanalysens terapeutiske holdning i lyset af empirisk forskning og den interpersonelle psykoanalyse. *Nordisk Psykologi*; 52:163-196.
- KVALE, S. (1996): *Interviews*. London: Sage.
- MITCHELL, S.A. (1988): Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration. Cambridge:Harvard Univ. Press.
- RICE, L.N. & GREENBERG, L.S (eds.) (1984): Patterns of Change. Intensive Analysis of Psychotherapeutic Process. New York: Guilford.
- ROSENBAUM, B., SELZER, M., VALBAK, K., HOUGAARD, E. & SOMMERLUND, B. (1997): The Dynamic Assessment Interview: Testing the Psychodynamic Assessment Variables. *Acta Psychiatria Scandinavia*;95:531-38.
- SAFRAN, J.D., CROCKER, P., MCMAN, S. & MURRAY, P. (1990): Therapeutic Alliance Rupture as a Therapy Event for Empirical Investigation. *Psychotherapy*; 27:154-65.
- SAFRAN, J.D. (1993): Breaches in the Therapeutic Alliance: An Arena for Negotiating Authentic Relatedness. *Psychotherapy*;30:11-24.
- SAFRAN, J.D. & MURAN, J.C. (1996): The Resolution of Ruptures in the Therapeutic Alliance. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;64:447-58.

- SAFRAN, J.D. & MURAN, J.C. (2000): *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. New York:Guilford.
- STERN, D. (1991): *Barnets interpersonelle univers* (1985). København:Reitzel.
- STRAUSS A.L. (1987): *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- STRUPP, H.H. (1980a): Success and Failure in Time-Limited Psychotherapy. A Systematic Comparison of two Cases. *Arch.Gen.Psych.*;37:595-604.
- STRUPP, H.H. (1980b): Success and Failure in Time-Limited Psychotherapy. A Systematic Comparison of two Cases. *Arch.Gen.Psych.*;37:708-16.
- STRUPP, H.H. (1980c): Success and Failure in Time-Limited Psychotherapy. Further Evidence. *Arch.Gen.Psych.*;37:947-54.
- SUH, C.S., STRUPP H.H. & O'MALLEY, S.S. (1986): The Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). I: GREENBERG, L.S. & PINSOFF, W.M. *The Psychotherapeutic Process*. New York: Guilford: 285-325.
- WILE, D.B. (1984): Kohut, Kernberg and Accusatory Interpretations. *Psychotherapy*; 21:353-64.
- WINNICOTT, D.W. (1971): *Playing and Reality*. London:Tavistock Publ.
- WINNICOTT, D.W. (1986): *Home is where we start from*. London:Penguin.