

TERAPIRELATEREDE FORANDRINGS FLERTYDIGHED – MOD EN KRITIK AF EN TERAPEUT- OG SESSIONSCENTRERET FORSTÅELSE AF DEN PSYKOTERAPEUTISKE PRAKSIS

Af August Soja Broz¹ & Jacob Klitmøller²

Artiklen identificerer og problematiserer den terapeut- og sessionscentrerede tænkning, der florerer inden for psykoterapifeltet. I artiklens første del viser vi, hvordan denne tænkning aktuelt kommer til udtryk på et metateoretisk niveau, hvor en medicinsk og en kontekstuel forklaring af klientforandringer ofte stilles over for hinanden i en todeling af feltet. Mens todelingen har en kompleksitetsreducerende fordel, skjuler den samtidig væsentlige ligheder mellem de to forklaringer. Disse ligheder kan sammenfattes i en grundlæggende overbevisning, nemlig at terapeuten som en del af terapien skaber klientens forandring gennem manipulationen af underliggende virkingsmekanismer. Som en konsekvens af denne overbevisning negligeres klientagens og -refleksivitet sammen med forandrings bredere kontekstualitet. I artiklens anden del skitserer vi på baggrund af Dreier og Mackrills arbejde et alternativt perspektiv, der fremstiller terapielaterede forandringer som klientdrevne og tværkontekstuelle processer. Vi præsenterer efterfølgende et kvalitativt casestudie, der undersøger, hvordan en klient under sit terapiforløb løbende genovervejer sine udfordringer og problemer. Vi peger på, a) at skift i klientens forholdemåder forekommer på et flertydigt grundlag, og b) at denne flertydighed efterlader lommer eller rum, der lader klienten afsøge mening, betydninger og sammenhænge i evaluerende relationer mellem forskellige kontekstuelle indflydelser. Tilsammen underbygger fundene, at klientens genovervejelser, som de udspiller sig sideløbende med sessionerne og i deres forbindelser til klientens øvrige liv, bør stå centralt i en konceptualisering af terapielaterede forandringer.

Nøgleord: psykoterapi, forandring, klientagens, klientrefleksivitet, kontekst, kritik.

Keywords: psychotherapy, change, client agency, client reflexivity, context, critique.

1 August Soja Broz, cand.psych, e-mail: augustbroz@gmail.com.

2 Jacob Klitmøller, ph.d., lektor ved Aarhus Universitet, e-mail: jaklit@psy.au.dk.

1. Indledning

Bestræbelserne rettet mod at kortlægge, hvilke processer der driver forandringer i psykoterapi, er mange, og ifølge Dreier (1998, 2000, 2008, 2015) er størstedelen af dem centreret omkring terapeutens intervention under sessionerne (se også McLeod, 2016). Det må ses som overraskende med tanke på Lamberts (Lambert & Barley, 2001) påpegning af, at 40 % af det samlede terapiudbytte kan tilskrives såkaldte "ekstraterapeutiske faktorer" uden nogen direkte forbindelse til det arbejde, der foregår i sessionskonteksten. I overensstemmelse med Lamberts opsummering af forskellige faktors relative bidrag til terapiudbyttet viser Dreier (2008), hvordan psykoterapi først og fremmest leder til forandring, når interventioner bliver en del af og tager form efter klientens øvrige liv, som det leves andetsteds og på andre tidspunkter. Den samme pointe finder man hos Mackrill (2008a, 2009a), der tilslutter sig Dreiers tværkontekstuelle perspektiv. Mackrill (2009a) konkluderer videre, at konteksten, terapirelaterede forandringer undersøges i, har en grundlæggende betydning for måden, de tilgås og forstås på, og at den som sådan bør medtænkes i studier af de involverede processer. Netop derfor kan det også overraske, at inkorporeringen af en bredere forandringsloкус ikke har vundet større indpas inden for psykoterapiforskningen, der i stedet viderefører en terapeut- og sessionscentreret tænkning, som kun sjældent gøres til genstand for kritisk refleksion.

I nærværende artikel forsøger vi at bidrage til et bredere fokus fra to retninger: en teoretisk og en empirisk. I artiklens første halvdel giver vi et konkret eksempel på, hvordan den omtalte terapeut- og sessionscentreret aktuel kommer til udtryk. Vi inddrager i den forbindelse hhv. en medicinsk (Elkins, 2009) og en kontekstuel (Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015) forklaring af klientens forandring. I begge tilfælde er der tale om metateoretiske perspektiver, der involverer synteser af den allerede eksisterende forskning, herunder forskellige terapeutiske tilgange (Wampold & Imel, 2015, s. 45). Inspireret af Mahrers (2000) samt Butler og Strupps (1986) videnskabs-teoretiske overvejelser argumenterer vi for, at de umiddelbare modsætninger mellem de to forklaringsperspektiver skjuler en fælles grundlæggende overbevisning om, at terapeuten skaber klientforandringer gennem manipulationen af underliggende virkningsmekanismer. Denne overbevisning leder videre til en undertematisering af dels klientens egen involvering i sin forandring, dels hvordan denne forandring trækker tråde til klientens liv ind imellem sessionerne. I artiklens anden halvdel følger vi Mackrills (2009a) opfordring om aktivt at medtænke kontekstens betydning i studier af terapirelaterede forandringer. Nærmere bestemt udvider vi konteksten, klientens forandringsproces undersøges i. Vi introducerer som det første Dreiers (1998, 2000, 2008, 2015) og Mackrills (2008a, 2008b, 2009a, 2009b) arbejde, og med afsæt i en forståelse af forandringer som klientdrevne og tværkontekstuelle processer præsenterer vi herefter Saras case. Casen

sammenfatter en række interviews, der blev foretaget af førsteforfatteren som en del af et projekt, hvis formål var at belyse, hvordan klienter under deres terapiforløb løbende genovervejer udfordringer og problemer på tværs af livssammenhænge. Vi peger på, at centrale dele af Saras genovervejelser udspiller sig uden forbindelse til sessionerne; de forekommer udspændt i et krydsfelt mellem forskellige kontekstuelle indflydelser, hvilket udfordrer både den medicinske og den kontekstuelle models snævre udlægning af terapi-relaterede forandringer som et produkt af terapeutens intervention under de enkelte sessioner.

2. Divergerende forklaringsperspektiver

Blandt de mange svar, der efterhånden er blevet formuleret på det grundlæggende spørgsmål: "Hvordan virker psykoterapi?", står en overordnet *todeling* centralt (Hougaard, 2021; Cuijpers, Reijnders & Huibers, 2018; Mulder, Murray & Rucklidge, 2017). På den ene side finder man det, der af mange er blevet betegnet en medicinsk model med fokus på specifikke faktorer (Elkins, 2009; Bohart & Tallman, 1996; Jørgensen, 2018); på den anden side er der dem, der fremhæver fællesfaktorer, hvoriblandt den kontekstuelle model (Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015) har været særlig indflydelsesrig. Hvad man skal forstå ved førstnævnte, *den medicinske model*, er imidlertid ikke altid klart. Vi læner os op ad Elkins' (2009) præcisering i det følgende. Elkins peger på, at den medicinske model udgør et deskriptivt skema, der hentet fra lægevidenskaben bygger på bestemte grundantagelser og en bestemt terminologi. For eksempel taler man inden for lægevidenskaben om patienter, symptomer, patologi og behandling, og man antager, at symptomer kan adskilles fra de sygdomsmekanismer, der ligger bag. Denne antagelse afspejler lægevidenskabens materialistiske arv, hvor somatisk lidelse føres tilbage til et observerbart fysisk-kemisk grundlag; dette grundlag kan videre ændres gennem forskellige behandlinger, hvis virkninger på denne baggrund forstås som specifikke (Wampold & Imel, 2015). Udskifter man det fysisk-kemiske grundlag med et psykisk, udgør den samme *specifitetsantagelse* kernen i den indflydelse, den medicinske model har haft på den psykoterapeutiske tænkning. Den gennemgående idé er nærmere bestemt, at forskellige psykiske lidelser – eller patienter i forskellige diagnostiske kategorier – kan behandles gennem anvendelsen af terapeutiske teknikker, der virker på specifik vis ved at ændre de underliggende forstyrrelser eller dysfunktioner, der i første omgang antages at kunne forklare en given lidelsesform (Hougaard, 2021).

Denne tankegang er blevet kritiseret fra flere sider (se f.eks. Bohart, 2000; Elkins, 2009; Wampold & Imel, 2015; Jørgensen, 2018). Den mest velkendte type af kritik udspringer af de relativt små effektforskelle mellem terapiformer, der baserer sig på forskellige teoretiske rationaler, når der – givet

specificitetsantagelsen – burde eksistere betydelige forskelle i effekt terapierne imellem (Hougaard, 2021). En variant af denne kritik er blevet udviklet af Wampold (2015; Wampold & Imel, 2015) i den *kontekstuelle model*, der knytter terapirelaterede forandringer til de *fællesfaktorer*, der er til stede i enhver terapi uagtet dens teoretiske forankring. Med den kontekstuelle model forlader Wampold en medicinsk specificitetstankegang og det medfølgende teknikfokus og ser i stedet de centrale terapeutiske processer som uadskillelige fra den interpersonelle og kulturelt indlejrede relation mellem terapeut og klient (Jørgensen, 2004, 2018).

Wampold og Imel (2015) beskriver tre fælles virkningsveje – den reale relation, positive forventninger og specifikke bestanddele – hvoraf den første omhandler healende aspekter af den mellem menneskelige kontakt i terapeut-klient-forholdet, mens den sidste i grove træk rummer en anerkendelse af, at tekniske interventioner har en virkning i sig selv, om end denne virkning ikke lader sig udspecificere i samme grad, som man ville forvente ud fra en stringent medicinsk logik, hvor den er bundet op på ændringer i mere snævert afgrænsede patologiske forstyrrelser og dysfunktioner. Den midterste virkningsvej, *positive forventninger*, hænger sammen med de forklarende systemer, forskellige terapiformer stiller til rådighed for klienten. Wampold og Imel (2015, men se også Wampold, 2007; Wampold & Budge, 2012) har den centrale antagelse, at klienter generelt forstår sig selv og deres problemer på maladaptive måder – ved brug af såkaldt lægmandspsykologi – der ikke muliggør egentlige løsninger. Gennem terapien præsenteres klienten for en psykologisk forklaring, der specificerer bestemte terapeutiske handlinger, som må udføres, før en bedring kan finde sted. Såfremt klienten accepterer forklaringen og udfører de terapeutiske handlinger som anvist, dannes positive forventninger til terapien, hvis virkning Wampold og Imel (2015) underbygger med fund fra forskellige forskningsområder. Denne accept afhænger dels af den verbale interaktion mellem terapeut og klient – er terapeuten tydelig og overbevisende? (Wampold, 2017) – dels af overensstemmelsen mellem forklaringen og klientens sociokulturelle baggrund samt mere idiosynkratiske holdninger og værdier (Wampold, 2007).

3. En problematisk todeling

Den medicinske model og dens kontekstuelle alternativ er en del af en længere forskningsstrid, der først og fremmest handler om at fastslå, *hvordan* psykoterapi virker. Samtidig fungerer det skarpe skel mellem de to forklarperspektiver som en måde, hvorpå den kompleksitet, der ligger indbygget i selvsamme spørgsmål (Kazdin, 2007, 2009), bliver gjort *håndterbar*. Butler og Strupp (1986) bemærker, at todelingen mellem specifikke faktorer og fællesfaktorer, repræsenteret ved hhv. den medicinske og den kontekstuelle model, har en kompleksitetsreducerende fordel:

The dichotomy's power is in its simplicity. Dichotomies provide convenient "handles" which permit examination of otherwise unwieldy events. The danger arises when, seduced by the simplicity, researchers ask and answer questions with respect to the dichotomous constructs, losing sight of the event to be studied. The heuristic can, itself, become the barrier to knowledge (Butler & Strupp, 1986, s. 30).

Som Butler og Strupp peger på, er denne type af forsimplinger et tveægget sværd. Godt nok tillader *forskellene* introduceret af todelingen os at navigere i kompleksitet, men vi risikerer samtidig, at der sker en forskydning, hvor vores sensitivitet og erkendelsesmæssige interesse fikseres af etablerede kategorier, alt imens vi potentielt taber de fænomener, vi gerne vil undersøge, af syne. Vi vil tilføje, at vi med forklaringerne af terapirelaterede forandringer, som den medicinske og den kontekstuelle model aftegner, rigtig nok er tilbøjelige til at tabe det undersøgte fænomen (klientens forandringsproces) af syne, men at dette ikke kun sker som resultat af forskellene og de umiddelbare modsætninger – det skyldes tillige en blind vinkel, der skabes af *overensstemmelserne* og *lighederne* mellem de to positioner. Som vi viser, ender vi her med at negligere klientagens og -refleksivitet sammen med forandringers fysiske og tidslige kontekstualitet.

Det er derfor mod de fælles, men implicitte antagelser, der kan identificeres i både den medicinske og den kontekstuelle model, vi gerne vil pege, og til det formål kan Mahrers (2000) begreb om *grundlæggende overbevisninger* være tjenligt. Grundlæggende overbevisninger er af en fundamental natur; de udgør sandheder, der tages for givet, og som i det skjulte – ved at fungere som uudtalte og uspecificerede forudsætninger – former den viden, der produceres inden for forskellige forskningsfelter. Vi viser i det nedenstående, hvordan den medicinske og den kontekstuelle model fremstiller terapeuten som den centrale aktør i klientens forandringsproces, hvilket samtidig indbefatter en reduktion af klientforandringer til interaktionen mellem forskellige klinisk relevante variabler. Vores påstand er, at det er muligt at formulere følgende grundlæggende overbevisning for begge tilgange: *Klientforandringer skabes, når terapeuten gennem sin intervention manipulerer underliggende virkningsmekanismer.*

Dette er umiddelbart mest genkendeligt i den medicinske model, hvor terapeuten tilrettelægger og styrer interventionen, hvis tekniske elementer, som tidligere nævnt, er målrettet det psykopatologiske grundlag for klientens problemer. Hvad enten terapeuten benytter sig af fortolkninger, sokratiske udspørgen eller noget helt tredje, er det disse teknikker, der gennem deres specifikke (kausale) virkninger driver forandringen. Bohart (2000, s. 131) beskriver denne udlægning af terapirelaterede forandringer: "(...) the power of healing should primarily come from the treatment or intervention. Relationship at best should be an "anesthetic" designed to prepare the client to accept and comply with treatment." En medicinsk logik implicerer ifølge

Bohart en passiv klient. Med andre ord er det teknikker, der tæller, og de virker *på* klienten, mens klientens eget bidrag er at tillade teknikken at virke og ikke modarbejde den. At klienten kan forstås som passiv, er altså ikke et spørgsmål om tilstedevær eller fravær af aktivitet fra klientens side, men et spørgsmål om, at klientens aktivitet først og fremmest underordnes teknik-kens logik.

Den kontekstuelle model bryder med et skarpt teknik- og patologifokus. Det indebærer, at klienten ansues som en person med holdninger, værdier, baggrundsforståelser m.v., som terapeuten må tage højde for under terapien. Ikke desto mindre er det stadig terapeuten, der med afsæt i en generaliseret ekspertviden skaber forandringen. Hvor denne ekspertviden i en medicinsk model lader terapeuten manipulere specifikke bestanddele, er det i stedet hensigten, at terapeuten i den kontekstuelle model modificerer klientens maladaptive forklaring af sine udfordringer og problemer med henblik på at understøtte en positiv forventningsdynamik (Wampold & Imel, 2015). Klientens egne holdninger, værdier og bredere forståelser er kun vigtige, for så vidt de er med til at afgrænse rammen for den adaptive forklaring, terapeuten stiller til rådighed. Denne forklaring skal ifølge Wampold (2007) introducere en passende diskrepans (adskiller den sig for meget fra klientens forforståelser, er klienten tilbøjelig til at forkaste forklaringen). Der er altså ikke tale om en aktiv klientforståelse, hvor klienten selvstændigt bidrager til sin egen forandringsproces. Tværtimod identificeres klientens allerede eksisterende forståelser af sig selv og sine problemer af Wampold (2007) som en del af grundlaget for problemerne i første omgang:

Patients come to therapy because their problems are persistent and troublesome. Their explanation for the troubles is not adaptive. The maladaptive explanation—the patient’s “folk psychology,” if you will—typically has two characteristics. First, according to the patient’s explanation, the troubles appear to be inevitable or, if not inevitable, to have a high enough probability of occurring that the fear of the trouble is sufficient to be troublesome. Second, because of the likelihood of continuing troubles, the patient feels demoralized and will tend to be inactive with regard to his or her problem (Wampold, 2007, s. 862).

I begge modeller tildeles terapeuten således status som forandringsagent, og forandringerne skabes, når terapeutens intervention virker gennem de foreslåede kausale mekanismer, dvs. de teorispecificerede mekanismer i den medicinske model og klientens positive forventninger i den kontekstuelle.

Denne fælles grundlæggende overbevisning rammesætter på problematisk vis vores måde at tænke om terapielaterede forandringer på. Den generaliserede ekspertviden, der produceres, når klientens forandring opsplittes i og siden reduceres til kausale komponenter (Gantt & Williams, 2016; Valsiner & Brinkmann, 2016; Mackrill, 2009b), gør det ideelt set muligt for

terapeuten at forudsige og kontrollere selve forandringsprocessen, og den placerer som sådan en kausal magt i terapeutens hænder. Som Dreier (2008, s. 297, vores oversættelse; men se også Dreier, 2011) er inde på, efterlades man med et billede af klienten som en “arena, hvor kausale mekanismer udøver deres virkninger”, og disse kausale mekanismer er i sidste ende underlagt terapeutens kontrol gennem enten teknikken (den medicinske model) eller tilvejebringelsen af en ny, adaptiv forklaring af klientens problemer (den kontekstuelle). Det indebærer videre, at forandringens lokus afgrænses til sessionskonteksten, hvor terapeutens intervention finder sted, alt imens klientens aktivitet andetsteds og på andre tidspunkter overses. I stedet antages det, at klienten overfører de forandringer, der skabes under sessionerne, til sit øvrige liv (Dreier, 2008). Hvordan forskellige andre livssammenhænge indgår i og giver form til klientens forandring, adresseres ikke – disse sammenhænge sættes i parentes, og forandringsprocessen under sessionerne fremstilles som isoleret fra klientens liv i dets helhed. Samlet set kan man altså indvende, at man i den medicinske model, men i lige så høj grad i dens kontekstuelle alternativ, mangler en eksplicit tematisering af klienten som aktiv i sin forfølgelse af forandringer – som vi så, anses klienten i bedste fald som en passiv medspiller; i værste fald ses klientens forholdemåder som en del af problemet. Samtidig mangler man en tematisering af de muligheder, betydninger og sammenhænge, dette engagement forekommer indlejret, når man retter blikket væk fra sessionerne. Denne rammesætning af terapirelaterede forandringer udfordrer vi i artiklens næste del på et empirisk grundlag.

4. Forandringer på tværs af kontekster: klientagens og -refleksivitet

Inden vi bevæger os videre, skal det nævnes, at den manglende tematisering af klienten som en aktiv del af den psykoterapeutiske proces ikke er gået ubemærket hen (se f.eks. Bohart & Tallman, 2010; Gordon, 2012; Duncan & Miller, 2000). I forlængelse heraf bliver relevansen af en orientering mod klientens deltagelse i den terapeutiske proces stadig mere velunderbygget. På baggrund af en metanalyse af over 100 kvalitative studier, der alle undersøgte klientens oplevelse af psykoterapi, konkluderer Levitt, Pomerville og Surace (2016), at klientens selvstændige bidrag til terapien er centralt. Hvad der ofte overses i en klientcentreret tilgang til psykoterapi, er imidlertid, at terapien først og fremmest fremtræder subjektivt betydningsfuld i relation til det liv, klienten lever imellem de enkelte sessioner. En større betoning af klientens bidrag til den terapirelaterede forandringsproces må derfor nødvendigvis indebære en *decentrering* fra sessionskonteksten og videre en medtænkning af forskellige andre livssammenhænge. Dette argument fremfører Dreier (1998, 2000, 2008, 2015) og Mackrill (2008a, 2008b, 2009a) i deres casestudier af psykoterapi. Dreier og Mackrills argument og deres

forståelse af forandring som en klientdreven proces, der udspiller sig på tværs af kontekster, danner grundlag for artiklens empiriske del. I tråd med det analytiske fokus i Saras case gør vi i det følgende rede for den *refleksivitet*, der af Dreier og Mackrill ses som en forudsætning for klientens forsøg på at ændre sin deltagelse i forskellige praksisser og således skabe forandringer gennem egen agens.

Refleksivitet skal bredt forstås som det forhold, at klienten gør sig selv og aspekter af sit liv til genstand for egen tænkning og erkendelse. Hos Dreier kommer denne refleksivitet til udtryk i de genovervejelser, der kendetegner klientens deltagelse i terapien. Dreier (2015) understreger, at disse refleksive processer er en nødvendighed, da terapirelaterede forandringer handler om mere end at reducere et abstrakt ubehag; de bliver først og fremmest en gennemgribende del af klientens daglige livsførelse og bredere selvopfattelse, hvilket fordrer omtanke og forskellige afvejninger. Dreiers kritisk-psykologiske begrebsapparat centrerer sig om personers situerede deltagelse i en kompleks og mangesidet praksis (Dreier, 2020), og klientens genovervejelser rummer her en *stillingtagen*, der er rettet mod at skabe sammenhæng i forfølgelsen af forandringer på tværs af kontekster ved at generalisere og forbinde lokale deltagelsespræmisser (Dreier, 2008, s. 42-45). På baggrund af sin stillingtagen tilnærmer klienten sig konkrete forståelser af forskellige problemfyldte dele af sit liv: Hvad drejer et bestemt problem sig om? Hvilke dele af klientens liv vedrører det? Hvorfor er det opstået i første omgang? Og hvad er det muligt at gøre ved det? Selvom indhold fra sessionerne ifølge Dreier (2008, 2015) påvirker klientens forståelse af sig selv, sine problemer og sin overordnede livssituation, transformeres dette indhold hele tiden i mødet med klientens øvrige liv, hvor konkrete omstændigheder og krav stiller andre muligheder for refleksion og handling til rådighed. Når klienten tager stilling til sine udfordringer og problemer og anlægger forskellige forholdemåder eller standpunkter, er der altså tale om en kropsliggjort og heraf situeret aktivitet, der finder sted i et konstant spændingsfelt mellem sessionskonteksten og klientens sammensatte liv. Denne aktivitet er hertil åben og uafsluttet, da klienten lever et foranderligt liv, der over tid kalder på skabelsen af nye sammenhænge og forståelser. Det indebærer samtidig, at genovervejelserne i klientens stillingtagen aftegner et *diskontinuert forløb*, hvor de indimellem sættes på pause, fordi andre anliggender fylder mere, inden de senere genoptages, når bestemte omstændigheder giver anledning til det (Dreier, 2015).

Mackrill (2008a, 2008b, 2009a) har som Dreier undersøgt klientens stillingtagen. Mackrill (2008a, 2008b) viser, at de genovervejelser, klienten gør sig, også går forud for terapien. Klienten bringer her forskellige *uafhængige forandringsstrategier* med sig ind i terapien, og disse strategier har betydning for, hvordan klienten deltager i, gør brug af og forstår arbejdet i sessionskonteksten, hvad enten de adresseres af terapeuten eller ej (Mackrill,

2008a).³ Mens Dreier (2008; 2015) hovedsageligt fokuserer på forbindelserne mellem sessionskonteksten og klientens øvrige liv, herunder hvordan klienten trækker på og transformerer pointer og indhold fra sessionerne i sin stillingtagen, lægger Mackrill (2008, 2009a) i højere grad vægt på en række andre indflydelser og påvirkninger. Han fremhæver f.eks. tidligere livserfaringer, andre personers og professionelles perspektiver samt alment tilgængelige beskrivelseskategorier. I Mackrills studier manifesterer dele af klientens refleksivitet sig på den måde i et parallelt spor uden forbindelse til sessionskonteksten, ligesom den forekommer distribueret eller udspændt mellem forskellige kontekstuelle indflydelser.

Opsamlende kan man sige, at man hos både Dreier og Mackrill finder en betoning af de dynamiske og mere komplekse aspekter af klientrefleksivitet, idet den hænger uløseligt sammen med klientens tværkontekstuelle bevægelser. Mackrill (2011, s. 169) skriver, at klienten hele tiden bevæger sig på tværs af kontekster fysisk og mentalt, og at klientens genovervejelser krydser både tid og sted: "When in one context, clients remembered past contexts, imagined future contexts, or imagined what was going on in other contemporary contexts. (...) Clients, like all people, constantly move through time and space on two different levels." I Dreier og Mackrills arbejde bliver klientens afsøgning af mening, betydninger og sammenhænge således et spørgsmål om at skabe forbindelser mellem forskellige fysiske kontekster, hvoraf sessionerne udgør én blandt mange, men også et spørgsmål om at koble samtidige omstændigheder til et allerede gennemlevet liv og til det liv, som endnu venter på at blive levet. Det er med afsæt i denne forståelse af klientens refleksivitet som et forløb af genovervejelser og som en konkret stillingtagen, der spænder over kontekster i *fysisk* såvel som *tidslig* forstand, at vi vender os mod Saras case.

5. Metodeafsnit

Saras case består af syv interviews med Sara, en ung pige på 19 år. Interviewene strakte sig over en periode på tre måneder, hvor Sara på eget initiativ valgte at opsøge fem samtaler med en psykolog. Psykologen arbejdede ud fra en kognitiv tilgang, og samtalerne var tilgængelige som en del af et åbent, gratis og anonymt kommunalt tilbud uden forudgående henvisning.

3 Her finder man et overlap mellem Mackrills (2008a) begreb om uafhængige forandringsstrategier og den kontekstuelle model. En forskel er dog, at Mackrill ikke som udgangspunkt antager, at klientens strategier er maladaptive. Omvendt er det ikke ensbetydende med, at strategierne altid er hensigtsmæssige, og deres modifikation som en del af den fælles terapeutiske proces kan derfor vise sig at være produktiv.

Hensigten var at belyse terapirelaterede forandringer, som de udspiller sig over tid og på tværs af lokale kontekster. *Tid* og *kontekst* har derfor været styrende for overvejelserne omkring designet. For det første betoner flere (se f.eks. McLeod, 2011; Dreier, 2019), at casestudier bidrager med en sensitivitet over for det kontekstuelle, og at de således er velegnede til at afdække, hvilke sammenhænge og forbindelser et givent fænomen forekommer indlejret i. Denne sensitivitet blev videre kombineret med en prospektiv eller kontinuerlig dataindsamling, hvor interviewene lå placeret ind imellem de enkelte sessioner med psykologen. Intentionen var nærmere bestemt at identificere og komme tæt på forandringskonturer, dvs. de gradvise eller mere pludselige skift, der omfatter klientens forståelse af sig selv, sine problemer og sit liv mere bredt. Det forudsætter en kontinuerlig dataindsamling som modpol til enkeltstående interviews, der ikke på samme måde kan indfange tidslige forløb.

5.1 Rekruttering og empirisk materiale

Rekruttering foregik gennem psykologen, der under en forsamtale forud for samtaleforløbets start først præsenterede studiet for Sara, hvorefter han formidlede kontakten til førsteforfatteren. Sara indvilgede herefter i at medvirke, og hun gav i samme ombæring samtykke til, at interviewmaterialet måtte indgå i en fremtidig artikel. I deltagelseskriterierne blev der lagt vægt på, at klienten magtede at deltage i interviewene sideløbende med terapiforløbet, uden at dette ville kompromittere udbyttet af terapien. Denne vurdering blev foretaget af psykologen i samråd med Sara. Klientens evne til og ønske om at reflektere yderligere over sin aktuelle livssituation, herunder terapien, udgjorde ligeledes et fokuspunkt. Et tredje kriterie gik på, at klientens problemstilling var velegnet til psykologisk intervention (af den grund blev en række sværere samt gennemgribende problemstillinger foruden krise- og belastningsreaktioner, hvor tiden er en væsentlig faktor i den efterfølgende tilpasning, ekskluderet).

Valget af Saras case er udtryk for en strategisk selektion (Flyvbjerg, 2006). Saras case blev udvalgt, da forskellige ekstraterapeutiske indflydelser og påvirkninger uden nogen forbindelse til terapeutens intervention viste sig at være særligt synlige. Ud fra Flyvbjergs (2006) terminologi kan man tale om en *ekstrem* eller *afvigende case*, der ved at aktivere flere aktører og konstituerende processer er mere informationsholdig end repræsentative cases. Det har genereret en detaljeret forståelse for, hvordan terapirelaterede forandringer udspiller sig som et tværkontekstuel fænomen. Vores forhåbning er, at denne forståelse, og dermed også Saras case, fremkalder en vis fænomenologisk resonans hos læseren (se Aagaard, 2018).

5.2 Dataindsamling

Dataindsamlingen blev foretaget af førsteforfatteren og blev påbegyndt umiddelbart efter første samtale i forløbet. Interviewene var tilrettelagt ud

fra en semistruktureret interviewguide, der gjorde det muligt at stille en række forberedte spørgsmål, men med plads til samtidig at forfølge uforudsete betydninger, som Sara selv måtte bringe på bane (Kvale & Brinkmann, 2015). Spørgsmålene i interviewguiden fordelte sig i tre hovedgrupper med fokus på a) forandringer i Saras liv samt i hendes forståelse af sig selv, sine problemer og sin livssituation; b) grundlaget for disse forandringer, herunder sessionernes andel i dem; og c) sessionsindholdet. I forlængelse af Mackrill (2011) startede hvert interview med de samme spørgsmål, hvor Sara blev bedt om at fortælle forholdsvist detaljeret om tidsperioden siden sidste interview. Hensigten med spørgsmålene var at understøtte tykke beskrivelser (Geertz, 1973) af hendes hverdagsliv, der i resten af interviewet fungerede som fælles referencepunkter. Inspireret af Dreier (2008, s. 49) fulgte herpå en afdækning af eventuelle forandringer i hendes liv ud fra følgende spørgsmål: *Er der sket noget nyt i dit liv, eller har du gjort nogle ting, du ikke plejer at gøre? Måske oplever du bestemte ting, f.eks. dine udfordringer/problemer, på nye eller anderledes måder? Det kan også være, dine tanker om eller forhåbninger for fremtiden har ændret sig? Er din forståelse af fortiden den samme?* Hvis Sara gav udtryk for, at noget havde ændret sig siden sidste interview, blev der spurgt til grundlaget for disse forandringer: *Hvad tror du ligger til grund for forandringerne i dit liv? Hvad tænker du kan forklare dem? Hvilken andel har du selv i forandringerne?* Som et opmærksomhedspunkt blev sessionerne med psykologen ikke nævnt i første omgang. På initiativ af interviewerens blev deres andel i Saras forandringer afdækket efterfølgende, hvilket i tråd med studiets formål påskønnede hende til at reflektere bredere over grundlaget for sine forandringer fremfor automatisk at koble dem til sessionerne (Dreier, 2008, s. 49).

5.3 Analysestrategi

Interviewene, der alle varede et sted mellem en og små to timer, blev som det første indekseret (og anonymiseret). I processen blev hvert interview lyttet igennem flere gange, mens de stillede spørgsmål og Saras svar blev noteret. Hendes udsagn blev tildelt små overskrifter, der henviste direkte til indholdet i udsagnene, f.eks. "spændinger i familielivet", "tidligere samtaler med lægen", "nyt job". Indekseringen udgjorde en indledende analysefase, hvor udsagnene afslutningsvist blev grupperet efter deres umiddelbare meningsindhold. I den efterfølgende fase fulgte en transskribering af udvalgte dele af interviewene. Næste trin bestod i flere gennemlæsninger, hvor fortolkende noter og koder blev nedskrevet i margin, der siden blev sammenfattet til større temaer under inddragelse af forskningsspørgsmålet (Kvale & Brinkmann, 2015). Teoretiske forforståelser inspireret af Dreier (1998, 2000, 2008, 2015) og Mackrill (2008a, 2008b, 2009a, 2009b, 2011) blev bragt i spil på dette trin, men på en åben måde som retninger, der leder blikket ad modum Blumers (1954) sensitiverende begreber (se også Charmaz, 2003; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 309-310).

6. Saras case

Da Sara bliver interviewet om vinteren, er hun i gang med sit første sabbatår, efter at hun afsluttede HF et halvt år forinden. Saras daglige liv udspiller sig hovedsageligt i to kontekster: derhjemme, hvor hun bor med sin mor, far og søster, og på en lokal restaurant, hvor hun sammen med sin søster er begyndt at arbejde som tjener. Af samme grund er det også i disse sammenhænge, hun først og fremmest oplever de udfordringer og problemer, der har fået hende til at opsøge forløbet med Thomas, psykologen. Set udefra får man indtryk af, at Sara derhjemme forsøger at finde sig til rette i det fælles familieliv, der er præget af spændinger og konflikter. Det fordrer, at hun formår at balancere praktiske gøremål og samværet med sine forældre og sin søster på den ene side med ønsket om at leve og forme sit eget liv på den anden, hvilket er lettere sagt end gjort. Ud over udfordringerne og problemerne derhjemme er det især Saras job, der fylder. Under de første interviews er jobbet som tjener stadig helt nyt, og forskellige arbejdsopgaver, som hun endnu ikke har styr på, presser hende. Hun har desuden ikke en vagtplan til at starte med, og særligt uforudsigeligheden omkring, hvornår hun skal arbejde, er frustrerende, og den gør det hertil endnu sværere for hende at finde tid til sig selv derhjemme. Mod slutningen af interviewene opdager Sara desuden, at hun har tabt sig. I perioden mellem sit efterskoleår og HF var hun undervægtig (dengang iværksatte egen læge et støttende forløb), og det nye vægttab sætter gang i en række overvejelser, der for en periode overskygger det konfliktfyldte familieliv og presset i forbindelse med hendes nye job.

En central analytisk betragtning er, at Saras udfordringer og problemer forekommer uafgrænsede. Sara oplever dem som noget, der i varierende omfang kommer i vejen for hendes livsudfoldelse, men ud over denne umiddelbare oplevelse står det langt fra klart, hvorfor de er opstået, hvordan hun skal forstå dem, samt hvad hun kan gøre ved dem. Det åbner for, at hun gennem sin stillingtagen må forholde sig til de nævnte udfordringer og problemer med henblik på at nå frem til mere konkrete og afgrænsede forståelser og sammenhænge. Denne stillingtagen og de involverede *konkretiseringsprocesser* beskriver vi gennem to nedslag. Det første omhandler et tydeligt skift i hendes stillingtagen, hvor hun når frem til en erkendelse af, at hun i højere grad bliver nødt til at sætte sig selv først; i det andet nedslag afprøver Sara forskellige forholdemåder i relation til sit vægttab. I begge nedslag er det slående, at koblingerne til sessionerne med Thomas udebliver, mens Saras stillingtagen i stedet formes i et krydsfelt mellem forskellige andre indflydelser og påvirkninger.

6.1 Stillingtagen på et flertydigt grundlag

Som vi nævnte kort i det ovenstående, har Sara ikke faste vagter på restauranten det første stykke tid, hvilket presser hende, da chancen for at blive kaldt

på job gør, at hun ikke ved, hvornår hun har tid til hvad. Det griber samtidig ind i måden, hun indgår i familielivet på med sine forældre og sin søster, hvor betydningen af at afgrænse hendes eget liv fra de fælles rytmer, rutiner og arrangementer træder endnu tydeligere frem. Det er på denne baggrund, at et "mentalt breakdown" (med Saras egne ord) følger, da hun opdager, at hendes søster – uden at spørge hende først – har meldt hende på en række vagter. Hun opsøger umiddelbart herefter sin mor, der får hende til at ringe til chefen og sige, at hun ikke kan møde ind alligevel. Forud for episoden har Sara flere gange nævnt det pres, hendes nye job har bragt med sig, men hun har ikke taget nærmere stilling til det. Det ændrer sig efter episoden, hvor hun fortæller, at hun fremover i højere grad bliver nødt til at sætte sig selv først:

Uddrag 1

Sara: Det er heldigvis også okay, igen, at sige det kan jeg ikke, fordi så finder de måske en løsning på det. Øhm, og det er der hvor jeg også skal øve mig selv i at sige at jeg er nødt til at sætte mig selv først, når det kommer til mit helbred. På grund af i går, der var jeg klar til at tage på arbejde selvom at jeg ikke var klar, kan man godt sige.

August: Selvom du ikke kunne magte det?

Sara: Ja. For det første, jeg havde ikke overskud til det – jeg var ikke klar på det. Men på grund af at alt det her adrenalin kørte i forvejen, så var jeg sådan 'ved du hvad, vi tager den alligevel.' Men jeg vidste at det ikke ville være godt, sådan, bagefter. Og dermed var det også rigtig godt at jeg fik talt med min mor om det, hvor hun var nødt til at sige til mig: "Jamen, ved du hvad, du ringer til chefen nu og så siger du at du ikke kan komme på arbejde."

August: Og det var den samme samtale hvor din mor sagde at din søster altså ikke skal bestemme hvornår du skal på arbejde?

Sara: Ja, øh. Og jeg er også allerede i gang med at give mig selv et overblik med at jeg kan maks tage to [mindre travle] dage, lad os sige mandag og onsdag, og så en travl dag enten fredag, lørdag eller søndag, og det er det – så skal jeg ikke tage mere. Det er maks det jeg kan tage. Og så kan man sige 'det er da ikke særligt meget, hvis du skal arbejde, sådan, rigtigt.' Ja, men det er sådan, starten, og jeg er nødt til også lige at passe på mit eget helbred, ellers så ender det bare med at jeg græder hver eneste dag på grund af jeg skal på arbejde.

Som Sara formulerer det, skal hun øve sig på at sætte sig selv og i nærværende sammenhæng sit helbred først, og hun er gået i gang med at skabe et overblik over, hvor mange travle dage hun kan have om ugen (to hverdage

og en enkelt dag over weekenden). Adspurgt om grundlaget for skiftet i hendes stillingtagen tilskriver hun det episoden med sin søster samt sin mors efterfølgende insisteren på, at hun ikke skulle møde ind på job:

Uddrag 2

August: Hvordan har du lært det så – at sige fra?

Sara: Det lærte jeg – det sjove er, det er faktisk min mor som sagde at jeg er nødt til at ringe ind og sige jeg ikke kan komme på job på grund af hun godt kunne se jeg ikke var klar. Dermed gav hun mig ligesom det her ekstra skub til at tage telefonen og ringe dertil, på grund af jeg hader også at tale i telefon nogle gange. Men tag telefonen, ring dertil og sig 'beklager, jeg ved godt at jeg godt kunne, men det kan jeg ikke på grund af min søster spurgte mig ikke,' og så [læg det væk] igen. Det er sådan, ja, det er det jeg har lært.

Ifølge Sara fik hun et "ekstra skub" af sin mor, der gjorde, at hun formåede at ringe til sin chef og melde fra. Som hendes efterrationalisering i starten af uddrag 1 vidner om, ligger der en læring i at opdage, at det faktisk er muligt at handle på andre og nye måder: "Det er heldigvis også okay, igen, at sige 'det kan jeg ikke', fordi så finder de måske en løsning på det." På den ene side er skiftet i Saras stillingtagen altså tæt knyttet til den tilspidsede situation omkring hendes vagter og til snakken med hendes mor, hvis "ekstra skub" lod hende handle anderledes, end hun ellers ville have gjort. Umiddelbart efter fortæller hun imidlertid, at hun tidligere har arbejdet en hel del med at blive bedre til at sætte sig selv først og sige fra, og hun husker videre tilbage på sit sidste forhold:

Uddrag 3

Sara: Den største, sådan, hvad kan man sige, life learning experience som jeg har haft er at have en kæreste, hvor man også skal passe på sig selv.

August: Ja – kan du prøve at fortælle noget om det, Sara?

Sara: Jeg var ofte den der partner som ville gøre alt – og det kan jeg godt forstå, hvis man er så glad for en anden, så vil man gøre alt – men der er også ofte hvor man er nødt til lige at stoppe sig selv, sådan, 'vent, hvad er det vi laver lige nu.' Det var ofte hvor jeg ville, sådan, totalt, øh, skubbe en deadline til en aflevering fordi jeg ville besøge min partner; der var mange gange hvor jeg ville være sammen med hende i lang tid selvom jeg ikke kunne, men jeg var så glad for at være der så jeg helt glemte at passe på mig selv med de ting som jeg gerne ville have. Og det gjorde også at jeg selv havde svært ved at sige hvad jeg gerne ville have på grund af det bragte jeg ikke på banen fra start af. Og dermed så kom

der den her cirkel med 'jamen, nu får jeg det bare dårligere og dårligere jo længere jeg er her.'

Sara beskriver sit sidste forhold som den største "life learning experience", hun har haft. I løbet af forholdet lærte hun, hvad det vil sige at passe på sig selv og omvendt – at det kan have konsekvenser, hvis man sætter sig selv til side for andre og bliver ved med at ignorere det, hun et andet sted kalder for "røde lamper". Koblingen til hendes seneste forhold er interessant, da den afspejler et tidsligt lag i Saras stillingtagen. Selvom Sara fremhæver snakken med sin mor, da hun spørges til grundlaget for erkendelsen af, at hun bliver nødt til at sætte sig selv først, kan man sige, at den på sin vis udgør en fortsættelse af – og måske endda en midlertidig afslutning på – et *refleksivt forløb*, der rækker tilbage i tid. Det tydeliggør en diskontinuerthed i Saras forfølgelse af forandringer, hvor dette engagement i kortere eller længere perioder sættes på pause, indtil det senere genoptages, f.eks. fordi begivenheder eller andre omstændigheder, som det her er tilfældet, giver anledning til det (se som tidligere nævnt Dreier, 2015). Skiftet i hendes stillingtagen er således sammenfiltret med det liv, hun lever ind imellem sessionerne, men i høj grad også med det liv, hun allerede har levet, og de to liv – det samtidige og det allerede gennemlevede – spejler sig i hinanden og medfører en *flertydighed* i de forholdemåder, hun anlægger.

Mens flertydigheden i ovenstående uddrag viser sig i et tydeligt skift i Saras stillingtagen, kommer den også til udtryk, når hun mere søgende afprøver forskellige forståelser af sig selv og sine problemer. Det retter vi blikket mod i næste afsnit, hvor vi gennem tre uddrag, der følger umiddelbart efter hinanden, udfolder de genovervejelser, Sara gør sig, da hun mod slutningen af interviewforløbet kan konstatere, at hun igen har tabt sig. Som vi viser, bliver mening, betydninger og sammenhæng til i evaluerende relationer mellem forskellige kontekstuelle indflydelser, der løbende gøres nærværende i hendes stillingtagen.

6.2 Kontekstuelle indflydelser og evaluerende relationer

Da Sara opdager sit nye væggtab, overskygger det for en rum tid de øvrige problemer, der hidtil har været omdrejningspunktet i interviewene. Hun gør sig flere overvejelser omkring sine udfordringer med at holde en stabil vægt, og hun lader til at være bevidst om situationens alvor, mens hun også fremhæver tidligere erfaringer med selv at tage på. Hun taler i den forbindelse om "den her healingproces":

Uddrag 4

Sara: (...) i starten af mit forløb – det var for sådan to år siden nu – der vejede jeg 43.5, eller næsten bare 43. Og det var så meningen med at jeg skulle gå op i vægt på grund af jeg havde talt med min læge, jeg havde talt med min, øh – der havde jeg faktisk en helt masse psykologer. Og

den gik også opad, på 44, og også nogle gange på 45, men så gik den ned igen, men hvor jeg ligesom ikke stoppede med den her healingsproces på grund af jeg godt vidste hvad jeg skulle gøre. Jeg havde mekanismer til ligesom at få det til at være bedre så min læge ikke troede hun skulle, sådan, række helt ind. Øhm, men så for ikke så lang tid siden, der vejede jeg mig, og så var den helt nede på sådan 42, og jeg var sådan lidt 'det er virkelig ikke den retning jeg skal i, fordi det er mindre.' Og så vejede jeg mig selv igen, og det var for ikke så lang tid siden, og så var jeg helt nede på – jeg tror vist den sagde 41.5. Og jeg var sådan lidt 'århh, det er lidt skræmmende nu.' Og sådan, jeg ved jo godt hvad jeg skal gøre, øh, og, øh, og jeg ved også godt at nogle gange skal jeg måske bare ikke være så aktiv [i løbet af] dagen. Måske, måske kan det være en start.

I uddraget husker Sara først tilbage på perioden mellem sit efterskoleår og HF, hvor hun var undervægtig, og hendes læge iværksatte et støttende forløb. Hun fortæller om et forløb, der gik op og ned – hvor hun først tog på for siden at tabe sig igen – men også et forløb, der for hende handlede om at bevare kontrollen og styringen med egen spisning, så lægen "ikke troede, hun skulle, sådan, række helt ind". Det er op imod denne udefrakommende indgriben, at Sara betoner sin egen *agens*. Som hun nævner, havde hun "mekanismer" til at få det bedre, og hun stoppede ikke sin "healingproces", selvom hendes vægt på tidspunkter bevægede sig i den forkerte retning. Overbevisningen om, at hun selv er i stand til at tage på, og mere generelt at hun kan løse udfordringer og problemer på egen hånd, går igen i flere af interviewene (et andet sted beskriver hun sig selv som "sin egen psykolog"), og den kan i forlængelse heraf forstås som en *uafhængig forandringsstrategi* (Mackrill, 2008a). Den samme overbevisning kan genfindes i Saras overvejelser mod slutningen af uddraget, da hun forholder sig til sit seneste vægttab. På den ene side bliver hun bange og bekymret over tallene på vægten – "42" og "41,5" – men på den anden side vender hun hurtigt tilbage til, at hun godt ved, hvordan hun skal tage på igen. Man fornemmer dog samtidig en tvivl og usikkerhed i Saras udsagn, når hun kommer ind på konkrete handlemuligheder: "Og sådan, jeg ved jo godt, hvad jeg skal gøre, øh, og, øh, og jeg ved også godt, at nogle gange skal jeg måske bare ikke være så aktiv [i løbet af] dagen. Måske, måske kan det være en start." Tvivlen og usikkerheden handler for Sara om, hvorvidt hun egentlig har forstået omfanget af sine udfordringer, og hun overvejer videre, om hun i virkeligheden har en spiseforstyrrelse, hun ikke selv kan styre:

Uddrag 5

Sara: Det er sådan, nogle gange så tænker jeg også sådan lidt på, gad vide om jeg har en eller anden eating disorder som jeg bare ikke ved noget om fordi jeg ikke tror på det er rigtigt, øhm, for mig.

August: For dig?

Sara: Ja, altså selvfølgelig er det rigtigt ude i verden, men det er ikke rigtigt for mig lige nu.

Som det også gør sig gældende for Saras forudgående betoning af sin egen agens, kan hendes inddragelse af en *diagnostisk forståelse* af sig selv som (måske) spiseforstyrret ses som et forsøg på at konkretisere sine udfordringer med at holde en stabil vægt. I denne konkretisering bliver udfordringerne til et reelt problem, hun ikke kan adressere, fordi hun ikke *vil* erkende det. De bliver samtidig til et problem, hun ikke har nogen eller kun en begrænset kontrol med, hvilket står i kontrast til hendes overbevisning om, at hun selv kan håndtere forskellige problemfyldte dele af sit liv. Der er dog stadig tale om en afsøgning af en selv-patologiserende forholdemåde, og Sara giver udtryk for, at hun ikke tror, den diagnostiske kategori passer på hende. Efterfølgende kan man imidlertid identificere en ny overgang i hendes stillingtagen, hvor hun gentilnærmer sig en forståelse af sig selv som spiseforstyrret gennem koblingen til det alment udbredte terapeutiske begreb *forsvar* (i form af fornægtelse), ligesom hun husker tilbage på en *venindes kommentar*:

Uddrag 6

August: Og hvad gør at du tænker det ikke passer på dig? Og jeg skal lige understrege at jeg ikke sidder her og tænker det ene eller andet.

Sara: Det er på grund af, hvad kan man sige, årh, hvad er det nu det hedder på dansk – jeg er in denial.

August: Ja, fornægtelse?

Sara: Ja, jeg gider ikke at tro på det på grund af jeg har den her følelse med at jeg skal have kontrol over mig selv, og det er – og det her med at jeg ligesom [stiller] det her self-defense op for mig selv, sådan, 'jeg har styr på det, du skal ikke, du skal ikke, øh, ændrer det og så videre.' Og det er jeg ret sikker på at, øh, Laura har sagt til mig, at hvorfor bliver jeg så, hvad kan man sige, hvorfor stiller jeg den her mur op når jeg taler om det. Fordi jeg siger altid, sådan, 'jeg har styr på det; jeg har det her under kontrol; det her det gør jeg fordi at jeg skal gøre det her.' Men har jeg faktisk kontrol over det? Og hvorfor siger jeg så de her ting for at overbevise andre om at jeg har kontrol over det? Det er et rigtigt godt spørgsmål, og det er virkelig også noget som jeg nogle gange tænker over, det er sådan lidt, hvorfor prøver jeg ligesom på at forsvare mig selv når vi bare taler om tingene og der ikke er noget direkte angreb på mig – men jeg prøver stadig at forsvare mig selv.

I uddraget fremstiller hun sin afvisning af at være spiseforstyrret som fornægtelse og som et forsvar. Fornægtelsen kæder hun sammen med et behov for at have eller være i kontrol, hvilket erkendelsen af, at hun har en mulig spiseforstyrrelse, udfordrer, da den markerer et kontroltab.⁴ Denne sammenhæng er i overensstemmelse med, hvad hendes veninde Laura før har gjort hende opmærksom på, nemlig at hun altid får det til at lyde, som om hun har styr på sin vægt. Luras kommentar lader sammen med det terapeutiske begreb om "forsvar" Sara granske sin modstand mod at forstå sig selv som spiseforstyrret, og hun ender med at udfordre sin egen overbevisning om, at hun selv kan handle sig ud af situationen: "Men har jeg faktisk kontrol over det? Og hvorfor siger jeg så de her ting for at overbevise andre om, at jeg har kontrol over det?"

Opsamlende kan man sige, at det diagnostiske og psykiatriske blik samt Saras tidligere erfaringer med selv at kunne håndtere udfordringer står som organiserende referencepunkter i de genovervejelser, hun gør sig i uddragene. Som det også var tilfældet, da vi beskrev grundlaget for hendes nye erkendelse i sidste afsnit, er hendes afprøvning af forskellige forholdemåder karakteriseret ved en gennemgribende flertydighed og sammenfiltrering: Den involverer en betoning af egen handlekraft, erfaringer fra hendes forløb med lægen og Luras kommentar, der alle peger tilbage i tid, mens en diagnostisk og terapeutisk indflydelse ligeledes er fremherskende. Som en vigtig pointe efterlader flertydigheden i Saras stillingtagen samtidig lommer eller rum, der opstår i *evaluerende relationer* mellem forskellige kontekstuelle indflydelser, f.eks. hendes tidligere erfaringer med selv at tage på og Luras påpejning af, at hun har svært ved at erkende et muligt kontroltab. Disse relationer bidrager til at *tydeliggøre* eller *udfordre* konkrete betydninger og sammenhænge, som når koblingen til Luras kommentar understøtter Saras terapeutiske tolkning af, at hendes modstand mod at se sig selv som spiseforstyrret i virkeligheden er udtryk for en psykologisk forsvarsmekanisme (omvendt er den terapeutiske tolkning med til at udfordre hendes overbevisning om, at hun har styr på sin vægt). Tilsvarende eksempler på, at Saras afprøvning af forholdemåder forekommer indlejret i forskellige evaluerende relationer, kan genfindes på tværs af interviewene, og de viser, at kompleksiteten i hendes levede liv går igen i hendes stillingtagen, der ikke kan afgrænses til én kontekst, f.eks. sessionskonteksten, da den sammenbringer en myriade af kontekstuelle indflydelser.

4 Adspurgt om sessionerne med Thomas giver Saras svar ikke anledning til at tro, at den terapeutiske tænkning eller indflydelse (mere specifikt begrebet om "forsvar") kan føres tilbage hertil. Sara nævner desuden sjældent begreber eller pointer fra en kognitiv tilgang, som Thomas arbejder ud fra; i stedet bemærker hun generelle aspekter af terapien, f.eks. at Thomas lytter til og forstår hende på en anden måde end venner og familie, som hun også taler med, når hendes udfordringer og problemer på forskellige tidspunkter fylder.

7. Afrunding

I artiklen har vi identificeret den terapeut- og sessionscentrerede tænkning, der kan genfindes inden for store dele af psykoterapifeltet, ikke mindst når det gælder spørgsmålet om, hvordan terapielaterede forandringer bliver til og udspringer sig. Vi har i en teoretisk analyse peget på, at både den medicinske og den kontekstuelle model på trods af deres divergerende forklaringer af klientforandringer deler den samme grundlæggende overbevisning om, at forandringer skabes, når terapeuten gennem sin intervention manipulerer centrale virkningsmekanismer. Vi har videre problematiseret denne overbevisning, da vi med en accept af dens gyldighed risikerer at negligere klientagens og -refleksivitet sammen med forandringers fysiske og tidslige kontekstualitet.

Med afsæt i Dreiers (1998, 2000, 2008, 2015) og Mackrills (2008a, 2008b, 2009a, 2009b) arbejde har vi i artiklens anden del præsenteret vores eget empiriske bidrag i form af Saras case. Vi har herigennem forsøgt at understrege relevansen af mere kritiske perspektiver, der afviger fra den gængse terapeut- og sessionscentrering. I Saras case udspringer den centrale forandringsdynamik således ikke af de samtaler, hun jævnligt har med Thomas. Den er i stedet tæt knyttet til hendes stillingtagen og til forskellige forsøg på at skabe mening og sammenhæng i et komplekst og mangesidet liv ind imellem de enkelte sessioner. Forandring (i hvert fald en del af den) bliver for Sara et spørgsmål om at konkretisere udfordringer og problemer, hvor de i spændingsfeltet mellem generelle beskrivelseskategorier og partikulære livserfaringer kædes sammen med bestemte handlings- og forståelsesmuligheder. De overvejelser, hun gør sig om sit nye job og om sit seneste vægttab, er med til at illustrere netop dette, og de vidner samtidig om den gennemgribende flertydighed, der kendetegner hendes stillingtagen. Ved at tale ind i terapielaterede forandrings flertydighed, som også er titlen på artiklen, ønsker vi at betone deres kontekstualitet, som rummer både fysiske og tidslige dimensioner. I den periode terapien står på, bevæger Sara sig hele tiden på tværs af kontekster: Hun opholder sig derhjemme, tager på arbejde og er sammen med sine venner, og hun husker tilbage på et levet liv, ligesom hun ved flere lejligheder forestiller sig fremtiden. Man kan som en afrundende bemærkning spørge, hvordan denne flertydighed opleves af Sara, og ikke mindst hvordan hun formår at navigere i den. På den ene side konfronteres hun med konkrete *betingelser* og *krav*, som det f.eks. er tilfældet, da hun bliver nødt til at forholde sig til den tilspidsede situation omkring sine vagter. Situationen "kalder" så at sige på en stillingtagen. På den anden side bliver flertydigheden en *ressource*, der lader Sara afprøve forskellige forholdemåder i evaluerende relationer mellem tidligere livserfaringer, andre personers kommentarer samt alment udbredte måder at forstå og italesætte lidelse på (hvad man kunne betegne terapeutiske og diagnostiske diskurser).

Uanset hvordan hun skaber mening, betydninger og sammenhænge på et flertydigt grundlag, synes de involverede processer ikke desto mindre at

synliggøre en terapeut- og sessionscentrering mangler, når det kommer til at indfange terapirelaterede forandringer i deres *helhed*. Det er derfor vores forhåbning, at Saras case kan bidrage til et større fokus på, hvordan forandringer på én og samme tid må forstås som klientdrevne og tværkontekstuelle. Det fordrer samtidig overvejelser over, i hvilket omfang en grundlæggende overbevisning, der på snæver vis sidestiller forandring med terapeutintervention i sessionskonteksten, har sin berettigelse. Med det sagt hævder vi ingenlunde, at terapien er uden betydning for Sara – og mere generelt: at terapeutiske indsatser i denne henseende er nyttesløse. Sara nævner flere gange sessionerne med Thomas, men ikke på en måde, hvor de uden videre kan kædes sammen med skift i hendes stillingtagen. I andre cases vil det givetvis forholde sig anderledes, og indhold og pointer fra sessionerne vil fylde mere. Det ændrer imidlertid ikke på det fundamentale forhold, at terapeutens intervention sjældent kan stå alene, og at refleksioner over dette vilkår paradoksalt nok kan være med til at kvalificere de terapeutiske interventionsmuligheder i sidste ende.

7.1 Begrænsninger

Til slut vil vi følge vores eget eksempel og ganske kort pege på en grundlæggende overbevisning, som studiet af Saras case hviler på. Vi har først og fremmest undersøgt forandringer som refleksive processer, og af samme grund har vi fokuseret på Saras genovervejelser i form af hendes løbende stillingtagen til sine udfordringer og problemer. En relevant indvending er, at vi hermed risikerer at overse prærefleksive eller ikke-artikulerbare aspekter af hendes forandringsproces (se Oddli et al., 2022, s. 6-7), der udspringer af sessionerne med Thomas. En triangulering af interviewmaterialet med data indsamlet fra sessionerne – som Dreier (2008) og Mackrill (2011) benyttede sig af – ville potentielt have bidraget til at åbne nye analytiske vinkler, hvilket derfor bør være et opmærksomhedspunkt i fremtidige studier.

En anden begrænsning vedrører den manglende inddragelse af Sara i behandlingen af interviewmaterialet. På den ene side kan man med rette kritisere denne undladelse, særligt med tanke på artiklens tematisering af klientagens. På den anden side blev inddragelsen af Sara i analysefasen fravalgt, da interviewene og terapiforløbet i forvejen optog meget af hendes tid. Analysen blev endvidere færdigskrevet med en relativt stor tidslig afstand til interviewperioden, hvilket også var medvirkende til fravalget.

Tak

Forfatterne vil gerne rette en tak til “Sara” og ikke mindst “Thomas” for deres medvirken. Også tak til de anonyme reviewere for konstruktive kommentarer og betragtninger.

REFERENCER

- Aagaard, J. (2018). Striving for experiential resonance: Critique, postcritique and phenomenology. *Qualitative Studies*, 5(1), 29-38. <https://doi.org/10.7146/qs.v5i1.105460>
- Blumer, H. (1954). What is Wrong with Social Theory? *American Sociological Review*, 19(1), 3-10. <https://doi.org/10.2307/2088165>
- Bohart, A.C. & Tallman, K. (1996). The active client: Therapy as self-help. *Journal of Humanistic Psychology*, 36(3), 7-30. <https://doi.org/10.1177/00221678960363002>
- Bohart, A.C. (2000). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127-149. <https://doi.org/10.1023/A:1009444132104>
- Bohart, A.C. & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. I B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold & M.A. Hubble, *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (s. 83-111). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-003>
- Butler, S.F. & Strupp, H.H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(1), 30-40. <https://doi.org/10.1037/h0085590>
- Charmaz, K. (2003). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. I N.K. Denzin & Y.S. Lincoln, *Strategies for qualitative inquiry* (2. red. udgave), (s. 249-291). Sage.
- Cuijpers, P., Reijnders, M. & Huibers, M.J.H. (2018). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annu Rev Clin Psychol*, 7. maj 2019, 15(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Dreier, O. (1998). Client perspectives and uses of psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 1, 295-310. <https://doi.org/10.1080/13642539808402315>
- Dreier, O. (2000). Psychotherapy in clients' trajectories across contexts. I C. Mattingly & L. Garro, *Narratives and the cultural construction of illness and healing* (s. 237-258). University of California Press. <https://doi.org/10.1525/california/9780520218246.003.0010>
- Dreier, O. (2008). *Psychotherapy in Everyday Life*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511619519>
- Dreier, O. (2011). Intervention, evidence-based research and everyday life. I P. Stenner, *Theoretical Psychology: Global Transformations and Challenges* (s. 260-269). Captus Press Inc.
- Dreier, O. (2015). Interventions in everyday lives. *European Journal of Counselling and Psychotherapy*, 17(2), 114-128. <https://doi.org/10.1080/13642537.2015.1027781>
- Dreier, O. (2019). Generalizations in situated practices. I C. Højholt & E. Schraube, *Subjectivity and Knowledge: Generalizations in the Psychological Study of Everyday Life* (s. 177-193). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29977-4_10
- Dreier, O. (2020). Critical psychology – subjects in situated social practices. I M. Fleer, F. González Rey & P. Jones, *Cultural-historical and critical psychology: Common ground, divergences and further pathways* (s. 11-26). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-981-15-2209-3_2
- Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169-187. <https://doi.org/10.1023/A:1009448200244>
- Elkins, D.N. (2009). The medical model in psychotherapy: Its limitations and failures. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(1), 66-84. <https://doi.org/10.1177/0022167807307901>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>

- Gantt, E.E. & Williams, R.N. (2016). Explanation versus understanding in psychology: A human science approach. I C.T. Fishcer, L. Laubscher & R. Brooke, *The qualitative vision for psychology: An invitation to a human science approach* (s. 31-48). Duquesne University Press.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. Basic Books.
- Gordon, R. (2012). Where oh where are the clients? The use of client factors in counselling psychology. *Counselling Psychology Review*, 27(4), 8-17. <https://doi.org/10.53841/bpscr.2012.27.4.8>
- Hougaard, E. (2021). Psykoterapiforskning gennem 100 år – hvor langt er vi nået? *Psyke & Logos*, 21(42), 12-38. <https://doi.org/10.7146/pl.v42i1.128765>
- Jørgensen, C.R. (2004). Active Ingredients in Individual Psychotherapy: Searching for Common Factors. *Psychoanalytic Psychology*, 21(4), 516-540. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.21.4.516>
- Jørgensen, C.R. (2018). *Den psykoterapeutiske holdning*. Hans Reitzels Forlag.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 418-428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview – det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udgave). Hans Reitzels Forlag.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I J.C. Norcross, *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 17-32). Oxford University Press.
- Levitt, H.M., Pomerville, A. & Surace, F.I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experience of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142, 801-830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Mackrill, T. (2008a). Exploring psychotherapy clients' independent strategies for change while in therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(4), 441-453. <https://doi.org/10.1080/03069880802343837>
- Mackrill, T. (2008b). Pre-treatment change in psychotherapy with adult children of problem drinkers: The significance of leaving home. *Counselling & Psychotherapy Research*, 8, 160-165. <https://doi.org/10.1080/14733140802193341>
- Mackrill, T. (2009a). A Cross-Contextual Construction of Clients' Therapeutic Practice, *Journal of Constructivist Psychology*, 22(4), 283-305. <https://doi.org/10.1080/10720530903113839>
- Mackrill, T. (2009b). Constructing client agency in psychotherapy research. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(2), 193-206. <https://doi.org/10.1177/0022167808319726>
- Mackrill, T. (2011). The case of "Jane and Joe": A diary-based, cross-contextual case study. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(1), 187-229. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v7i1.1078>
- Mahrer, A.R. (2000). Philosophy of science and the foundations of psychotherapy. *American Psychologist*, 55(10), 1117-1125. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.10.1117>
- McLeod, J. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.548954>
- McLeod, J. (2016). Everyday life, manifesto-writing and the texture of human agency. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 18(4), 415-423. <https://doi.org/10.1080/13642537.2016.1260621>

- Mulder, R., Murray, G. & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: Opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 953-962. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)
- Oddli H.W., Stänicke, E., Halvorsen, M.S. & Lindstad, T.G. (2022). Causality in psychotherapy research: Towards evidential pluralism. *Psychother Res*, november 2023, 33(8), 1004-1018. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2161433>
- Valsiner, J. & Brinkmann, S. (2016). Beyond the “Variables”: Developing Metalanguage for Psychology. I S. Klempe & R. Smith, *Centrality of History for Theory Construction in Psychology*. (s. 75-90). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-42760-7_4
- Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857-873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>
- Wampold, B.E. & Budge, S.L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship— And its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623. <https://doi.org/10.1177/0011000011432709>
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. red. udgave). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Wampold, B.E., Baldwin, S.A., Holtforth, M. g. & Imel, Z.E. (2017). What characterizes effective therapists? I L.G. Castonguay & C.E. Hill, *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (s. 37-53). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>