

GESTALTTERAPI OG KOGNITIV TERAPI – en mulighed for gensidig befrugtning?¹

Ulla Sommer & Jan Tønnesvang

Artiklen istandsætter et møde mellem centrale dele af det gestaltterapeutiske og det kognitivt terapeutiske begrebsapparat med henblik på at undersøge gensidige befrugtningssmuligheder i de to tilgange, når de tages til efterretning på deres grundforståelser og anskues i deres komplementaritet frem for i deres modsætning. Artiklen er skrevet som led i den ene forfatters pågående arbejde med at udvikle en såkaldt integrativ gestalt praksis og som en viderebearbejdelse af den anden forfatters specialistaftandling i kognitiv terapi. Der introduceres til gestaltterapiens basale begreb om gestaltformationsproces og andre centrale gestaltgrundbegreber, hvorefter den kognitive terapibegreber til belysning af patologi og terapi præsenteres. Dernæst klagøres den mulige komplementaritet mellem de to tilgange og de kliniske implikationer, der følger af en sådan. Afslutningsvist opstilles en skematik til sammenfatning af en række centrale komplementærpunkter mellem de to tilgange.

Introduktion

Gestaltterapi og kognitiv terapi er på hver deres måde forankret i fænomenologi og udogmatiske samt orienteret mod integration. Der er frihed til at inkorporere aspekter fra andre traditioner i begge tilgange, så længe det inkorporerede ikke øver vold mod de fænomenologiske principper (Resnick, 1995; Rosenberg & Mørch, 2005). Trods fælles forankring er tilgangene forskellige, og herhjemme er der så den pudsighed, at kognitiv terapi er velanskrevet og accepteret som behandlingsform og forskningsdisciplin, mens dette ikke gælder gestaltterapi. I såvel behandlingsmæssige og akademiske miljøer som i 'the public opinion' forbinder man stadig i vid udstrækning

1 Tak til Mikael Sonne for gode kommentarer til et tidligere udkast til artiklen.

Jan Tønnesvang er cand. psych., ph.d., lektor og viceinstituteder på Psykologisk Institut ved Århus Universitet. Sidder i styregruppen af Gestalt Terapeutisk Forum og er tilknyttet Gestaltterapeutisk Uddannelsescenter.

Ulla Sommer er cand. psych., uddannet gestaltterapeut og under godkendelse som specialist i kognitiv terapi. Er ansat ved Det Palliative Team på Regionshospitalet i Silkeborg og har egen praksis (www.telekia.dk).

gestaltterapi med det blakkede omdømme fra Fritz Perls' 'boom-boom-terapeutiske' og konfronterende stil fra slutningen af tresserne og med de af hans efterfølgere, der videreførte denne arbejdsmåde uden helt at forstå, hvad de foretog sig med forskellige klientgrupper. At der endnu ikke er rettet op på dette omdømme, hænger muligvis sammen med, at danske gestaltterapeuter med indsigt i den udvikling, som gestaltterapi har gennemgået de seneste 25 år, kun i begrænset omfang har behandlet dette på skrift (fx Hostrup, 1999). Men det er beklageligt for de klienter, der i behandlingsregi kan have gavn af substantiel gestaltterapi, og det hindrer, at væsentlige indsigter fra gestaltterapi kan anvendes til berigelse og nuancering af andre terapiformer.

Det er vores mål i denne artikel at istandsætte et møde mellem centrale dele af det kognitive og det gestaltterapeutiske begrebsapparat med henblik på at undersøge gensidige befrugtningssmuligheder i de to tilgange, når de anskues i deres komplementaritet frem for i deres modsætning, og når deres grundforståelser tages til efterretning frem for deres modeformer i eksempelvis tjubang-teknik eller i manualiseret omstrukturering af tænkning. Artiklen er skrevet som udløber af et pågående arbejde med at udvikle en såkaldt integrativ gestalt praksis, hvor målet netop er at undersøge og udvikle gestaltterapiens potentiale som en integrativ grunddisciplin for forståelsen af psykologiske praksisformer (Tønnesvang, Hammink & Sonne, 2007). Den er blevet til i et samarbejde mellem de to forfattere og som en viderebearbejdelse af den ene forfatters specialistafhandling i kognitiv terapi (Sommer, 2008). Artiklen er således i sig selv udtryk for et møde mellem en gestaltorienteret og en kognitiv orienteret anskuelse samt et møde mellem en fortrinsvis teoretisk og en fortrinsvis praktisk forståelse.

Artiklen er struktureret på den måde, at der først introduceres til gestaltterapiens basale begreb om gestaltformationsproces og andre centrale grundbegreber, hvorefter den kognitive terapies begreber til belysning af patologi og terapi præsenteres. Dernæst klargøres den mulige komplementaritet mellem de to tilgange og de kliniske implikationer, der følger af en sådan, bl.a. med overvejelser over terapeutisk processkift ift. tæknings- og oplevelsesfokus. Afslutningsvist opstilles en skematik, der sammenfatter en række centrale komplementærpunkter mellem de to tilgange.

1. Gestaltterapiens grundbegreber

Gestaltformationsproces som den basale analyseenhed

Gestaltterapi defineres af Perls, Hefferline & Goodman som værende en »...videnskab og teknik om figur-grund formationsprocesser, som de finder sted i organisme-omgivelsesfelter« (1951/1994, p. 250). Der er grundlæggende tale om en feltteoretisk tilgang, hvor man arbejder med et helhedssyn på organismers kontakt og interaktion med deres omgivelser, og hvor den basale fænomenologiske undersøgelsesenhed er gestaltformationsproces-

ser i betydningen dannelse og opløsning af gestalter. Med afsæt i Maddis (1996) begreber om kernetendenser og kernekaraktéristika i teoriens udsagn om den menneskelige personlighed, identificerer Burley (2004) tilsvarende organismens tilbøjelighed til at forme og lukke, forløse eller opløse gestalter som værende gestaltterapiens kernetendens, dens 'basic statement'. Gestaltformationsprocesser igangsættes af organismiske behov i bred forstand, dvs. ikke kun ud fra behov i snæver bio-fysiologisk forstand (som sult, tørst og lign.) men som omfattende nysgerrighed, stimulation og interesse mm. Logikken er som følger: Når et behov melder sig (dvs. når noget behøves), vil det fænomenologiske felt *polariseres i figur og grund*, energien vil samle sig om den figur, der nu står skarpt eller er i forgrund, hvorved andet træder i baggrund. På den måde bliver behovet – i relation til kontekst – styrende for personens awareness-proces² og for de med denne følgende kognitive, følelsesmæssige og adfærdsmæssige bestræbelser på at opfylde behovet. Efter realiseringen af disse kan gestalten opløses, i og med at behovet er opfyldt (Burley 2004). Det er sædvanligvis kun muligt at have én klar figur ad gangen, men til gengæld kan der ske hurtige skift mellem grund og figur (Yontef & Jacobs 2008, p. 18).

Til eksemplificering af procesforløbet kan man tænke sig den situation, hvor man i et givet nu er optaget af at skrive og perifert fornemmer en lyd, uden egentlig rigtigt at notere sig den. Lyden er stadig blot en *figur under dannelse*, men i løbet af en stund (fx et par minutter) bliver den *skærpet* som den centrale figur for ens awareness. Man må vide, hvad det er, for om muligt at stoppe lyden, som er forstyrrende. Altså kigger man væk fra skærmen, *skanner sit selv-omverdensfelt* for potentielle støjproducerende ting, og kan så konstatere, at det er den nye termokande, hvis lyde man endnu ikke kender, der forstyrrer ens behov for ro. I dette tilfælde sker *opløsningen* af lydfiguren nærmest automatisk via spontan *planlægning, udførelse og verifikation*, idet man drejer lidt på låget. Lyden ophører, og man vender tilbage til skærm og tastatur. *Assimilation* (hvor man tager de ændringer i selv-omverdensfeltet, der er resultat af gestaltformationsprocessens afslutning til efterretning), består i den sammenhæng i, at man vender tilbage til det, man var i gang med.

De kursiverede udtryk i eksempelbeskrivelsen (vedr. figur under dannelse, skærpelse af figur, selv-omverdenskanning, opløsning af figur via planlægning, udførelse og verifikation samt assimilation) er ifølge Burley de centrale elementer i gestaltformationsprocesser (2004; Burley & Freier, 2004). De er primært kognitive i deres indhold og vil under normale omstændigheder afløse hinanden i den præsenterede rækkefølge. De kan være mere eller mindre udstrukne i tid, hvor såvel opdagelsen af, at en figur er un-

2 Vi fastholder det engelske udtryk awareness, da det danske opmærksomhed ikke helt dækker det samme, som awareness handler om: en tilstand af ufokuseret vågenhed (Hostrup, 1999, p. 36).

der dannelse som opløsningen af figuren gennem planlægning og udførelse samt verifikation af passende handlinger, kan strække sig over tidsrum fra sekunder til dage og år. I visse tilfælde kan der være figurdannelsesansatser, som man ikke kan tillade bliver til figur, eller som man ikke kan finde måder at forvalte på, og som således forbliver uafsluttede ('unfinished business' i gestaltterminologi). Men principielt er det således, at elementerne i gestaltformationsprocesserne (når de forløber spontant) vil korrespondere med tidsrækkefølgen i de underliggende neurologiske procesdynamikker (ibid.). Gestaltformationsprocesser afspejler ikke blot en oplevet proces (at noget bliver figur) og en kognitiv funktionalitet (man planlægger, gennemfører og verificerer handling). De afspejler også den for disse proces-funktionaliteter konstituerende neurodynamik. Det er Burleys (ibid.) fortjeneste at have afdækket gestaltformationsprocessers forbindelse til neurologien på dette område, og vi henviser til dennes arbejder for uddybning.

Feltteoretisk fundering

Som nævnt er gestaltterapi en feltteoretisk tilgang. Idégrundlaget er Smuts holismeforståelse (Perls, 1947/1969, p. 28) og Lewins feltteori (Parlett, 1991), og man har i gestalt haft to måder at opfatte feltforståelsen på, dels den tidlige, at »everything is *in* the field« og dels den senere, at »everything is *of* the field« (Yontef, 1993, p. 302)³. Med »*in* the field« menes, at alt befinder sig i felter og som enheder interagerer med andet i disse. Med »*of* the field« menes i en mere grundlæggende forstand, at alting er forbundet i en dybere Heideggersk værensforbindelse eller et værensfællesskab, hvor grænsen mellem enheder er ophævet og ud af hvilket der så udkrystalliseres noget, som vi kan opfatte som enheder, men som i virkeligheden ikke er det. Visse gestaltteoretikere har foreslået, at forståelsen »*in* the field« er i modstrid med en egentlig feltteoretisk forbundethedstænkning og bør afløses af forståelsen »*of* the field«. Vores opfattelse er en anden. Vi finder det både mere frugtbart og i bedre overensstemmelse med Heideggers (1927/1962) skelnen mellem væren (i dybere værensforbindelsesforstand) og det værende (som enheder i felter) at fastholde betydningen af begge opfattelser.⁴ Vi deler opfattelsen, at alting for en grundlagsbetragtning er »*of* the field«, men samtidig vil måden, hvorpå vi anskuer og forstår og intervenserer ift. alt det som er »*of* the field« være på et niveau, hvor vi betragter det som også værende enheder, der findes *i* felter, og som netop i deres afgrænsning som enheder er forbundet i kontakt og interaktion »*in* the fields« (Tønnesvang, 2007). Selvom man altså kan tale om individer

3 En udfoldelse af gestaltterapiens feltteoretiske karakter og rødder tilbage til Lewins feltteori findes bl.a. i Yontef (1993, kap. 10).

4 Heidegger var gennem Laura Perls en af de centrale inspirationskilder for den tidlige gestaltteoretiske tænkning (Clarkson & Mackewn, 1993, p. 11).

som afgrænsede enheder, så er der altid tale om individuelle enheder, der netop er givet af deres felthed (dvs. givet af deres *of the field*), og som er i kontakt med andet og andre i feltrelationer (dvs. i og med deres *in the field*). Det giver på den ene side ikke mening at tale om individer som isolerede fra og uafhængige af de organisme-omverdensfelter, der er konstituerende for deres individualitet. Men vi kan på den anden side ikke forstå karakteren af deres individualitet, hvis vi ikke fastholder, at der *også* er tale om afgrænsede enheder. Der er netop tale om et både-og, som bedst fastholdes med en forståelsesramme, der siger, at »everything is *of the field* and interacts *in fields*«. En sådan *of/in*-grundlagsforståelse vil så være gældende, hvad enten vi taler om individers følelser, tanker og adfærd eller deres fysiske og biologiske funktioner som fødeindtag, syn og vejtrækning (Perls et al., 1994 p. 228f). Det gælder således også for en gestaltteoretisk opfattelse af eksempelvis mentale repræsentationer (i forskellig terminologi fx skemata, arbejdsmodeller, introjekter), at en vurdering af deres karakter – herunder diagnostisk kategorisering – skal referere til både deres individforankring som en mental organiseret *parathed* til at tænke, føle og agere på bestemte måder *og* til deres konkrete realisering i feldynamiske sammenhænge. En sådan dobbelt opmærksomhed er nødvendig, hvis vurderinger og diagnosticeringer skal give et reelt billede af den mentale organisering, de foregiver at være en vurdering og diagnosticering af.

Det forhold, at det i gestaltregi ikke giver mening at tale om isolerede individer, betyder ikke, at man ikke kan arbejde med fokus på individets indre mentale liv *som sådan*. Det kan man godt, og det kan som anvendt metodisk tilgang være meningsfuldt i bestemte sammenhænge. Det centrale er blot, at man besinder sig på, at man har foretaget sådanne 'nødvendige' afgrænsninger for at kunne kompleksitetsreducere i feltet og dets strukturerende kræfter, når man – efter sin undersøgelse – vender tilbage til helheden af feltet og de ko-konstituerende kræfter, der gør sig gældende i dette. Hverken i forskningsregi eller psykoterapeutisk arbejde kan et undersøgelsesdesign omfatte hele det komplekse og i princippet uendelige felt på én gang. Det er derfor en metodisk nødvendighed at arbejde med afgrænsning af de fokusområder, man søger en nærmere forståelse af. Og der er ikke nogen forhåndsfastlagt bestemmelse om, hvorledes sådanne metodiske afgrænsninger kan finde sted – man skal blot være klar over, at det er dét, man gør:

It is particularly necessary that one who proposes to study whole-phenomena should guard against the tendency to make the wholes as all-embracing as possible. The real task is to investigate the structural properties of a given whole, ascertain the relations of subsidiary wholes, and determine the boundaries of the system with which one is dealing. (Lewin i Perls, Hefferline & Goodman, 1994, p. 277).

At feltet i gestalt er *et hele*, hvor tingene gensidigt påvirker hinanden (Høstrup, 1999, p. 84), betyder ikke blot, at en forståelse af den individuelle person må inkludere relevante sider af dennes feltindlejring. Det betyder samtidig, at feltet påvirkes og opleves forskelligt ift. individets *position* i dette (Yontef & Jacobs, 2008, p. 12). Således kan man som terapeut ikke have en udtømmende objektiv forståelse af terapiprocessen eller klienten, da man jo er underlagt den selvsamme feltlogik som disse. Men man kan via kontakt og dialog med den anden nærme sig en forståelse af dennes oplevelsesfænomenologi. Kontakt og dialog med henblik på at fremme awareness er da også netop centrale terapeutiske ingredienser og procesredskaber i gestaltterapi.

Kontaktbegrebet

Givet at den menneskelige organisme altid befinder sig i et komplekst felt, som den påvirker og påvirkes af, bliver kontaktprocesser nøglen til at forstå, hvorledes sådanne påvirkninger finder sted. Kontakt er selve livsnerven i den menneskelige eksistens og udvikling fra livets begyndelse og til slut (Yontef & Jacobs, 2008, p. 20). Hvor der er kontakt *med* og kontaktgrænser *ift.* andethed er der mulighed for udvikling og skabelse af mening. Og da oplevelsesfænomenologi på den måde er knyttet til kontakt og dialog mellem organisme og verden, er det givet med den gestaltteoretiske grundforståelse, at man i den terapeutiske proces arbejder med dialog, kontakt og kontaktbrud. Grundlagsvægtningen i det gestaltteoretiske fundament svarer m.a.o. helt til strategien i den praktiske udførelse af gestaltterapi. Og den tidligere anførte definition af gestaltterapi som omhandlende studiet af figur-grundgestaltformationsprocesser i organisme-omgivelsesfelter kan – i fortsat overensstemmelse med Perls et al. (1994, p. 229) – præciseres til at være en bestemmelse om, at *gestaltterapi har som mål at udforske gestaltformationelle processer, som de finder sted i kontaktrelationer i organisme-omgivelsesfelter.*

Vi vender tilbage til kontaktbegrebet i relation til patologi i forlængelse af næste afsnit.

Sundhed og patologi i gestaltterapeutisk forståelse

Gestaltformationer forløber i den smidige organismiske selvreguleringsproces til ende og afsluttes ved opfyldelse af det behov, der ligger til grund for deres iværksættelse. Dette sker selvsagt ikke altid så smidigt som i termokandeeksemplet, og der er situationer, hvor det slet ikke sker. I visse tilfælde vil resultatet så være 'unfinished business', som fortsat vil være energiabsorberende og det uopfyldte behov vil ligge som en anspændt parathed til at søge indfrielse i forskellige passende og upassende situationer. I andre tilfælde kan der være tale om, at man lukker en uopfyldt gestalt ud fra en

erkendelse af og en selvbesindelse på, at behovet ikke kan opfyldes (i sin nuværende form, på nuværende tidspunkt, i nuværende kontekst eller aldrig nogensinde). I sådanne tilfælde vil lukning af gestalten indebære accept af, at behovet ikke kan opfyldes, hvilket vil være forbundet med en form for frustrationshåndtering eller sorgprocesser i større eller mindre grad: Fra det muligt omfattende sorgarbejde (i erkendelsen af barndommens tabte land, hvor man fx for altid må sige farvel til håbet om, at ens mor kunne være der som en tryk base) til dagligdagens mindre omfattende sorgarbejde, når man havde glædet sig til at være sammen med lige netop den ven, som så melder afbud pga. sygdom. Karakteren og omfanget af sorgarbejdet er selvsagt relativ. For mennesker med en labil personlighedsstruktur er det kendetegnende, at det, der for en iagttager fremstår som dagligdagens små stød og svigt, kan opleves som en eksistentiel grundrystelse.

Svarende til, at en gestalt kan lukkes på flere måder og altså ikke kun ved, at der sker en opfyldelse af det behov, som satte gestaltformationsprocessen i gang, så vil det heller ikke være alle behov, der træder frem som figur, der er 'legitime' (Burley, 2004). Fx. kan der være tale om en fejlperception af en kropslig tilstand eller fejlfortolkning, hvor kropssansninger i maveregionen fortolkes som sult, når figuren dannes, men faktisk er udtryk for tørst eller nervøsitet. Konsekvenserne vil være, at den fortsatte figurformationsproces hviler på et falsk grundlag, så den gestaltformationsproces, man får gennemført, ikke er »den rigtige« proces, forstået som en sund organismisk selvregulering, der fører til øget sundhed og trivsel.

I det hele taget vil man i gestalt forstå mental forstyrrelse som udtryk for, at den organismiske selvregulering ikke fungerer 'godt nok'. Processerne, hvorigennem figurer dannes og opløses, er blokerede eller usmidige, hvorved forholdet mellem individets behovsforvaltning og omgivelsernes fordringer og krav bliver uhensigtsmæssig eller ubalanceret. Når den organismiske selvregulering fungerer uden for store 'procesklumper', så formår man at bringe det mest vitale og centrale behov i situationen frem som figur (jf. beskrivelsen af de første stadier i en gestaltformationsproces). Dette kræver, at man både *ved og vil vide af* det, man sanser, føler, tænker og gør her og nu, samt tilpasser opfyldelsen af disse behov til den konkrete kontekst (interpersonel, materiel og kulturel), man befinder sig i. For at dette kan ske (hvilket er en kernemarkør på sundhed forstået som 'creative adjustment' i gestaltterminologi), så skal individets jeg-grænser være tilpas gennemtrængelige. De skal på den ene side gøre det muligt at være i kontakt med og sige ja til det, som faciliterer kreativ tilpasning, og de skal på den anden side gøre det muligt at afvise det, som er psykologisk eller fysisk invaderende og invaliderende (Perls et al., 1994, p. 230f; Yontef & Jacobs, 2008, p. 20f).

Blandt de mange måder, hvorpå jeg-grænser kan være ude af balance, finder man hos en del personlighedsforstyrrede en grundproblematik mht. overdreven gennemtrængelighed grænsende til opløsning, hvor en potentielt

nærende forbinden sig med andre aktiverer en frygt for at blive opslugt eller tilintetgjort af den anden. Omvendt kan der for samme person ske det, at når hun/han nærmer sig en potentiel jeg-grænse og en oplevelse af sig selv som adskilt, så aktiveres der en lige så voldsom angst ved fornemmelsen af at blive overladt til sin egen umodne selvregulering eller selvstøtte. Dette kan tilsvarende (med modsat fortegn) være udtryk for en angst for tilintetgørelse: Man fornemmer den pinagtige og udmarvende eksistentielle pendulering, som den basale forstyrrelse af kontakt drejer sig om.

Kontaktformer og kontaktforstyrrelse

Når man i gestalt udforsker *gestaltformationelle processer, som de finder sted i kontaktrelationer i organisme-omgivelsesfelter*, så sker dette netop i kontaktrelationer (fx mellem terapeut og klient), hvori der udvises variationer af forskellige grundlæggende kontaktmønstre. Disse kontaktmønstre er udviklet på basis af en række grundlæggende kontaktformer, der hver især kan fungere som enten organismisk sunde reguleringsmåder eller skævt udviklede og patologiske selvreguleringsstrategier. Idet vi sammenfatter efter Hostrup (1999, pp.128-175), er der tale om følgende kontaktformer i hhv. deres 'sunde' kernefunktion og deres problematiske version:

1. *Konfluens* betegner oplevelsen af, at grænserne mellem jeg og du er ophævet. Den sunde konfluens handler om fornemmelse af vi-hed. I den usunde konfluens har vi-hed overtaget jeg-du, og der vil være stort besvær med netop at finde balancen mellem adskilthed og forbundenhed.
2. *Introjektion* vedrører evnen til i psykologisk forstand at kunne tage verden ind og er en forudsætning for at kunne lære eller på eller på anden vis tage imod det, som man gives af andre. Den usunde introjektion viser sig ved, at man »sluger« for meget ved ukritisk eller ufordøjet at indoptage anskuelser, som tilhører andre. Det introjicerede vil ofte optræde som en uintegreret samvittigheds stemme, som blander sig i det, man er optaget af og derved blokerer den organismiske selvregulering. Personen vil typisk være dårlig til at adskille egne fra andres behov.
3. *Projektion* er kendetegnet ved, at det, som faktisk tilhører en selv, opleves som tilhørende omverdenen. Den sunde projektion er forbundet med empati og evnen til at se sig selv i den anden, og den er bevægelig. Patologisk projektion kan ikke trækkes hjem til en selv, hvorfor man er afhængig af andres villighed til at fungere som projektionsskærm for det, man ikke selv kan vedstå sig.
4. *Retroflektion* består i, at den energi eller rettetthed, som var tiltænkt omverdenen holdes tilbage i en selv. En sund retroflektion er dermed forbundet med impuls kontrol. Forstyrrelse i denne kontaktform vil optræde enten som overdreven hæmning og tilbageholdelse af følelser og adfærd eller omvendt mangelfuld selvbeherskelse.

5. *Deflektion* vedrører evnen til at holde sig fri af uønsket fuld kontakt. Hermed opnås bl.a. evne til at bevare ro på trods af stærk følelsesmæssig larm hos sig selv eller andre. Humor og diplomati baserer sig også på deflektion. Ved patologisk forstyrrelse af denne kontaktform vil man ikke være i stand til at indgå i egentlig kontakt med andre, men lader invitationer prelle af som vand på en gås.
6. *Egentlig kontakt (eller blot kontakt)* svarer til det ovenfor nævnte omkring jeg-grænsernes samtidige gennemtrængelighed og opretholdelse.

Gestaltterapeutisk diagnosticering?

I gestaltterapi har man traditionelt haft et anstrengt forhold til diagnosticering. Enten har man centreret sit diagnosticeringsarbejde omkring kontaktanalyse eller man har slået sig an på, at man ikke brugte diagnosticering. I takt med styrkelsen af evidensbaseret terapi har man imidlertid også inden for gestaltterapi måttet erkende, at kontaktanalyse som sådan ikke i sig selv er nok ift. kompatibiliteten med de etablerede diagnosesystemer, og man har erkendt, at den mere nonchalante afvisningsstrategi ikke er holdbar. Man er således i færd med at udvikle en diagnosticeringsstrategi, som på den ene side skal kunne matche symptombeskrivelser i ICD-10 og DSM-systemerne og på den anden side skal være i overensstemmelse med grundrationalerne i en gestaltforståelse af patologi. Status er således i dag, at der er to hovedstrategier for diagnosticering i gestalt, dels den traditionelle brug af kontaktanalyse (hvor Hostrup er både nationalt og internationalt anerkendt for sin ekspertise), og dels et nyere tiltag med et eksplicit fokus på gestaltformationsproces. Med begge diagnosticeringsstrategier (men mest insisterende med den sidste) søges der etableret et grundlag for at lave *procesdiagnosticering* i modsætning til både ICD-10 og DSM-systemerne, der baserer bestemmelsen af forskellige lidelser på adfærds- og oplevelsesmæssige symptomer. Det er målet at trænge bag om de outcome-variable, der anvendes i ICD-10 og DSM og i stedet diagnosticere på grundlag af selve den procesdynamik, der definerer de enkelte lidelser ud fra deres udfoldelseslogik. I forhold til at diagnosticere på grundlag af kontaktformer har vi beskrevet forskellene mellem disse ovenfor, og vi skal i det følgende skitsere den principielle logik i diagnosticering ud fra forskelle i gestaltformationsproces

Den centrale antagelse i en procesdiagnosticering vil være, at arten og graden af forstyrrelser i den organismiske selvregulering er forbundet med tidspunktet i gestaltformationsprocessen, hvor der finder brud sted (Burley, 2004; Burley, Resnick & Resnick, 2005). Der vil således være forskel på de patologiske lidelser, der er forbundet med, at figurdannelser på det nærmeste ikke finder sted, og de patologiske lidelser, hvor der finder figurdannelser sted, men hvor man fx ikke er i stand til at holde figuren tydelig nok i tilstrækkelig lang tid til at kunne realisere det behov, som den er udtryk for, eller hvor figurdannelsen rummer en splittelse mellem to oplevelsesverde-

ner, der gensidigt udelukker hinanden. Som det fremgår af skemaet neden for vil den sidste situation om splittelse karakterisere en borderlineforstyrrelse, hvor både grund og figur splittes i to oplevelsesverdener, der føres med igennem hele processen. Den førstnævnte situation, hvor figurdannelsen udebliver, vil karakterisere depression, hvor man ikke formår at danne figurer – fx. pga. introjekters forbundethed med hjælpeløshed og håbløshed. Endvidere vil en tvangspræget lidelse typisk have blokeringer i gestaltformationsprocessen på det sted i cyklus, hvor figuren er trådt tydeligt frem, men hvor figuren i forbindelse med den procesdel, hvor der forekommer selv-omverdensskanning, bliver overtaget af andre figurer (ibid.).

Gestalt Process Diagnosis
 Todd Burley, Ph.D., ABPP
 © 2005



Disorder	Figure Formation >	Figure Sharpening >	Self/Environment Scan >	Resolution *Intending *Planning *Executing *Verifying >	Assimilation >	Undiff. Field... >>>>	Phenomenological Field Configuration At point of interruption
Depression	Figures fail to form because of introject, hopelessness and helplessness		May be out of practice or not have learned adequately	May be out of practice or not have learned adequately			
Hysterical Pers.		Figure remains vague and there is an immediate skip to stereotypical Resolution		Stereotypical action	Dissatisfaction		
Obsessive-Compulsive*		Clear Figure Formation	Aspects of Ground aroused in Scan – replace Figure over time and there is a loss of drive to completion in the absence of figure	Unable to act.	Low level dissatisfaction		
Anti-Social*		Figure exceedingly sharp	Hyperactive or operative only in self interest	Effective Resolution	Disrupted when in conflict with other/community		
Schizophrenia*	Organismic figure not visible but organized ground is present						
Borderline	Both Figure and ground are split. Two mutually exclusive phenomenologies evoked by issues of NUTRANCE and REJECTION produce repeatedly similar figure/ground configurations.						
Narcissistic		Meaning of all figures are affected by dichotomous self-evaluation.			Distorted by embarrassment and shame.		
Post Traumatic Stress Dis.		Figure usurped by unassimilable events.			Stimuli and events are too overwhelming to assimilate. Result is oscillation between numbing and intrusive experiences		
Anxiety Based Disorders		Meaning is distorted by ground.	Self/Environmental scan is usurped by teleologic fantasy		Illusory avoidance is reinforcing.		

* Denotes major Figure/Ground disconnection

Grey color in textboxes denotes point of interruption

General Principles:
 1. Following initial disruption all father processes are distorted.
 2. Interruptions are based upon Procedural Memory.

Sammenhæng mellem diagnostik og terapeutisk metodik

Forskelle i psykiske lidelser og problemstillinger betragtes i gestalt regi som udtryk for forskellige måder at praktisere eller 'leve' gestaltformation. Disse forskelle vil både relatere sig til *hvor* i gestaltformationsprocessen, man har tendens til at afbryde denne, og til den typiske stil eller *måde*, hvormed man afbryder. Måden, hvorpå man praktiserer gestaltformation, vil være procedural forankret, dvs. den vil være forankret som en ikke-bevidst parathed til netop *at udføre* gestaltformation med en bestemt iboende psyko-logik for hhv. afbrydelse og stil. Denne bestemte procedurale parathed til udførelse af gestaltformationer er ret beset udtryk for den enkelte organismes *karakterstruktur* (Burley & Freier, 2004), der vil manifestere sig på ensartet måde i de forskellige feltsammenhænge, man befinder sig i. Karakterstrukturen vil vise sig i terapisisituationer med en typisk udfoldelseslogik, der også vil gøre sig gældende i andre livssituationer – fx i arbejds- og familieliv. Selvom forskellige livssituationer vil foranledige forskellige oplevelser og adfærd samt kalde på forskellige identitetsmanifestationer, så vil *måden*, hvorpå den enkelte organisme gestaltformaterer gennemgående være den samme forstået *som proces og procesbrud*. Det vil tilsvarende særligt være organismens karakterstrukturelle mønstre, der – i relation til forskellige typer af oplevelsesindhold (og for så vidt uafhængigt af et bestemt oplevelsesindhold) – er mål for det forandringsskabende terapeutiske arbejde (Burley & Freier, 2004; Yontef & Jacobs, 2004).

Det centrale omdrejningspunkt i det gestaltterapeutiske forandringsarbejde vil således være måden, hvorpå man bringer awareness til den procesdynamik, der gør sig gældende, når det procedurale gestaltformationsmønstre aktiveres i form af forskellige figurdannelser, dvs. at skabe awareness omkring (problemer i) selve den proces, hvor figurer dannes og skærpes, og hvor der indledes skanning af selv-omverdensfeltet med henblik på at realisere behovet bag figurdannelsen. Det er ift. at etablere en sådan proces-awareness, at gestaltterapi skal forstås som en *hvordan-terapi*, dvs. en terapi der arbejder med primært fokus på »the how« frem for »the why« eller »the what« (Perls et al., 1994, p. 232). Det er selve processen (hvordan sker det, som sker), som er i fokus. Hensigten er, at klienten kan indfange og opleve de gestaltformationelle processer, mens de forløber her og nu i det interpersonelle terapeutiske rum. Det er i den sammenhæng kontakten mellem terapeut og klient, der sætter scenen for *klientens kapacitet til være i kontakt med* (vide og vide af) de skiftende figurer, som træder frem fra øjeblik til øjeblik (Yontef & Jacobs, 2008, p.35). Og i det omfang klienten øger sin awareness for disse skiftende figurer, så vil den organismiske selvregulering bedres.

De prototypiske metoder og strategier i gestaltterapi vil derfor dreje sig om en fokusering på og af den *direkte oplevelse* i det interpersonelle rum samt *eksperimentet* (Yontef & Jacobs, 2008, p.36; Naranjo, 2000, p. 50). Det gestaltterapeutiske eksperiment må i den sammenhæng ikke forveksles

med teknikker, som fx den velkendte tomme stol. Stolearbejde er en blandt mange teknikker, som gestaltterapeuter anvender for at bringe erindringer, forestillinger, osv. ind i en nutidsform og handleform i terapien, hvor sansning hermed tydeliggøres og muliggør et her og nu-arbejde med gestaltformationsprocesser.

2. Kognitiv forståelse af patologi og sundhed

Den kognitive model forklarer psykiske lidelser og psykologiske forstyrrelser på baggrund af dysfunktionel tænkning på forskellige niveauer. Det mest overfladiske niveau er niveauet for automatisk tænkning på situationsniveau, og det mest grundlæggende niveau er skemataniveau⁵, der i kognitivt regi opfattes som en personlighedsstruktur (Beck et al., 2004, p. 27f). Skemataniveau og det mellemliggende niveau (der på dansk oftest kaldes basale antagelser eller levereregler) er det mest interessante ud fra en psykoterapeutisk betragtning, fordi varige forandringer kræver en ændring på et af disse to niveauer. Skemata er organiseringsprincipper og meningsstrukturer, der – når de er aktiverede – udgør et bestemt filter for perception og oplevelse (Rosenberg & Mørch, 2005). Skemata har deres oprindelse i det dyadiske samspil mellem omsorgsperson og barn, og har affinitet til Bowlbys begreb om arbejdsmodeller (Young et al., 2003, p. 54f). Skemata er stabile og udvikles fra tidlig (præverbal) barndom til adolescens, men forsætter med at blive elaboreret og justeret gennem hele livet (ibid.). Den væsentligste forskel på mental forstyrrelse og sundhed er den rigiditet henholdsvis fleksibilitet, som kendetegner de forskellige skemata, såvel som den lethed og styrke, hvormed de aktiveres. For personlighedsforstyrrede er de mest centrale skemata både præpotente (trænger andre skemata i baggrunden) og hypervalente (lav tærskel for aktivering). Endvidere er der rigiditet med en utilbøjelighed til at lade information og oplevelser, som ikke er i overensstemmelse med det aktiverede skemata, gøre indtryk, hvorved skemaet ikke modificeres eller justeres (Beck et al. 2004, p. 28). Med Piagets termer pågår der overvejende assimilation og ikke akkomodation.

5 Vi vælger her at se bort fra modusbegrebet, som man kunne mene ligger et niveau dybere end skemata ved at omfatte en tilstand, hvor flere skemata er aktiveret samtidig (Rosenberg & Mørch, 2005). Men da modusbegrebet under alle omstændigheder omfatter aktivering af skemata og i øvrigt anvendes noget forskelligt af fx Beck og Young, arbejder vi i nærværende sammenhæng med skemata som det mest grundlæggende niveau (sammen med modus) og undlader at tage del i diskussionen af, hvordan modus skal forstås.

Opretholdelse af skemata

Når skemata først er blevet etableret, vil man typisk søge at bekræfte og opretholde dem, også selvom de modsiges af data i omverdenen. Det foregår dels gennem kognitive forvrængninger, dels gennem de adfærdsmønstre, som udvikles til at cope med skemata. Young opererer med tre generelle copingstrategier i forhold til skemata: 1) kompensering, 2) undgåelse og 3) overgivelse, der hver især både kan manifestere sig som adfærdsmønstre og som mentale (tanke)mønstre (Young et al., 2003, kap. 1). I relation til et skemata som mistillid – som man ofte ser aktiveret hos udsatte unge i terapi og som i Youngs model hører til domænet for afvisning og manglende kontakt – vil der således kunne anvendes: 1) et overkompenserende copingmønster, hvor der opereres ud fra en logik (på både tanke- og adfærdsplan) om at bruge andre eller få ram på andre, før man selv bliver ramt. Endvidere vil der kunne anvendes: 3) et overgivesmønster, hvilket sker, når de gentagne gange har kærester eller venner, som faktisk misbruger og udnytter dem, fx seksuelt eller økonomisk. Og endelig vil man: 2) se anvendelsen af undgåelsesmønsteret der, hvor den samme mistillid får dem til at undgå involvering og intimitet med andre, inklusive terapeuten, som de søger at holde på afstand på forskellig vis. Det paradoksale er, at alle tre mønstre vil virke selvforstærkende givet andres typiske respons på dem, som ofte netop vil have en karakter, så de bekræfter, at mellem menneskelig kontakt ikke er nærende.

Youngs model omfatter 16 forskellige tidligt etablerede maladaptive skemata, som kan grupperes i fem forskellige domæner. Domænerne er relateret til antagelsen om fem grundlæggende og universelle emotionelle behov, som, når de ikke er blevet imødekommet tilstrækkeligt i barndommen, danner baggrund for udvikling af maladaptive skemata i varierende omfang. Jo flere maladaptive skemata en person besidder, jo mere vil der være tale om forstyrrelse. De grundlæggende behov og de hertil relaterede skematadomæner er skitseret herunder efter Young et al. (2003, kap. 1):

1. Sikker tilknytning, hvortil knytter sig skematadomænet manglende kontakt og afvisning.
2. Autonomi, kompetence og oplevelse af identitet, hvortil knytter sig et domæne vedrørende forringet selvstændighed og ydeevne.
3. Frihed til at udtrykke behov og følelser, hvortil knytter sig et domæne for ydrestyring og overdreven rettedhed mod andre.
4. Spontanitet og leg, hvortil knytter sig et domæne for vagtsomhed og hæmning
5. Realistiske grænser og selvkontrol, hvortil knytter sig domænet for defekte grænser.

Foruden de beskrevne coping- og adfærdsstrategier, spiller kognitive forvrængninger en central rolle i opretholdelse af én gang etablerede skemata. Følgende ret almindelige forvrængninger kan fremhæves efter Rosenberg &

Mørch (2005): *Selektiv abstraktion*, hvor dele af virkeligheden udelades og andre fremhæves; *overgeneralisering*, når hændelser i en konkret situation ophæves til almene antagelser; *dikotom tænkning*, hvor feltet brydes i skiftende polariteter af eksempelvis god-ond, had-kærlighed, selvbestemmelse-underkastelse; *personalisering*, hvor hændelser i omverdenen tilskrives personen selv; *arbitrære slutninger*, hvor årsagsforklaringer sker tilfældigt og inkonsekvent; samt den angstrelaterede *katastrofetænkning*.

Terapeutiske mål og behandlingsprincipper

I overensstemmelse med opfattelsen af psykopatologi som karakteriseret af dysfunktionel tænkning er det centrale mål for den psykoterapeutiske proces i kognitiv terapi netop, at der sker en justering af tænkningen i retning af at blive mere funktionel og selvunderstøttende, hvilket vil føre til mindre lidelse. Selvom Young et al., foruden rigiditeten i skemata som den centrale vedligeholdende kraft, peger på copingstrategier (som i højere grad handler om adfærd) som vedligeholdende elementer i forstyrrelsen, så er disse strategier stadig skematadikteret, hvorfor det egentlige mål stadig vil være en modifikation eller heling af centrale skemata (2003, kap. 1). Modifikation eller heling skal ses i modsætning til en egentlig omstrukturering, som kun sjældent er realistisk (ibid.; Mørch 2005). Endnu en graduering eller variant kaldes for refortolkning, som indbefatter etablering af mere hensigtsmæssige levemåder med de givne skemata. Fx kan en histrionisk person med dette for øje støttes i at finde relevante lege og udfoldelsesmiljøer for sin trang til at være i centrum.

Young et al. (2003) fremhæver fire generelle forandringsstrategier, som anvisning for det terapeutiske arbejde med modifikation af skemata:

1. Den terapeutiske relation med især fokus på den empatiske konfrontation og »limited parenting« rettet mod de behov, som ikke er blevet opfyldt.
2. Kognitive strategier med anvendelse af standard kognitive metoder, fx sokratiske dialog, rettet mod at skabe indsigt i tænkningen.
3. Oplevelsesorienterede strategier hentet bl.a fra gestaltterapien.
4. Adfærdstrategier med fokus på at bryde den adfærd, som vedligeholder og understøtter skemata.

Som generel indstilling til terapeut-klientforholdet i kognitiv terapi arbejder man ud fra princippet om *samarbejdende empiri*, der danner en grundmodus for såvel anvendelse af specifikke kognitive metoder som brug af overordnede strategier. Samarbejdende empiri kan i korthed beskrives som en fælles undersøgelse af, hvordan personen fortolker og agerer i verden, hvilke konsekvenser dette har for personen, samt hvordan hun kan skabe de ønskede forandringer (Holm, 2001). De mentale mønstre, adfærdsmønstre og symptomer, som er genstand for terapi, betragtes som data, der i lighed med andre data, kan underkastes en nærmere udforskning og afprøvning i forhold

til holdbarhed. En anden side af den samarbejdende indstilling vedrører det forhold, at den kognitive terapeut også er optaget af at formidle den kognitive forståelsesramme til klienten – i fortøttet og simplificeret form, og i den udstrækning det er muligt, tilpasset den enkelte klients forståelsesniveau.

Den individuelle kognitive *caseformulering* har i den sammenhæng en vigtig funktion. Dels som fælles arbejdsredskab for terapeut og klient, dels som støtte til terapeuten planlægning af forløbet både i de indledende faser og som styringsredskab og forståelseshorisont for hele terapiforløbet (Beck, 2005; Mørch, 2005). Fælles for de forskellige varianter af caseformulering (se fx Young et al., 2003, p. 66f; Beck, 2005, kap. 2; Mørch, 2005, p. 209f) er, at den generelle kognitive model til forståelse af psykiske vanskeligheder her får en individuel udformning. Det betyder, at den enkelte klients aktuelle vanskeligheder og symptomer belyses gennem de opvækstvilkår, vedkommende har haft og gennem identifikation af netop denne persons centrale skemata og basale antagelser, som er konstrueret på baggrund heraf, samt de strategier, der er udviklet til mestring heraf (ibid.). På den måde fremtræder en overskuelig individuel karakteriseret almen model til belysning både af de prædisponerende og vedligeholdende systemer. Metoden anses almindeligvis som et helt nødvendigt redskab i behandling af personlighedsforstyrrede, hvor det også bliver et arbejdsredskab til at forudsige vanskeligheder i samarbejdet og den terapeutiske relation (ibid.).

I tilknytning til ovenstående er det også centralt i den kognitive terapiforståelse, at de *pædagogiske elementer* spiller en betydelig rolle sammen med de indsigtsgivende strategier, også i individuel terapi. Disse pædagogiske elementer kan efter Rosenberg & Mørch (2005) sammenfattes i:

1. Psykoedukation, som sigter mod at give personen viden om sin lidelse.
2. Social færdighedstræning, som med fordel kan underinddeles i:
 - 2a. Udvikling og træning af kommunikative færdigheder og egenskaber.
 - 2b. Problemløsnings- eller mestringsstrategier, som sigter mod, at personen lærer bedre og mere effektive metoder til problemløsning, herunder mere hensigtsmæssig mestring og håndtering af symptomer.

Eksempel på integration af social færdighedstræning i individuel terapi:

En 18-årig kvinde, hvis indledende problematik handlede om angst og overforbrug af alkohol. Kvinden havde en underliggende labil personlighedskonstellation, hvor hjælpeløshed var det centrale skema, som blev bearbejdet i forbindelse med håndtering af angstsymptomer. Efterhånden fik hun ganske godt styr på sin angst, ligesom jeg-er-hjælpeløsskemaet blev modificeret, og hun fik mere kontakt til sit jeg-kan-skema. I forbindelse med opstart på et kursusforløb efter et års terapeutisk arbejde, havde hun imidlertid også brug for meget konkret samtaletræning. »Hvad kan man tale med sine medstuderende om i pauserne, når

man ikke kender dem?« (Der havde været mange afbrudte uddannelser, praktikforløb mv. bl.a. begrundet i angst, alkoholmisbrug og isolation pga. mangel på færdighed, ligesom familiehistorien ikke havde budt på rollemodeller i form af at have et arbejde). Træningen foregik både i form af demonstration og rollespil hos terapeuten, der i en periode snarere var træner og vejleder end terapeut, ligesom der blev opstillet adfærdseksperimenter, der kunne trænes, før kvinden skulle starte. Den simple teknik, som blev trænet (og som hun lærte), var at tale om det, der nu konkret er i det fælles felt (maden i kantinen, underviserne, udsmykningen, Arrivas forsinkelser, avisens spiseseddel).

Pointen i eksemplet er, at træningen i social færdighed var en lige så nødvendig ingrediens som det forudgående terapeutiske arbejde, hvis kvinden skulle blive i stand til at gennemføre kursusforløbet.

3. Diskussion til belysning af en mulig komplementaritet mellem gestaltterapi og kognitiv terapi

Som det måtte fremgå af det foregående, er der en vis overensstemmelse mellem en kognitiv og en gestaltterapeutisk forståelse af psykisk lidelse (og trivselsproblemer i almindelighed) som værende baseret på tidligere adaptive og nødvendige mønstre, der er kommet i stand som et forsøg på at tilpasse sig opvækstvilkår i et familiesystem, sådan som det faktisk var, og som det blev oplevet af det opvoksede individ. Der er tilsvarende en vis lighed mellem gestaltformation og aktivering af skemata i den forstand, at begge er betinget af kognitive funktioner, og begge influerer på oplevelse og adfærd. Der benyttes dog samtidig en forskellig terminologi, og der gives forskellige bud på, hvad der konstituerer individuelle forskelle, hvad der er det centrale terapeutiske mål, og med hvilken terapeutisk metodik dette skal nås. Med en snapshot udlægning kan man i forhold til det metodiske sige, at kognitive terapeuter er optaget af at modificere tænkning og adfærd fra det ikke-funktionelle til det funktionelle og selvunderstøttende i en modus af samarbejdende empiri, mens gestaltterapeuter er optaget af at skabe, udvide og fokusere awareness på gestaltformationsprocesser, som de foregår her og nu i en jeg-du-kontaktmodus. Anskuet således kan man tale om en modificerende kognitiv metodik overfor en faciliterende gestaltterapeutisk metodik (Kellogg, 2004).

Spørgsmålet er imidlertid, om der så samtidig er peget på et uforeneligt eller på et komplementært forhold mellem de to tilgange. Det er vores opfattelse, at der er tale om det sidste, hvilket kan illustreres med afsæt i begrebet om procedural hukommelse, der er relevant for argumentationen af to grunde. Dels fordi det netop kan udgøre et samlepunkt for de to tilgange. Og dels fordi det ift. begge tilgange belyser, hvorfor forandring

egentlig er så svær og kommer så langsomt.⁶ Trægheden i forandring og oplevelsen af ufrihed har vi indtil nu belyst i kognitivt regi med reference til skemaets vedholdenhed, når først det er opstået, herunder ikke mindst det vedligeholdende system, hvor adfærdsstrategier, interpersonel sammenhæng og copingmønstre med skemata, kommer til at virke voldsomt selvforstærkende. Med gestaltreference har vi fremført betydningen af en dårlig organismisk selvregulering og grundlæggende forstyrrelse af kontakt baseret på karakterstrukturelle mønstre i gestaltformationsprocesser. Med begrebet om procedural hukommelse bliver forståelsen af det grundlæggende forandringsforhold og af forholdet mellem de to tilgange yderligere skærpet, hvorfor vi skal fokusere på dette i det følgende.

Procedural hukommelse og semantisk hukommelse

Procedural hukommelse (også kaldet nondeklarativ eller implicit hukommelse) er en udførelshukommelse, der er karakteriseret ved at være ikke-bevidst og kropsligt forankret (Burley & Freiers (2004) udlægning med reference til Tulving). Det er procedural hukommelse, vi bruger, når vi cykler, binder vores sko, eller når en kode til en lås på et tidspunkt blot »ligger i fingrene«, hvor vi automatisk anvender et bestemt bevægelsesmønster, og i fald vi afkræves koden, ikke kan redegøre for den uden først at gennemføre bevægelsesmønstret igen. Den procedurale hukommelse er hukommelse for hhv. »hvordan man gør ting i forskellige situationer« og »hvordan verden fungerer« og det er den form for hukommelse, det i psykoterapi handler om at få adgang til (Burley & Freier, 2004). Den procedurale hukommelse er ikke umiddelbart koblet til det verbale sprog, som det er tilfældet for både episodisk og semantisk hukommelse. Selvom episodisk og semantisk hukommelse indgår som byggestene i procedural hukommelse, så har de deres egen indlæringsmodus (ibid.). Det er med semantisk hukommelse, at vi ekstraherer og generaliserer på baggrund af situationer med en vis lighed, hvorved vi danner en indre repræsentation (en leveregel eller et skema), som kan bearbejdes eller manipuleres rent mentalt, dvs. uden direkte kontakt til noget i feltet her og nu eller uden adfærdsmæssig respons.

Når man i kognitiv terapi med sokratiske dialog udforsker baggrunden for og hensigtsmæssigheden af en leveregel om fx at være nødt at klare sig selv, al den stund andre ikke er til at stole på, er det ofte en udforskning, der foregår på det semantiske niveau. Den procedurale hukommelse derimod fordrer på sin side en eller anden form for handling med kroppen eller sansning, og kan ikke manipuleres alene på det mentale niveau, men må leves eller udføres direkte. Den semantiske hukommelses modus for indlæring

6 Psykoanalysens begreb om modstand (og gentagelsestvang), tilbyder en teoretisk forklaring på besværet hermed, men den psykoanalytiske antagelse om modstand har man ikke taget til sig hverken i kognitiv- eller gestaltterapi.

og forandring er ifølge Burley & Freier (2004) omstrukturering, mens den procedurale hukommelses modus er tuning eller afstemning.

Ifølge Burley & Freier (ibid.) er det i hovedsagen de procedurale mønstre (affektive, kognitive eller adfærdsmæssige), der opretholder og skaber symptomer og psykisk mistrivsel, hvorfor det også er de procedurale mønstre, der primært skal arbejdes med i den terapeutiske proces. Det traditionelle gestaltmål om at bringe awareness til gestaltformationsprocesser skal mere præcist forstås som det at *bringe awareness på procedural hukommelse* (ibid.) med henblik på at afklare, hvorledes denne som grund for figurdannelser er impliceret i enhver gestaltformationsproces. Så længe der ikke er awareness på det procedurale niveau, er man så at sige dømt til at blive ved med at gøre det, som man nu engang gør, uanset hvor uhensigtsmæssigt det virker i en given feltsammenhæng. Også selvom man er i stand til erkendelsesmæssigt (på et semantisk niveau) at se det uhensigtsmæssige i det, man gør. Fx kan en klient efter nogen tid i terapi muligvis godt se, at hendes grundlæggende opfattelse af sig selv som værende ikke værd at elske, siger mere om den familie, hun voksede op i, end om hende, og så alligevel fortsat leve mønstret, som om det var gældende. Konsekvensen kan være, at hver gang hun støder på noget, der har affinitet til hendes (tilknytnings)forhold til hendes mor (og far), så aktiveres der et bestemt mønster om tilpasning til andre og en gøren sig umage på forskellig vis for at være mere elske-værdig i andres og egne øjne. Det, der står tilbage, er et handleberedskab på niveauet for procedural hukommelse.

Ifølge Burley & Freier (2004) adskiller kognitiv terapi og gestaltterapi sig bl.a. fra hinanden ved, at kognitiv terapi har fokus på den semantiske side af hukommelsen, mens gestaltterapi er metodisk fokuseret på den procedurale side. Vi er enige i det sidste, men nok ikke helt i det første. Selvom der er en vis ræson i påstanden om, at kognitiv terapi er semantisk orienteret, så er det procedurale også repræsenteret i kraft af adfærdsorienteringen, som er integreret i både den kognitive tilgangs grundforståelse og den terapeutiske metodik. Adfærdseksperimenter laves i kognitivt regi i grove træk for at 1) teste tankers holdbarhed som model af verden; 2) fundere nye/modificerede leveregler og skemata; samt 3) træne ny adfærd. Dog vil det forhold, at den kognitive terapies primære forklaringsmodeller teoretisk set er mest udbygget på det semantiske niveau, nødvendigvis have konsekvenser for den praktiske håndtering af terapi, herunder hvilke mikroprocesser, der stimuleres til udfoldelse i det terapeutiske rum.⁷ Man kan således med god

7 Williams belyser tilsvarende (fra en kognitiv referenceramme) den træghed og langsommelig, hvorved den procedurale hukommelse ændrer sig i belysning af traumers indvirkning på forskellige hukommelsessystemer. Han fremhæver således vigtigheden af i terapi at være optaget af »Not only *what* they remember but the *way* in which they remember it; not only their *conscious recollection*, but their *behavioral memories* that have survived long after the initial event that

ret mene, at nogle af den kognitive terapies centrale anvisninger gør det mindre sandsynligt, at sådanne processer vægtes og får den tid, det tager at arbejde med at skabe tilstrækkelig awareness omkring dem.

Oplevelsesprocesser versus fortolkningsprocesser

Anskuet i et gestaltperspektiv vil den kognitive terapies anvisning om en stram strukturering af både den enkelte session og forløbet som helhed med eksplicite målsætninger (som helst skal fastlægges og operationaliseres tidligt i forløbet) kunne være hæmmende for undersøgelsen og udfoldelsen af kontakten og de procedurale mønstre, som de leves og opleves her og nu.⁸ Det samme gælder den kognitive optagethed af netop *tænkning* i modsætning til gestaltterapiens fokusering på *oplevelse* og *awareness* på gestaltformationsproces. Fodor (hvis terapeutiske baggrund også er både kognitiv og gestaltterapeutisk) pointerer ift. fokuseringen i den kognitive tilgang, at »highlighting the moment of experience is often lost in the talking about beliefs« (1996, p.33). Det karakteristiske for den kognitiv-sokratiske udforskning af tænkning (Hvad går igennem hovedet på dig nu?, Hvad siger du til dig selv?) er, at den inviterer klienten til at fremkomme med attribueringer og antagelser om det *nu*, som leves og opleves. I gestaltregi er man fortrinsvist optaget af at sætte sådanne antagelser i parentes (ibid.)⁹, når man med en sansende, nærværende, nærmest meditativ indstilling arbejder på at skærpe og fokusere awareness på de gestaltformationelle processer for dermed at styrke den organismiske selvregulering. Naranjo (2000, p. 24) sammenligner i den sammenhæng netop (gestalt) terapeutens hyppigt anvendte støtte til og opfordring til klienten om at være opmærksom på bevidsthedsstrømmen med en verbaliseret interpersonel meditation.

På den anden side er der ift. den kognitive klassiker: »hvad siger du til dig selv lige nu?« ikke noget principielt i hverken den kognitive begrebsliggørelse eller tilgangens anvisninger som sådan, der hindrer, at man som

precipitated them; not only their *retrospective* memory but their *prospective* memory (Williams, 1996, p. 111).

- 8 I arbejdet med personlighedsforstyrrede klienter har den kognitive terapi selvsagt også blødt op på standardstrategierne og anviser blandt andet en mindre stram strukturering (Young et al., 2003; Mørch 2005), hvilket dog ikke ændrer på den principielle pointe i teoretisk forstand eller på den praktiske oplevelseserfaring som terapeut.
- 9 Igen betyder dette naturligvis ikke, at gestaltterapeuter ikke arbejder med tænkning og fortolknings. Gestaltterapiens begreb om introjekter er fx meget lig den kognitive terminologi med dysfunktionelle og irrationelle overbevisninger. Ligeledes er gestaltterapeuter optaget af at skille sansninger fra forestillinger/fantasi (tænkning). Vi minder om, at det er de principielle grundlagsforskelle i teori og metodik, vi har for øje i nærværende artikelsammenhæng.

terapeut holder sin mund og lader øjeblikket udfolde sig i sin dynamiske oplevelsesstruktur, hvis det er det, som i nuet skønnes mest befordrende. Eller at man i stedet spørger klienten: »Hvad mærker du (i kroppen)? / Hvad er du opmærksom på lige nu? / Jeg lægger mærke til, at dine skuldre løfter sig en smule«, hvilket evt. kunne efterfølges af opfordring til at løfte skuldrene endnu mere. Sidstnævnte opfordring til eller eksperiment med henblik på at undersøge, om en overdreven og bevidst gøren noget af det, som klienten allerede gør (proceduralt) uden at være bevidst om det, vil kunne bringe den terapeutiske proces videre og skabe mere klarhed. At der i princippet ikke er noget til hinder for interventioner og spejlinger af nævnte type, gør dog ikke, at det er de mest nærliggende interventioner at bruge tid på med et kognitiv rammeværk i ryggen. Baseret på egne praktiske erfaringer vil vi formode, at man som kognitiv terapeut i mange tilfælde vil være tilbøjelig til at se sådanne interventioner som mindre produktive svinkeærinder, givet de terapeutiske styringsredskaber, man navigerer efter. Vi tænker her især på den konkrete kognitive caseformulering, den aftalte målsætning for hele forløbet samt sessionens dagsordenspunkter. Når terapeutens awareness så at sige er fyldt op af dette, samt naturligvis af at holde kontakten, så efterlader det alt andet lige mindre optagethed af andre processer. Og ikke mindst mindre tillid til at der kan komme noget produktiv ud af at fordybe sig i de nuværende processer, som ikke umiddelbart synes at være koblet på indholdet i caseformulering eller målsætning.

Væsentlige funktioner i caseformuleringsmetoden er netop at assistere terapeuten (og klienten) i at afdække de mest centrale kognitioner og vedligeholdende adfærdsmønstre blandt mangfoldigheden af dysfunktionelle antagelser og uhensigtsmæssig adfærd, som den personlighedsforstyrrede klient typisk fremviser, samt ikke mindst at holde dette fokus i terapiforløbet (Beck, 2005, kap. 2).

Men det er selvsagt ikke et enten-eller, hverken som kognitiv terapeut eller gestaltterapeut. Pointen er, at det handler om *terapeutens parathedstil-ling* til at udforske og følge nogle stier frem for andre på mikroprocesniveau i den terapeutiske setting, og om at være til stede i det terapeutiske møde med lidt forskellig sensitivitet.

På det metodiske plan er vores opfattelse, at gestaltterapiens begrebsapparat kan bidrage til at oplevelsernes og sansernes øjeblikke får mere fylde i den kognitive praksis. Omvendt kan den kognitive terapibegrebsapparat bidrage til at de *kognitive* aspekter af gestaltformationsprocessen bliver mere tydeligt og klart formuleret end det traditionelt er gjort med gestaltterapiens begreber. Den gestaltterapeutiske bestræbelse på at skabe awareness handler jo ikke kun om awareness som sansning og oplevelse, fordi der i den oplevelse som en gestaltformationsproces er, også foregår meningstilskrivning og fortolkning, altså tænkning i kognitiv terminologi (Fodor, 1993). Oplevelse og meningstilskrivning er så at sige to sider af samme sag og udgør et samlet hele snarere end et modsætningsforhold

(ibid.). Den kognitive terapi er særdeles veludbygget med et stringent begrebsapparat til at beskrive netop meningstilskrivning, mens gestaltterapien er mere udbygget i forhold til beskrivelse af *oplevelse*.

Med disse forskelle i nuancer og betoning i mente, kan man så hævde, at det, som i kognitivt regi forklares med aktivering af skemata og basale antagelser, tilnærmelsesvist er det samme som det, der forklares i gestaltregi med reference til gestaltformationsprocesser? Det hævder Kellog (2004) såvel som Fodor, når gestalter – i lighed med skemata – defineres som dynamiske vidensstrukturer, der organiserer oplevelse (1993, p. 34). Vi deler langt hen ad vejen den opfattelse og finder, at slægtskabet mellem disse centrale grundbegreber i de to referencerammer inviterer til at tænke i komplementaritet i forholdet mellem de forskellige metodiske strategier frem for i modsætninger.

Individets tænkning versus feltopmærksomhed

En af frugterne af at tænke i komplementaritet vil være den forøgede opmærksomhed, man vil kunne stimuleres til at have på forhold, som man med den ene af tilgangene alene ikke ville have i samme grad. Bl.a. vil man med en gestaltterapeutisk feltindstilling i højere grad invitere til en undersøgelse af de kontekstuelle omstændigheder, hvorunder et skemata aktiveres, end man vil være tilbøjelig til i kognitiv regi. Den kognitive jargon for dette vil være beskrivelse af den udløsende situation. Denne vil selvsagt også være relevant i kognitiv regi, ikke mindst i de indledende faser af terapiforløbet, hvor man er særligt optaget af at indsamle data til systematisk belysning af klientens vanskeligheder i hverdagen og samtidig begynder at danne sig hypoteser om, hvilke underliggende leveregler og skemata, som går på tværs af disse bestemte problemsituationer. Ikke desto mindre er der i den kognitive terapilitteratur en tendens til at give de udløsende situationer og konteksten en lettere stedmoderlig behandling. Dette hænger muligvis sammen med det forhold, at belysningen af klienters vedligeholdende system gennem en kognitiv caseformulering samt måden, hvorpå man som kognitiv terapeut typisk arbejder med situationsanalyser, får klientens vedligeholdende tanke- og adfærdsmønstre til at fremtræde så markant, at man ikke oplever at have brug for yderligere belysning af feltet for at forstå klientens fænomenologi og handlinger. Bagsiden af medaljen synes imidlertid at være en risiko for, at klientens overbevisninger (og måske lidelse som helhed) behandles isoleret fra kontekst (Fodor, 1993). Med et gestaltterapeutisk rammeværk til feltanalyse som grundlag vil man alt andet lige være mere tilbøjelig til at dvæle ved, hvilke omstændigheder i konteksten, som understøttede aktiveringen af lige netop denne tænkning/skemata, og muligvis herved få en bedre belysning af karakteristika i de konkrete feltsammenhænge (systemiske, interpersonelle mv.), som personen indgår i.

Den terapeutiske relations natur og placering i terapien

I den kognitive litteratur bliver diskussionerne om den terapeutiske relation i nogen udstrækning ført som diskussioner om, hvordan samarbejdet kan opretholdes eller genetableres efter nedbrud med henblik på igen at komme til at anvende standard kognitive (omstrukturerings)metoder (Burns & Auerbach, 1996; Beck, 2005). Den generelle holdning er tilsyneladende, at ingen fornuftig terapi kan foregå, hvis ikke det sker i en atmosfære af varme, ægthed og empati. Muligvis fordi dette anses for indlysende, er det så netop ikke drøftelser af den terapeutiske relation eller kontakt som sådan, der vies plads i den kognitive litteratur, men i højere grad drøftelser af tekniske anvisninger på, hvordan samarbejdsrelationen kan opretholdes og standardmetoderne (udviklet til behandling af symptomidelserne), kan tilpasses og justeres således, at det også bliver muligt at arbejde med personlighedsforstyrrede klienter (Beck et al., 2004; Beck, 2005). De lister til problemidentifikation og løsningsforslag af metodisk karakter, man på den måde får indsigt i, er bestemt inspirerende, men de vedrører de redskabstekniske forhold og ikke som sådan den terapeutiske relation.

Hvis det alene skulle være bestemte teknikker, der er centrale, kan man lidt drilsk spørge, om det så ikke er muligt at erstatte den psykoterapeutiske kontekst med en blanding af selvhjælpsbøger og computerprogrammer – givet at computerteknikken blev mere sofistikeret end i dag (Narenjo, 2000, p. 3). Der er næppe mange klinikere, der vil tilslutte sig dette synspunkt og i tråd med det, som Hougaard (2004, p. 622) benævner psykoterapiens antropologiske dilemma, kan der da også fremføres to typer af indvendinger mod det. Den ene type vil fremføre, at kontakt og processen i det terapeutiske rum med alle dens forgrenede implikationer af levende og levet nærvær og *oplevelse* mellem klient og terapeut faktisk er helende af og i sig selv. Her bliver kontakten altså et mål i sig selv og ikke blot et middel. Den anden type af indvendinger vil handle om, at uanset, hvor sofistikerede og effektive teknikker, vi end måtte have, så kræver de alligevel et interpersonelt rum – og processer i dette rum – for at kunne virke. Her bliver kontakten et nødvendigt middel for, at de reelle forandringsmekanismer kan udfolde sig. Anskuet som idealtyper vil den kognitive terapisis grundforståelse være i overensstemmelse med sidstnævnte opfattelse af, at kontakt er et nødvendigt middel for de tekniske redskabers effekt, mens den gestaltterapeutiske grundforståelse vil være i overensstemmelse med førstnævnte synspunkt, at kontakt har en afgørende central betydning i arbejdet med det terapeutiske forandringsmål.

Når det drejer sig om det terapeutiske arbejde med personlighedsforstyrrede er det vores vurdering, at gestaltterapi i særlig grad kan bistå en kognitiv tilgang, idet der i dens grundbegreber med feltforståelsen og kontaktbegrebet, er installeret et begrebsapparat til at belyse netop de interpersonelle processer som spiller så markant en rolle i arbejdet med denne klientgruppe. Dette er ikke installeret på samme konsistente måde i

den kognitive terapis grundbegreber, men indoptaget ad hoc undervejs og i takt med at den kliniske praksis viste sig uhensigtsmæssig med klassiske kognitive teknikker (Young et al., 2003, p.5f; Swales & Heard, 2007).¹⁰ Ud fra en gestaltterapeutisk betragtning vil man naturligvis mene, at arbejdet med og fokusering på kontaktformer, som de udspiller sig her og nu, er central i alle terapiforløb, også med symptomidelser som angst og depression. Men for den kognitive terapeut vil der være en vigtig pointe i, at man næppe vil opleve samme savn af begreber til at forstå, hvad som spiller sig ud, når man arbejder med mennesker med symptomidelser, uden labil personlighedskonstellation, fordi disse klienter har et bredt repertoire af kontaktformer og formår at være i egentlig kontakt til terapeuten en væsentlig del af tiden.

I kognitiv sprogbrug vil man formulere dette på den måde, at klienten magter at indgå i samarbejde med terapeuten indenfor rammerne af den samarbejdende empiri og efter en vis træning og undervisning selv opnår en fornemmelse for det kognitive rationale og oplever den kognitive model og metodik som en hjælpsom måde at anskue sig selv på. Og når der lejlighedsvis (naturligvis også i arbejdet med symptomidelser) opstår problemer i samarbejdet og kontakten, så vil det begrebsapparat som den kognitive terapi tilbyder (med aktivering af skemata og basale antagelser hos både terapeut og klient, målsætningsklarhed eller andre tekniske fejlgreb fra terapeutens side) typisk godt kunne hjælpe processen videre. Gestaltterapien kan her byde supplerende ind med kontaktformerne, hvor viden om disse og opmærksomhed på, hvordan de spiller sig ud her og nu, vil kunne installere en udvidet parathedssindstilling og sensitivitet hos terapeuten.

Konklusion

Gestaltterapi og kognitiv terapi er så tilstrækkelig ens qua fænomenologisk grundlagsforståelse, opfattelsen af psykopatologi og den grundlæggende attitude til klienten i det terapeutiske rum, at det giver mening (også i teoretisk forstand, ikke blot teknisk og eklektisk), at tænke i integrative baner omkring forholdet mellem de to tilgange. Netop fordi de samtidig er så tilstrækkeligt forskellige på flere områder, kan de udgøre en nyttig komplementaritet i

10 Både Youngs udgave af skematerapi samt den dialektiske adfærdsterapi kan på den måde siges netop at være videreudviklinger og justeringer af traditionel kognitiv terapi, udsprunget af det kliniske arbejde med personlighedsforstyrrede, hvor der et sket et skift i betoning af det terapeutiske forhold til at være mere omfattende end blot et middel til forandring. Den dialektiske adfærdsterapi bekender sig i den sammenhæng til et både-og, altså betragtes forholdet både som et middel til forandring og har i sig selv en helende effekt (Swales og Heard 2007). Samme forfattere mener, at der som helhed ser ud til at være en ændring af zeitgeist indenfor mainstream kognitiv terapi i den sammenhæng.

den kliniske praksis. Selv om vi i artiklen har argumenteret for, at gestaltformationsproces og processerne omkring udvikling og opretholdelse af skemata i alt væsentlighed må betragtes som synonyme til beskrivelse af samme fænomener, så er der samtidig tale om, at *de to forståelsesrammer har fat i forskellige vinkler på disse processer*. Det er netop denne særlige opmærksomhed på forskellige sider af de samme procesfænomener, der gør komplementariteten mellem de to tilgange mulig og således ligestiller dem for en gensidig dialog, i hvilken man undlader at reducere den ene til at være en afledning af den anden eller omvendt. Blandt de temaer, der har været belyst i artiklen, kan der til opsamlende refleksion over komplementaritet sammenfattes følgende fokuspunkter til stimulering af en forsat dialog mellem fortalere for kognitiv terapi og gestaltterapi:

KOGNITIV TERAPI	GESTALTTERAPI
Individforankring	Feltforankring
Skemata-aktivering	Gestaltformationsproces
Typer af skemata	Gestaltprocesdiagnose
Tænkning og mentale systemer	Oplevelse og sansning
Eksplícitte målsætninger og stram struktur	Awareness, her og nu samt kontakt som rettesnor og fokus
Interpersonelle strategier	Kontaktformer
Terapeuten som ekspert herunder det pædagogiske element	Terapeuten i jeg-du modus med licens til at være kreativ
Modificerende modus – på basis af samarbejdende emperi	Faciliterende modus – på basis af gestalteksperimentet

For at undgå mislæsning af skematikkens indhold, skal vi minde om, at den sammenfatter prototypiske og principielle forskelle mellem de to tilgange. Antageligt har både gestaltterapeuter og kognitive terapeuter hver især deres strategier (bestemt dels af deres teoretiske referenceramme, dels af deres personlige stil og præference) til i det terapeutiske mødes mangfoldighed at kompensere for den del af realiteten, som ikke er så velbeskrevet i netop deres primære referenceramme. Her er det så blot trukket skarpere op, men netop ved at skærpe perspektiverne, fastholdes de elementer af den menneskelige realitet, som hver tilgang peger på med særlig klarhed.

Perspektiverende slutbemærkning

Det er interessant, at meditation og nærværstræning er dukket op i kognitiv regi. Nogle taler om en tredje bølge eller anden revolution indenfor kognitiv-adfærdsterapi (Wøllestad, 2007; Holden, 2008). Sigtet med de meditative teknikker er dels at kultivere en åben og accepterende holdning til egne

oplevelser uden at styre dem i nogen bestemt retning og uden vurdering, og dels at kultivere evnen til at forlige sig med virkeligheden, som den er, uden at ville lave den om (Wøllestad, 2007; Neff, 2003). Denne indstilling har forbavsende stor lighed med gestaltterapiens antagelse om paradoksal forandring: Forandring sker, når vi bliver det, vi er, ikke når vi prøver at forandre, hvem vi er (Beisser, 1970). Tilsvarende ses forbavsende stor lighed mellem gestaltantagelsen og synet på det dialektiske forhold mellem accept og forandring, som det præsenteres i dialektisk adfærdsterapi, hvor man eksplicit bekender sig til zenbuddhistisk filosofi foruden det kognitive grundlag (Swales & Heard, 2007; Kåver & Nilsonne, 2004). Klienten skal både acceptere sig selv, som vedkommende er, og forandre sig. Gennem udvikling af selvaccept – hvilket i høj grad går gennem terapeutens accept og validering af klienten sådan som klienten er her og nu – sættes klienten i stand til at forandre sig i det næste øjeblik. (Swales & Heard, 2007, p. 187). Videre må paradokset forstås på den måde, at når man basalt set har forliget sig med sig selv og virkeligheden, som den er, så vil det ofte indbefatte, at man har forandret sig ganske meget (ibid.).

LITTERATUR

- BECK A.T., FREEMAN A. & DAVIS, D.D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- BECK, J.S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems – what to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.
- BEISSER, A. (1970). The paradoxical theory of change. In: J.Fagan & I Shepherd (eds.) *Gestalt therapy now: theory, techniques, applications: 77-80*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- BURLEY, T. (2004). A phenomenologically based theory of personality. In Todd Burley (ed.) *Gaia reader*, sommer 2004, p. 23-38. Santa Monica. Gestalt Associates Training Los Angeles (GATLA).
- BURLEY, T. & FREIER, C.M. (2004). Character structure: a gestalt-cognitive theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 321-331.
- BURLEY, T., RESNICK, R., & RESNICK, R. (2005). *Explanatory notes for gestalt process diagnosis*. Santa Monica: Gestalt Associates Training Los Angeles (GATLA).
- BURNS, D.D. & AUERBACH, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: does it really make a difference? In P.M Salkovskis (ed.). *Frontiers of cognitive therapy* (135-164). New York: John Wiley & Sons.
- CLARKSON, P. & MACKEWN, J. (1993). *Fritz Perls*. London: Sage Publications
- FODOR, I.E.(1996). A cognitive perspective for gestalt therapy. *British Gestalt Journal* 5 (1), 31-42.
- HEIDEGGER, M. (1927/1962). *Being and time*. New York: Harper & Row.
- HOLDEN, B. (2008). Aksept og forpliktelsesterapi: En atferdsanalytisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 7, 860-867 1, 1118-1126.
- HOLM, L. (2001). Observation af patientens adfærd. In Oestrich, I. og Holm L. (red.) *Kognitiv miljøterapi* (30-34) Dansk psykologisk Forlag.
- HOUGAARD, E. (2004). *Psykoterapi, teori og forskning*. København: Dansk psykologisk Forlag.

- HOSTRUP, H. (1999). *Gestaltterapi – indføring i gestaltterapiens grundbegreber*. København: Hans Reitzel.
- KELLOGG, S. (2004). Dialogical encounters: contemporary perspectives on »chair-work«. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 310-320.
- KÅVER, A. & NILSSONNE, Å. (2004). *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi*. Dansk psykologisk Forlag.
- MADDI, S.R. (1996). *Personality theories – a comparative analysis*. Brooks/Cole.
- MØRCH, M.M. (2005). Kognitiv terapi ved personlighedsforstyrrelser. In M.M. Mørch og N.K. Rosenberg (red.), *Kognitiv terapi – modeller og metoder* (197-224). København: Hans Reitzel.
- NARANJO, C. (2000). *Gestalt therapy – the attitude & practice of an atheoretical experimentalism*. Crown House Publishing.
- NEFF, K. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2: 85-101.
- OESTRICH, I. (2001). Kognitiv problemformulering. In Oestrich, I. og Holm L. (red.). *Kognitiv miljøterapi* (75-79). København: Dansk psykologisk Forlag.
- PARLETT, M. (1991). Reflections on field theory. *The British Gestalt Journal*, 1: 69-81.
- PERLS, F.S. (1947/1969). *Ego, hunger and aggression*. New York: Vintage Books.
- PERLS, F.S., HEFFERLINE, R.F., GOODMAN, P. (1994) *Gestalt therapy – excitement and growth in the human personality*. New York: Vintage Books.
- RESNICK, R. (1995). Gestalt therapy: principles, prism and perspectives. *British Gestalt Journal*, 4 (1), 3-13.
- ROSENBERG, N. (2005). Kognitiv terapi ved panikangst, OCD og generaliseret angst. I M.M. Mørch og N.K. Rosenberg (red.), *Kognitiv terapi – modeller og metoder* (76-106). København: Hans Reitzel.
- ROSENBERG, N. & MØRCH, M. (2005). Kognitiv terapi. I M.M. Mørch og N.K. Rosenberg (red.), *Kognitiv terapi – modeller og metoder* (17-45). København: Hans Reitzel.
- SOMMER, U. (2008). Gestalt terapi og kognitiv terapi – en frugtbar komplementaritet. *Upubliceret specialistaftandling i kognitiv terapi*.
- SWALES, A.M. & HEARD, L.H. (2007). The therapy relationship in dialectical behavior therapy. In P. Gilbert & R. L. Leahy (eds.) *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (185-204). New York: Routledge.
- TØNNESVANG, J. (2007). Gestalt in other contexts – be aware of the basics and the fields. *Conference manuscript (ppt) for the conference: gestalt therapy in other contexts than the therapeutic*. Psykologisk Institut, Århus Universitet, 17.3.2007.
- TØNNESVANG, J., HAMMINK, J., SONNE, M. (2007). Integrativ gestalt praksis: et eksperiment over 4 moduler. *Upubliceret kursusoplæg (ppt)*. Voervadsbro: Gestalt-terapeutisk Uddannelsescenter.
- WILLIAMS, M.G.J. (1996). Memory processes in psychotherapy. In: P.M Salkovskis (ed.). *Frontiers of cognitive therapy* (97-113). New York: John Wiley & Sons.
- WØLLESTAD, J. (2007). Opmerksomt nærvær: Meditative teknikker som udgangspunkt for psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 7, 860-867.
- YONTEF, G. & JACOBS, L. (2008). Gestalt therapy. www.gestaltorg.nl (p. 1-71).
- YONTEF, G. (1993). *Awareness, dialogue and process: essays on gestalt therapy*. New York: The Gestalt Journal Press.
- YOUNG, J.E. (2003). *Kognitiv terapi ved personlighedsforstyrrelser, en skemafokuseret tilgang*. København: Hans Reitzel.
- YOUNG J.E., KLOSKO J.S. & WEISHAAR, M.E. (2003). *Schema therapy: a practioner's guide*. New York: Guilford Press.