

## FAKTORER I PSYKOTERAPEUTERS FAGLIGE UDVIKLING – SET I RELATIONELLE, UDVIKLINGSPSYKOPATOLOGISKE OG EMPIRISKE PERSPEKTIVER

Claus Haugaard Jacobsen, Jan Nielsen & Birgit Bork Mathiesen

*Denne artikel gennemgår de senere års udforskning af psykoterapeuters faglige udvikling, idet der anlægges et udviklingspsykopatologisk perspektiv. Her inddrages psykoterapeuters personlige karakteristika og på baggrund af foreliggende forskningsresultater diskuteres begrebet 'psykoterapeut-egnethed'. Endvidere fremlægges parametre, som den empiriske forskning har fundet er de væsentlige faktorer i psykoterapeuters professionelle udvikling: udført praksis, supervision, egenerapi samt personlige hændelser igennem livet. Artiklen udgør endelig en teoretisk baggrund for en kommende afrapportering fra en større dansk spørgeskemaundersøgelse af ca. 350 psykoterapeuters faglige udvikling.*

### Indledning

I jagten på den mest virksomme behandling af en given lidelse har psykoterapiforskningen i en årrække fokuseret på teoretisk orientering og metode. Det har været en hyppig bagvedliggende præmis, at de terapeuter, der indgår i undersøgelserne, skal betragtes som diskrete tjenere, der på ensartet vis udfører terapeutiske interventioner. Med Orlinsky, Rønnestad, Gerin, Davis, Ambühl, Davis et al.'s ord gælder det, at "As a rule, the study of psychotherapies has been favored over the study of psychotherapists – as if therapists, when properly trained are more or less interchangeable." (2005, p. 5). Mange forskningsdesign er udformet således, at de tilstræber at minimere de specifikke terapeuters indvirkning på behandlingsresultatet. Trods dette finder man ofte, at variation i effektstørrelserne må tilskrives de individuelle terapeuters formåen (jf. Lambert & Barley, 2001).

I sammenligning med de ofte ubetydelige effektforskelle mellem konkurrerende terapiformer har de senere års forskning vist, at der findes en langt større variation imellem forskellige terapeuter end mellem forskellige meto-

---

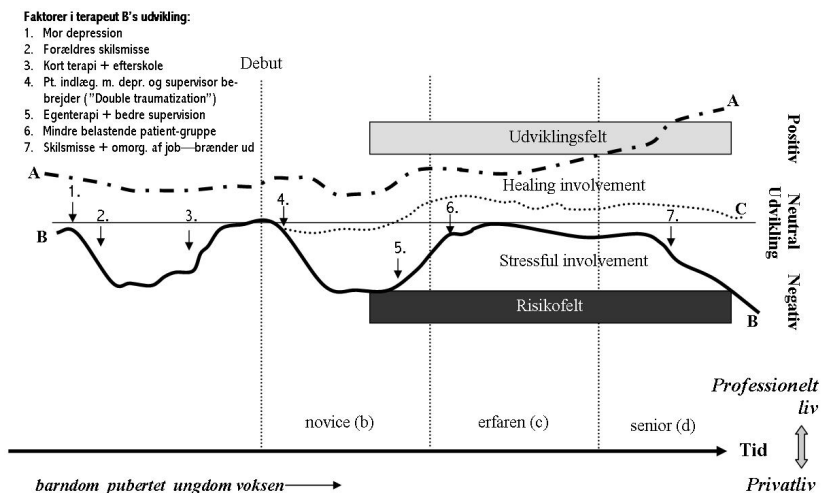
Claus Haugaard Jacobsen er cand.psych., professor i klinisk psykologi ved Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.

Jan Nielsen er cand.psych., lektor i klinisk psykologi ved Universitetets Psykologiske Klinik, Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

Birgit Bork Mathiesen er cand.psych., lektor i klinisk psykologi ved Universitetets Psykologiske Klinik, Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

der (fx Okiishi, Lambert, Nielsen & Benjamin, 2003). Således konkluderer Rønnestad efter at have gennemgået en række studier og metaanalyser, at ” På baggrund af de studiene som er referert, synes det altså som at *terapeutefektene* generelt sett er betydelig større enn *metodeeffektene*, og at dette gjelder for terapeuter med forskjellige teoretiske orienteringer.” (2008, p. 450, vores fremhævelse). Med andre ord betyder det altså langt mere, om man har en god terapeut, end det betyder, hvilken form for terapi man modtager. Dette understreger betydningen af terapeuten og dennes kunnen og væren – professionelt og menneskeligt – og afspejles i en voksende forskningsinteresse.

Vi vil i denne artikel fokusere på psykoterapeuten i et udviklingspsykopatologisk perspektiv. Udviklingspsykopatologi er en empirisk funderet videnskabsdisciplin, som bl.a. studerer de grundlæggende mekanismer i forskellige (individuelle) udviklingsmæssige forløb i retning af enten typiske, atypiske eller patologiske udviklingsstier. Ofte anlægges et (livs-)langt tidsperspektiv. Den individuelle udviklingssti ses som et resultat af et kompliceret samspil mellem individets konstitution og dets miljømæssige vilkår med fokus på begreber som risiko-, beskyttende, udviklingsfremmende og forebyggende faktorer (Rutter & Scroufe, 2000). Det er ikke vores intention at antyde, at psykoterapeuter har specielt mange psykiske problemer. Psykoterapeuters personlige og professionelle motivation og udvikling er i høj grad sammenvævet og kræver en kompleks konceptualisering for blot nogenlunde dækkende at kunne beskrives. Til dette formål finder vi, at udviklingspsykopatologien tilbyder et nyttigt metateoretisk perspektiv til forståelse af de udviklingsfremmende og -hæmmende faktorer i psykoterapeuters professionsudvikling samt faktorer, der kan bevirke patologiske udviklingsforløb.



Model 1: Faktorer i psykoterapeuters udvikling

Vores model 1 viser to psykoterapeuters hypotetiske udviklingsforløb gennem karrieren og livet (A og B), hvor vi har forsøgt at angive nogle af de påvirkninger, psykoterapeuter udsættes for, og konsekvenserne af disse for deres professionelle funktion og trivsel. Opvæksten spiller i lighed med en række andre parametre ind i form af disposition for risikoudvikling og evt. 'beskyttende faktorer' imod belastninger, henholdsvis personlighedsmæssige ressourcer til at modstå sådanne ('forebyggende faktorer'). Privatlivet har en væsentlig indvirkning på terapeuters trivsel og mistrivsel. Havde terapeut B ved punkt 4 i modellen ikke mødt en vanskelig patient, som endte med at måtte indlægges (B "retraumatiseres"), samt havde supervisor været mindre bebrejdende (B forskanser sig over for supervisor, men også de kommende supervisorer), kan man i dette hypotetiske tilfælde forestille sig en langt mere positiv udvikling som angivet ved forløb C, hvis B i stedet havde behandlet en lettere patient og derved på dette sårbare tidspunkt fået en mestringsoplevelse samt supervisors anerkendelse.

Vi ønsker i denne artikel at redegøre for nogle udviklingsfremmende, forebyggende og beskyttende faktorer samt risici i psykoterapeuters professionelle udvikling og trivsel, idet vi medinddrager personlige forhold, som indvirker på det professionelle liv. En central kilde er den omfattende internationale undersøgelse af psykoterapeuters professionelle udvikling indsamlet af The Society for Psychotherapy Research's Collaborative Research Network (CRN) ved hjælp af selvrapporteringskemaet "The Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire" (DPCCQ). Denne undersøgelse søger at besvare fire overordnede spørgsmål, som i høj grad svarer til vores bestræbelser: 1) I hvilket omfang og på hvilken måde udvikler psykoterapeuter sig gennem deres karriere? 2) Hvilke professionelle og personlige omstændigheder og faktorer indvirker positivt og negativt på psykoterapeuternes udvikling? 3) Hvordan indvirker psykoterapeuternes udvikling på deres terapeutiske arbejde samt professionelle og personlige liv? 4) I hvilket omfang gennemgår psykoterapeuter de samme udviklingsmønstre, og i hvilket omfang adskiller de sig fra hinanden som en funktion af deres profession, teoretiske orientering, nationalitet? (Orlinsky, Rønnestad, Gerin, Davis, Ambühl, Davis et al., 2005, p. 7).

Aktuelt har CRN-gruppen indsamlet data fra ca. 10.000 psykoterapeuter fra mere end 25 lande. I Danmark har vi indtil videre indsamlet data fra 370 psykologer. Hverken væsentlige data fra den nylige danske dataindsamling eller de seneste internationale data indgår i artiklen. I stedet baseres hovedparten af denne artikel på data fra de ca. 5.000 terapeuter, som indgår i Orlinsky og Rønnestads (2005a) bog "How Psychotherapists Develop", der er den hidtil mest omfattende afrapportering af fund fra CRN-gruppen. Her indtager de empirisk funderede begreber 'Healing involvement' og 'Stressful involvement' en central placering i forståelsen af psykoterapeuters faglige udvikling. De udgør et væsentligt bud på ovennævnte udviklingsfremmende faktorer og risikofaktorer (bl.a. for udbrændthed og mistrivsel).

Ikke alene betyder samspillet mellem psykoterapeuternes faglighed og personlighed en del for patienternes udbytte og effekten af behandlingen, men psykoterapi er desuden en krævende profession, som langt fra alle egner sig til at udføre.

Artiklen kan endvidere læses som et forarbejde til en række efterfølgende artikler, hvor de danske data står i centrum.

Inden vi vender os mod psykoterapeuternes udvikling, vil vi lige komme med en bemærkning om psykoterapiforskningens klientbegreb. Psykoterapiforskningen baserer sig i vid udstrækning på den psykiatriske kategoriale klassifikation i sin bestræbelse på at beskrive, *hvad* der virker bedst på *hvem*. Ligesom vi ovenfor har problematiseret det at fokusere for meget på teknikker og metoder ('*hvad*') og for lidt på terapeuterne og deres relationelle færdigheder, kan psykoterapiforskningens '*hvem*'-begreb også kritiseres. Når man ser klienter i lyset af udviklingspsykopatologiens begreb om ækvifinalitet,<sup>1</sup> fremstår forskningens brug af kategorial diagnostik tilsvarende problematisk. Når personer via forskellige udviklingsstier ender med at opfylde samme deskriptive diagnosekriterier, må det overvejes, om behandlingen tilsvarende skal være individualiseret på måder, hvor den terapeutiske proces netop inddrager eller afspejler de veje, som har ført en given patient til en given lidelse. Dette er i overensstemmelse med Jung, der er kendt for at have sagt, at der til hver patient må opfindes en ny terapiform. Dette skærpes ved at vi anlægger et relationelt og interpersonelt perspektiv. Det er formentlig klientens og terapeutens respektive relationelle egenskaber – og ikke mindst '*fit*' i deres relation, som er afgørende for udfaldet af en terapi, ikke om man har dette eller hint symptom eller adfærdsforstyrrelse (Daniel, 2006).

## 1. Selektion og psykoterapeut-egnethed

Der er udbredt enighed om, at psykoterapeuters personlighed spiller en væsentlig rolle for deres professionsudøvelse. Holloway konkluderer: "In fact, it has been frequently argued in counseling approaches that the professional identity is a part of and integrated into the personal identity, insofar as without such congruency between professional behavior and self, the counselor lacks authenticity and consequently potency in the counseling relationship. Thus professional identity cannot be held separate from other areas of one's self ..." (Holloway, 1987, p. 215).

Yalom rejser i sin roman fra 1996 "Lying on the couch" det på en gang provokerende og ubehagelige, men også relevante, spørgsmål, om man ikke frem for at bruge tiden på at træne terapeuter i stedet burde bruge den på

---

1 Det, at en række forskelligartede udviklingsforløb fører til mere eller mindre samme symptomatologi og dermed diagnose.

at udvælge de rette personer til jobbet. Lignende synspunkter blev fremsat af flere psykoterapiforskere ved det nylig afholdte årsmøde i SPR (2010). Pointen er nok ikke så meget, at man skal undlade at træne terapeuter, men at man nøje må overveje, hvem man 'investerer' træning i. Der foreligger kun sparsom dokumentation for effekten af træning, ikke mindst hvis der måles på patientudkommet. Dette skyldes i vid udstrækning de meget komplekse forhold, der her måles på, samt omfattende metodeproblemer (Haugaard, 2004). En nylig veludformet undersøgelse af Bambling, King, Raue, Schweitzer og Lambert (2006) viste, at supervision havde en signifikant positiv indvirkning på arbejdsalliance og symptomreduktion i korttidsbehandling af depression. Psykoterapeuternes egenoplevelse tegner et ganske anderledes klart billede. Størsteparten er ganske tilfreds med deres træning, hvor de bl.a. fremhæver supervision og egenerapi (Orlinsky & Rønnestad, 2005b), og til trods for den beskedne dokumentation for træningens effekt (målt på patientudkomme) er der næppe mange, som på den baggrund vil konkludere, at man så ligeså godt kan ansætte lægterapeuter.

I dette afsnit beskæftiger vi os således med forskellige perspektiver på en (vordende) psykoterapeuts personlighed (dannet i et komplekst samspil mellem opvækst og konstitution) omkring tidspunktet for den første psykoterapeutiske træning (teoriundervisning, metodeoplæring og praktiske øvelser, supervision, egenerapi, etc.). Vi befinder os her i overgangsfeltet mellem terapeuten som privatperson og professionel. Den første træning finder som regel sted kort tid før eller samtidig med en debut som psykoterapeut. Data indsamlet med den danske DPCCQ i 2009-10 viser en debutalder på 34,1 år (sd = 7,2 år) for psykoterapeutisk praksis.<sup>2</sup> Begynderterapeuter i Danmark har således allerede en del livserfaring, og væsentlige personlighedstræk er som regel for længst udviklet og konsolideret.

Efter at have beskæftiget os en del år med træning – ikke mindst supervision – på alle niveauer (fra kandidatuddannelse til supervisoruddannelse) har vi gjort os følgende erfaringer: For det første at nogle få kandidater ved tidspunktet for optagelsesinterviewet til en psykoterapeutisk uddannelse fremstår (i interviewerens oplevelse) som (aktuelt) uegnede som psykoterapeuter (inden for den givne metode). For det andet at de, der modtager træning, groft kan inddeles i tre næsten lige store grupper: a) nogle der næsten ikke udvikler sig, og hvis psykoterapeutiske arbejde er af mindre god kvalitet, b) nogle der har et moderat talent, samt c) nogle der på forholdsvis kort tid tilegner sig det essentielle i det psykoterapeutiske arbejde og kvalificeret udfører psykoterapi. Ladany (2008) foretager en tilsvarende inddeling, og Jørgensen (1999) forestiller sig, at træning har en positiv effekt på terapeuter, der allerede har de krævede personlige kvalifikationer, mens

---

2 Alle er psykologer, og størsteparten er enten medlem af Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer eller er i den såkaldte følordning. Ovennævnte debutalder er baseret på de i skrivende stund 341 indtastede besvarelser.

den ikke rigtig nytter noget hos dem, der mangler disse kvalifikationer. I forhold til bestræbelserne på at opnå de mest virksomme terapier er der (jf. ovennævnte diskussion af terapeut- hhv. metodeeffekten) ganske givet mere at vinde ved at lade psykoterapi være forbeholdt gruppe b) og især c) i sammenligning med bestræbelserne på at udvikle bedre metoder.<sup>3</sup> Okiishi et al. (2003) fremsætter et lignende synspunkt.

Ifald ikke alle egner sig som psykoterapeuter eller kan profitere tilstrækkeligt af træning, rejser det spørgsmålet om, hvilke faktorer der er de udslagsgivende. Hvilke basale personlighedsmæssige forhold må være til stede i tilstrækkelig grad, for at terapeutisk træning kan anbefales på-begyndt? Her tænkes naturligvis på forhold, som omfattende træning ikke kan ændre i tilstrækkelig grad, typisk personlige egenskaber, der dannes eller påbegyndes dannet relativt tidligt i livet. Inden for en udviklingspsykologisk terminologi taler man om sensitive perioder, dvs. et tidspunkt (i førskolebarnets liv) hvor specifikke egenskaber let tilegnes. Når den sensitive periode er forbi, er det til gengæld vanskeligt eller umuligt at opnå (fuldstændig) tilegnelse af denne egenskab.

I disse spørgsmål ligger altså en antagelse om, at træningen har en begrænset og ikke tilstrækkelig indvirkning på alle fornødne personlige egenskaber hos den gode psykoterapeut (jf. nedenstående fund fra ”The Vanderbilt II study”).

Evnen til at kunne etablere en god behandlingsalliance samt reparere alliancebrud, herunder udvise varme, accept, engagement og empati, er alle velkendte faktorer hos den gode terapeut. Hertil kan bl.a. føjes fleksibilitet og evne til at kunne afvige fra foreskrevne metoder, når den konkrete situation kræver det (Castonguay, 2010). Vi antager, at disse egenskaber i større eller mindre grad er knyttet til terapeutens personlighed og ikke hans metode og teknik.

Der foreligger efterhånden omfattende dokumentation for udviklingen af tilknytning samt dennes stabilitet over tid og gennem generationer (jf. fx Fonagy & Target, 2003). Helt centrale terapeutegenskaber som fx empati, god refleksiv funktion, udholdenhed, nærvær og autenticitet i kontakten er alle egenskaber, der mere eller mindre udvikles på grundlaget af en sikker tilknytning. Således fandt Rubino, Barker, Roth og Fearon (2000), at terapeuter med en ængstelig tilknytning responderede mindre empatisk. Watkins (1995) skriver om supervisander med en patologisk tilknytningsstil. Han

---

3 På den ene side må en profession bestræbe sig på at tilbyde borgerne den bedst mulige behandling under etisk betryggende forhold – altså hos de bedst kvalificerede terapeuter. På den anden side berøres her erhvervsmæssige spørgsmål, som hos mange let vil kunne fremkalde et ramaskrig. Yderligere er der jo behovet for at uddanne terapeuter nok til at kunne dække efterspørgslen. Men i forhold til de få uegnede bør der ikke være tvivl om, at de må rådes til at beskæftige sig med andre dele af deres fag.

finder, at de udgør et stort problem, idet de modsætter sig og ikke profiterer af supervisionen. Watkins mener, at sådanne terapeuter/supervisorer burde være i psykoterapeutisk behandling i stedet for at modtage supervision. Da supervision, som det nedenfor ses, udgør den væsentligste kilde til udvikling i de tidlige år, er sådanne supervisionsproblemer væsentlige.

Henry, Schacht og Strupp (1990) fandt i en undersøgelse af en række patienter i dynamisk korttidsbehandling en signifikant sammenhæng mellem terapeuters interpersonelle adfærd og patienters måde at forholde sig til sig selv på. Resultaterne af undersøgelsen understøtter betydningen af træk, der vedrører terapeuternes personlighed (introjekter<sup>4</sup>) og ikke deres faglighed:

*"Patients whose introjects showed marked improvements were engaged in therapeutic interactions that were almost completely devoid of disaffiliative therapist behaviors, whereas therapists of those patients showing no introject change (or deterioration) engaged in hostile blaming, ignoring, and separating sequences. This relationship between interpersonal process and differential intrapsychic changes suggests one important specific role of the therapeutic relationship in promoting positive outcome."* (Henry, Schacht & Strupp, 1990, pp. 772-3).

I en senere artikel viste Hilliard, Henry og Strupp (2000) en direkte sammenhæng mellem psykoterapeuternes (oplevelse af) egne tidlige forælderrelationer og den psykoterapeutiske proces. Dette stemmer godt overens med ovenstående fund. Endvidere fandt de en direkte sammenhæng mellem den psykoterapeutiske proces og udbyttet af behandlingen og således i det mindste en indirekte sammenhæng mellem psykoterapeuters tidlige forælderrelationer og behandlingsresultaterne: "This finding implies that the extensive training in psychodynamic psychotherapy that the therapists in our sample had received was not adequate in correcting the impact of their own interpersonal histories on their psychotherapeutic work" (ibid., p. 130). Igen stemmer dette overens med resultaterne fra Henry, Schacht og Strupp (1990) og med lignende fund af, at træning havde utilstrækkelig indvirkning på terapeuternes underliggende interpersonelle proces (Henry, Schacht, Strupp, Butler & Binder, 1993; Henry, Strupp, Butler, Schacht & Binder, 1993). Vanderbilt-studiernes fund svarer godt til vores kliniske erfaring: I de tæt forbundne og emotionelt ladede interpersonelle felter, som terapeuter befinder sig i sammen med patienten, kan terapeuterne ikke med held forgive rummelighed eller andre egenskaber, som de reelt ikke besidder.

---

4 Forfatterne anvender begrebet introjekt i en sullivansk forstand: At mennesker behandler sig selv, sådan som de er blevet behandlet af andre.

Et andet centralt spørgsmål er validiteten af en sådan 'psykoterapeut-eg-nethed', hvor nogle af de samme forbehold, som anføres af Jacobsen (2000) i forhold til begrebet om psykoterapeutisk egnethed, må tages i betragtning. Spørgsmålet er, hvordan (med hvilke metoder) og med hvilken sikkerhed en så afgørende vurdering af en kollega kan foretages. Der er naturligvis klare tilfælde, hvor en kandidat findes uegnet. Men hvilke 'prodromer' skal vi holde udkik efter? Det synes uundgåeligt, at der både vil forekomme tilfælde med 'falske positive' og 'falske negative' – altså både kandidater, der fejlagtigt fravælges grundet mistanke om uegnethed og kandidater, der optages til træning, og som siden viser sig mere eller mindre uegnede. Så hvornår og hvordan kan der opnås sikkerhed for, om træning skal påbegyn-des eller ej? En strategi, der både tilgodeser fagets behov for tilgang, kandi-daternes ønsker om at modtage træning, og som beskytter mod 'justitsmord' ved 'falske positive', er at lade det komme an på en prøve, om træning fører til de fornødne psykoterapeutiske kvalifikationer og være villige til at skride ind i de tilfælde, hvor det ikke sker. Sådant er praksis vel også de fleste steder – at selektion ikke sker alt for hårdhændet. Det afgørende er da blot, om der interverneres i de tilfælde, hvor de terapeutiske kvalifikationer siden viser sig at være utilstrækkelige. I den forbindelse bør det bemærkes, at problemstillingen med psykoterapeut-eg-nethed forbliver relevant igennem hele karrieren, jf. vores model 1. Gode psykoterapeuter kan komme i krise, brænde ud, blive syge, udvikle misbrug, handle uetisk og meget mere. Røn-nestad og Orlinsky finder, at ca. 5 % i en sample på 5000 terapeuter er i fare for, at deres praksis enten forvolder skade på dem selv eller deres patienter (2005a, p.198). Således er det her som ved de ovennævnte 'falske negative', værd at minde om supervisors kontinuerlige kontrolfunktion (Schilling, Jacobsen & Nielsen, 2010), der samtidig må opfattes som en støttende og omsorgsfuld ydelse.

## **2. Modeller for psykoterapeuters professionelle udvikling**

Siden midten af det 20. århundrede har der været stigende interesse for psykoterapeuters faglige udvikling – og opstillingen af modeller herfor. I skemaet gives en oversigt over centrale, tidligere udviklingsmodeller:



Forfatter(e)	Navn	Type	Indhold og fokus
Fleming (1953)	<i>The role of supervision</i>	Trimmodel*: Generel terapeutudvikling	1) Initiativ-, 2) korrektiv- og 3) kreativ læring.
Hogan (1964)	<i>The four-level model</i>	Trimmodel: Generel terapeutudvikling	1) Usikker og afhængig, over 2) konfliktstadiet og 3) styrkelse af den professionelle identitet, til 4) autonom og sikker.
Hill-Charles-Reed (1981)	<i>The counseling student model</i>	Trimmodel: Generel terapeutudvikling	1) Sympati (terapeutens eneste interventionsmulighed), 2) terapeutisk holdning (forsøg med terapeutiske metoder), 3) krise (benævnt 'transition'), frem mod 4) udvikling af en integreret personlig stil (teori og teknik).
Blocher (1983)	<i>The cognitive development approach</i>	Processmodel*: Supervisandudvikling	Den supervisoriske relations betydning og de kommunikative forhold som væsentlige process mål for supervision.
Loganbill, Hardy & Delworth (1982)	<i>The developmental model</i>	Processmodel: Generel terapeutudvikling	Stagnation (ingen bevidsthed om egne mangler eller blinde pletter)/forvirring (en krise med emotionel og kognitiv åbenhed og bevægelighed)/integration (teorganisering og integration).
Grater (1985)	<i>The supervision focused model</i>	Trimmodel: Supervisandudvikling	1) Udvikling af grundlæggende færdigheder og terapeutrolle, 2) udvælgelse af færdigheder og roller, 3) udvikling af arbejdsalliance-færdigheder og 4) brug af 'sig selv' (eng. <i>the self</i> ) ved assessment og intervention.
Stoltenberg & Delworth (1987); Stoltenberg et al. (1998)	<i>The integrated model</i>	Trin- og processmodel: Supervisandudvikling	Fire trin, hvert med fokus på 1) selv- og ande-opmærksomhed/bevidsthed, 2) motivation og 3) autonomi i forhold til interventionskompetencer, assessmentteknik, interpersonel- og klientvurdering, individuelle forskelle, teoretisk orientering, behandlingsmål og -planer, og etik.

Tabel 1: Syv modeller for terapeuters/supervisanders udvikling (baseret på Skovholt & Rønnestad 1992).

\* Bemærk, at der i litteraturen er uenighed vedr. kategorisering af modellerne i hhv. trin- og processmodeller – se Holloway (1987) og Worthington (1987).

Terapeutudvikling er desuden beskrevet ud fra 'Developmental approaches to supervision', der kan opdeles på en række forskellige måder, baseret på eksempelvis psykosociale udviklingsteorier, Erikson-traditionen (stadiemodeller), trin-for-trin konfliktløsning samt life-span-udviklingsmodeller:

Udviklingsmodeller		
Typer	Eksempler	Kilder
Trin- eller stadiemodeller	<i>The integrated model</i>	Stoltenberg & Delworth (1987)
Procesmodeller	a. <i>Reflection model</i> b. <i>The developmental model</i> c. <i>Event-based Supervision</i>	Neufeldt et al. (1996) Loganbill et al. (1982) Ladany et al. (2005)
Karrieremodeller ( <i>life-span</i> )	<i>Life-span model (8 trin/ stadier)</i> <i>Life-span model (6 faser)</i>	Skovholt & Rønnestad (1992) Rønnestad & Skovholt (2003)

Tabel 2: Udviklingsmodeller opdelt efter typer, eksempler og kilder (Bernhard & Goodyear, 2009, pp. 89-101).

Udviklingsparadigmet har været dominerende ved udforskning af psykoterapeuters professionelle arbejde og supervision i ca. 40 år, hvilket fremgår af Skovholt og Rønnestads (1992) banebrydende empiriske arbejde om psykoterapeuters udvikling *The Evolving Professional Self – Stages and Themes in Therapist and Counselor Development*. Det er ifølge Bernhard og Goodyear (2009, p. 97) den første undersøgelse baseret på en kvalitativ undersøgelse af *hele karriereforløbet* hos psykoterapeuter (eng. *life-span developmental model*).<sup>5</sup> Skovholt og Rønnestad motiverer deres *life-span developmental*-perspektiv på denne måde: "The period of time from the beginning of academic preparation to retirement may last up to half a century! What happens during all of this time?". De mener, at "... development always implies change of some sort; the change is organized systematically; and change involves succession over time. The elements of *change, order/structure and succession* are thus basic elements of a concept of development" (1992, p. 3).

De oprindelige 8 *stadier/trin* beskrevet i 1992/1995 blev reduceret til 6 *faser* og de oprindelige 20 tværgående udviklingstemaer reduceret til 14 af Rønnestad og Skovholt i 2003. Bernhard og Goodyear (2009, p. 99) har lavet følgende oversigt over disse udviklingstemaer:

*Fase 1: Læghjælperen* vil forsøge at hjælpe ud fra den erfaring, som er gjort med at hjælpe i private relationer. Denne har typisk vanskeligheder

5 Undersøgelsen er baseret på interview med 100 psykoterapeuter/counselors, med et spænd fra studerende til 40 års erfaring.

med grænser, bliver ofte overinvolveret og anvender i højere grad sympati end empati.

*Fase 2: Begynder-studerende* vil typisk være meget engagerede, men også afhængige, sårbare, ængstelige og med en skrøbelig faglig identitet. De efterstræber støtte og opmuntring fra supervisor, men er omvendt meget sensitive over for kritik fra såvel klient som supervisor. Endelig er de orienterede mod 'den rigtige måde' at udføre terapi på.

*Fase 3: De avancerede studerendes* hovedopgave er at udføre deres arbejde på en professionel måde. De er i lighed med fase 2-terapeuten også optagede af 'den rigtige måde' at udføre terapi på og har derfor en konservativ tilgang til behandling. Supervision udgør en central udviklingsmulighed i denne fase.

*Fase 4: Den novice-professionelle* terapeut befinder sig typisk i de første år efter endt uddannelse og kan derfor føle sig 'fri' (af uddannelsesinstitutionen), men er sig også sine begrænsninger bevidst i mødet med krav og forventninger til behandling. En integration af personlige og professionelle egenskaber vil typisk begynde i denne fase.

*Fase 5: Den erfarne professionelles* hovedopgave består i at 'blive sig selv' professionelt (autenticitet), dvs. finde en arbejdsmåde, der er i overensstemmelse med egne værdier, interesser og personlighed. Ikke mindst med hensyn til fokus på sammenhængen mellem den terapeutiske relation og klientens udbytte. Teknik anvendes fleksibelt, og det terapeutiske arbejde er en rig kilde til læring.

*Fase 6: Seniorterapeuter* har typisk mere end 20 års erfaring og har udviklet deres egen (autentiske) stil. Til trods for erfaring og kompetence er de ofte beskedne i forhold til vurdering af egen betydning for deres klienter. Tendens til skepsis over for nye strømninger. Tab bliver et fremtrædende tema i denne fase.

Som det er fremgået af det ovenstående, er der mange teorier om og modeller for psykoterapeuters udvikling og en stigende interesse for den enkelte psykoterapeuts både personlige og professionelle kvalifikationer.

I erkendelse af terapeutenes betydning for psykoterapi har CRN-gruppen som nævnt udviklet et empirisk forskningsinstrument, DPPCCQ, til udforskning af psykoterapeuters faglige udvikling (Orlinsky, Rønnestad, Gerin, Davis, Ambühl, Willutzki et al., 2005). DPCCQ er til dato det mest omfattende spørgeskema til formålet, og standardudgaven har 392 items, der er organiseret som skalaer eller checklister og endvidere indeholder nogle få åbne spørgsmål. Det er desuden udfyldt af et stort antal psykoterapeuter. I

skrivende stund er der over 10.000 besvarelser fra ca. 25 forskellige lande. I det følgende vil vi i vid udstrækning trække på disse.

Professionel udvikling kan undersøges i tværsnits- eller longitudinelle studier og ud fra selvrapporering eller eksternt bedømmelse. Forskningsmæssigt kan det altså anskues på mindst 4 måder:

<i>Perspektiv og vurderingsmetode</i>	<i>Tidsmæssig ramme</i>	
	<i>Aktuelt/samtidig</i>	<i>Udvidet tidsforløb</i>
<i>Refleksiv/ Selvrapporering</i>	<b>1.</b> Nutidig/aktuel oplevelse af udvikling	<b>2.</b> Retrospektiv beskrivelse af karriereudvikling
<i>Ekstern/ Observatørbedømmelse</i>	<b>3.</b> Tværsnit af gruppers aktuelle udvikling	<b>4.</b> Longitudinal individuel udvikling

Tabel 3: Perspektiver til vurdering af udvikling (Orlinsky et al., 1999, p. 130).<sup>6</sup>

Ideelt skulle alle fire perspektiver (og respektive metoder) tages i anvendelse ved udforskning af 'udvikling'. Orlinsky et al. (1999) mener dog, at en subjektiv tilgang (refleksiv/selvrapporering, jf. 1 og 2 i modellen) er at foretrække, når og hvis forskningsområdet ikke er velkendt/veldefineret, dvs. ved surveys af ukendte eller uudforskede områder. De objektive perspektiver/metoder (ekstern/observatørbedømmelse, jf. 3 og 4 i modellen) stiller krav til forskeren om at klargøre de kriterier, hvorudfra udvikling og forandring vil blive vurderet. DPCCQ tillader principielt at anlægge alle fire perspektiver, men reelt foreligger der endnu ikke tilstrækkelige data til, at longitudinelle analyser (4) kan foretages. Dette kræver, at der iværksættes follow-up undersøgelser.

I det følgende vil vi især redegøre for en række parametre, der har betydning for den aktuelle selvoplevede udvikling (1) samt oplevelse hen over hele karriereforløbet (2).

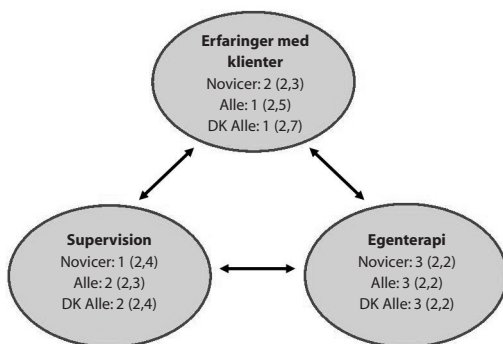
### 3. Psykoterapeuternes udviklingstriade og andre faktorer

Lige siden Eitingon i 1922 formaliserede den psykoanalytiske træning i tre bærende elementer (Jacobsen, 2001), har det været en tradition, at psykoterapeutiske uddannelser baserer sig på teoriundervisning, egenerapi og

<sup>6</sup> Se Orlinsky og Rønnestad 2005a, *Perspective on development* p. 104-108 for grundig gennemgang af Tabel 3 ovenstående og resultater af de 4 dimensioner p. 101-158.

supervision af egen udført praksis. Dansk Psykologforenings specialstud-dannelse i psykoterapi er også opbygget på denne måde.

Empiriske data fra DPCCQ understøtter denne model, for så vidt som det er ca. 5.000 psykoterapeuters oplevelse, at 1) erfaring med klienter, 2) egenerapi samt 3) supervision udgør de tre mest indflydelsesrige kilder til den professionelle udvikling. Disse tre faktorer bliver beskrevet som "the major triad of positive influences on therapists career development" (Orlinsky & Rønnestad, 2005b, pp. 136-7). Vi har oversat dette til 'psykoterapeuternes udviklingstriade' (jf. model 2).



Model 2: Psykoterapeuters udviklingstriade (jf. Orlinsky & Rønnestad, 2005, pp. 136-7 og 155).

Model 2 angiver værdierne for, hvordan henholdsvis novicer og alle psykoterapeuter (på tværs af erfaring) selv har vurderet den positive indflydelse på deres samlede karriereudvikling af hver af de tre faglige aktiviteter. Dels vises de tre aktiviteterets respektive top-tre-placering for de to grupper, og dels angives i parentes gennemsnitsscoren (på en skala fra 0-3, hvor 3 angiver meget stor indflydelse på karriereudviklingen). Terapeuter med mere end 1½ års anciennitet vurderer deres praksiserfaring som den mest indflydelsesrige faktor i deres faglige udvikling, mens supervision og egenerapi stort set deles om anden- og tredjepladsen. Et tilsvarende billede fremkommer, hvis man i stedet for hele karrieren blot ser på terapeuters oplevelse af, hvad der påvirker den aktuelle vækst. Disse tre parametres store indflydelse på terapeuternes udvikling svarer således godt til hovedelementerne i de psykoterapeutiske uddannelser.

Ikke mindre interessant har man fundet, at oplevelser og erfaringer fra privatlivet på tværs af erfaring beskrives som den fjerde mest indflydelsesrige kilde til faglig udvikling. Atter ses det personlige og privates store indvirkning på den psykoterapeutiske profession. Rønnestad og Orlinsky og flere andre bemærker i øvrigt, at disse fire væsentligste faktorer alle finder

sted i mellemmenneskelige relationer, mens de 'ikke-personlige', bogligt-faglige eller ikke-relationelle påvirkninger (fx seminarer og teorier) nok spiller en vigtig rolle, men slet ikke i samme grad som det, der formidles relationelt (2005a, p. 188).

Inden vi går mere i dybden med supervision, vil vi kort redegøre for en række empiriske fund af terapeutkarakteristika, der vurderes at have indvirkning på den aktuelle oplevelse af faglig vækst. Summarisk skal nævnes, at største oplevede fremskridt 1) ses hos yngre kvindelige terapeuter (og mindst hos ældre mandlige terapeuter) og 2) hos relativt uerfarne psykologer (og mindst hos ældre med lægeuddannelse). Terapeuter, der ikke har nogen som helst (en eller flere) fremtrædende teoretisk orientering, tilhører en gruppe, der oplever mindst fremskridt. Her fandtes den største forekomst af stilstand eller tilbagegang. Modsat oplever terapeuter, der er 'bredspektret integrative' eller eklektiske at være i størst vækst. Det ser ud til at være godt at have én teoretisk orientering, men bedre at have flere eller være integrativ – også når man ser over en hel karriere. (Orlinsky & Rønnestad, 2005c, pp. 119-122).

Vi vil nu se lidt nærmere på de tre elementer i triaden, nemlig supervision, egenterapi og erfaring med klienter.

#### 4. Supervisionens betydning

*"What supervisory intervention, by what supervisor, is most effective for a particular therapist, with a specific supervisory need, under which set of circumstances will offer the type of treatment, by the aforementioned therapist, that would be most effective for a specific client, with a specific problem, under which set of circumstances?" (Paul, 1967. Citeret fra Rønnestad & Ladany, 2006, p. 263).*

Ovenstående citat illustrerer de betragtelige udfordringer, der aktuelt præger forskning i supervision (se desuden Ellis & Ladany 1997; Wheeler & Richards, 2007). Her vil vi især se på supervisanders og supervisors behov og udfordringer, men også reflektere lidt over, hvordan klienterfaringer påvirker terapeuten/supervisanden.

Som det fremgår af model 2 opleves det at modtage supervision, når det alene gælder noviceterapeuter (op til 1½ års erfaring) som *den vigtigste drivkraft* i den professionelle udvikling. Dette kan næppe undre, da den kliniske erfaring på dette tidspunkt i karrieren er relativt beskedent, og fordi supervisionen udgør en væsentlig brobygning mellem skolestisk tilegnet viden og træning i interventionsmetoder på den ene side og udført virkelig praksis med patienter på den anden side (Nielsen, 2004). Praksiserfaring i sig selv er ingen garanti for udvikling, men supervision tilbyder et rum for refleksion og andre perspektiver, der ofte vil facilitere, at erfaringer omdan-

nes til erfaring samt instituere en indre supervisor (Casement, 1987). Formel supervision, både når der spørges til indvirkning på den umiddelbare vækst og indflydelse over hele ens karriereforløb, vurderes som værende mere betydningsfuld end fx uformel drøftelse af sager med kollegaer, ifølge Orlinsky og Rønnestad (2005b og 2005c). Med afsæt i dette fund samt DPCCQ-data anbefaler Rønnestad og Orlinsky, at terapeuter i starten af deres karrierer tilbydes eller opsøger regelmæssig og støttende (eng. *supportive*) supervision, samt at *dette gøres til det mest fremtrædende element af træningen* (2005a, p. 182 ff.). Men når det at modtage supervision er kritisk i starten af karrieren og af helt afgørende betydning for det videre karriereforløb, får kvaliteten af supervisionen samtidig en afgørende rolle. Dårlige supervisorsoplevelser især i det tidligere karriereforløb kan forme den professionelle identitet og ens selvbillede negativt. Begynderterapeuter er sårbare, og det er derfor vigtigt, at de modtager den rigtige form for supervision, dvs. overvejende støttende, så dobbelt traumatisering undgås.

### ***Dobbelt traumatisering***

Som det nedenfor vil fremgå, er supervision ikke blot et 'vidundermiddel' mod alskens vanskeligheder. Den situation, hvor supervisionen og supervisorsforholdet (alliancen) udvikler sig i konfliktfyldt retning eller på lignende uheldige måder, hvor supervisorsrelationen (alliancen) er dårlig, samtidig med at supervisanden er belastet af et vanskeligt klinisk arbejde, omtales som 'dobbelt traumatisering' (Rønnestad & Orlinsky, 2005a). Risikoen for dobbelt traumatisering øges, hvis terapeuter/supervisorer arbejder med patienter, der trods supervision overstiger deres kompetencer (fx psykosener, suicidale eller aggressive patienter). I sådanne tilfælde kan supervisor let foruroliges, få trang til at træde i terapeutens sted eller være mere direktiv og i kontrolfunktionsrollen, hvilket kan ske på bekostning af den støtte, som supervisorerne behøver. I model 1, hvor vi har angivet nogle hypotetiske karriereforløb, udsættes B for dobbelt traumatisering, men havde B ikke arbejdet med for vanskelige patienter, og/eller havde supervisor tacklet det anderledes, kunne udviklingsforløb C i stedet være indtruffet. Dette kan være et argument for, at noviceterapeuter ikke alene tilbydes passende (professionelt udviklingsfase-adækvat) supervision, men også for, at antallet af sager og sagernes sværhedsgrad tilpasses, så de svarer til den individuelle supervisors erfaring og formåen. Supervisor bør være ansvarlig for at *påpege* dette og de medfølgende farer ved for krævende klinisk arbejde, men ikke for at *gøre* noget ved det.

Skønt der findes en del forskning, der viser supervisionens negative og potentielt skadelige virkninger, så viser data fra DPCCQ, at kun 2 % af samtlige 5000 terapeuter rapporterede om negativ indflydelse af supervision, mens 95 % vurderede supervision som udbytterig, og hele 79 % oplevede supervision som meget udbytterig for deres nuværende udvikling (Rønnestad & Orlinsky, 2005a). Disse data viser desuden, at terapeuterne i gennemsnit

havde modtaget supervision i 5 år, dvs. at de søgte supervision langt udover, hvad de formelle krav til autorisation kræver. Over halvdelen af de erfarne terapeuter og over en tredjedel af de meget erfarne terapeuter rapporterede, at de fortsat var i en eller anden form for supervision (ibid., p. 197).

## 5. Egenterapiens betydning

Som med så meget andet inden for psykoterapien finder man også de tidligste kilder i psykoanalysen. Således skriver Freud om egenterapi:

*”At den fremtidige analytiker skal være et fuldkomment menneske, inden han har beskæftiget sig med analysen, altså at kun personer af så høj og så sjælden fuldkommenhed kaster sig over dette fag, kan man tydeligvis ikke forlange. Men hvor og hvordan skal den arme stakkel erhverve sig denne ideale egnethed, som han vil behøve i sit fag? Svaret vil lyde: i den egenanalyse, hvormed hans forberedelse til hans fremtidige virksomhed begynder” (Freud, 1937/1992, p. 220).*

Foruden at Freud her advokerer for egenterapiens betydning, gør han opmærksom på, at man ikke skal stille overmenneskelige krav til terapeuter (jf. diskussionen om ”psykoterapeut-egnhed”). I samme tekst anbefaler Freud, at enhver analytiker omtrent hvert femte år vender tilbage til egenterapi (egenanalyse) uden at skamme sig derover (p. 221). Ser man på empiriske data – dels en litteraturgennemgang af Norcross og Guy (2005) af en række amerikanske undersøgelser, dels data fra DPCCQ (Orlinsky, Rønnestad, Willutzki, Wiseman, Botherman et al., 2005) – tegnes der temmelig ens billeder af forekomsten af psykoterapeuters egenterapi. Psykoterapeuter verden over synes at have taget Freuds anbefalinger til sig: På tværs af teoretisk orientering har omkring 80 % af ca. 5.000 undersøgte psykoterapeuter været i mindst et egenterapeutisk forløb. Ikke overraskende findes den største forekomst blandt psykoanalytikerne (98 %) og psykoanalytisk orienterede (90 %), mens den laveste forekomst ses hos adfærdsterapeuterne (ca. 55 %) og da i øvrigt kun sjældent i form af adfærdsterapi, (jf. Norcross & Connor, 2005). Egenterapierne er ofte langvarige og intense (median omkring 150 sessioner og i gennemsnit omkring 350 sessioner), men spredningen er meget stor. Igen tegner de psykoanalytisk orienterede sig for de længste forløb og adfærdsterapeuterne ofte for de korteste. På tværs af teoretisk orientering har omkring eller over halvdelen af alle amerikanske terapeuter påbegyndt en ny egenterapi senere i karrieren (efter den oprindelige træning, ibid.). Orlinsky, Rønnestad, Willutzki, et al. (2005) finder et gennemsnit på to egenterapier pr. terapeut. De bemærker endvidere,



at egenterapi både finder sted tidligt, undervejs og sent i karrieren. 30 % af noviceterapeuterne har allerede afsluttet en egenterapi, og ved tidspunktet for udfyldelsen af DPCCQ var henholdsvis 21 % blandt de med 15-25 års erfaring og 12 % blandt de med 25-45 års erfaring aktuelt i egenterapi, hvilket er relativt høje tal (ibid., p. 185). Der ses ingen klare kønsforskelle. Egenterapi er endvidere mest udbredt blandt terapeuter i privat praksis. Størsteparten af egenterapierne finder sted som individuelle terapier i regi af privat praksis.

En gennemgang af fem undersøgelser peger entydigt på, at ”personlige årsager” er den primære bevæggrund for at søge egenterapi (50-67 %), mens kun 10-35 % angiver træning som den primære grund (Norcross & Connor, 2005, p. 193). De tre hyppigste problemer som terapeuter henvendte sig med var depression, parforholdsproblemer og angst/stress. Baseret på data fra DPCCQ finder Orlinsky, Rønnestad, Willutzky et al. (2005, p. 189), at de 5.000 terapeuters primære begrundelse for at søge egenterapi var ønsket om personlig vækst (60 %), skarpt efterfulgt af problemer (56 %) og ønske om træning (46 %). 90 % eller flere af de adspurgte psykoterapeuter i seks undersøgelser var tilfredse med deres egenterapi, og data fra DPCCQ peger samstemmende på, at 88 % fik et positivt udbytte af deres egenbehandling. Ud af 3.600 adspurgte terapeuter havde 85 % haft mindst én positiv oplevelse med et egenterapeutisk forløb.

Hvordan skal man vurdere egenterapiens indflydelse på psykoterapeuternes professionelle udvikling? Den meget store udbredelse<sup>7</sup> samt den store tilfredshed kan i sig selv ses som et mål for dens betydning. Andre data fra DPCCQ viser en tydelig og gennemgribende sammenhæng mellem indflydelsen af barndomsoplevelser og aktuel livskvalitet. Ved at sammenligne a) terapeuter, der har oplevet mindst en meget hjælpsom egenterapi med b) terapeuter, der ikke har haft en sådan oplevelse, viser barndommens (negative) oplevelsers indvirkning på den aktuelle livskvalitet for den første gruppes vedkommende at blive så meget svækket, at der ikke længere ses en signifikant sammenhæng. Dette er ikke tilfældet for dem, der ikke har oplevet en god egenterapi. Lignende fund er gjort hvad angår varme og åbenhed (Orlinsky, Norcross, Rønnestad & Wiseman, 2005, p. 218), hvilket er vigtige menneskelige egenskaber for terapeuter at besidde.

Psykoterapeuters oplevelse af egenterapiens indflydelse på deres professionelle udvikling viser, at egenterapien på tværs vurderes til at være den tredje mest væsentlige faktor, kun overgået af patienterfaring og supervision (Orlinsky & Rønnestad, 2005b, p. 137). For terapeuter med mere end tre års

---

7 På baggrund af en række undersøgelser konkluderer Norton & Guy (2005, p. 166), at 25-27 % af voksne amerikanere har modtaget en eller anden form for specialiseret psykologisk/psykiatrisk behandling (en kategori, der er langt mere inklusiv end psykoterapi). Således er psykoterapi 3-4 gange så udbredt blandt psykoterapeuter i sammenligning med normalbefolkningen.

erfaring overgås selvvurderingen af egenerapiens indflydelse kun af erfaringer med at se patienter (og for de med 7-15 års anciennitet deler disse to førstepladsen), (Rønnestad & Orlinsky, 2005b, p. 155). Så selvom mange angiver at have søgt egenerapi mere af personlige årsager end i træningsøjemed, peges der ret konsistent på dennes store indvirkning på det professionelle virke. Den mest holdbare læring, som terapeuterne tager med sig fra egenerapi, er betydningen af at være i et personligt forhold med varme og empati, oplevelsen af, hvordan det er at være patient og betydningen af overføring og modoverføring (Orlinsky, Norcross, Rønnestad & Wiseman, 2005). Samme forfatter refererer også en kvalitativ interviewundersøgelse, der fandt tre gennemgående temaer: a) terapeuten som rollemodel, b) forståelse af den terapeutiske proces samt c) integration af det personlige og det professionelle liv (op.cit., p. 223). Idet den såkaldte 'Mathæus-effekt' – det forhold at de mest ressourcerige personer profiterer mest af psykoterapi – er et velkonsolideret fund igennem årtiers psykoterapiforskning, skal disse positive resultater af egenerapien nok mere tolkes som udtryk for dens nyttige indvirkning på allerede relativt resourcefulde personer end som at alle, blot de modtager tilstrækkelig egenerapi, kan blive gode psykoterapeuter.

Et andet vigtigt fund for en profession, hvor udbændthed er en mulig fare, er, at hvad angår terapeuters oplevelse af aktuelt vækst, ses den laveste grad hos dem, der aldrig har været i egenerapi, og i samme gruppe ses den højeste grad af tilbagegang eller stilstand, mens den største grad af oplevet vækst ses hos dem, der aktuelt er i egenerapi. De terapeuter, der aldrig har modtaget egenerapi, er karakteriseret ved den laveste grad af oplevet aktuelt vækst og den højeste grad af stilstand eller ligefrem tilbagegang. Det modsatte forhold gør sig gældende for de terapeuter, der aktuelt er i egenerapi (Orlinsky & Rønnestad, 2005c). Det bemærkes, at væksten synes at falme, når egenerapi har fundet sted for år tilbage, hvilket opfattes som en påmindelse om Freuds anbefaling af gentagen egenerapi (Orlinsky & Rønnestad 2005c, p. 121).

Undersøgelser af egenerapiens indvirkning på terapeuternes patienters udbytte af behandlingen er inkonklusive, hvilket især må tilskrives en række metodologiske problemer (såsom kompleksiteten i at undersøge sådanne sammenhænge), herunder en række forstyrrende faktorer, der ikke er mulige at kontrollere for i de små samples, som undersøgelserne baserer sig på (jf. Hougaard, 2004; Macran & Shapiro, 1998; Orlinsky, Norcross, Rønnestad & Wiseman, 2005; Rønnestad & Orlinsky, 2005a). I en gennemgang af otte studier fandt Macran & Shapiro (1998) ingen forskelle på patienternes udbytte af deres terapi som en funktion af terapeuternes egenerapi. I Menninger-projektet fandtes en positiv sammenhæng mellem egenerapi og behandlingseffekt (jf. Hougaard, 2004, p. 135). I en undersøgelse af 273 patienters præmature drop-out fra længerevarende psykoterapi fandt Greenspan og Kulish (1985), at terapeuter, der havde været i egenerapi, signifikant havde lavere drop-out-rates end dem, der ikke havde modtaget

egenterapi. Derimod fandtes ingen korrelation mellem drop-out og omfanget af egenterapi – det afgørende er altså, om man modtaget egenterapi eller ej – og ikke mængde/længde af terapien. Hougaard (2004, p. 136) refererer til undersøgelser af Strupp (1973) og Peebles (1980), som indirekte peger på en sammenhæng mellem egenterapi og behandlingsudbytte, idet egenterapi fandtes at fremme terapeuternes empati, hvilket på sin side ofte forbindes med godt behandlingsresultat.

## 6. Klienterfarings betydning

Noviceterapeuter oplever klienterfaring som det næstvigtigste efter supervision. For hele gruppen af adspurgte opleves klienterfaringen som den vigtigste faktor i deres faglige udvikling og supervisionen som den næst-vigtigste. *Uden* klienterfaring ville der selvsagt ikke *være* noget at supervisere, men spørgsmålet er, *hvor mange* klienter, der skal til, før man føler sin erfaring nogenlunde konsolideret, samt hvor mange samtidige behandlingsforløb, der for den enkelte terapeut er ideelle for hans eller hendes udvikling?

Et andet spørgsmål gælder, hvilken betydning forskellige typer behandlingsforløb har for terapeutens videre udvikling. Her tænker vi både på klienternes alder (også i forhold til terapeuternes alder og erfaring), sværhedsgraden af evt. psykopatologi samt (igen), hvordan man som terapeut udvikler erfaring med, hvilke klienttyper, man føler at have talent for (og dermed ofte lyst til) at have i terapi, og hvilke man igen og igen kommer til kort over for. Her fandt Orlinsky og Rønnestad, at terapeuter, der havde terapiforløb med *forskellige* aldersgrupper, dvs. både børn, unge og ældre, havde tendens til at føle større udvikling og mindre tilbageskridt (2005c, s. 121).

Noget overraskende fandt de til gengæld *ikke* nogen sammenhæng mellem psykopatologisk sværhedsgrad og oplevelsen af positiv udvikling. Faktisk viste det sig, at terapeuter med 50 % eller flere såkaldt svært forstyrrede klienter oplevede lidt mere positiv udvikling og mindre tilbagegang end terapeuter med færre svært forstyrrede klienter (ibid., s. 122). Når det samtidig fremgår af undersøgelsen, at terapeuter, der udelukkende arbejder i ”inpatient settings”, oplever mindst udvikling og mest stagnation eller tilbagegang, kan man konkludere, at det altså ikke er niveauet af psykopatologi, der er afgørende her: Supervisorer og ledere på sådanne arbejdspladser må være særlig opmærksomme på de organisatoriske forhold. Vi ved i øvrigt fra samtaler med unge/nyuddannede kollegaer her i Danmark, at de ofte tidligt sættes til at supervisere tværfagligt personale fra denne slags arbejdspladser (dvs. ”inpatient settings”). En hypotese kunne være, at denne vanskelige opgave kan trække udviklingsstien ind i risikofeltet, kendetegnet ved såkaldt Stressful Involvement. En anden hypotese, vi har tænkt os at teste i vores danske materiale, er, om oplevelsen af Healing versus Stressful

Involvement i arbejdet med svært psykisk syge kan hænge sammen med, hvor megen supervision man modtager. Dette ville give mening også i forhold til vores triade-model (model 2).

## 7. Sammenfatning: faktorer i terapeutens udvikling – risici og potentialer (output)

Vi har ovenstående (se model 1) givet eksempler på, hvordan udviklingsstier kan se ud for terapeuter og gennemgået de væsentligste faktorer, der antages at påvirke terapeuters professionelle udvikling og identitet. Set i lyset af det udviklingspsykopatologiske perspektiv vil vi nu forsøge at samle billedet af terapeutens udvikling i to prototypiske billeder, nemlig et risikofyldt (udviklingshæmmende) og et med potentialer (udviklingsfremmende). Med risikofyldt menes fx kriser, kumulative belastninger og sårbarhed og med potentialer fx udviklingsmuligheder, beskyttende og forebyggende faktorer.

I vores model 1 kan den personlige og professionelle udviklingshistorie ses som bestående af en lang række input, der kumulativt skaber terapeutens identitet og former terapeutens aktuelle oplevelse af sit professionelle selv og arbejde. Med henblik på at kunne beskrive dette indeholder DPCCQ en række items med fokus på arbejdsrelaterede forhold: 1) *mål* som terapeuten styrer imod (fx at forstå egne følelser); 2) *kliniske færdigheder* der kan føre frem mod disse mål (fx udvikle arbejdsalliance); 3) *vanskeligheder* som terapeuten møder i arbejdet med klienter (fx manglende tiltro til egen terapeutiske formåen); 4) *copingstrategier* som tages i anvendelse (fx kontakte kollega vedrørende en vanskelig sag); 5) *terapeutens relationelle være- og virkemåde* (eng. agency) i forhold til klienter (fx tolerance); samt 6) *terapeutens følelser/oplevelser* i sessioner (fx omsorgsfuldhed) (Orlinsky, Rønnestad, Ambühl et al., 2005, p. 42).

Når disse selvoplevede måder at være terapeut på analyseres,<sup>8</sup> fremkommer to overordnede faktorer, nemlig 'Healing Involvement' og 'Stressful Involvement', der på dikotom vis sammenfatter 5000 terapeuters aktuelle arbejdsmæssige situation. Begreberne er empirisk funderede (men der er ikke tale om direkte selvoplevelse), dvs. en konceptualisering af udviklingspsykologisk karakter, og de indtager en central placering i forståelsen af psykoterapeuters faglige udvikling (jf. tabel 3, pkt. 1). Desuden udgør de et væsentligt bud på ovennævnte udviklingsfremmende faktorer og risikofaktorer, og vi anvender dem her som det samlede resultat eller *output* af den forudgående udvikling.

---

8 Data analyseres ved hjælp af faktoranalyse, dvs. at de mest markante items grupperes i overordnede faktorer, der her sammenfattes i de empirisk funderede faktorer *Healing Involvement* og *Stressful Involvement* – se Orlinsky og Rønnestad 2005a, pp. 61-64.

Healing Involvement er kendetegnet ved en terapeut, der har basale relationelle færdigheder, anvender konstruktiv coping i mødet med vanskeligheder, oplever 'flow' (dvs. fordybelse i det terapeutiske arbejde), som har en bekræftende og rummende væremåde (relational stil), og som kan engagere sig virkningsfuldt og dueligt i det terapeutiske arbejde. Det er billedet af en terapeut, der bliver tilpas udfordret, og som har ressourcer til at magte dette.

Stressful Involvement kendetegner derimod en terapeut præget af hyppige vanskeligheder i praksis, ledsaget af angst eller kedsomhed i sessionerne og en tendens til at håndtere vanskeligheder ved at undgå terapeutisk engagement. Samlet set karakteriserer dette terapeuter, der oplever arbejdsopgaverne større end egne evner og færdigheder – altså en terapeut i risikozonen.

Healing Involvement og Stressful Involvement er dog ikke gensidigt udelukkende begreber, idet den ene type kan være dominerende med nogle klienter, mens den anden type kan være dominerende med andre klienter. Ligesom et enkelt behandlingsforløb kan skifte mellem disse to typer (Orlinsky & Rønnestad 2005d, p. 162).

Sammenfatningen i tabel 4 nedenfor viser sammenhængen mellem terapeutisk arbejds erfaring og den aktuelle terapeutiske praksis:

N (total) = 3629 <b>Healing Involvement (HI)</b>	<b>Stressful Involvement (SI)</b>	
	Little	More than a little
Much [ $> 9.55$ ]	Effective practice N = 1802 (50 %)	Challenging practice N = 821 (23 %)
Not Much [ $< 9.55$ ]	Disengaged practice N = 629 (17 %)	Disstressing practice N = 377 (10 %)

Tabel 4: Terapeutisk praksis som funktion af Healing – hhv. Stressful Involvement (Orlinsky & Rønnestad 2005e, p. 84).

Effektiv praksis (høj HI/lav SI) opleves af ca. 50 % af terapeuterne fra vestlige lande (n = 3629; Orlinsky & Rønnestad, 2005e, p. 84). De er engagerede i deres arbejde, bekræftende og rummende over for klienter, oplever 'flow' i sessionerne, beskriver sig selv som dygtige og effektive/virkningsfulde og anvender konstruktiv copingadfærd, når de møder vanskeligheder. Disse terapeuter møder dog sjældent situationer, de ikke kan håndtere, ligesom de sjældent oplever kedsomhed og angst i sessionerne. Samlet set er det billedet af psykoterapeutisk arbejde, når det er bedst og mest tilfredsstillende.

Udfordrende praksis (høj HI/en del SI) karakteriserer ca. ¼ af vestlige terapeuter, der oplever sig som pressede i deres terapeutiske arbejde. Til trods for at denne gruppe terapeuter oplever flere vanskeligheder, tvivler

mere på egen færdigheder og har flere følelsesmæssige vanskeligheder i sessionerne, klarer de at anvende konstruktiv copingadfærd, fx kontakte kollega ved vanskelige sager. De er fortsat engagerede i deres arbejde og bekræftende/rummende over for deres klienter. Dette er et billede på de vanskeligheder og ressourcer, som terapeuter typisk kan have i de første år i praksis.

I modsætning til ovenstående oplever 10 % deres praksis som værende nødstedt/nødlidende (høj SI/lav HI). De oplever ofte vanskeligheder med deres klienter og har tendens til at håndtere disse vanskeligheder ved at undgå terapeutisk engagement (fx overvejelser om at afslutte terapien). Disse terapeuter oplever også mere kedsomhed eller angst i sessionerne, men hverken flow, færdigheder eller at være effektiv/virkningsfulde i forhold til klienter. Samlet er det billedet af en psykoterapeut i alvorlige vanskeligheder med stor risiko for udbrændthed. Hvis disse terapeuter søger supervision, kan supervisionen i nogle tilfælde forstås som 'restitution' (jf. Jacobsen, 2007, p. 25), fx hvis nedgangen i faglig formåen er afgrænset og fx udløst af aktuel krise.

Den sidste gruppe på 17 % er karakteriseret ved disengageret praksis (HI lav/SI lav). Disse terapeuter er ikke nødvendigvis mere fjerne i forhold til klienter end terapeuter er i almindelighed, men de er fjerne i forhold til selve deres arbejde. Terapeuterne mener ikke, at de gør skade i forhold til deres klienter, men heller ikke at de er særlig hjælpsomme. Trods dette oplever de ikke at være særlig stressede eller under pres. Det er oplagt at forstå terapeuter med et disengageret praksismønster som resultat af en særlig beskyttelses- eller forsvarsstil med tilbagetrækning som primær strategi – og altså med meget store omkostninger for dem selv og deres klienter.

Billedet af disse 4 terapeutgrupperinger er også billedet af 4 prototypiske udviklingsveje, som terapeuter kan krydse imellem i løbet af deres karrierer. Den effektive praksis (1) er idealet, som der stræbes imod allerede fra den første træning, mens den nødstedte praksis (4) rummer betydelig risiko for terapeuter og deres klienter. Disse to udgør yderpolerne i den professionelle udvikling. Herimellem findes to varianter, nemlig a) den udfordrende praksis (2), der enten kan ses som en mellemstation på vej mod effektiv praksis, eller en effektiv praksis under pres (regression), dvs. på vej mod disengageret praksis. Tilsvarende har b) disengageret praksis (3) også to udviklingsmuligheder, nemlig progression i retning af udfordrende praksis, henholdsvis regression i retning af nødstedt praksis (4).

Sammenfattende kan siges, at de to faktorer, Healing Involvement og Stressful Involvement ser ud til at være en afgørende komponent i forhold til, om terapeuter oplever aktuel vækst eller tilbagegang:

*"The sense of growth as a therapist arises most strongly in a context of Healing Involvement with patients and satisfaction with one's work as a therapist, especially when accompanied by a commitment to further one's professional development. Correspondingly, a sense of decline or impairment as a therapist arises most strongly in a context of Stressful Involvement in working with patients and a lack of motivation for professional development."* (Orlinsky & Rønnestad 2005c, p. 126).

Baggrunden for, at en terapeut oplever Healing Involvement, består (empirisk) i tre uafhængige faktorer, nemlig at terapeuten 1) oplever en kumulativ professionel udvikling (færdigheder, mestring af psykoterapi, overvindelse af tidligere begrænsninger); 2) udvikler teoretisk kapacitet/vingefang, der giver muligheder for at anlægge forskellige vinkler på et givent sagsforløb, dvs. er konceptuel fleksibel og velorienteret. Denne teoretiske bredde bidrager også til 'fortsat professionel refleksion', der anses som et hovedmål for terapeutens udvikling (Skovholt & Rønnestad, 1992). Den mest betydningsfulde faktor for oplevelse af Healing Involvement er dog, om terapeut oplever 3) aktuel udvikling og vækst. Oplevelse af vækst giver en høj arbejdsmoral og energi, der i det terapeutiske arbejde kommer deres klienter til gode. Det kan med andre ord være terapeutens bidrag til de såkaldte non-specifikke faktorer, som forskningen har identificeret som helt centrale for terapeutisk udbytte.

Stressful Involvement er især karakteriseret ved terapeuter, der kun oplever lidt kumulativ professionel udvikling (færdigheder, mestring af psykoterapi, overvindelse af tidligere begrænsninger) og karakteriseret af akavet, usikker og rigid tilgang til klientarbejdet. Dette er forventeligt hos novicer, men kan være tiltagende kritisk, hvis denne tilstand fortsætter ud over begynderstadiet. Sådanne reaktionsformer og relationsmønstre kan være igangsættende og forstærkende for negative og maligne udviklingscirkler, idet klienter typisk vil reagere negativt på sådanne terapeuter med drop-out og ringe behandlingsresultater til følge – altså en ond cirkel.

## Afsluttende bemærkninger

Meget er skrevet og sagt, men meget står endnu hen i det uvisse. Psykoterapeuters kunnen, faglige udvikling og samspillet mellem dette, deres patienter og patienternes udbytte af behandlingen samt sammenhængen mellem det personlige og det professionelle selv er meget kompleks og byder på betragtelige metodologiske udfordringer.

Vi glæder os til i den nærmeste fremtid at kunne begynde at analysere de til dato ca. 350 indsamlede spørgeskemaer fra danske psykoterapeutisk arbejdende psykologer. Det er i første omgang vores hensigt at undersøge, om

vores danske sample på væsentlige områder afviger fra de internationale, europæiske eller nordiske kollegaers. Endvidere ser vi frem til at inddrage den særlige sektion om supervision, som vi har føjet til det danske DPCCQ-skema. Netop fordi supervision har en særdeles fremtrædende position i forhold til træning og faglig udvikling.

## LITTERATUR

- BAMBLING, M., KING, R., RAUE, P., SCHWEITZER, R. & LAMBERT, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16, 3, 317-331.
- BERNARD, J. M & GOODYEAR, R. K. (2009). *Fundamentals of Clinical Supervision (4th Ed)*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education.
- BLOCHER, D. H. (1983). Towards a cognitive developmental approach to counselling supervision. *Counseling Psychologist*, 11, 1, 27-34.
- CASEMENT, P. (1987). *Lyt til patienten. Om det dynamiske forhold terapeut-patient i den psykoanalytiske proces*. København: Hans Reitzels Forlag.
- CASTONGUAY, L. (2010). *A promising dawn: Integrative connections in psychotherapy*. Presidential Plenary Address. Society for the Study of Psychotherapy's 41<sup>st</sup>. annual meeting, Asilomar, Monterey, CA, USA, juni 2010.
- DANIEL, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 968–984.
- ELLIS, M. V. & LADANY, N. (1997). Inferences concerning supervisees and clients in clinical supervision. In C. E. Watkins, Jr. (Ed.) *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 447-507). New York: Wiley.
- FLEMING, J. (1953). The role of supervision in psychiatric training. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 157-159.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (2003). *Psychoanalytic Theories. Perspectives from developmental psychology*. London: Whurr Publishers.
- FREUD, S. (1937/1992). Den endelig og uendelige analyse. IN: O. A. Olsen & S. Køppe (Eds.) *Afhandlinger om behandlingsteknik* (pp. 191-224). København: Hans Reitzels forlag.
- GRATER, H. A. (1985). Stages in psychotherapy supervision: From therapy skills to skilled therapist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 605-610.
- GREENSPAN, M. & KULISH, N. M. (1985). Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 75-82.
- HENRY, W. P., SCHACHT, T. E. & STRUPP, H. H. (1990). Patient and therapist introject interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58, 6, 768-774.
- HENRY, W. P., SCHACHT, T. E., STRUPP, H. H., BUTLER, S. F. & BINDER, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' response to training. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 3, 441-447.
- HENRY, W. P., STRUPP, H. H., BUTLER, S. F., SCHACHT, T. E. & BINDER, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in Therapist behaviour. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 3, 434-440.



- HILL, C.E., CHARLES, D. & REED, K.G. (1981). A longitudinal analysis of counseling skills during doctoral training in counselling psychology. *Journal of counseling psychology*, 28, 428-436.
- HILLIARD, R. B., HENRY, W. P. & OG STRUPP, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 1, 125-133.
- HOGAN, R. A. (1964). Issues and approaches in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 139-141.
- HOLLOWAY, E. L. (1987). Developmental models of supervision: Is it development? *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 209-216.
- HOUGAARD, E. (2004). *Psykoterapi. Teori og forskning*. København: Dansk psykologisk forlag.
- JACOBSEN, C. H. 2000. "De måske egnede": Problemer ved selektion til gruppeanalytisk psykoterapi, *Matrix*, 17, 1, 53-86.
- JACOBSEN, C. H. (2001). Supervisors valg af fokus og rolle: som funktion af supervisandens faglige udvikling. *Matrix*. 18, 3, 195-227.
- JACOBSEN, C. H. (2007). Supervision og de tilgrænsende områder. In C. H. Jacobsen & K. V. Mortensen: *Supervision af psykoterapi. Teori og praksis*. København: Akademisk forlag.
- JØRGENSEN, C. R. (1999). Terapeuten selv – og det terapeutiske udbytte. *Psykolog Nyt*, 53, 3, 18-23.
- LAMBERT, M. J. & BARLEY, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 4, 357-361.
- LADANY, N. (2008): Personlig kommunikation, 2. nov. 2008.
- LADANY, N., FRIEDLANDER, M. L. & NELSON, M. L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision: An interpersonal approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- LOGANBILL, C., HARDY, E., DELWORTH, U. (1982). Supervision: A conceptual model. *Counseling Psychologist*, 10, 3-42.
- MACRAN, S. & SHAPIRO, D. A. (1998). The role of personal therapy for therapists. A review. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 203-212.
- NEUFELDT, S. A., KARNO, M. P. NELSON, M. L. (1996). A qualitative analysis of experts' conceptualization of supervisee reflectivity. *Journal of Counseling Psychologist*, 43, 3-9.
- NIELSEN, J. (2004). Curriculum og erfaring – et spændingsfelt for klinisk psykologisk supervision. *Nordisk psykologi*, 56, 2, 55-176.
- NORCROSS, J. C. & CONNOR, K. A. (2005). Psychotherapists entering personal therapy. Their primary reasons and presenting problems. In J. D. Geller, J. C. Norcross, & D. E. Orlinsky (eds.). *The Psychotherapist's own psychotherapy. Patient and clinical perspectives* (pp.192-200). New York: Oxford University Press.
- NORCROSS, J. C. & GUY, J. D. (2005). The prevalence and parameters of personal therapy in the United States. IN J. D. Geller, J. C. Norcross, & D. E. Orlinsky (Eds.). *The Psychotherapist's own psychotherapy. Patient and clinical perspectives* (pp. 165-176). New York: Oxford University Press.
- OKIISHI, J., LAMBERT, M. J., NIELSEN, S. L. & OGELS, B. M. (2003). Waiting for supershrink. An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.
- ORLINSKY, D. E., AMBÜHL, H., RÖNNESTAD, M. H., DAVIS, J. D., GERIN, P. & DAVIS, M. L. (1999). The development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy research*, 9, 127-153.

- ORLINSKY, D. E., NORCROSS, J. C., RØNNESTAD, M. H. & WISEMAN, H. (2005). Outcomes and impacts of the psychotherapist's own psychotherapy. A research review. IN J. D. Geller, J. C. Norcross, & D. E. Orlinsky (Eds.), (2005). *The Psychotherapist's own psychotherapy. Patient and clinical perspectives* (pp. 214-230). New York: Oxford University Press.
- ORLINSKY, D. E. & RØNNESTAD, M. H. (2005a) (Eds.), *How psychotherapists develop*. Washington, DC: American Psychological Association.
- ORLINSKY, D. E. & RØNNESTAD, M. H. (2005b). Career Development: Correlates of evolving expertise. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (Eds.), *How psychotherapists develop* (pp.131-142). Washington, DC: American Psychological Association.
- ORLINSKY, D. E. & RØNNESTAD, M. H. (2005c). Current Development: Growth and depletion. I D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (Eds.), *How psychotherapists develop*. (pp. 117-129). Washington, DC: American Psychological Association.
- ORLINSKY, D. E. & RØNNESTAD, M. H. (2005d). Theoretical integration: Cycles of work and development. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (Eds.), *How psychotherapists develop* (pp.161-180). Washington, DC: American Psychological Association.
- ORLINSKY, D. E. & RØNNESTAD, M. H. (2005e). Work practice patterns. In D. E. Orlinsky & Rønnestad, M. H. (Eds.), *How psychotherapists develop* (pp. 81-99). Washington, DC: American Psychological Association.
- ORLINSKY, D. E., RØNNESTAD, M. H., AMBÜHL, H., DAVIS, J. D., DAVIS, M. L., JOO, E., WILLUTZKI, U. (2005). Facets of psychotherapeutic work. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad. *How psychotherapists develop* (pp. 41-60). Washington, DC: American Psychological Association.
- ORLINSKY, D. E., RØNNESTAD, M. H., GERIN, P., DAVIS, J. D., AMBÜHL, H., DAVIS, M. L., SCHRÖDER, T. A. (2005). The development of psychotherapists. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad. *How psychotherapists develop* (pp. 3-13). Washington, DC: American Psychological Association.
- ORLINSKY, D. E., RØNNESTAD, M. H., GERIN, P., DAVIS, J. D., AMBÜHL, H., WILLUTZKI, U., WISEMAN, H. (2005). Study methods. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad. *How psychotherapists develop* (pp. 15-25). Washington, DC: American Psychological Association.
- ORLINSKY, D. E., RØNNESTAD, M. H., WILLUTZKI, U., WISEMAN, H., BOTH-ERMAN, J. F. & THE SPR NETWORK (2005). The prevalence and parameters of personal therapy in Europe and elsewhere. In J. D. Geller, J. C. Norcross, D. E. Orlinsky (Eds.), (2005), *The Psychotherapist's own psychotherapy. Patient and clinical perspectives* (pp. 177-191). New York: Oxford University Press.
- PAUL, G. L. (1967). Outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118. (Citatet refereret fra Rønnestad & Ladany, 2006, p. 263).
- RUBINO, G., BARKER, C., ROTH, T. & FEARON, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10, 4, 408-420.
- RUTTER, M. & SCROUFE, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265–296.
- RØNNESTAD, M. H. & LADANY, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16, 3, 261-267.
- RØNNESTAD, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45, 444-454.
- RØNNESTAD, M. H. & ORLINSKY, D. E. (2005a). Clinical implications: Training, supervision and practice. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad, *How psychotherapists develop* (pp. 181-201). Washington, DC: American Psychological Association.

- RØNNESTAD, M. H. & ORLINSKY, D. E. (2005b). Comparative cohort development: Novice to senior therapists. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad. *How psychotherapists develop* (pp. 143-157). Washington, DC: American Psychological Ass.
- RØNNESTAD, M. H. & SKOVHOLT, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career development*, 30, 4-44.
- SCHILLING, B., JACOBSEN, C. H. & NIELSEN, J. (2010). Supervision - og de tre k'er. *Psykolog Nyt*, 64, 4, 28-31.
- SKOVHOLT, T. M. & RØNNESTAD, M. H. (1992). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counsellor development*. Chichester, U.K: Wiley.
- SPR (2010). *Society for the Study of Psychotherapy's 41<sup>st</sup>. annual meeting*. Asilomar, Monterey, CA, USA, juni 2010.
- STOLTENBERG, C. & DELWORTH, U. (1987). *Supervising counsellors and therapists: A developmental approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- STOLTENBERG, C. D., MCNEILL, B.W., DELWORTH, U. (1998). *IDM: An integrated developmental model for supervising counsellors and therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- WATKINS, C. E. (1995). Pathological attachment styles in psychotherapy supervision. *Psychotherapy*, 32, 2, 333-340.
- WATKINS, C. E. (1997). *Handbook of psychotherapy supervision* (Ed.). New York: Wiley.
- WHEELER, S. & RICHARDS, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients: A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 1, 54-65.
- WORTHINGTON, E. L. (1987). Changes in Supervision as Counselors and Supervisors Gain Experience: A Review. *Professional psychology: Research and practice*, 18, 3, 189-208.
- YALOM, I. D. (1996). *Lying on the couch*. Basic Books.