

Indholdsfortegnelse

Redaktionelt	2
Mats Hamreby: <i>Bortkastad tid? Empirisk forskning om psykoterapeuters egen terapi</i>	4
Göran Ahlin: <i>Kommentar till: Mats Hamreby: Bortkastad tid?</i>	32
Rune Løvold: <i>Relasjonell psykoanalyse som subjektivt fundert praksis: utfordringer til faglig ekspertise og vitenskapelig status</i>	36
Ole Jakob Storebø: <i>Ageren hos unge i gruppeterapi</i>	54
James R. Samec & Britt-Marie Ekström: <i>Korttids gruppterapi anpassad att möta utvecklingsspecifika behov hos gramatiserade flyktingungdomar</i> ..	73

Table of Contents

Editorial	2
Mats Hamreby: <i>Wasted time? Empirical research on psychotherapist's personal therapy</i>	4
Göran Ahlin: <i>Commentary to "Wasted time?"</i>	32
Rune Løvold: <i>Relational psychoanalysis as subjectively founded praxis</i>	36
Ole Jakob Storebø: <i>Acting out with adolescents in group therapy</i>	54
James R. Samec & Britt-Marie Ekström: <i>Short term group therapy for traumatized refugee children</i>	73

Redaktionelt

Kære læsere

Velkommen til den 23. årgang af Matrix.

Tidsskriftet er nu blevet optaget i PsycINFO-databasen, American Psychological Associations database for psykologisk litteratur. Artikler i Matrix kan derfor fremover søges via denne database, i Danmark fx via Det Kongelige Bibliotek. For at opfylde deres krav er der nu både en dansk og en engelsk indholdsfortegnelse, ligesom de engelske abstracts nu følger umiddelbart efter hver enkelt artikel.

Den første artikel "Bortkastad tid? Empirisk forskning om psykoterapeuters egen terapi", der er skrevet af Mats Hamreby, er et vægtigt bidrag til debatten om egenterapi som et element i uddannelsen til psykoterapeut. Her gennemgås – med udgangspunkt i 13 metaanalyser – de vigtigste undersøgelser på feltet, samt de meget divergerende konklusioner der i tidens løb er draget på baggrund af den eksisterende forskning. Artiklen sætter spørgsmålstejn ved disse konklusioner og lægger op til nye tilgange til udforskningen af egenterapiens betydning.

Göran Ahlin bidrager med en kommentar til artiklen og lægger hermed op til en videre diskussion af spørgsmålet om forskning i egenterapi, som vi hermed opfordrer læserne til at fortsætte.

Herefter følger en artikel af Rune Løvold med titlen "Relationell Psykoanalyse som subjektivt fundert praksis: Udfordringer til faglig ekspertise og vitenskabelig status". Artiklen diskuterer de vanskeligheder der er forbundet med at forene en psykoterapeutiske tilgang der tager udgangspunkt i terapeutens subjektivitet med de fundamentale krav til behandlingsrammen og udøvelsen af faglig ekspertise der er grundpiller i en psykoanalytisk tilgang.

Eftersom redaktörerna för detta nummer är en från Danmark och en från Sverige – och Matrix inte översätter nordiska språk inbördes – följer här nu också två presentationer på svenska. I detta tidskriftsnummer finns även två gruppterapiartiklar. Den ena, "Ageren hos unge i gruppeterapi" innehåller en gedigen diskussion av utagerandets roll och mekanismer i gruppterapi med unga, skriven av Ole Jakob Storebö. Han går igenom litteraturen om utagerande och ger sedan fylliga kliniska illustrationer till detta angelägna och viktiga tema för var och en som arbetar med ungdomar – och äldre – i gruppterapi. Utagerande kan förvisso hota terapiprocessen, men kan också vara en högst användbar kommunikation, ifall den förstås rätt och tas till vara.

Traumatiserade ungdomar möter vi på många ställen numera. James Samec och Britt-Marie Ekström återger i sin artikel "Korttids gruppterapi anpassad att möta utvecklingspecifika behov hos traumatiserade flyctingungdomar" sitt arbetsätt, en kombinerad gruppterapimodell utvecklad för traumatiserade ungdomar av Angel-Poblete. De möter ungdomar som hänvisas genom skolan och arbetar i korttidsgrupper med dem. Deras arbete är både angeläget och hoppningivande trots sina svårigheter.

Vi hoppas att detta tidskriftsnummer skall bereda dig, bästa läsare, givande och berikande läsning!

Susanne Harder & Göran Ahlin

Bortkastad tid?

Empirisk forskning om psykoterapeuters egenterapi

Matrix 2006, 1, s. 4-31

Mats Hamreby

Egenterapi är en självklar del i psykoterapeuters utbildning och yrkesliv. Genom hänvisning till forskning har dess nytta dock gång på gång ifrågasatts. En granskande beskrivning av tretton översiktsstudier publicerade 1970-1999, inklusive korta presentationer av de fyrtiofyra empiriska studier som dessa refererar, belyser den empiriska forskningen under åren 1950-1993.

Förutom att psykoterapeuter i många studier själva värderar erfarenheten av egenterapi mycket högt, är kvaliteten i både översiktsstudier och empiriska studier så varierande, att få egentliga slutsatser kan dras från dessa. Båda typerna av studier belyser dock olika metodologiska problem och kan tjäna som utgångspunkt för fortsatt hypotesbildning och teoretisk fördjupning. Några förslag på områden där ytterligare förtydliganden behöver göras formuleras.

Egen analys och egenterapi har sedan psykoterapins barndom utgjort en viktig del av utbildningen till psykoterapeut och psykoanalytiker. Gång på gång har dock den sk egenterapins plats och funktion diskuterats. Debatten har rört sig över många områden. En återkommande fråga har varit om den egna terapin överhuvudtaget gör någon nytta. En sida hävdar närmast som en axiomatisk sanning: Psykoterapeuter, och speciellt psykoanalytiker, måste själva gå i någon form av behandling. Skälen är många och bl.a. ska den egna terapin öka den psykiska hälsan, öka självkännedomen, öka förståelsen för hur det är att

Korrespondance: Mats Hamreby, psykoanalytiker, leg. psykoterapeut, Psykoterapiinstitutet, Björn-gårdsgatan 25, SE-118 52 Stockholm. Tlf.: +46 (0)8 57839700. E-mail: mats.hamreby@sl.se

var patient, öka förståelsen för terapin som metod och minska de yrkesspecifika påfrestningarna. En annan sida upprepar att det inte finns några vetenskapliga belägg för att egen psykoterapi är till någon nytta. Det är därför inte förvånande att en av de senaste översiktsartiklarna i ämnet har titeln: "Personal therapy as a training requirement: the lack of supporting evidence" (Macaskill 1999).

Syftet med föreliggande artikel är att försöka ge en översiktsbild av den empiriska forskningen om egenerapi hos psykoterapeuter, psykoanalytiker m.fl. Jag ska också försöka ge några preliminära svar på hur man kan förstå bristen på empiriska data som stöder nyttan av egenerapi, liksom de motsägelsefulla resultat som forskningsöversikter antyder.

Redan när man försöker klargöra terminologin stöter man på problem, för en av svårigheterna, och möjligen en första antydning om ett av svaren på problemställningen, är de begreppsliga oklarheterna. Låt mig börja med termen "egerterapi". I engelskspråkig litteratur används omväxlande uttrycken "personal psychotherapy", "personal therapy" och "personal analysis". Inte sällan används de två senare omväxlande och odifferentierade. Speciellt i lite äldre amerikansk litteratur är det vanligt att man inte så noga skiljer mellan terapi och analys. Bl.a. har Greenberg och Staller (1981) påpekat den låga reliabiliteten vad gäller termen "psykoanalys" i denna typ av studier. Här kommer jag att använda ordet "egerterapi" som ett övergripande begrepp innefattande både "egen psykoterapi" och "egen analys/psykoanalys".

Termen "terapeut" är också ofta oklar. I litteraturen används flera sätt att avgränsa detta, men vanligen är termen ej närmare definierad. Här kommer jag använda "terapeut" som ett övergripande begrepp för "psykoterapeuter", "analytiker/psykoanalytiker" och andra "behandlare". En annan ofta dåligt definierad term är "studerande". Under denna kommer jag sammanföra olika grupper som är under utbildning, t.ex. engelska benämningar som "candidate", "trainee" och "resident". Vid referat kommer jag, vad gäller de tre termerna "egerterapi", "terapeut" och "studerande", försöka ligga nära respektive författares terminologi.

Litteraturen om egenerapi är mycket omfattande. En litteratursökning (Hamreby 2003) fann drygt 300 referenser som direkt behandlar fenomenet egenerapi. Av dessa presenterar 127 empiriskt material. I diskussionen om egenerapi nöjer man sig ofta med att hänvisa till översiktsartiklar i ämnet. Förutom att många av översiktsstudierna ofta citerats, ger de också en bild av vilken forskning som diskussionen om egenerapins effekt huvudsakligen grundat sig på. Av detta skäl och för att reducera antalet studier och nå en mer överskådlig bild, avser jag här utgå från dessa forskningsöversikter. Genom fokusera på översiktsartiklarna själva, och genom att låta dessa styra urvalet av

en begränsad mängd empiriska studier, tänker jag mig alltså kunna ge en rimligt adekvat bild denna kunskapsdomän. I det följande kommer jag alltså att koncentrera mig på att referera några översikter, och även om innehållet i de däri ingående empiriska artiklarna kontrolleras, så kommer jag här endast med några meningar ge en kort information om dessa empiriska studiers innehåll i samband med att de första gången nämns.

Tretton översikter

Tretton engelskspråkiga översiktsartiklar publicerade mellan 1970 och 1999 är funna. Dessa översikter avhandlar totalt fyrtiofyra empiriska studier, publicerade mellan 1950 och 1993, om egen psykoterapi för psykoterapeuter.

Översiktsstudier innebär att någon tolkar, förenklar och sammanfattar resultat. Översikter kan därför lätt kritiserars för förenkling men jag har här valt att, förutom avgörande sakfel och anmärkningsvärda brister, huvudsakligen referera och kommentera översikterna mer generellt. Nämnas kan dock redan här att genomgången av den refererade litteraturen har försvårats av en förvånade stor mängd felaktiga referensuppgifter både i löpande text och i litteraturlistorna.

Den tidigaste översikten presenterades av Meltzoff & Kornreich (1970) i "Research in Psychotherapy". När de diskuterar terapeutens inverkan på behandlingens resultat, refererar de en enkätundersökning som riktar sig till 70 välrenommerade amerikanska psykoterapeuter (Seeman 1950) och som visar en stor enighet kring nyttan av egenerapi liksom att blivande terapeuter bör gå i sådan. De redovisar även fyra sk utfallsstudier. I Holt & Luborskys (1958) studie skattas 218 blivande psykiater av sina handledare i avseende på kompetensförändring under utbildningstiden. I en annan studie jämförde Katz, Lorr & Rubinstein (1958) patient- och terapeutvariabler med terapeuternas bedömning av 232 egna patienter som stannat i behandling 6 månader eller mer. McNair, Lorr & Callahan (1963) undersökte patient- och terapeutvariabler som kan predicera att behandlingen avbryts. I studien jämförs 106 patienter som avbryter före 16 veckor, med 176 som fortsätter sin terapi. McNair, Lorr, Young, Roth & Boyds (1964) studie är en uppföljningsstudie efter tre års behandling av 81 patienter som gått i psykoterapi i minst fyra månader. I ingen av dessa fyra studier fann man att terapeuternas egna terapi hade någon signifikant effekt på det terapeutiska utfallet. I den sist nämnda studien hade dock terapeuter med egenerapi sina, oftast mer jagstarka, patienter längre i behandling. Meltzoff & Kornreich uppmärksammar olika metodproblem och deras ståndpunkt är att det, trots att det inte går att dra några säkra slutsatser, förefaller som att den egna terapin inte har så stor betydelse för det terapeutiska utfallet.

När författarna senare diskuterar forskning om den egna terapins inverkan på den terapeutiska processen och på hur terapeuter utför sitt arbete, refererar de till tre studier. Strupp (1955) presenterar en experimentell studie där 41 terapeuter fick ta del av 27 skrivna patientuttalanden. De fick sedan uppge vilken terapeutisk respons de skulle ge på vart och ett av dessa. Studien fann skillnader, bl.a. högre grad av aktivitet, mellan dem som gått och dem som inte gått i egenerapi. Författarna hänvisar också till en experimentell studie av Strupp (1958a) där 110 terapeuter ser en filmad 30 minuter lång patientintervju. Filmen stannas och vid varje tillfälle får terapeuterna skriva ned sina tänkta interventioner. Meltzoff & Kornreich drar dock slutsatser som inte bara verkar vara hämtade från denna studie, när de påstår att den visade att analyserade psykiater gav fler "tysta responser", dvs passivt accepterande. Var psykiaterna både erfarna som terapeuter och analyserade visade de mer empatiska reaktioner, jämfört med de psykiater som ej gått i analys. Dessa skillnader uppges ej gälla för psykologer och socionomer. McNair & Lorr (1964) studie omfattar 265 psykoterapeuter som fick besvara ett frågeformulär som fångade olika dimensioner av den terapeutiska teknik terapeuten använde sig av. Studien visade bl.a. att ju mer egen psykoterapi man gått i, desto mer använde man sig av psykoanalytiska tekniker.

Sju år senare kom Fisher & Greenbergs (1977) översikt. De diskuterar egenerapi i relation till frågan om problem och psykopatologi hos terapeuten påverkar terapin negativ, och motsatt – om en mer välanpassad och insiktsfull terapeut har bättre resultat. De refererar fem redan kända studier och därtill innefattar översikten tre nya studier.

Här nämns Garfield & Bergins (1971) ofta omnämnda studie av 18 terapeut-studerandes terapier med 38 patienter. Studien visar att de studenter som hade minst egenerapi hade det bästa terapeutiska resultatet med sina patienter. I en opublicerad doktorsavhandling av Guild (1969) studeras 20 erfarna terapeuter och deras patienter. Studien fokuserade på förmåga till empati, värme och äkthet och fann att de som gått i analys hade mer effektiva terapeutiska relationer med sina patienter. Även Fisher & Greenberg drar slutsatser från en artikel av Strupp (1960) som inte har stöd i denna. Denna artikeln är överhuvudtaget inte en empirisk studie. Fisher & Greenberg påstår dock att artikeln visar att terapeuter med kombinationen lång erfarenhet och egenerapi, skattades som mer empatiska än terapeuter, oavsett längd på erfarenheten, utan egenerapi. Den förra gruppen hade också en högre förmåga att bibehålla sin empati oavsett vad de personligen tyckte om patienten. Till författarnas försvar kan dock nämnas att Strupp i annat material presenterar dessa resultat. Däremot är det oklart var de hämtar underlag för påståendet att Strupp visat; att egenerapi inte påverkar

graden av empati, eller i värsta fall minskar den, när det gäller terapeuter med lite erfarenhet.

Fisher & Greenberg noterar att det finns stöd i forskningen för Freuds påstående att terapeutens personlighet inverkar på terapins process och resultat och att egenerapi har "potential value" i att öka terapeutens effektivitet. När de sedan längre fram summerar, ändrar de sig och skriver att effekten är oklar och lyfter fram att "[t]he evidence suggests that personal therapy has a neutral or harmful effect on the treatment performed by inexperienced therapists, while it potentiates better results for experienced analysts who are distanced from their own therapy." (s. 389) De väcker frågan om det är lämpligt att gå i egenerapi samtidigt som man bedriver terapeutiskt arbete.

I översikten av Garfield (1977) beskrivs förekomsten av egen psykoterapi genom kartläggningar av Lubin (1962) Goldschmid, Stein, Weissman & Sorrels (1969) och Garfield & Kurtz (1974). Dessa studier undersöker alla kliniska psykologer i USA och anger att 57%, 64,4% respektive 63% uppgivit att de gått i egenerapi. I övrigt refereras tre kända empiriska studier och en ny av Derner (1960). I denna refereras kortfattat en jämförelse av två grupper kliniska psykologer som går en kortare terapiutbildning vid en psykiatrisk klinik. Åtta av de bästa studenterna jämförs med de åtta sämsta och när deras terapeutiska kompetens bedöms av handledarna, finner man att om studenten gått egenerapi eller ej, inte är det som skiljer dem åt. Garfield sammanfattar sin översikt med omdömet att den lilla mängden forskning gör att man inte kan dra några säkra slutsatser om egenerapins effekt.

Redan året därpå kom nästa sammanställning över aktuell psykoterapiforskning och i en artikel om terapeutvariabler diskuterar Parloff, Waskow & Wolfe (1978) bl.a. terapeuters psykiska hälsa och dess inverkan på behandlingsresultatet och konstaterar att det finns starka bevis för att denna är en viktig faktor för lyckat behandlingsresultat. I detta sammanhang nämner de kort egenerapi och frågan om terapeuter som gått i sådan är effektivare än dem som inte har det. De konstaterar att bevisen är motstridiga. De avviker i sin bedömning av McNair, Lorr, Young, Roth & Boyds (1964) studie, då de anser att det i denna finns visst stöd för nyttan av egenerapi. De övriga tre kända studier som Parloff et al. refererar, anser de inte ge något stöd för att egenerapi har någon positiv effekt. Författarna tillskriver Garfield & Bergin (1971) ett sedan dess ofta använt citat: "some therapy is worse than non and a lot is even worse than that." Dessa ord går dock inte att finna i denna studie. Var Parloff et al. funnit det framgår inte. De sammanfattar dock sin översikt med orden: "The contribution of personal psychotherapy to the enhancement of the therapist's usefulness remains undemonstrated" (s. 273).

Den kanske mest refererade översikten är av Greenberg & Staller (1981), vilka lutar sig en del mot det Greenberg skrev tillsammans med Fisher fyra år tidigare. Författarna tar nu sin utgångspunkt i den divergerande synen på egenterapins värde och stödjer sig på attitydundersökningar av Greden & Casariego (1975) som undersökte 86 blivande psykiater, Wampler & Strupp (1976) som beskriver inställningen hos ledningen för 69 institutioner i klinisk psykologi och Coryell & Wetzel (1978) som undersökte 278 blivande psykiater i USA. Anmärkningsvärt är att Greenberg & Staller tonar ner dessa undersökningars positiva resultat när det gäller de svarandes inställning till egenterapi.

När de talar om egenterapins inverkan på teknik och terapeutiska färdigheter refererar de positiva fynd hos Strupp (1955) i Strupp (1973). Vad gäller den egna terapins effekter på terapeutens anpassningsförmåga har de endast funnit två studier: En är en av de få som specifikt avser psykoanalytiker. Shapiro (1976) redovisar en enkätundersökning där 121 psykoanalytiker utexaminerade vid ett institut i New York genom 17 huvudfrågor retrospektivt får värdera olika aspekter av sina utbildningsanalyser. Bl.a. angavs det terapeutiska resultatet som tillfredsställande av 85%, men samtidigt rapporterade endast 15% att de upplevde inga eller små problem med att gå i analys under utbildningstiden. Studien tillskrivs dock ringa värde bl.a. då den bygger på "testimonial data".

I en retrospektiv studie undersöker Garetz, Rath & Morse (1976) 200 blivande psykiatrikers psykiska hälsa och man uppfattar att egenterapi kan ha stor positiv betydelse för den fortsatta personlighetsutvecklingen och yrkeskarriären.

Förhållandet mellan egenterapi och utfall beskrivs genom två studier som pekar i positiv riktning och där, enligt författarna, Kernberg (1973) i den stora Menningerstudien visat, att terapeuter med lång erfarenhet och mer egenterapi, har bättre resultat än oerfarna terapeuter med lite egenterapi. I denna studie differentieras dock inte dessa två terapeutvariabler från varandra.

Greenberg & Staller refererar fyra kända studier som de anser inte visat på något positivt samband mellan egenterapi och terapiutfall. I en ej tidigare refererad studie av Strupp, Fox & Lessler (1969) jämförs två undersökningar. En med patienter som gått i terapi eller analys hos erfarna psykoterapeuter, huvudsakligen psykiatriker (vilka Greenberg & Staller benämner "analysts"), med en grupp som gått i terapi hos blivande psykiatriker som inte avslutat sin egenterapi. Bägge patientgrupperna var tolv år efter sina behandlingar lika nöjda. Till sist anförs två kända studier som anses peka på ett negativt samband för oerfarna terapeuter. Den ena av dessa, Strupp (1973), innehåller flera av honom tidigare publicerade studier, men någon med det resultat som Greenberg & Staller beskriver kan inte finnas.

Greenberg & Staller summerar genom att betona de metodologiska begränsningarna i befintliga studier och att "[o]ur review of the literature, however, indicates that additional evidence is required before firm conclusions can be drawn about its merits as a training method." (s. 1471)

I Clarks (1986) korta översikt är frågeställningen om det går att visa att terapeuter som gått i egenterapi är mer effektiva än dem som inte har det. Utifrån hans resonemang i artikeln förstår man att det är relationen egenterapi – terapiutfall han avser. Clark menar att bara en studie av Holt & Luborsky (1958) ger ett vagt stöd för idén att egenterapi skulle öka terapeuters prestation. Vilket stöd han avser är oklart. Kernbergs (1973) studie nämns också i detta sammanhang, men tas ej med då erfarenhetsvariabeln troligen kontaminerar variabeln egenterapi. Clark hävdar att fem studier inte visar någon relation mellan patientutfall och om terapeuten hade gått i egenterapi eller ej, och att en studie Garfield & Bergin (1971) visar på en negativ relation.

Clarks översikt innehåller flera störande fel. Han nämner två studier ur Strupps (1973) bok. Den ena är Strupp (1955), där Clark påstår att denna studie inte tog hänsyn till terapeuternas grad av erfarenhet, en faktor som just den studien belyser. Clark refererar också till en ytterligare studie av Strupp, vilken är oklart, då det finns flera med den av Clark beskrivna designen. Resultatet han anger finns dock inte i någon av studierna. Även han tillskriver Garfield & Bergin (1971) ovan nämnda icke existerande citat. Ett sista exempel: En studie som Clark felaktigt tillskriver Garfield (1977) är sannolikt i stället Derner's (1960) studie.

I Beutler, Crago & Arizmandis (1986) stora genomgång av forskning kring terapeutvariabler i tredje upplagan av Garfield & Bergins "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" väljer de att diskutera frågan om egenterapins effekt med utgångspunkt från terapeuters välbefinnande. De refererar till attitydundersökningar av Garfield & Kurtz (1976), vilken bygger på samma studie som presenterades av dem 1974, vidare Buckley, Karasu & Charles (1981) och Prochaska & Norcross (1983) som alla visar att terapeuter anser att egenterapi har en positiv inverkan på utvecklandet av en hjälpsfull behandlarroll och på behandlingarnas utfall. Den sist nämnda studien redovisar enkätsvar från 410 kliniska psykologer anslutna till American Psychological Associations division för psykoterapi.

När Beutler et al. hävdar att psykoterapeuter anser att egenterapi ökar terapeuters självkänsla och arbetsförmåga samt förmåga att etablera empatiska och varma behandlingsrelationer, hänvisar de bl.a. till Buckley, Karasu & Charles (1981). I denna enkätstudie fick 71 erfarna psykoterapeuter detaljerat värdera

sina erfarenheter av egenterapi, vilken i 76% av fallen bestod av analys. Förutom det positiva resultat som nämns ovan kan noteras att 21% svarande dessutom angav olika negativa effekter av sin terapi.

Beutler et al. nämner kort Peebles (1980) processinriktade studie som avsåg 17 psykologdoktoranders (vilka genomgick en kortare terapiutbildning) korta terapier med 29 patienter. Studien, som använde både tester och bandinspelade sessioner, fann ett samband mellan antalet timmar egenterapi och högre förmåga att visa empati och äkthet, men ej något samband med förmågan till värme. Ett annat resultat, och som är det enda Beutler et al. väljer att nämna i sin artikel, var att studenter som gick i terapi hade en högre nivå av "subjective distress". Detta hade dock ingen relation till kvaliteten i deras arbete.

Författarna menar att relationen mellan egenterapi och terapeutisk effektivitet är oklar och hänvisar till två kända studier, varefter de hänvisar till Greenberg & Staller's (1981) översikt. Beutler et al. sammanfattar genom att säga att "... while the best available literature suggest that therapist's emotional well-being at least modestly facilitates both effective treatment processes and outcomes, the evidence does not consistently support the value of personal psychotherapy." (s. 273)

Förutom en genomgång av argumentationen för och emot egenterapi och en diskussion om relationen mellan handledning och egenterapi indelar Glass (1986) i sin översikt den empiriska litteraturen i tre grupper utifrån om den diskuterar den egna terapins effekt på patienten, terapeuten eller den terapeutiska processen.

När det gäller effekter på patienten refererar författaren själv två kända studier och nämner indirekt fyra genom att referera till Greenberg & Staller (1981). Effekten på terapeuten beskrivs genom två kända studier. De olika studierna i Strupps (1973) bok får ensamt beskriva effekterna på den terapeutiska processen.

Glass visar tills sist även på terapeuters positiva syn på egenterapi i fyra kända attitydundersökningar. Till skillnad från de tidigare översikterna, som huvudsakligen betonade de negativa resultaten, sammanfattar Glass att "[c]ertain positive trends regarding patient outcome, therapist adjustment and effects on the process or techniques in psychotherapy have appeared". (s. 310)

Som den första europeiska författaren ger Macaskill (1988) en översikt som inkluderar fjorton empiriska studier presenterade under fyra rubriker.

1) Konsumenttillfredsställelsen belyses genom fyra studier. Han tar med en tidigare inte refererad bok av Henry, Sims & Spray (1971) som redovisar en stor undersökning av amerikanska psykoanalytiker, psykiater, kliniska psykologer och socionomer. Undersökningen grundar sig på intervjuer och tester av 282

personer och en kompletterande enkätstudie med 3.990 personer. Bland de många resultaten finns uppgifter som att 33% fann den egna terapin odelat tillfredsställande, 33% i viss mån tillfredsställande medan 33% inte var nöjda. Intressant är att 29% av psykoanalytikerna inte var nöjda. Noteras kan också, att när man skulle ange vilka tre personer som varit viktigast för den professionella utvecklingen, anges den egna terapeuten eller analytikern endast av 18% och de hamnar därmed på fjärde plats efter lärare, handledare och kollegor.

Anmärkas kan att Macaskill felaktigt påstår att Buckley, Karasu & Charles (1981) studie innefattade 76% analytiker. Buckley et al. beskriver dem bara som "experienced psychotherapists". Genomgående under denna rubrik är att Macaskill, genom sitt presentationssätt, betonar de negativa forskningsresultaten.

- 2) Terapeuters bedömning av den terapi de har haft med psykoterapeuter. I möjligen den enda studien utifrån detta perspektiv, redovisar Klein (1965) ett antal utbildningsanalytikers rapporter om 55 kandidater. I 13% av analyserna bedömde man att man uppnått dåliga resultat.
- 3) Terapianaloga undersökningar får representeras av Strupps olika 50-talsstudier.
- 4) Utfallsstudierna är de sex äldre kända undersökningarna.

I sin sammanfattning konstaterar Macaskill att den egna terapin av terapeuterna generellt sett uppfattas som en tillfredsställande och värdefull erfarenhet, men att detta inte skiljer sig från undersökningar som beskriver patienters upplevelser av terapi; att de negativa erfarenheterna dessutom är vanligare när det gäller egenterapi än vanliga terapier; att man betonar de personliga effekterna mer än de professionella; att egenterapi i samband med en utbildning kan ha negativ inverkan på patientarbetet och att det inte finns några belägg för att egenterapi har positiv effekt på terapiernas utfall. Macaskill anser sig ha grund att påstå att översikten visar på ett behov av att omvärdera den egna terapins roll och att man bör söka efter andra metoder inom terapiutbildningar.

Samma år kom en noggrann, men tyvärr sällan refererad, översikt av Herron (1988). Denne delar in i studierna utifrån om dessa uppfattas behandla direkta bevis, granskade bevis eller indirekta bevis på effekten av egenterapi.

Till de direkta bevisen hänför Herron Strupps (1955) experimentella studie och de nu välkända utfallsstudierna från 50-, 60- och 70-talen.

Herron är den förste som även diskuterar tidigare översiktsstudier. Han nämner under rubriken "Granskade bevis" vilka studier de refererar och kort om vilken slutsats de når. Tyvärr anlägger han i detta avsnitt inte något kritisk

perspektiv när han kort går igenom Garfield (1977), Parloff, Waskow & Wolfe (1978), Greenberg & Staller (1981), Clark (1986) och Beutler, Crago & Arizmendi (1986).

När Herron granskar de indirekta beläggen diskuterar han hur olika egenskaper hos terapeuten kan tänkas påverkas av egenterapi. Först behandlar han Peebles (1980) processinriktade studie för att därefter referera några enkätundersökningar. Herron har även med två ej tidigare nämnda studier: Wallach & Strupp (1964) och Wogan & Norcross (1983). Den första är en enkätstudie där svaren från 250 psykologer och psykiater jämförs med en grupp om 59 psykiater och blivande psykiater. Materialet om den senare gruppen hämtas från en experimentell studie av Strupp (1973) vilken i stort liknar en tidigare nämnd studie av honom (Strupp 1958b). Wallach & Strupps studie upprepas delvis av Wogan & Norcross tjugo år senare. Denna studie omfattar 136 kliniska psykologer som är medlemmar i APA:s division för psykoterapi. Undersökningsinstrumentet överensstämmer till delar med det som användes i Wallach & Strupps studie. 82% av de svarande hade erfarenhet av egenterapi. Wogan & Norcross visade att dem med egenterapi rapporterade en större flexibilitet, närmare interpersonella relationer och föredrog ett intensivare terapeutisk arbete.

Herrons översikt är den första som närmar sig att vara en metastudie då han fokuserar på de metodologiska aspekterna. Artikeln har ett granskande perspektiv och förefaller också relativt neutral i sina omdömen. Han är också den som först uttrycker pessimism inför möjligheterna att finna svar via studier som bygger sin design på jämförelsen mellan grupper av terapeuter med och utan egenterapi. Framför allt lyfter han fram svårigheterna "... to design a study in which the variable of personal psychotherapy is not contaminated by some other probably influential variable". (s. 182)

Sex år senare refererar Beutler, Machado & Neufeldt (1994), i en översikt om terapeutvariabler i fjärde upplagan av "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change", till några enkätundersökningar som redogör för psykoterapeuters positiva värdering av egenterapins positiva effekter på sin kliniska effektivitet, liksom dess möjlighet att förhindra psykologiska yrkesskador.

Även dessa författare hänvisar till Greenberg & Stallers (1981), men också Clarks (1986), översikter. Deras slutsats blir då inte förvånade att sambandet mellan egenterapi och terapeutisk effektivitet, i de elva indirekt refererade studierna, inte är övertygande. Endast tre av nio studier anses stödja tanken på en positiv relation, men där Guild (1969) egentligen inte utvärderar utfallet och Kernberg (1973) inte kontrollerar effekten av terapeuternas kliniska erfarenhet. Holt & Luborsky (1958) anser de visat en positiv, om än inte signifikant, positivt effekt. De nämner också att Garfield & Bergin's (1971) studie föreslår ett negativt

samband, men noterar samtidigt att undersökningsgruppen här var för liten för att möjliggöra någon signifikansberäkning.

Beutler et al. anser att de motsägelsefulla resultaten och det svaga sambandet mellan egenterapi och terapeutisk effektivitet i olika studier sannolikt har att göra med en mängd faktorer. De anser bl.a. att de som går i egenterapi inte är representativa för yrket och att det finns en mängd skäl att söka egenterapi. De refererar till tre studier som belyser dessa aspekter. Först en studie Norcross & Prochaska (1986) där de med hjälp av olika självskattningsformulär jämfört två grupper av kvinnor som arbetar med psykoterapi, 83 psykologer och 108 "counsellors", med en grupp om 94 kvinnor som inte arbetar med psykoterapi. Gemensamt var att alla hade haft minst en period av svåra bekymmer under de senaste tre åren. Syftet var att studera olika aspekter av psykologiska problem och olika "coping methods" i samband med stress och svårigheter hos professionella och hos lekmän. Beutler et al. påstår att studien visar att psykoterapeuter som söker psykoterapi är mer benägna till introspektion och självförefrågor. Var Beutler et al. finner detta resultat är dock oklart. Studien visar däremot bl.a. i alla tre grupperna, var de som sökte terapi i samband med de aktuella problemen, mer benägna att lägga skulden på sig själv för just dessa problem. Terapeuter utmärkte sig speciellt genom att den aktuella terapin var kort i proportion till den totala mängden terapi man genomgått.

Beutler et al. nämner också Guy & Liaboe (1986b) som studerat effekten av att arbeta som terapeut. Dessa konstaterar bl.a. att många terapeuter beskriver att själva yrkesutövningen innebär påtaglig stress som skapar problem. Beutler et al. har även med Guy, Stark & Poelstra (1988) som gjort en enkätundersökning bland amerikanska psykologer och bl.a. funnit att de som hade en psykodynamisk inriktning också var de som gick mest i egenterapi. Studien visar också att detta både gällde deras terapikonsumtion före och efter avslutad utbildning. Eklektiskt orienterade terapeuter gick däremot oftare i egenterapi före sin utbildning.

Beutler et al. avslutar sin genomgång här med att konstatera "[b]ecause the reasons for entering therapy are so diverse and the effects so varied, the role of personal therapy on efficacy remains varied, and future research on this topic may be advised to consider the reasons for entering therapy as an important variable in assessing its impact on therapeutic efficacy." (s. 239)

Det är förvånade att ett så inflytelserikt översiktsverk behandlar frågan om egenterapis betydelse så bristfälligt. Författarna nöjer sig i stort sett med att referera två andra översiktsartiklar, då 13 respektive 8 år gamla. Att de nästan inte refererar något av den aktuella forskningens resultat måste ses som anmärkningsvärt och olyckligt, då bokens inflytande är mycket stort.

Tillsamman med den tidigare nämnda översikten av Herron har Macran & Shapiro (1998) den mest välskrivna genomgången av empirisk litteratur. Författarna delar in denna i fyra grupper: 1) kartläggningar, 2) experimentella studier, 3) utfallsstudier och 4) processtudier.

Författarna konstaterar att den största delen av forskningen om egenerapi består av olika typer av kartläggningar och attitydundersökningar och de nämner fem av dem och hänvisar även till Macaskills (1988) översikt. Fyra nya studier refereras. Först Norcross, Strausser-Kirtland & Missar (1988) som genomfört en nationell enkätundersökning vilken gett svar från över 500 amerikanska terapeuter som gått i egenerapi. Bland resultaten kan noteras att de flesta gått i mer än en terapi och att över 90% är nöjda med resultatet. Intressant är att bara 10% uppger att de sökte för utbildningskäl. Därefter refereras Macaskill & Macaskill (1992) som är den första brittiska undersökningen. Det är en lite studie som inriktar sig på blivande psykiater med inriktning mot psykoterapi. Svarefrekvensen är visserligen 93% men det motsvarades endast av 25 svarande. Nästan alla av dessa är mycket nöjda med sin egenerapi. Den tredje studien är av McEwan & Duncan (1993) vilka genomfört en enkätundersökning av 185 kanadensiska psykologer. Undersökningen fokuserar på risker med egenerapi i samband med utbildningssituationen. Till sist nämner de även material från MacDevitts (1987) studie som beskrivs nedan.

Även denna översikt nämner tanken att egenerapi under utbildning skulle vara olämpligt för det terapeutiska utfallet av terapeuternas patienter och några kända studier nämns som anses antyda detta.

Macran & Shapiro ägnar uppmärksamhet åt den ökande forskningen kring terapeuters ohälsa och yrkesrisker. Dessa referenser utelämnas i detta sammanhang. Några studier som även berör egenerapins effekter kan dock nämnas. Först en artikel av Norcross (1990), som inte är en separat studie, utan som sammanfattar flera tidigare studier av honom och hans forskargrupp. Norcross fokus är här på terapi efter avslutad utbildning och författaren betonar bl.a. att egenerapin är viktig för att hantera yrkesrelaterade problem. Inte heller Guy & Liaboe (1986a) innehåller en enskild empirisk studie utan är en översikt av forskning kring terapeuters psykiska hälsa, yrkesstress och behov av egenerapi. De argumenterar dock starkt för egenerapi, inte bara som utbildningsmoment, utan för att "minimize or eliminate the potential consequences of later psychotherapeutic practice." (s. 22)

Strupps experimentella studier nämns liksom en nyare, ej tidigare refererad, studie av MacDevitt (1987). Denna är den första mer experimentellt hållna undersökningen sedan 50-talet. Den bygger på svar från 185 terapeuter som fick 25

olika fallvinjetter med fem fasta alternativ på responser som var och en representerade fem olika sätt att handskas med de olika situationerna. Undersökningen visade bl.a. att antalet sessioner i egenterapi föreföll ha en klar relation till en ökning av förmågan att observera sig själv och sin motöverföring.

Under rubriken "utfallsstudier" refererar författarna, tyvärr utan närmare analys, de tidigare översikterna av Macaskill (1988), Clark (1986) och Greenberg & Staller (1981) och åtta kända utfallsstudier som dessa nämner.

Macran & Shapiro lägger till en tidigare inte refererad utfallsstudie av Greenspan & Kulish (1985). I denna analyseras tio patientvariabler och nio terapeutvariabler hos 27 terapeuter och deras 273 patienter vilka avbrutit sina långtidspsykoterapier. Studien visar att terapeuter med egenterapi hade signifikant lägre andel tidiga avbrott än de terapeuter som inte hade gått i terapi. Detta resultat motsäger alltså McNair, Lorr & Callahans (1963) studie.

Till de processinriktade studierna för de två nytillkomna, en av Wogan & Norcross (1985) och en av Wheeler (1991). I den första av dessa visas bl.a. att terapeuter med egenterapi lägger större tonvikt på sin personliga relation till patienten, medan dem utan egenterapi tenderar vara mer teknikorierade. Wheeler undersöker 25 "student counsellors" och deras anorektiska/bulimiska klienter. Fokus är på frågor om terapeutisk allians. I studien, som tyvärr präglas av ett stort selekterande bortfall, fann författaren bl.a. att ju mer egenterapi terapeuten hade, ju mindre benägna verkade de vara att predicera en positiv relation med sina klienter.

Macran & Shapiro har en ordentlig genomgång av metodologiska problem i samband med studier av egenterapi. Åter framförs önskemålet om högre kvalitet på forskningen och Macran & Shapiro sammanfattar "...most therapists who have undergone personal therapy stress its value. Despite this there is little substantial evidence that receiving personal therapy makes one a better therapist, at least when measured in terms of client outcome. Neither is it clearly understood how personal therapy impacts on practice (if at all). A major inadequacy of research in this area is that it has tended to focus on client outcome with very little explicit referral to any models or theories of how personal therapy might impact on therapists and their clients." (s. 22)

Den yngsta av de inkluderade översikterna är gjord av Macaskill (1999) som säger sig vilja besvara tre huvudfrågor 1) Kan det påvisas att erfarenheten av egenterapi skapar effektivare terapeuter? 2) Är den nytta som kommer av att gå i egenterapi, sådan som ger nödvändiga färdigheter och kvaliteter för att vara en effektiv terapeut? Och om så är fallet: 3) Är egenterapi nödvändigtvis det enda och det mest effektiva sättet att träna dessa färdigheter? Författaren organiserar materialet kring de två första frågeställningarna.

För att nå svar på den första frågan går Macaskill igenom åtta kända utfallsstudier. Hon anser att de undantagslöst ger ett nekande svar på frågan om egenterapi ger effektivare terapeuter.

Den andra frågan handlar mer om hur egenterapi påverkar terapiprocessen. I detta sammanhang berör författaren i någon mån även den tredje frågan. Macaskill gör det genom att pröva nio olika påståenden om egenterapins effekt.

- 1) "Egenterapi ökar känsligheten och den empatiska uppmärksamheten hos terapeuten genom erfarenheten av att själv vara klient." Författaren väljer här att refererar fem studier som hon anser visar ett negativt resultat. I de fall de visar på ett positivt samband ifrågasätter författaren det och påstår att dagens forskning inte visar att egenterapi ökar förmågan till empati hos terapeuter. En slutsats som ter sig märklig även om bara hänsyn tas till de få refererade studierna.
- 2) "Egenterapi ökar självkännedomen genom att främja en bättre förståelse för terapeutens egen personlighetsdynamik, vilket anses minska personliga sk blind fläckar." Här används endast studien av Macaskill & Macaskill (1992) där 76% uppger denna effekt. Det ter sig minst sagt anmärkningsvärt att endast referera till en av de minsta undersökningarna och dessutom hävda att det inte finns några andra "bevis" i forskningslitteraturen.
- 3) "Egenterapi ökar det egna psykologiska välbefinnandet." Författaren gör åter ett mycket selektivt urval genom att hänvisa till tre studier, däribland igen till den lilla hon gjort med sin make. Hon finner att två undersökningar delvis stöder, och en inte stöder, att egenterapi ökar välbefinnandet. Holt & Luborsky (1958) används för att påstå att det finns konsensus kring att psykisk hälsa hos terapeuten underlättar terapiprocessen, men författaren invänder att terapiutbildning är påfrestande och att terapeuter borde lösa sina problem innan de påbörjar utbildningen.
- 4) "Egenterapi minskar nivåerna av personlig symptomatologi." Här görs ett minst sagt selektivt urval genom att Buckley, Karasu & Charles (1981) resultat ställs mot Macaskill & Macaskill (1992) och trots att bägge redovisade symptomminskning påstår författaren att bevisen är oklara.
- 5) "Egenterapi ökar elevens medvetenhet om sina egna problem och konfliktområden, vilket medger att man uppmärksammar och på ett lämpligt sätt kan handskas med motöverföringen." Macaskill påstår att det bara finns en studie, MacDevitt (1987), som undersökt detta och hon påstår dessutom att den ej stödjer påståendet.
- 6) "Egenterapi leder till lösning av personliga konflikter." Även här är författarens urval minst sagt selektivt och torftigt. Här hänvisas åter till Macaskill

& Macaskill (1992) och Buckley, Karasu & Charles (1981). Om den senare anger hon felaktigt att 47% uppgav en måttlig höjning av självkänslan, när det var 94% som uppgav en höjning av denna. Skälsteget "måttligt" presenteras dessutom aldrig i studien. Åter hävdar Macaskill att resultaten inte är övertygande.

- 7) "Egenterapi resulterar i ökad förmåga att utföra den teknik som används genom en nära observation av en erfaren terapeut "in action"." Macaskill anser att det inte finns någon studie som berör denna fråga direkt. Hon nämner dock att en studie mer allmänt beskriver upplevelsen av förbättrade yrkesfunktioner.
- 8 och 9) "Egenterapi leder till en ökad övertygelse kring värdet av den behandlingsmodell som används" och "Egenterapi leder till en ökad övertygelse kring värdet av de tekniker som används, eftersom den studerande får en personlig demonstration om hur den aktuella processen fungerar." Åter är det ett litet och mycket selektivt urval av två studier. Författaren konstaterar att terapeuter ofta skattar sin egna terapi högt, men att detta måste ses mot bakgrund av briserna i denna typ av konsumentundersökningar och mot risken att svaren blir positiva för att respondenterna undviker kognitiv dissonans. Även här belastar felaktiga uppgifter artikeln, då det t.ex. påstås att MacDevitt (1987) uppger att 82% uppfattade den egna terapin som "valuable", när det i själva verket var 94% som uppgav den som "valuable" eller t.o.m. något ännu högre skälsteg.

Macaskill summerar genom att påstå att forskningen inte lyckats visa att egentterapi skapar effektivare terapeuter och att det inte finns några bevis som stöder några av de förmodade fördelarna med egentterapi.

Artikeln är så tendentiös att den knappast kan uppfattas som en vetenskaplig översikt av forskningen kring egentterapi. Den dock tagits med för att tjäna som ett exempel på hur sk vetenskaplighet används som täckmantel för att föra fram allehanda åsikter. Även om Macaskills artikel i detta sammanhang representerar en ytterlighet, finns dock en liknande tendens i flera av de tidigare refererade översikterna.

Till sist kan denna sammanställning uppdateras något med att notera att Beutler med medförfattare (Beutler et al., 2004) i senaste upplagan av "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" tyvärr fortsätter traditionen med att styvmoderligt behandla ämnet. I samband med att de behandlar hur terapeutens känslomässiga tillstånd påverkar terapier, hänvisar de kort till några av de äldre översiktsartiklarna och konstaterar: "...we conclude that there is no

persuasive evidence for a positive relationship between the act of receiving personal psychotherapy and treatment outcome.” (s. 277)

Sammanfattning

Genomgången har nu gett oss två typer av material: Förutom en kritisk bild av tretton översiktsartiklar har vi fått en summarisk vetskap om innehållet i drygt fyrtio studier om egenterapi som innehåller empiriska data. Ger innehållet i dessa nu något svar på hur man kan förstå de motsägelsefulla resultaten och bristen på empiriska data som stöder nyttan av utbildningsanalys och egenterapi? Det är tveksamt, då de data som presenterats inte är lätta att värdera.

Jag vill börja med att sammanfatta intrycken av de ingående *empiriska studierna* som översiktarna refererar. Det som framför allt slår läsaren, både via översiktens referat och via artiklarna själva, är studiernas mycket skiftande karaktär. De skiljer sig med avseende på studiernas typ, kvalitet, frågeställning, urval och metod, men också i att själva artiklarna har varierande kvalitet när det gäller beskrivningens noggrannhet, där det i de sämsta fallen är svårt att förstå vilken typ av studie som genomförts. Därtill kommer att några av dem dessutom är behäftade med en del faktafel.

Det finns en stor bredd vad gäller typen av studier inom detta område. Grovt kan dessa indelas i tre huvudtyper:

1) *Enkätundersökningar*. Mer än hälften av studierna är av denna kategori. Dessa kan i sin tur sägas falla inom två huvudgrupper a) Enkla kartläggningar och enklare attitydundersökningar och; b) Mer komplexa attitydundersökningar och studier med andra självskattningsinstrument.

Vid denna typ av studier finns generella metodproblem kring självskattningar och sk "papper och penna" undersökningar. Studierna har här också en mycket stor variation. Några få är specifika undersökningar kring egenterapi, medan i många fall studeras denna fråga parallellt med flera andra aspekter av terapeutyrket. Somliga är totalundersökningar som ibland omfattar hela terapeutpopulationer inom stora geografiska områden, andra omfattar bara några studenter vid ett mindre institut. Andra utgår ifrån slumpmässiga urval, och åter andra har ett selektivt urval. Bortfallet är mycket varierande och upp emot 60-70%. Undersökningsinstrumenten varierar från enkla frågeformulär, t.ex. om förekomst av egenterapi, medan andra använder sig av ett eller flera komplicerade självskattningsformulär. De skiljer sig också åt i hur data analyseras. Vissa använder sig av en enkel redovisning av frekvenser, andra av mer eller mindre avancerade statistiska beräkningar av korrelationer och faktorer.

2) *Naturalistiska undersökningar.* Knappt en fjärdedel av de empiriska studierna utgörs av undersökningar där man studerar verkliga psykoterapier och där betydelsen av terapeutens egenterapi belyses. Dessa studier kan delas in i två huvudtyper: a) Utfallsstudier, dvs där man jämför det terapeutiska resultatet hos terapeuter utan, respektive med, egenterapi och; b) Processtudier, dvs studier som försöker fånga aspekter i den terapeutiska processen som förutsetts hänga samman med terapeutens egenterapi.

Även här finns en stor variation. De flesta av utfallsstudierna är äldre studier från 50- och 60-talet där frågan om egenterapins betydelse var en av många variabler som studerades. Påtagligt i dessa är bristen på klara begreppsliga definitioner, vilket skapar diffusa variabler. Undersökningsgruppernas storlek, både när det gäller terapeuter och patienter, varierar från fler hundra till omkring tio. Undersökningsmetoden varierar. Här finns bl.a. de som enbart bygger på terapeuternas uppskattningar av behandlingseffekter, de som bara utgår från handledares åsikter om studenters kompetens och sådana som använder sig av mer sofistikerade och oberoende mätinstrument. Processtudierna utgör endast ett fåtal och är relativt nya. Vid båda typerna av studier varierar bortfallet påtagligt och i något fall uppgick det till över 90%.

3) *Experimentella undersökningar.* Omkring en åttondel av studierna är av den typ som ibland även kallats terapianaloga studier, i vilka man i en mer eller mindre experimentell situation försöker isolera en specifik och avgörande egenskap hos terapeuten, t.ex. förmågan till empati. Med något undantag gjordes dessa undersökningar under 50-talet.

Två återkommande problem för dessa studier är, för det första, i vilket fall man verkligen lyckats isolera en faktor av betydelse och, för det andra, i vilken mån man kan dra slutsatser från en förenklad och konstlad situation till verkligheten. Många av studierna har också så små undersökningsgrupper varför slutsatserna måste ses som mycket preliminära.

Generellt för många empiriska studier om egenterapi är att egenterapins typ, frekvens och längd inte klargörs. Några studier behandlar egenterapi under utbildningstiden, andra studier handlar specifikt om egenterapi efter avslutad utbildning. I de flesta fall framgår inte när egenterapin skett. Det finns också en stor variation vilken terapeutisk och yrkesmässig kompetens de som ingår i undersökningarna har och om detta överhuvudtaget klargjorts, liksom hur tydligt respondenterna befinner sig i en yrkeskarriär som psykoterapeuter. En stor del av studierna är t.ex. gjorda på psykologstudenter eller blivande psykiatriker med endast en kort terapiutbildning.

De fyrtiofyra empiriska studierna uppvisade alltså en mycket stor variation i de flesta avseenden. En av många frågor som kan ställas om de tretton här beskrivna *översiktsstudierna* är hur de handskats med denna variation. Som redan framgått varierar också de granskade översikterna själva i sin kvalitet. Jag vill här lyfta fram tre områden där översikterna skiljer sig åt.

1) *Urval*. Här skiljer sig översiktsstudierna avseende hur många studier de omfattar, vilket urval man gjort och i hur hög grad man använder sig av indirekta referat.

För att ge en bild av det urval och den selektion som förekommer, kan de antal studier som respektive översikt omfattar, sättas i relation till antal möjliga studier att referera vid den tidpunkt då översikten publicerades. Med "möjliga" studier avser jag då här alla de studier som publicerades fram till två år innan översikten publicerades, dvs att studierna med viss sannolikhet skulle kunnat komma med i respektive översiktsstudie. På detta sätt skapas lite grovhugget nio tidsperioder till vilka de tretton översiktsartiklarna kan knytas.

Tabell: Några relationer mellan empiriska studier och översiktstudier

Period	Totalt publ. ¹⁾	Översiktsstudie	Antal refererade	varav nytillkomna ²⁾	% av då publ. ³⁾
1950-1968	18	Meltzoff & Kornreich (1970)	7	7	39%
1950-1975	29	Fisher & Greenberg (1977)	8	2	28%
		Garfield (1977)	7	5	24%
1950-1978	33	Parloff et al. (1978)	4	0	12%
1950-1979	38	Greenberg & Staller (1981)	9	8	24%
1950-1984	58	Clark (1986)	11	1	19%
		Glass (1986)	10	1	17%
		Beutler et al. (1986)	7	4	12%
1950-1986	70	Macaskill (1988)	14	3	20%
		Herron (1988)	13	2	19%
1950-1992	89	Beutler et al. (1994)	7	3	8%
1950-1996	101	Macran & Shapiro (1998)	27	9	27%
1950-1997	102	Macaskill (1999)	15	0	15%

1) Det akumulerade totala antalet publicerade empiriska studier. 2) Antalet nytillkomna empiriska studier sedan föregående period. 3) Andel, av då publicerade empiriska studier, som refereras.

De tidiga studierna är procentuellt bäst vad gäller relationen mellan alla publicerade studier och refererade studier, där Meltzoff & Kornreich (1970) har med ca 39% av de då befintliga studierna. Sämst är Beutler et al. (1994), som knappt har med 8% av de då publicerade studierna. Bara tre översiktsstudier tar med mer än 25% av de vid tillfället publicerade studierna, vilket nog måste ses som anmärkningsvärt.

Det kan också noteras att det finns stor variation i hur många nytillkomna studier som tas med i de olika översiktsstudierna. Här utmärker sig Greenberg & Staller (1981) och Macran & Shapiro (1998) positivt då dessa har med 8 respektive 9 ej tidigare refererade studier. Sämst är Parloff et al. (1978) och Macaskill (1999) som endast refererar studier som redan omnämnts i tidigare översikter. Att den sist nämnda dessutom grundar sina slutsatser på endast ca 15% av de då publicerade studierna, förstärker bilden av bristande seriositet i denna översikt.

Ofta tar författarna med och betonar betydelsen av utfallsstudier, medan värdet av olika självskattningsstudier anses mindre och vars positiva resultat om egenerapin värde i flera fall dessutom tonas ner.

Översikterna varierar även i vad mån de förefaller bygga på en egen analys och i vad mån de mer verkar kopiera tidigare översikter. Beutler et al. (1986) och Beutler et al. (1994) redovisar öppet att de inte gör helt egna genomgångar och bedömningar, utan i hög grad lutar sig mot tidigare översiktens resultat.

Då den senast inkluderade översikten publicerades 1999 har jag, i enlighet med tidigare resonemang, endast räknat med de 102 empiriska studier som publicerats fram till och med 1997. Om de 58 studier som publicerades fram till dess och som inte är refererade i någon av översiktsstudierna, kan kort sägas att även dessa uppvisar en liknade stor variation vad gäller typ och kvalitet som dem som refereras, utom möjligen att det i denna grupp inte finns någon ytterligare utfallsundersökning.

2) *Analysnivå och grad av vetenskaplighet.* Några av översikterna är mer refererande medan andra har en mer kritiskt granskande ambition. Det finns en stor variation vad gäller noggrannhet, där några är påtagligt slarvigt skrivna med t.ex. många faktafel. Bara några genomför ett värderande av studiernas kvalitet och ett viktande av resultatens värde. Metodanalyserna är ofta mycket kortfattade. Studier av mycket skiftande typ, kvalitet och bevisvärde behandlas ofta som likvärdiga. För att ta ett av många exempel jämförs ibland värdet av Dernal (1960) ytligt beskrivna sk utfallsstudie studie med 16 studenter, med ambitiösa och väldokumenterade studier som t.ex. Henrys et al. (1971) undersökning med omkring 4.000 personer. Översikterna av Herron (1988) och Macran & Shapiro (1998) framstår som kvalitetsmässigt bättre de övriga. I

dessa två förs mer analyserande resonemang. Generellt kan dock sägas att den vetenskapliga nivån på de flesta översikterna är låg. Återkommande kritik mot bristfällig forskningsdesign i de empiriska studierna, har sällan hindrat författarna till dessa översiktsartiklar från att själva ändå dra ganska långtgående slutsatser från de studier som de refererar.

3) *Ideologiska syften*. Något som även minskar värdet av flera översikter är att man, av sätten olika författare förhåller sig till de studier de refererar, kan ana ideologiska syften. Somliga är selektiva i sitt urval och i sin kritik. De betonar kritiska synpunkter framför allt när det gäller studier som visar på positivt resultat, medan de utan kommentarer accepterar negativa eller sk nollresultat. Mest utmärkande när det gäller denna tendens är Macaskills (1999) artikel, men flera av andra artiklarna har också drag av att vara inlägg i en debatt och få kan därför betraktas som seriösa metastudier.

Något i stort sett alla översikter är eniga om är att det behövs mer och bättre forskning om psykoterapeuters egenterapi – en slutsats det är lätt att instämma i.

Diskussion

Är egenterapi bortkastad tid? Är forskning om egenterapi bortkastad tid? Denna artikels frågeställningar kan nog inte ges några enkla svar. Frågorna, och därmed de möjliga svaren, måste differentieras mer. Som både Herron (1988) och Macran & Shapiro (1998) i sina översikter påpekar, förefaller det inte vara en fruktbar väg att göra fler enkla sk utfallsstudier. Den viktigaste anledningen till detta är att egenterapin är en allt för komplicerad företeelse. "Vanlig" psykoterapiforskning har ju visat hur mångfacetterade frågorna kring dessa förändringsprocesser är. När det gäller egenterapins effekter så blir detta ännu mer påtagligt, då dessa har fler typer av mål. För att frågeställningar kring egenterapins effekter ska kunna besvaras, behöver framför allt själva *variabeln "egenterapi"* i empiriska studier analyseras, klargöras och avgränsas ytterligare. Här kan man skilja på några problemområden där det finns mer arbete att göra:

1) Egenterapi är en diffus variabel. En sätt att belysa problemen kring forskningen om egenterapi är att ställa frågan som antyddes redan inledningsvis, men som anmärkningsvärt nog aldrig ställs i de refererade studierna: Vad gör en egenterapi till en egenterapi? Åtminstone tre problematiska svar kan ges:

a) Det är när terapeuter går i terapi. En följdfråga blir att "terapeut" måste definieras. I de flesta studier är det oklart vad som definierar dem som studeras som just terapeuter. Är det när dessa, oftast dåligt avgränsade

grupper av personer, går i terapi som det ska kallas egenterapi? Är det alltså just det att någon som kallas terapeut går i terapi som gör det till en egenterapi? Detta oavsett vilken orsaken är till att man söker terapi? Hur gör man t.ex. med dem som gått i terapi innan de kom att tänka på att bli terapeuter, ska deras terapi då "nachträglich" betraktas som egenterapi?

- b) Det är terapier som har speciella "inre" egenskaper. Är det terapier som kräver speciella typer av terapeuter, som det t.ex. är inom den psykoanalytiska världen? Är det terapier som kräver speciell metodologi? Är det terapier som har andra mål än "vanliga" terapier? Kanske – men något av dessa sätt att definiera egenterapi finns inte i någon av de här nämnda undersökningarna.
- c) Det är terapier som sker i samband med terapiutbildning. En tidsmässigt koppling till utbildningen är ett sätt att avgränsa egenterapin. Det är dock lätt att se olika problem med hur gränserna i dessa fall ska dras. Huvudinvändningen är möjligen att egenterapi traditionellt har en vidare definition. I de här omnämnda studierna skedde de flesta egenterapier t.ex. helt eller delvis utanför utbildningens ramar.
- 2) Egenterapi är en kontaminerad variabel. Några översiktsstudier uppmärksammar detta problem. Förekomsten av egenterapi är nästan alltid knuten till andra betydelsefulla variabler, vilket gör att dess betydelse är svår att särskilja. Vanligaste exemplet är kopplingen till variabeln "yrkeserfarenhet". En annan är terapeutens teoretiska inriktning. I flera studier är den effekt som kan tillskrivas egenterapi kanske orsakat av variabeln "teoretisk inriktning" och dessa är ibland oskiljaktiga. Så är fallet när det gäller psykoanalytiker, vilka ju alla, förutom Freud själv, gått i egen analys.
- 3) Egenterapi är en amalgamiserad variabel. Uttrycket är lånat från Sandell et al. (2002a) som använder det när de försöker differentiera en annan komplex variabel, nämligen "erfarenhet" hos terapeuten. Amalgamisering innebär här att variabeln har en inneboende komplexitet och där dess olika delar t.ex. riskerar att ta ut varandra. Egenterapi har sannolikt också en sådan inre komplexitet att effekten av den är svår att studera. Ett särskiljande av dessa inre element måste i någon grad ske för att studier av egenterapins effekt ska bli möjlig. Redan inledningsvis i denna artikel nämndes fem syften med egenterapi och andra författare har lyft fram ytterligare syften. Dessa kan möjligen tjäna som utgångspunkt i ett differentieringsarbete. För att ta ett exempel: Hur kan vi bättre förstå vad vi menar med "ökad självkänedom" och hur hänger de delar detta mål innehåller samman med vad terapeuter faktiskt gör i terapier och har detta i sin tur någon mätbar effekt på arbetet med patienterna?

- 4) Egenterapi är en komplex variabel. Egenterapi har inte bara en inre komplexitet, för även om denna kan klargöras, är själva företeelsen så komplicerad att enkla studier knappast är möjliga. Troligen är det i enskilda studier bara möjligt att belysa någon eller några delaspekter av egenterapins effekter. De olika aspekterna av egenterapi har också olika kvalitativa egenskaper, vilket sin tur hänger samman med egenterapins olika syften. Studier om egenterapi måste därför ske utifrån olika perspektiv. Jag vill här föreslå att man när de gäller forskning kring egenterapins effekt skiljer mellan *tre perspektiv*. Dessa fångar något av de olika syften, intressen och intressenter som är inblandade i dessa sammanhang. Uppdelningen tydliggör också att olika referensramar och metoder behövs vid de olika perspektiven. De tre kan benämnas:
- a) Terapeutiskt perspektiv. Här avses t.ex. de specifika svårigheter och/eller fördelar som finns när man bedriver terapi med terapeuter. Frågor som har att göra med att terapeuter som går i terapi själva ska få en tillräckligt bra terapi. En stor del av den icke-empiriska litteraturen är skrivet med detta perspektiv, men empirisk forskning saknas.
 - b) Pedagogiskt perspektiv. Det handlar här om förändringsmål som är både interna och externa. I det första fallet är det effekter som kan ses i relation till olika utbildningsmål och om mål i förhållande till rollen som elev. Hit hör också att beakta relationen mellan egenterapi och andra kursmoment, liksom frågan om när det, i förhållande till utbildningsprocessen, är mest optimalt att gå i egenterapi. Till de externa hör syften som handlar om egenterapins effekt på tredje part, dvs dess effekt på de terapier terapeuten utför. Här ses alltså egenterapin som ett utbildningsmoment som syftar att få fram bättre terapeuter.
 - c) Sociologiskt perspektiv. Några syften kan bäst beskrivas utifrån en sociologisk och/eller socialantropologisk referensram, bl.a. de som rör egenterapins relation till det institutionella kontext som den sker inom. Här avses frågor om egenterapin som instrument för urval och antagning av terapeuter, om rollinläring och socialisation liksom om egenterapi som initiationsrit. Förutom relationen mellan egenterapi och utbildningsorganisation, behöver man här ta hänsyn till dess relation med alla de olika sociala system som terapeuter utgör. Egenterapins sociala funktioner är det som här är i fokus.

Denna indelning i tre perspektiv kan också hjälpa till att ge begreppet egenterapi en avgränsad betydelse. Jag föreslår att det som gör egenterapin till egenterapi, är att den karaktäriseras av många typer av mål och av flera syften och att dessa alltid är av såväl terapeutisk som pedagogisk och sociologisk art. Frågan

om egenerapins effekt kan alltså ges mycket olika svar, beroende på vilket av perspektiven vi anlägger. Detta får till följd att forskare alltid kan, och åtminstone i någon mån måste, förhålla sig till alla dessa tre perspektiv på fenomenet egenerapi.

När egenerapi studeras tror jag alltså det är fruktbart att klargöra i vilken del, eller vilka delar, av denna komplicerade och komplexa domän man finner sig i och vilka olika frågeställningar inom detta område, eller dessa områden, man avser att belysa med sin studie. Nedan följer några av de *faktorer och områden* som man i framtida forskning behöver ta hänsyn till för att kunna säga något om, och i så fall hur, egenerapin har effekter på terapeuters praktik.

- 1) Faktorer som hänger samman med orsaken till att terapeuten sökt egenerapi. Här finns en mängd olika aspekter att ta hänsyn till som bl.a. har att göra med personens motivation. Hur kan man t.ex. jämföra egenerapier där den blivande terapeuten söker för att formellt få tillräckligt antal timmar inom ramen för en terapiutbildning eller där personen sökt av personliga skäl innan en medveten terapeutkarriär överhuvudtaget startat eller där en terapeut sent i karriären söker p.g.a. en kris eller p.g.a. mer kroniska personliga eller yrkesmässiga svårigheter?
- 2) Faktorer som har att göra med egenskaper hos terapeuten som börjar i egenerapi. Här behöver man t.ex. studera grader och typer av patologi och personlighetsstörningar men också anlag och egenskaper som gör personer lämpliga för yrket. Man har t.ex. frågat sig om terapeuter som går eller inte går i egenerapi är bättre, eller sämre, redan innan egenerapin. Här behöver man då också få en tydligare bild över vilka faktorer som har inverkan på praktiken, och vilka av dessa som faktiskt påverkas av egenerapi.
- 3) Faktorer som har att göra med den kontext som egenerapin sker inom. Mest påtagligt blir detta när man studerar utbildningspsykoanalyser med dess större eller mindre grad av institutionell kontroll. I andra exempel behöver man ta hänsyn till relationen mellan den inriktning den egna terapin har och den inriktning som terapeutens utbildning och egna arbete har. Vad har det t.ex. för effekt när beteendeterapeuter går i dynamisk psykoterapi eller vad betyder det för dynamiskt orienterade psykoterapeuter att gå i psykoanalys? Hit hör också den ofta diskuterade frågan om obligatorisk egenerapi.
- 4) Faktorer som har att göra med terapeutens yrkesutövande generellt. Frågor här är t.ex. egenerapins betydelse för terapeutens hälsa och arbetskapacitet, för professionell utveckling och yrkesidentitet, liksom dess möjligheter att generell öka terapeutens förståelse för terapeutiska skeenden.
- 5) Faktorer som har att göra med den enskilda terapeutiska processen. Också här behöver det undersökas vilka sidor hos terapeuten som har en relation till

egenterapin och hur dessa påverkar den process som pågår med patienten. En viktig fråga är t.ex. vilka aspekter av processen som påverkas av egenterapi och vilka som inte påverkas? En forskningsfråga av mer kvalitativ art är hur egenterapi kan formas till meningsfulla erfarenheter i terapeutens arbete med patienten?

- 6) Faktorer som har att göra med matchningen patient-terapeut. Påverkar egenterapin vilka patienter terapeuten arbetar med? Här finns t.ex. idéer att egenterapi kan vara viktig ju svårare patienten är eller att terapeuter med egenterapi väljer att arbeta med svårare patienter. Följdfrågor blir då också om dessa terapeuter då verkligen klarar fler typer av patienter och om de arbetar bättre med svårare patienter.
- 7) Faktorer som har med relationen egenterapi-terapiutfall att göra. Finns det speciella aspekter av terapiutfall som påverkas av om terapeuten gått i egenterapi? Det är ju möjligt att vissa utfallsaspekter påverkas av det, medan andra inte gör det.

Sammanfattningsvis måste det alltså konstateras att resultatet av de studier som här behandlats, mer säger något om brister i undersökningarna, än om egenterapins effekter. Detsamma gäller de översikter som här diskuterats. Båda typerna av studier visar också att både frågor och befintliga svar är ännu för oklara och odifferentierade. Till en del har detta att göra med egenterapins komplexa karaktär. Några enkla slutsatser om egenterapins effekter går inte att dra.

Även om moderna utfallsundersökningar, som t.ex. Sandell et al. (2002b), förmedlar intressant material då de antyder att terapeuter som gått i lång analys har sämre resultat än andra terapeuter när de bedriver långvariga psykoterapier, är det fortfarande oklart hur sådana resultat ska tolkas. Den kunskapsmängd som finns idag kan inte ge oss så många tydliga svar om egenterapins effekt. De resultat som finns kan däremot hjälpa oss att ställa nya frågor och forma nya hypoteser för ett fortsatt undersökande. Det är lätt att instämna med Macran & Shapiro (1998) när de påpekar att det inte längre är meningsfullt med frågan om egenterapi har någon effekt, utan att det i stället är mer fruktbart att fråga *hur* den har effekt.

Men för att framtida studier om egenterapins effekter ska bli meningsfulla behöver variabeln "egenterapi" analyseras, klargöras och avgränsas. Detta bl.a. för att kunna särskilja effekten av egenterapi från den av andra variabler och för att kunna differentiera mellan de olika inre element som ingår det fenomen som vi kallar "egenterapi". Vidare behövs, förutom klara och användbara definitioner, mer teoretiskt förankrade och differentierade hypoteser för att fortsatt forskning om egenterapi ska bli fruktbart. Det behövs prövbara hypoteser som

förmår att fånga trovärdiga orsakssamband mellan olika aspekter av egenterapi och olika faktorer i de terapeutiska, pedagogiska och sociala processerna och i slutändan olika aspekter av utfallet.

Speciellt när det gäller terapier som arbetar med människans meningsskapande, förefaller en lämplig väg vara att använda kvalitativa metoder. Spännande nya exempel är studier av Macran, Stiles & Smith (1999) och Wiseman & Shefler (2001) kring hur terapeuter under sitt arbete ger sin egenterapi en mening. Denna typ av studier tror jag har förutsättningar att föra oss närmare svaren om vilka effekter egenterapi har.

Jag vill avsluta genom att en sista gång återvända till artikelrubrikens dubbeltydiga fråga: Är egenterapi bortkastad tid eller är forskning om egenterapi bortkastad? Med all sannolikhet är varken det ena eller det andra bortkastad tid, men en hel del arbete återstår att göra innan forskningen kan ge några övertygande och generaliserbara svar.

Litteratur

- Beutler, L.E., Crago, M. & Arizmandi, T.G. (1986). Research on therapist variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (257-310). New York: Wiley.
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P. & Neufeldt, S.A. (1994). Therapist variables. In Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (229-269). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (227-306). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Buckley, P., Karasu, T.B. & Charles, E. (1981). Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18 (3), 299-305.
- Clark, M.M. (1986). Personal therapy: A review of empirical research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17 (6), 541-543.
- Coryell, W. & Wetzel, R.D. (1978). Attitudes toward issues in psychiatry among third-year residents: a brief survey. *American Journal of Psychiatry*, 135, 732-735.
- Derner, G.F. (1960). An interpersonal approach to training in psychotherapy. In N.P. Delliis & H.K. Stone (Eds.) *The training of psychotherapists* (130-145). Balton Rouge, LA: Louisiana State Univer. Press.
- Fisher, S. & Greenberg, R.P. (1977). *The scientific credibility of Freud's theories and therapy*. New York: Columbia Univ. Press, 1985.
- Garetz, F., Raths, O. & Morse, R. (1976). The disturbed and the disturbing psychiatric resident. *Archives of General Psychiatry*, 33, 446-450.
- Garfield, S.L. (1977). Research of the training of professional psychotherapists. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.) *Effective psychotherapy: A handbook of research* (63-83). New York: Pergamon.

- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1971). Personal therapy, outcome and some therapist variables. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8 (3), 251-253.
- Garfield, S.L. & Kurtz, R. (1974). A survey of clinical psychologists: Characteristics, activities and orientation. *The Clinical Psychologist*, 28, 7-10.
- Garfield, S.L. & Kurtz, R.M. (1976). Personal therapy for the psychotherapist: Some findings and issues. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13 (2), 188-192.
- Glass, J. (1986). Personal therapy and the student therapist. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31 (4), 304-312.
- Goldschmid, M.L., Stein, D.D., Weissman, H.N. & Sorrels, J.A. (1969). A survey of the training and practice of clinical psychologists. *The Clinical Psychologist*, 22, 89-107.
- Greden, J.F. & Casariego, J.I. (1975). Controversies in psychiatric education: A survey of resident's attitudes. *American Journal of Psychiatry*, 132, 270-274.
- Greenberg, R.P. & Staller, J. (1981). Personal therapy for therapists. *American Journal of Psychiatry*, 138 (11), 1467-1471.
- Greenspan, M. & Kulish, N. (1985). Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 75-82.
- Guild, M. (1969). *Therapeutic effectiveness of analyzed and unanalyzed therapists*. (Unpublished doctoral dissertation) New York: St. John's Univ.
- Guy, J.D. & Liaboe, G.P. (1986a). Personal therapy for the experienced psychotherapist: A discussion of its usefulness and utilization. *Clinical Psychologist*, 39 (1), 20-23.
- Guy, J.D. & Liaboe, G.P. (1986b). The impact of conducting personal therapy on therapist's interpersonal functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 111-114.
- Guy, J.D., Stark, M.J. & Poelstra, P.L. (1988). Personal therapy for psychotherapists before and after entering professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19 (4), 474-476.
- Hamreby, M. (2003). *Är den till någon nytta för den arme stackaren?* Uppsats inom psykoanalytikerutbildningen. Stockholm: Svenska psykoanalytiska sällskapet.
- Henry, W.E., Sims, J.H. & Spray, S.L. (1971). *The fifth profession*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Herron, W.G. (1988). The value of personal psychotherapy for psychotherapists. *Psychological Reports*, 62 (1), 175-184.
- Holt, R.R. & Luborsky, L. (1958). *Personality patterns of psychiatrists, Vol. I*. New York: Basic Books.
- Katz, M.M., Lorr, M. & Rubinstein, E.A. (1958). Remainder patient attributes and their relation to subsequent improvement in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 411-413.
- Kernberg, O.F. (1973). Summary and conclusion: Psychotherapy and psychoanalysis, final report of the Menninger foundation's psychotherapy research project. *International Journal of Psychiatry*, 11, 62-77.
- Klein, H. (1965). *Psychoanalysts in training: Selection and evaluation*. New York: Columbia Univ. Press.
- Lubin, B. (1962). Survey of psychotherapy training and activities of psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 18, 252-256.
- Macaskill, A. (1999). Personal therapy as a training requirement: The lack of supporting evidence. In C. Feltham (Ed.) *Controversies in psychotherapy and counselling* (142-154). London: Sage.

- Macaskill, N.D. (1988). Personal therapy in the training of the psychotherapist: Is it effective? *British Journal of Psychotherapy*, 4 (3), 219-226.
- Macaskill, N. & Macaskill, A. (1992). Psychotherapists-in-training evaluate their personal therapy: Results of a UK survey. *British Journal of Psychotherapy*, 9 (2), 133-138.
- MacDevitt, J.W. (1987). Therapists' personal therapy and professional self-awareness. *Psychotherapy*, 24 (4), 693-703.
- Macran, S. & Shapiro, D.A. (1998). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 13-25.
- Macran, S., Stiles, W.B. & Smith, J.A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*, 46, 419-431.
- McEwan, J. & Duncan, P. (1993). Personal therapy in the training of psychologists. *Canadian Psychology*, 34 (2), 186-197.
- McNair, D.M. & Lorr, M. (1964). An analysis of professed psychotherapeutic techniques. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 265-271.
- McNair, D.M., Lorr, M. & Callahan, D.M. (1963). Patient and therapist influences on quitting psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 2, 10-17.
- McNair, D.M., Lorr, M., Young, H.H., Roth, I. & Boyd, R.W. (1964). A three-year follow-up of psychotherapy patients. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 258-264.
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton Press, Inc.
- Norcross, J.C. (1990). Personal therapy for therapists: One solution. *Psychotherapy in Private Practice*, 8 (1), 45-59.
- Norcross, J.C. & Prochaska J.O. (1986). Psychotherapist heal thyself, II: The self-initiated and therapy-facilitated change of psychological distress. *Psychotherapy*, 23, 345-356.
- Norcross, J.C., Strausser-Kirtland, D. & Missar, C.D. (1988). The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy*, 25 (1), 36-43.
- Parloff, M.B., Waskow, I.E. & Wolfe, B.E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (233-282). New York: Wiley.
- Peebles, M.J. (1980). Personal therapy and ability to display empathy, warmth and genuineness in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17 (3), 258-262.
- Prochaska, J.O. & Norcross, J.C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20 (2), 161-173.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A. & Blomberg, J. (2002a). Varieties of therapeutic experience. *European Psychotherapy*, 3, 3-16.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A. & Blomberg, J. (2002b). Varieties of therapeutic experience and their associations with patient outcome. *European Psychotherapy*, 3, 17-35.
- Seeman, W. (1950). Clinical opinion on the role of the therapist adjustment in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 49-52.
- Shapiro, D. (1976). The analyst's own analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 5-42.
- Strupp, H.H. (1955). The effect of the psychotherapist's personal analysis upon his techniques. *Journal of Consulting Psychology*, 19, 197-204.

- Strupp, H.H. (1958a). The performance of psychiatrists and psychologists in a therapeutic interview. *Journal of Clinical Psychology*, 14, 219-226.
- Strupp, H.H. (1958b). The psychotherapist's contribution to the treatment process. *Behavioural Science*, 5, 34-67.
- Strupp, H.H. (1960). Nature of psychotherapist's contribution to treatment process. *Archives of General Psychiatry*, 3, 219-231.
- Strupp, H.H. (1973). *Psychotherapy: Clinical, research, and, theoretical issues*. New York: Jason Aronson, Inc.
- Strupp, H.H., Fox, R. & Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Wallach, M.S. & Strupp, H.H. (1964). Dimensions of psychotherapist's activity. *Journal of Consulting Psychology*, 28 (2), 120-125.
- Wampler, L.D. & Strupp, H.H. (1976). Personal therapy for students in clinical psychology: A matter of faith? *Professional Psychology*, 7 (2), 195-201.
- Wheeler, S. (1991). Personal therapy: An essential aspect of counsellor training, or a distraction from focusing on the client? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 14 (3), 193-202.
- Wiseman, H. & Shefler, G. (2001). Experienced psychoanalytically oriented therapist's narrative accounts of their personal therapy: Impacts on professional and personal development. *Psychotherapy*, 38, 129-141.
- Wogan, M. & Norcross, J.C. (1983). Dimensions of psychotherapist's activity: a replication and extension of earlier findings. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 67-74.
- Wogan, M. & Norcross, J.C. (1985). Dimensions of psychotherapeutic skills and techniques: Empirical identification, therapist correlates and predictive utility. *Psychotherapy*, 22, 3-74.

Abstract

Hamreby, M. (2006). Wasted time? Empirical research on psychotherapists' personal therapy. *Matrix*, 23, 4-31.

Personal therapy is a natural part of psychotherapists' training and professional life. According to research, its credibility has repeatedly been questioned. A scrutinizing description of thirteen reviews published 1970-1999, including short presentations of the forty-four empirical studies that these are based upon, show the empirical research from 1950-1993. Besides the fact that psychotherapists in many studies value their own experience of personal therapy highly, both reviews and empirical studies vary so much in quality, that few proper conclusions can be drawn from them. However, both reviews and single studies illuminate different methodical problems and can serve as starting points for continued refinement of hypothesis and theoretical deepening. Finally, some examples are given on areas where further elucidation needs to be formulated.

KEYWORDS: *Personal therapy, psychotherapy research, psychotherapy training, professional development*

Bortkastad tid? Empirisk forskning om psykoterapeuters egenerapi

Kommentar till:

Mats Hamreby:
Bortkastad tid?
*Empirisk forskning om
psykoterapeuters egen terapi*

Matrix, 2006, 1, s. 32-35

Göran Ahlin

Det är ett veritabelt kraftprov Mats Hamreby genomfört med sin kritiska granskning av den empiriska forskningen om psykoterapeuters utbildningsterapier (i Sverige, med Henry Egidius´ (1975) egendomliga, språkliga konstruktion, ofta kallad *egenterapi*). Den är kunskapsrik, lugn i tonläget och klok i sin diskussion och sina slutsatser. Utan att ha Hamrebys beläsenhet på djupet i denna forskningslitteratur finner jag ändå hans argumentering föredömligt väl underbyggd och tillgänglig för egna läsningar och slutsatser för den som önskar följa i hans spår i detalj. Själv har jag samma uppfattning som han: den hittillsvarande empiriska forskningen har – trots ambitiösa ansatser – inte visat att utbildningsterapi är skadlig för psykoterapeutisk praktik, men knappast heller kunnat visa dess värde. Den slutsats, som får mig att skriva denna kommentar, är att främsta förklaringen till detta är bristande eller ogenomtänkta forskningsfrågeställningar i förening med valet av *kvantitativa* forskningsmetoder.

Hamreby beskriver övertygande att frågeställningarna varit förenklade, stundom i katastrofal grad, andra gånger vinklade av propagandistiska skäl, med avsikt att underbygga en redan tidigare omhuldad, principiellt positiv eller negativ generell värdering av utbildningsterapin hos en författare eller en skolbildning. Ideologiproduktion och polemik redan på planeringsstadiet av forskningen har i flera projekt fått ersätta verkligt kunskapssökande.

Korrespondance: Göran Ahlin, Docent i psykoterapi, Långsjöhöjden 62, SE 12511 Älvsjö, Sverige.
Tlf. (+46) 8 995633, E- mail: goran.ahlin@psykoterapisallskapet.se

Starten till att utforska ett föga känt kunskapsområde, särskilt om det är ett komplext sådant med många möjliga och troliga, men inbördes konkurrerande infallsvinklar – som Mats Hamreby illustrerar med sina nio punkter i slutet av artikeln – måste vara att uppställa en rimlig, teoretiskt och praktiskt förankrad modell för forskningsområdet. Ett exempel på en sådan modell för utforskning av utbildningsterapiernas roll och inverkan på psykoteraeutisk praktik, fokuserad i första hand på processen session för session, kan vara följande:

- Psykoterapeuter har som resurser i sitt arbete 1) en för arbetet lämpad personlighet* 2) en för arbetet lämpad teori* 3) en "good enough" relationsförmåga och kapacitet att forma och upprätt hålla terapeutiska allianser* 4) en relevant livserfarenhet* 5) en väl utvecklad kunskap om sitt eget psykiska fungerande och förmåga till reflektion över sig själv och andra* 6) en relevant utbildningsbakgrund* som tillvaratagit och utvecklat de fem förgående resurserna* 7) en för psykoterapi relevant och gynnsam kontext, ekonomiskt, organisatoriskt, kulturellt och emotionellt.*
- Psykoterapeutiskt arbete tilldrar sig i olika former av dialoger i det terapeutiska rummet, mellan terapisesionerna upprätthållna i form av intrapsykiska röster (Stiles 1999) som under nästa session återgår till dialog.*
- Det terapeutiska samtalet sker mestadels i form av spontant förlöpande repliker – "av sig självt" – med ringa möda för någondera deltagaren (Lesche 1971).*
- Emellanåt, utan någon regelbundenhet i tid, stoppas det vanliga spontana samtalet av hinder eller komplikationer av olika slag (tvekan, motstånd, interferenser, överföringsreaktioner, ramhändelser, etc.) I dessa tillfälliga stopp, som också kan kallas *terapeutiska vändpunkter* (Carlberg 1999) ställs emellertid omgående krav på reflektion, bruk av teori som möjliggör någon form av intervention eller tolkning, först som sist från terapeutens sida, som kan lösa upp eller kringgå hindret så att den mera av sig själv förlöpande dialogen kan återuppträ (Lesche idem).
- Det är i dessa vändpunkter som det finns särskild anledning uppmärksamma vilka personliga, professionella resurser som terapeuten kan mobilisera* bland dem resultatet av den egna utbildningsterapin* – om den ingått – och av den professionella självreflektionen efter utbildningen.
- Man kan rimligen anta att terapiprocessen utvecklas genom interaktionen i vändpunkterna, endera positivt (i förhållande till terapins målsättning) eller negativt. Dessa *in-session* och *post-session impacts* (Orlinsky et al. 1994) inom loppet av minuter-timmar-dagar leder fram till vad samma författare kallar *micro-* och *mini outcome* (Orlinsky et al., idem) över veckorna-månaderna

Kommentar till: *Bortkastad tid? Empirisk forskning om psykoterapeuters egen terapi*

i terapin. När *mini-utfall* läggs till *mini-utfall* under hela terapins förlopp uppstår slutligen terapieresultatet i sammanfattning, det som kvantitativ terapiforskning kort och gott benämner utfall.

- I den mån erfarenheter från utbildningsterapier inverkar hjälpare, stödjande – eller genom att förhindra försämring eller skada på förloppet – sker det i denna modell i det korta tidsperspektivet av *in-session* och *post-session impacts* och skall i första hand studeras där*. Forskning över de längre avsnitten*, ända till terapins hela tidsspann* blir en sekundär påbyggnad på moment-för-moment studiet.

Alla med asterisk* markerade delar i modellen har hög grad av relevans för att kunna klargöra utbildningsterapiens speciella del bland psykoterapeutens resurser. Alla * kan bli föremål för forskningsinsatser, vilkas resultat, när de samlas, kan ge mycken och solid kunskap om de psykoterapeutiska processernas egentliga förlopp. En rättvisande roll för utbildningsterapin förutsätter god kartläggning av samtliga med asterisk markerade aspekter.

Modellen är i första hand grundad på psykodynamisk teori, men fungerar väl också i sammanhang till exempel med William Stiles, Robert Elliotts och David Shapiros m.fl. teori om psykoterapiprocessers utveckling, *Assimilation of Problematic Experiences by Clients in Psychotherapy* (Stiles et al. 1990) som är teorieutral med avseende på psykodynamiska och kognitiva med flera teorier.

Modellen ovan är varken invändningsfri eller helt komplett, men den illustrerar väl en användbar grund för utforskning av utbildningsterapins betydelse och värde i psykoterapeutisk praxis och därmed också för utbildningar i psykoterapi.

Modellen tydliggör att forskningsmetodiken för utforskning av utbildningsterapin, på vår nuvarande kunskapsnivå, med nödvändighet måste vara *kvalitativ processforskning*. Endast efter avsevärda antal genomförda kvalitativa studier, på *alla relevanta nivåer* av psykoterapi-processer, kan det bli möjligt uppställa mer meningsfulla hypoteser än hittills om utbildningsterapier är av godo eller inte, hypoteser som också kan undersökas kvantitativt och empiriskt. Detta är lång väg att gå, men en nödvändig sådan. Den blir inte "bortkastad tid"!

Mats Hamrebys utmärkta artikel leder fram till sådana resonemang som denna kommentar ger exempel på. Den förtjänar att läsas av varje terapeut, handledare och utbildningsansvarige med intresse för utbildningsterapi och utbildningsinnehåll i området. Den förtjänar dessutom i hög grad översättning till de stora internationella språken i den vetenskapliga litteraturen om psykoterapi och psykoanalys.

Referenser:

- Carlberg, Gunnar (1999) *Vändpunkter i barnpsykoterapi. Om psykoterapeuters erfarenheter av utvecklingsprocesser i psykoterapi*. Akad. Doktorsavhandling, Pedagogiska Institutionen, Stockholms Universitet.
- Egidius, Henry, (sekreterare i:) (1975) *Utbildning i psykoterapi och psykosocialt arbets-sätt*. Huvudbetänkande från den svenska utredningen om psykoterapiutbildning. Stockholm: Universitetskanslersämbetet, UKÄ-rapport 1975:24.
- Lesche, Carl: (1971) *Psykoanalysens vetenskapsteori. Häften för kritiska studier nr 5*. Stockholm.
- Orlinsky, David E., Graewe, K. & Parks, B., K. (1994) Process and Outcome in Psychotherapy – Noch Einmal. I: Bergin, A. E., and Garfield, S. L., (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. 4th edition, New York: John Wiley and Sons p. 275.
- Stiles, William B., Elliot, R., Shapiro, D. et al (1990) Assimilation of Problematic Experiences by Clients in Psychotherapy. *Psychotherapy*. Volume 27:3.
- Stiles, William B., (1999) Signs and Voices in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*. Volume 9:1.

Relasjonell psykoanalyse som subjektivt fundert praksis: utfordringer til faglig ekspertise og vitenskapelig status

Matrix 2006; 1, s. 36-53

Rune Løvold

Psykoanalytisk teori og praksis har i den senere tid utvidet sitt tidligere nærmest eksklusive fokus på pasientens indre verden, til også å omfatte terapeutens subjektivitet og hvordan denne kan brukes konstruktivt i det psykoterapeutiske arbeidet. Den relasjonelle psykoanalysens ideal om en autentisk, spontan og emosjonelt tilgjengelig terapeut reiser imidlertid viktige problemstillinger knyttet til bevaring av terapeutiske rammer og til gyldigheten av terapeutens faglige ekspertise. Denne artikkelen drøfter hvorvidt en psykoanalyse som tar utgangspunkt i terapeutens subjektivitet er forenelig med fundamentale krav til behandlingsramme og utøvelsen av faglig ekspertkunnskap, og finner støtte for denne muligheten. Terapeutens faglige ekspertise må imidlertid i større grad baseres på en erfaringsnær handlings- og åpenhetskompetanse, og i mindre grad på dekontekstualisert "objektiv" kunnskap om hvordan menneskesinnet fungerer.

Innledning

Allerede tidlig i psykoanalysens utvikling anerkjente Freud (1910, 1912) betydningen av terapeutens subjektivitet som en faktor som i stor grad påvirker analysen. Med introduksjonen av motoverføringsbegrepet (1910) ble også terapeutens ubevisste følelsesliv anerkjent som en relevant størrelse i det

Korrespondance: Rune Løvold, cand. psychol., Breistølen 39, 5034 Bergen, Norge.
Epost: rune.lovold@gmail.com

terapeutiske rom, i tillegg til det frem til da nærmest eksklusive fokus på pasientens indre verden. Freuds forståelse for betydningen av personlige aspekter ved terapeuten for den analytiske prosess tydeliggjøres ikke minst i innledningen til hans artikkel om teknikk (1912), hvor han fremholder at "det jeg påstår er at denne teknikken er den eneste som passer *min individualitet* [min utheving]" (s. 111, min oversettelse). Freuds visjoner for psykoanalysen som en objektiv vitenskap (Aron, 1996) – hvor idealet var repliserbare observasjoner gjennomført av en terapeut med funksjon som nøytralt og klarsynt analytisk instrument – kan imidlertid synes å ha plassert ham i et vanskelig dilemma: Hvordan bygge en objektiv vitenskap der *individualitet* utgjør en så klar faktor, og der et av de sentrale vitenskapelige instrumenter – terapeuten – ubevisst – nødvendigvis er utenfor bevisst kontroll? Freuds løsning på dette problemet bygger i stor grad på kravet om at vordende terapeuter selv gikk i analyse. Gjennom egenanalysen ble det tenkt at eventuelle "blinde flekker" kunne avdekkes og subjektive faktorer elimineres, i et forsøk på å skape en blank skjerm som pasientens overføring kunne projiseres på. På denne måten – og ved en generell formaning til objektivitet og distanse (Freud, 1912) – kunne terapeuten ubevisst frigjøres fra forstyrrende elementer, og som et presist terapeutisk instrument vendes "som en telefonmottaker... mot den mottakende mikrofon" (s. 116, min oversettelse).

Samtidig som psykoanalysens tiltro til denne garantien for terapeuten objektive kunnskap om pasienten er blitt redusert gjennom en epistemologisk dreining fra positivisme til konstruktivisme (Hoffman, 1998), har psykoanalysen etter Paula Heimanns (1950) beskrivelse av en konstruktiv bruk av overføring i økende grad anerkjent den potensielle verdien av terapeuten subjektive erfaring (Tansey & Burke, 1989). Psykoanalysen fremstår i dag i større grad som en relasjonell topersonspsykologi (Aron, 1996), hvor terapeuten ansees som en aktiv deltaker med en reell interpersonlig innvirkning på samkonstruksjonen av den terapeutiske situasjon, og hvor terapeuten som *person* må regnes som et sentralt aspekt ved denne situasjonen. En forståelse av utilstrekkeligheten av rasjonell innsikt som bedringsmekanisme og av pasientens behov for en genuin og personlig relasjon til sin terapeut (Ferenczi 1932; Mitchell, 1993), har videre ført til at personlig autentisitet, handlingsmessig spontanitet og emosjonell responsivitet er blitt utbredte idealer for terapeutisk praksis. Til sammen åpner disse konseptuelle endringene opp for en omfattende utvidelse av terapeuten repertoar i retning av en mer intim og personlig engasjert relasjon mellom behandler og pasient. Terapeuten oppfordres til å åpent og autentisk uttrykke sin egen subjektive erfaring og egne emosjonelle reaksjoner overfor pasienten (Maroda, 1999), og velger tidvis å spontant bryte ut av etablerte psykoterapeutiske rammer og ritualer (Hoffman, 1998).

Relasjonell psykoanalyse som subjektivt fundert praksis:
utfordringer til faglig ekspertise og vitenskapelig status

Den relasjonelle psykoanalysens vektlegging av topersonspsykologiens sosialkonstruktivisme, gjensidighet og epistemologiske uvisshet kan imidlertid synes heftet med to alvorlige problemer. For det første: Hvordan ivaretas det terapeutiske fokus på *pasienten* innen en psykoanalyse som preker gjensidighet, bruk av terapeutens subjektivitet og synliggjøring av denne? Hva hindrer behandlingsrammene i å bryte sammen, som i Ferenczis (1932) tilsynelatende forfeilede eksperiment med gjensidig analyse? Og for det andre: Gitt topersonspsykologiens og sosialkonstruktivismens forkastelse av sikker objektiv kunnskap, og den relasjonelle psykoanalysens fokus på subjektive retningslinjer for terapeutisk praksis og tilsynelatende nedtoning av tekniske aspekter – hvor blir det av grunnlaget for psykoterapi som profesjonell utøvelse? Hvilken faglig ekspertise kan terapeuten gjøre krav på? Jeg vil i det følgende undersøke de konsekvenser disse utfordringene synes å ha for praktiseringen av psykoanalytisk terapi, og kritisk drøfte hvorvidt det er mulig å forsvare psykoanalysen som profesjonell og vitenskapelig praksis i lys av terapeutens ureducerbare subjektivitet.

Bevaring av terapeutisk ramme og pasientfokus

Maroda (1999) summerer godt opp problemstillingen angående konflikten mellom en økt bruk av terapeutens subjektivitet og det tradisjonelle idealet om et klart og utvetydig fokus på pasienten:

[D]et vedvarende problemet er hvordan analytikeren kan bringes mer tydelig inn i det analytiske møte, uten å ofre pasientens hellige privilegium til å ha 'et eget rom,' et sted som innstiller sosiale konvensjoner tilstrekkelig til å fremme en grad av selvutforskning som mangler sidestykke i noen annen relasjon. (s. 89, min oversettelse)

Nettopp et slikt eget rom for pasienten har vært mye av motivasjonen for det klassiske idealet om tilsidesettelsen av terapeutens personlighet i det terapeutiske rommet. Negative aspekter ved terapeutens selv holdes i sjakk for ikke å medføre fordommer og personlige problemer legges til side før terapitimen starter. På denne måten skulle pasienten kunne føle seg trygg på at det er han som står i fokus for timen, uten at terapeutens erfaringsverden skulle stjele scenen, eller – som Sullivan (1954) advarte mot – at terapeutens "personlige tilfredsstillelse" skulle gå på bekostning av pasienten.

Hva skjer så med denne uselviske tilsidesettelsen innenfor en terapimodell som oppfordrer til aktiv bruk av egen subjektivitet og erfaringsverden? Renik (1996) hevder at nettopp frykt for en holdning av "anything goes" (s. 515) og

for en fremming av utnyttelse av pasienter er noe av det som motiverer det nøytrale paradigmat. Maroda (1999) viser på lignende måte til anklagene om "wild analysis" (s. 88) som ofte kastes etter terapeuter som forsøker å integrere egen subjektivitet i terapiprosessen. Hva grunner denne frykten i?

Ferenczi: "Mutual analysis"

Diskusjonen rundt forholdet mellom den terapeutiske rammen og en inkludering av terapeuten som person kan spores tilbake til motsetningene mellom Freuds og Ferenczis tilnærminger til psykoterapi. Tradisjonelt er det særlig Ferenczis (1932) berømte – og beryktede – behandling av RN, og de terapitekniske eksperimentene han foretok i den anledning, som har tjent som eksempel på hvor galt det kan gå dersom de klassiske idealene om abstinens, anonymitet og objektivitet forlattes.

I det åtteårige behandlingsforløpet Ferenczi gjennomgikk med RN – en intelligent og psykologisk sofistikert kvinne, men med alvorlig og svært behandlingsresistent psykopatologi – brøt han relativt tidlig med flere av de etablerte rammene for psykoterapi. Motivert av målet om en korrektiv emosjonell erfaring ga han etter for pasientens krav om et betydelig utvidet behandlingstilbud – og godtok på ett tidspunkt å ta henne med på ferie sammen med sin kone – uten å gi uttrykk for egne voksende negative følelser overfor pasienten. Da en merkbar fremgang uteble, og behandlingsrelasjonen ble uholdbar for Ferenczi, forsøkte han å gjeninnføre vanlige terapeutiske rammer. RN – som selv hadde praktisert som ufaglært psykoterapeut i flere år – reagerte med frustrasjon og raseri, anklaget han for å skjule følelser av hat og sinne for henne og forlangte å få muligheten til å analysere disse følelsene hos ham for å løse det relasjonsbruddet og den fastlåste behandlingssituasjonen de nå befant seg i. Ferenczi gikk med på dette, og startet slik eksperimentene med det som er kjent som "gjensidig analyse". Han vedgikk nå at han til tider hatet RN, noe som etter en umiddelbar negativ reaksjon lot til å ha en positiv effekt på behandlingen. Etterhvert gikk Ferenczi med på å ha alternerende sesjoner, en for ham og en for RN, hvor han selv assosierte fritt – og, etter hvert, uten selvsensur.

De positive effektene beskrives som en friere, åpnere og mer ærlig terapi – en analyse mellom "to barn" – og gjorde Ferenczi initialt overbevist om den nye metodens fortrefelighet. Imidlertid viste rammebruddet og fristelsen til å fokusere på behandleren seg ikke terapeutisk. RNs forventninger om et ekte kjærlighetsforhold og belastningen Ferenczi etter hvert opplevde i forbindelse med kravene om å stille seg emosjonelt naken for henne førte til at han ikke kunne fortsette med gjensidig analyse, og måtte etter et mislykket forsøk på å

vende tilbake til en tradisjonell behandling avslutte det feilslåtte eksperimentet på grunn av sviktende helse. Ferenczi konkluderte at gjensidig analyse bare måtte brukes som en siste utvei dersom all annen behandling slo feil.

Ferenczis etterfølgere

Hvilken, om noen, lærdom kan en så trekke ut fra Ferenczis feilslåtte eksperiment? Er dette behandlingsforløpet et bevis på at bruk av og fokus på terapeutens subjektivitet uunngåelig innebærer upassende regelbrudd og feil fokus for behandlingen, eller er det mulig å bevare de positive aspektene Ferenczi og RN opplevde – uten at terapien degenererer? Ifølge Maroda (1998) var Ferenczis mistak ikke det at han oppfattet og ønsket å oppfylle RNs behov for å kjenne hans følelser overfor henne, men snarere det at han ikke fant noen effektiv måte å gjøre dette på. Ferenczis tidlige rammebrudd, og den overdrevne ettergivenheten overfor alle RNs krav om tilpasning av behandlingen, medførte en stor grad av frustrasjon og sinne. Dette ble initialt skjult av Ferenczi, delvis fordi – som RN hevdet og Ferenczi selv innrømte – at han hadde et behov for å ”se seg selv som ultragod som et forsvar mot [sin] egen aggresjon.” (Maroda, 1998, s. 116, min oversettelse). Ferenczis tilpasninger kan slik anees som en inautentisk bestrebelse etter å bli sett på en spesiell måte, etter å konstruere og formidle et spesifikt inntrykk av seg selv hos RN. Det RN, ifølge Maroda, hadde behov var imidlertid nettopp Ferenczis *autentiske tilstedeværelse*. En tilstedeværelse som ikke var forenlig med en tilbakeholdelse og fornektelse av negative følelser. Samtidig viste det seg at den gjensidige analysen førte for mye av Ferenczi som person inn i behandlingen; både av hensyn til et fokus på pasienten og til hva som var mulig for behandleren å tåle over tid. Grensen mellom terapeut og pasient ble brutt ned, noe som viste seg fatalt for behandlingen.

En autentisk tilstedeværelse vil for Maroda i denne sammenhengen innebære en emosjonell ærlighet innenfor den terapeutiske relasjonen. Terapeuten forteller pasienten, når denne ber om det, ikke hva pasienten nødvendigvis ønsker å høre, men hva terapeuten faktisk føler. Fokuset på terapeutens subjektivitet er imidlertid relatert til pasienten, og ikke til terapeutens personlige historie slik tilfellet kunne være i Ferenczis behandling av RN, og innebærer slik ikke en fokusdreining bort fra pasienten. Snarere vil denne åpenheten kunne eliminere en ellers forstyrrende opplevelse av dobbelhet i den terapeutiske relasjonen, hvor terapeutens mer eller mindre vellykkede forsøk på å skjule sine egentlige tanker og følelser gjør pasienten usikker og uttrygg, og slik paradoksalt nok dreier dennes fokus bort fra seg selv og mot terapeuten. Når denne dobbelheten forsvinner, og terapeuten åpent anerkjenner og diskuterer sin personlige

tilstedeværelse i behandlingen, tar denne opp mindre rom og etterlater mer til pasienten (Renik, 1999).

Empati versus autentisitet?

Stolorow, Orange og Atwood (2001) har imidlertid reist en advarende stemme mot også den relasjonelle psykoanalysens bruk av terapeutens subjektivitet. De påpeker at fremhevelsen av denne potensielt kan ta form av en skjult moralsk agenda i terapirommet, hvor det implisitt kreves at pasienten anerkjenner denne subjektiviteten, og hvor pasientens evne til å gjøre nettopp dette blir et mål på terapeutisk fremgang i form av dennes overgang fra "et aggressivt Kleiniansk spedbarn til en etisk og mindre selvopptatt voksen." (s. 475, min oversettelse) Når terapeuten på denne måten påtvinger pasienten et krav om anerkjennelse, kan konsekvensen slik være at den utforskende og felles meningsskapende psykoanalysen forvitrer. Sullivans (1954) ovennevnte advarsler mot intervensjoner motivert av terapeutens personlige tilfredsstillelse synes altså ikke å ha mistet sin aktualitet. Men innebærer dette nødvendigvis et motsetningsforhold mellom en autentisk og en empatisk holdning fra terapeutens side?

Orange (2002) har selv stilt seg kritisk til et slikt skille. Hun hevder at den konflikten mellom autentisitet og empati som terapeuten tilsynelatende stilles i gjenspeiler en forvirring rundt forholdet mellom disse to begrepene, og bygger på et Kartesiansk skille mellom menneskelivets indre og ytre aspekter. Snarere enn å representere motsetninger hevder Orange at autentisitet og empati forutsetter hverandre. Empati konseptualiseres her ikke som en form for vikarierende introspeksjon hvor terapeuten forkaster sitt eget perspektiv, på samme måte som autentisitet ikke forutsetter en insistering på en anerkjennelse av egen "annenhet" overfor den andre. Autentisk deltakelse i et intersubjektivt system forstås her som å være og handle innenfor dette systemet på en måte som er i overensstemmelse med ens egen opplevelse av det. En empatisk fokusering på pasienten vil kunne regnes som en sentral del av en slik opplevelse. Dette innebærer at en autentisk holdning ikke hindrer at egne interesser legges til side for å være nær pasientens erfaring, samtidig som en empatisk holdning ikke forutsetter at terapeutens egne perspektiver forlates. Målet for den psykoanalysen Orange beskriver er da også nettopp en "personlig autentisitet uttrykt i... personlige former for empatisk forståelse." (s. 699, min oversettelse).

En gjensidig, asymmetrisk ramme

Selv om subjektiviteten til terapeut, så vel som pasient, altså begge kommer til uttrykk innenfor en relasjonell psykoanalyse er det ikke en tankenødvendighet – selv om muligheten alltid vil være til stede – for at uttrykk av terapeutens subjektivitet går på bekostning av pasientens. Til tross for at begge deltakere påvirker hverandre, og er gjenstand for utforskning som kilder til data, vil de likefullt ha ulike roller å fylle; roller som defineres nettopp gjennom den terapeutiske rammen. Aron (1996) klargjør dette ved å skille mellom *gjensidighet* og *symmetri*. Det at pasient og terapeut til enhver tid påvirker hverandre og genererer data for behandlingen gjør at Aron ser den terapeutiske relasjon som fullt ut gjensidig. Symmetri innebærer imidlertid en likhet og en kvantitativ jevnbyrdighet, som ikke er beskrivende for dette forholdet; den ene betaler for den andres tid, møtene foregår hos den ene av partene, og der er maktforskjeller i forholdet. Videre kan en ikke gå ut ifra at gjensidig generering av data innebærer at pasient og terapeut bidrar med samme mengde og type data. Den terapeutiske relasjons gjensidige, men fundamentalt asymmetriske, struktur er en nødvendig konsekvens av de ulike utgangspunktene deltakerne har når de møtes; formålet for møtet, funksjon og forpliktelser, samt personlig konsekvenser ved vellykket eller mislykket resultat, vil alle være svært forskjellige for pasienten og terapeuten. Renik (1995) viser til at terapeuten og pasienten i den terapeutiske bestrebelse begge formidler sin egen virkelighet til den andre; for pasienten er dette imidlertid med sikte på å øke sin egen selvforståelse, mens det for terapeuten er med sikte på å øke selvforståelsen til den andre.

En økt benyttelse av terapeutens subjektivitet i behandlingen endrer altså ikke på denne forskjellen, og en disiplinering av denne subjektiviteten synes nødvendig for å kunne være til nytte for pasienten. Psykoterapiforskning (Hill & Knox, 2002) tyder da også på at terapeuter må vise forsiktighet og klinisk skjønn i sin bruk av selvavsløringer, slik at de ikke "[oppfyller] deres egne behov, fjerner fokus fra pasienten, forstyrrer flyten i timen, belaster eller forvirrer pasienten, er påtrengende, tilslører grensene mellom terapeut og pasient, overstimulerer pasienten, eller kontaminerer overføringen." (s. 262, min oversettelse). Hoffman (1998) presiserer at en autentisk terapeut ikke skal forsøke å ødelegge den fundamentale asymmetrien i den terapeutiske relasjonen, men søke å inkorporere "den spesielle formen for disiplin som den psykoanalytiske situasjonen krever av analytikerens." (s. 178, min oversettelse) i sin autentiske fremtreden.

Vitenskapelig forankring og ekspertise

Den andre problemstillingen som reiser seg i kjølvannet av detroniseringen av den klassiske analysens idealer om nøytralitet og objektivitet, beskrives av Renik (1996) som en frykt for å sette i fare forestillingen om å tilby en vitenskapelig basert terapi – for å redusere psykoterapeuten til en vanlig rådgiver. Kan en psykoanalyse som i stor grad baserer seg på utøverens subjektive erfaringer gjøre krav på noen form for vitenskapelig status? Hvilken legitimitet har en slik form for praksis? Hvilken ekspertise kan terapeuten egentlig sies å sitte inne med?

Terapeutens objektivitet: Fra positivisme til sosialkonstruktivism

Renik (1993, 1998a) beskriver selv hvordan den kjensgjerningen at terapeutens subjektivitet er ureduserbar innebærer at terapeuten aldri i et gitt øyeblikk kan vite til hvilken grad hans handlinger i den terapeutiske situasjonen påvirkes og formes av hans ubevisste personlige tanker og følelser. Dette er en absolutt tilstand, som ikke kan kvantifiseres, og er slik ureduserbar. Ifølge Renik (1998a) er det fundamentalt at psykoanalytisk teknikk og teori tar konsekvensen av dette ved å "oppgi ethvert krav om at analytikeren i behandlingssituasjonen kan være objektiv, i den positivistiske betydningen av begrepet, det vil si objektiv på en måte som er uavhengig av subjektivt engasjement." (s. 492, min oversettelse). Hoffman (1998) beskriver hvordan overgangen fra en positivistisk til en konstruktivistisk modell kjennetegnes nettopp av at "overbevisning basert på objektiv kunnskap reduseres, [samtidig som] overbevisning basert på analytikerens subjektive erfaring økes." (s. 168, min oversettelse). Terapeutens personlige deltakelse i prosessen regnes å ha en kontinuerlig påvirkning på dennes forståelse, som slik alltid blir en funksjon av vedkommendes perspektiv i øyeblikket (Hoffman, 1998). Det er en slik konstruktivistisk vitenskapsfilosofi som tvinger relasjonelle teoretikere som Aron (1996) til å "sky rollen som autoritativ analytiker, som kjenner sannheten og representerer virkeligheten og derfor sunnhet, til fordel for et bilde av analytikeren som en meddeltaker involvert i en gjensidig om enn asymmetrisk bestrebelse." (s. 258, min oversettelse) Renik påstår imidlertid at det vil være en feilslutning å anta at vi – dersom vi aksepterer Arons bilde av terapeuten, og aksepterer at terapeutens subjektivitet er ureduserbar – også må forkaste *enhver* form for objektivitetsideal. Faktisk så vil nettopp det å akseptere, og ta i betraktning terapeutens ureduserbare subjektivitet og det illusoriske i idealet om en positivistisk objektivitet for Renik representere en særlig form for objektivitet, som for ham er den mest sentrale: "For meg er det når en analytiker tar høyde for det faktum at hans eller hennes subjektivitet er

en absolutt tilstand, i stedet for å late som at denne subjektiviteten kan minimeres, at analytikeren faktisk er objektiv." (s. 487, min oversettelse) Renik kan her sies å skissere en alternativ løsning på Freuds ovennevnte dilemma: Hvordan bygge en objektiv vitenskap innenfor et felt hvor individuell subjektivitet utgjør en så klar faktor? I stedet for å forsøke å eliminere denne subjektivitet velger Renik heller å omfavne den. Ved å anta en åpen, utforskende og ikke-autoritativ posisjon – ved å vedkjenne seg sin egen subjektive forankring gjennom å kontinuerlig gjøre egne tanker, følelser, vurderinger og reaksjoner til gjenstand for felles undersøkelse – kan terapeuten gjøre krav på en annen type objektivitet enn den positivistiske. Ikke en objektivitet som gir den samme følelsen av distanse og sikker kunnskap, men en som like fullt sørger for at den terapeutiske prosessen ikke blir sittende fast i en epistemologisk hengemyr hvor det ikke er mulig å finne et fast punkt å starte utforskningen fra.

Gadamers (1960) hermeneutiske perspektiv skisserer en tilsvarende tilnærming til problemstillingen om objektiv kunnskap. Som hos Renik anses aksepten av at vår erfaring av virkeligheten uunngåelig formes av vår forutinntatthet som det "faste punkt" en må starte utforskningen fra. Gjennom utforskning basert på en genuint åpen dialog, kan imidlertid denne forutinntattheten utfordres og endres. I en samtale hvor deltakerne både er åpne om sitt eget ståsted – så langt de er i stand til å kjenne og uttrykke det – og samtidig er åpne for gyldigheten og verdien av den andres, kan ny – og i en forstand *objektiv* – innsikt oppnås. Ikke bare vil deltakerne få en bedre forståelse av hverandres posisjoner – med bakgrunn i Gadamers tenkning kan de også sies å komme nærmere en forståelse av hvordan virkeligheten *faktisk er*, og dermed noe som kan kalles objektiv kunnskap. Gadamers perspektiv innebærer at virkeligheten, selv om den ikke kan gripes uavhengig av den som oppfatter den, er mer enn bare en gjenspeiling av observatørens sinn, og at sannheten *både* konstrueres og oppdages. Terapeutens ureduserbare subjektivitet ser slik ikke ut til å gjøre det umulig å nærme seg en meningsfull og nyttig forståelse av virkeligheten. Ved å dialogisk utforske de til tider motstridende forståelsene vi har og de begrepene vi bruker for å gripe den, samt å evaluere dem for den nytteverdien de har, kan en forsøke å få fast grunn å stå på uten at en overser sin subjektive forankring i et misforstått forsøk på å være "objektiv". Slik består muligheten for at terapeuten også i en postpositivistisk psykoanalyse metodisk kan bruke sin erfaring og sine ferdigheter for å nærme seg en faktisk kunnskap om sin pasient, uten å falle for fristelsen til "pulling rank" (Hoffman, 1998, s. 174) ved å anta posisjonen som "objektiv vitenskapsmann".

Reflection-in-action

Renik (1998a) har som utgangspunkt at psykoanalysen klart bør ta mål av seg å være en vitenskap. Det synes imidlertid klart, i lys av diskusjonen over, at den formen for vitenskap som psykoanalysen kan ha som ideal vil måtte skille seg fra det positivistiske vitenskapsidealet som er utbredt innen naturvitenskapene, og som også var Freuds (1912) utgangspunkt da han formante terapeuter til nøytralitet, objektivitet og distanse. Hvordan kan den vitenskapelige modellen for en psykoanalyse som baserer seg på den subjektive utøverens innveving i det han arbeider med da se ut?

Donald Schön (1983) beskriver hvordan tradisjonelle begreper ikke er i stand til å "gjøre rede for den smidige kompetansen praktikere [i vitenskapelig funderede profesjoner] til tider avdekker i det de gjør," (s. 19, min oversettelse) og hevder at den praksisepistemologien vi har vært bundet til ikke er adekvat for å forklare den kompetansen vi anser som viktig. Denne tradisjonelle modellen for utøvelsen av profesjonell praksis, som Schön kaller "teknisk rasjonalitet", bygger på en positivistisk epistemologi og har som utgangspunkt at instrumentelle problemer løses gjennom eksperimentelt utledet kunnskap. Innenfor en slik modell tar en utgangspunkt i at målene for den profesjonelle utøvelsen – i vårt tilfelle utøvelsen av psykoterapi – er fikserte og entydige, at virkeligheten er objektiv og kjennbar, og at den er uavhengig av den distanserte utøverens verdier og synspunkter. Videre bygger denne modellen på klare skiller mellom nevnte mål og midlene for å nå dem; mellom etablering av kunnskap gjennom forskning og utøvelsen av den i praksis; og mellom kunnskap og handling. Problemet oppstår ifølge Schön når det viser seg at ikke bare midlene for å nå målet, men også målene *i seg selv* fremstår usikre, flertydige og ustabile. I møte med slike problemstillinger er det nødvendig med en alternativ modell til teknisk rasjonalitet, en modell som ser vitenskap som "en prosess hvor forskerne kjemper med uvissheter" (s. 49, min oversettelse) og hvor det å navngi og kontekstualisere problemene det skal arbeides med blir en sentral del av oppgaven.

Schön tegner konturene av et slikt alternativ i det han kaller "reflection-in-action", hvor han bryter ned de positivistiske dikotomiene mellom mål og middel; forskning og praksis; og kunnskap og handling. Reflection-in-action beskriver en tilnæringsmåte hvor utøveren behandler hver enkel oppgave som et unikt tilfelle, hvor problemet ikke i utgangspunktet er gitt, og hvor en standardisert bruk av teori eller teknikk ikke er en tilfredsstillende måte å møte det på. Hvert tilfelle krever en grad av det Schön kaller en "kunstnerisk utførelse", som drar veksler på den implisitte kroppsliggjorte kunnskapen som utvikles gjennom

erfaring og kun kan uttrykkes gjennom handling, og tar utgangspunkt i en reflekterende dialog med den unike og uvisse situasjonen. I denne dialogen tester utøveren hypoteser ved å undersøke hvorvidt intervensjoner frembringer tilfredsstillende endringer, og kan slik gjøre krav på å i denne prosessen gjøre seg i besittelse av falsifiserbar, objektiv kunnskap. Ved å bryte ned den tekniske rasjonalitetens skarpe grenser mellom forskning og utøvelse – ved å vise hvordan faktisk kunnskap utvikles i dialog med utøvelsen av den – åpner Schöns reflection-in-action modell for den type vitenskapelig testing av hypoteser opp mot nye data som Renik (1998a) beskriver. I denne modellen forsøker praktikeren å endre en unik situasjon ved hjelp av en spontan og kunstnerisk bruk av erfaringsbasert, falsifiserbar og objektiv kunnskap. Samtidig er denne kunnskapen personlig, og knyttet til det forståelsessystemet og overbyggende teorier som utøveren følger. Utøveren er dermed uunnngåelig en del av det fenomenet han forsøker å forstå, og dette bidraget må inkluderes i denne forståelsen. Schön beskriver hvordan dette stiller spesielle krav til den reflekterende utøver:

På samme tid som forskeren forsøker å forme situasjonen etter sin ramme, må han holde seg selv åpen for situasjonens gjensvar. Han må være villig til å gå inn i ny uorden og nye uvissheter. Av dette følger at han må anta en form for dobbeltsyn. Han må handle i overensstemmelse med det syn han har antatt, men han må anerkjenne at han alltid kan bryte opp dette synet senere, faktisk *må* han bryte det opp senere for å oppnå en ny forståelse av sin transaksjon med situasjonen. (s. 164, min oversettelse)

En korrekt vitenskapelig holdning innen den handlingsreflekterende modellen vil slik være å forsøke å forstå og tilpasse situasjonen ut fra sitt syn på den, samtidig som utøveren er åpen og søkende etter indikasjoner på at han ikke lykkes i å gjøre dette og dermed må inngå i en videre dialog for å øke sin forståelse. Utøverens evne til å gjøre dette avhenger både av hans muligheter til å gjenkjenne elementer i de ukjente situasjonene – for slik å kunne bruke sitt repertoar av forståelser, bilder og handlinger – og de relativt sett mer varige elementene som danner utgangspunktet for hans forståelse: en overbyggende praksisteori, en egnet rolleramme, og en åpen reflekterende holdning.

Terapeutens ekspertise: teoretiske grunnlagsspørsmål og noen empiriske funn

Hvor etterlater så dette terapeuten som ekspert med en ekspertkunnskap som rettferdiggjør at han kan ta betalt for sine tjenester? Det synes iallfall klart at en ekspertkunnskap innenfor Schöns handlingsreflekterende modell ikke lenger har den samme autoriteten som tidligere:

Ideen om reflekterende praksis fører... til en avmystifisering av faglig ekspertise. Den fører oss til en anerkjennelse av at spesialistkunnskap både for profesjonelle og ikke-profesjonelle er innvevet i evalueringsrammer som er merket av menneskelige verdier og interesser. Den fører oss videre til en anerkjennelse av at omfanget av teknisk ekspertise er begrenset av situasjoners uvisshet, ustabilitet, unikhet og konflikt. (s. 345, min oversettelse)

Dersom en autentisk relasjon, spontane rammebrudd, genuine emosjonelle reaksjoner, og generelt sett et forhold mellom terapeut og pasient som er "så likt et hvert annet forhold som mulig" (Renik, 1998b, s. 578, min oversettelse) videre skal anees som de sentrale bedringsfaktorene, er en profesjonell psykoterapeut da et nødvendig – enn si optimalt – alternativ for den pasienten som mangler det Mitchell (1993) beskriver som en mangel av "ekte, meningsfull og verdifull" (s. 24, min oversettelse) erfaring? Hva blir terapeutens unike bidrag i så måte?

Det synes klart at terapeuten ikke lenger uproblematisk kan antas å til en hver tid ha et bedre grep om realitetene enn pasienten til en hver tid, enn si å være "friskere". Aron (1996) peker da også på hvordan vår ekspertise som terapeuter snarere ligger i "tilegnelsen og forbedringen av visse personlige, interpersonlige, og profesjonelle *ferdigheter* [min utheving]." (s. 262, min oversettelse). Heller enn en kunnskap løst fra handling – slik Schön (1983) beskriver teknisk rasjonalitet – synes det altså som at det er implisitte, handlingsbaserte ferdigheter som terapeuten gjennom sin opplæring og erfaring tilegner seg og gjør han særlig egnet til å gjøre det arbeidet som kreves i psykoterapi. Betydningen av slike handlingsbaserte ferdigheter støttes av Binder (1999), som viser til empiriske funn som tyder på at bruk av detaljerte og teknisk fokuserte behandlingsmanualer ikke er forbundet med bedre behandlingsutfall. Binder tilskriver dette manualtilnærmingens relative overfokusering på dekontekstualisert deklarativ kunnskap, på bekostning av en erfaringsnær, prosedyrell kunnskap hvor terapeutens fleksible og kreative bruk av sin tekniske kunnskap står sentralt:

Dersom alle, eller endog de fleste, mennesker kunne bli behandlet ved å

Relasjonell psykoanalyse som subjektivt fundert praksis:
utfordringer til faglig ekspertise og vitenskapelig status

bruke et foreskrevet sett av empirisk bevist effektive teknikker på en klart spesifisert psykisk lidelse, så ville grunnleggende terapeutisk kompetanse vært den høyeste form for en terapeuts ferdighet. Tett etterfølgelse av tekniske forordninger i seg selv har imidlertid sjelden predikert et godt terapeutisk utbytte. (s. 712, min oversettelse)

De forskningsresultater Binder viser til er i overensstemmelse med de generelle funn innenfor psykoterapiforskningen: spesifikke teknikker kan ikke anees å være av de mest vesentlige faktorene for pasientens bedring (Lambert & Barley, 2002). Binder foreslår i stedet at terapeutisk kompetanse er tett sammenvevd med en evne til *improvisasjon*. I tillegg til å henge sammen med den automatiserte, prosedyrelle og erfaringsbaserte kunnskap som er beskrevet over, er en slik kompetanse bygget på det Binder beskriver som "en raffinert selvregulerende evne til å kunne reflektere rundt egne handlinger på ulike måter." (s. 713, min oversettelse) Slik vil terapeutens aksept av og refleksjon rundt egen innnevning i behandlingssituasjonen og de til enhver tid massive begrensninger i egen innsikt – så å si evnen til å reflektere rundt sitt eget bidrag og samtidig innse begrensningene i denne refleksjonen – representere en egen og svært verdifull form for kompetanse. I stedet for å sitte inne med "svaret" – en objektiv og presis kunnskapsekspertise – kan terapeuten slik med bakgrunn i sin erfaring og praksisteori, og med en åpen, reflekterende holdning og vilje til å forlate standardiserte forståelsesrammer som utgangspunkt, besitte en handlings- og en åpenhetsekspertise som kan være nyttig for pasienten i hans søken etter *sine* unike svar.

Selv om den faglige og teoretiske bakgrunnen til terapeuten ikke lenger kan sies å gi klare regler som kan brukes til å predikere eller kontrollere spesifikke hendelser, kan den like fullt skaffe til veie et språk som kan brukes til å konstruere en generell forståelsesramme, som igjen kan brukes som utgangspunkt i forsøket på å utvikle spesifikke tolkninger av unike situasjoner. En slik forståelse av faglig kunnskap og ekspertise er forenlig med det Wampold (2001), i forlengelsen av Frank og Frank (1991), beskriver som en kontekstuell metateori for psykoterapi. I motsetning til den medisinske metateorien som hittil har vært dominerende innenfor feltet – ikke minst gjennom den senere tids fokus på såkalt "evidensbasert terapi" (Nathan & Gorman, 1998) – bestreber ikke den kontekstuelle tilnærmingen å "nulle ut" terapeuten gjennom å foreskrive universelle teknikker basert på diagnose, uavhengig av den større sammenhengen terapiens forløp og deltakere står i. Wampold understreker at en koherent teoretisk tilnærming og avledede tekniske intervensjoner absolutt er fundamentalt for effektiv psykoterapi, og en forutsetning for å danne en terapeutisk relasjon.

Disse spesifikke bestanddelene er imidlertid bare virksomme som ledd i en meningsskapende prosess, hvor den unike terapeut-pasient dyaden bruker denne forståelsen og disse endringsfrembringende ritualene for å skape en helende kontekst.

Dette innebærer at terapeuter må anta en sunn ydmykhet i forhold til graden av universell validitet for de teknikkene de bruker, og at en ikke uten videre kan regne med at en gitt tilnærming er den riktige for alle pasienter. Verdien av faglig kunnskap og ekspertise blir slik ikke erklært ugyldig – Wampold presiserer betydningen av at terapeuteori er i overensstemmelse med øvrig psykologisk forskning – men dens subjektive forankring erkjennes (Renik, 1998a; Wampold, 2001), og den dogmatiske regelbundne bruken av den nyanseres med "kunstnerisk utøvelse" (Binder, 1999; Schön, 1983; Wampold, 2001) og spontanitet (Hoffman, 1998). Videre må terapeuten som person anees som en fundamental faktor for terapeutisk utfall (Wampold, 2001), sannsynligvis i større grad enn den spesifikke terapitekniske tilnærming han bruker. Psykoterapiforskning (Norcross, 2002) viser at en god terapeut er en som bruker spesifikke metoder, som tilbyr sterke relasjoner, og som tilpasser både konkrete metoder og generelle relasjonelle tilnærminger til den individuelle pasient. Binders (1999) ovennevnte vektlegging av terapeutens evne til improvisasjon finner også gjenklang hos Wampold (2001), som i sin undersøkelse av spesifikke teknikkers innvirkning på utfall skiller mellom terapeutens "troskap" ("allegiance") og "etterfølgelse" ("adherence") i forhold til sin foretrukne terapeutiske tilnærming. Wampolds gjennomgang av psykoterapiforskningen konkluderer med at der terapeutens tiltro til sin egen tilnærming har en nær sammenheng med et positivt behandlingsutfall, er sammenhengen mellom den mer eller mindre rigide etterfølgelse av detaljerte behandlingsprotokoller basert på den gitte tilnærmingen i beste fall svak, og, ifølge enkelte studier, i verste fall negativ. I Binders (1999) oppsummering: "[E]ssensen av en terapeuts ekspertutøvelse er kapasiteten for improvisasjon innenfor parametrene til en koherent modell for den terapeutiske prosess." (s. 717, min oversettelse)

Et slikt perspektiv på terapeutens ekspertise synes fullt forenelig med tanken om at pasienten i like stor grad som en rasjonell innsikt i sine problemer kan ha behov for en autentisk relasjon til terapeuten (Mitchell, 1993). Det at terapeuten ikke *vet* blir mindre problematisk, og som i Arons (1996) henvisning til Winnicott (1971) oppfordres han til å tolerere å ikke vite. Gjennom en spontan og autentisk responsivitet kan terapeuten da i sine tolkninger vise pasienten at også terapeuten selv er "fullt levende og feilbar" (Aron, 1996, s. 102, min oversettelse). Sett på denne måten sitter ikke terapeuten hjelpeløs, eksponert og rådvill igjen, etter at illusjonene om anonymitet, nøytralitet og objektivitet

bryter sammen. I møtet med en uoversiktlig, kompleks og skiftende situasjon kan ikke terapeuten ha mer enn begrenset innsikt og forståelse, men kan likevel møte denne situasjonen på en måte som oppleves nyttig for pasienten. Renik (1993) foreslår på bakgrunn av en slik forståelse at metaforen om terapeuten som kirurg eller spill erstattes med en metafor om terapeuten som alpinist eller surfer: "en som tillater seg selv å bli påvirket av sterke krefter, med vissheten om at disse skal mestres og utnyttes, heller enn å bli fullstendig kontrollert." (s. 417, min oversettelse)

Avslutning

Psykoanalysen har i løpet av de siste tiår gjennomgått relativt omfattende endringer, både i sitt teoretiske grunnlag og i sin praktiske anvendelse. Den klassiske analysens vektlegging av objektivitet og en naturvitenskapelig holdning har i økende grad blitt nyansert med en større epistemologisk ydmykhet og med en økt anerkjennelse av verdien av terapeuten subjektive erfaring som kilde til kunnskap. Sentrale teoretikers vektlegging av pasientens behov for autentiske og meningsfulle personlige erfaringer – et behov som strekker seg utover det klassiske fokus på rasjonalitet, innsikt og bevisstgjøring av det ubevisste – har videre ført til at de terapeutiske idealene om abstinens, nøytralitet og anonymitet for mange er blitt erstattet av et ideal om en autentisk, spontan og emosjonelt tilgjengelig terapeut.

Jeg har i det foregående forsøkt å drøfte og imøtegå de rammemessige og epistemologiske utfordringer som oppstår i kjølvannet av denne utviklingen, med sikte på å oppnå en form for avklaring av det presserende og ubehagelige spørsmålet: Hvilken ekspertise kan terapeuten gjøre krav på? Jeg har vist hvordan subjektivitetsorienterte terapeuter som Aron (1996), Maroda (1999) og Renik (1995) vektlegger betydningen av at psykoanalysen bevarer kravene om terapeutiske rammer og en grunnleggende asymmetri i relasjonen – også stilt overfor den dreining mot åpenhet og gjensidighet som en aktiv bruk av terapeuten subjektivitet innebærer. Videre har jeg vist hvordan teoretikere som Schön (1983) og Wampold (2001) innenfor sine konstruktivistiske og kontekstuelle orienterte modeller tar høyde for det Renik (1993) referer til som vår absolute og ureduserbare subjektivitet, samtidig som de også vektlegger behovet for koherente teoretiske forståelsesmodeller og ivaretar fundamentale krav om vitenskapelighet og faglig stringens. På bakgrunn av dette synes det rimelig å konkludere at det er mulig for psykoanalytisk orienterte terapeuter å benytte seg av den utvidelsen av det terapeutiske intervensjonsspekteret som det subjektive paradigmet åpner opp for, uten å samtidig gi opp psykoanalysens posisjon som

faglig fundert disiplin og sin egen status som faglig ekspert. Den ekspertisen som den kompetente terapeut kan gjøre krav på innen en slik form for psykoanalyse vil imidlertid i større grad basere seg på en erfaringsnær handlings- og åpenhetskompetanse, og i mindre grad på dekontekstualisert "objektiv" kunnskap om hvordan menneskesinnet fungerer. Med en koherent teoretisk forståelse i bunn (Wampold, 2001); en evne til fleksibilitet og improvisasjon (Binder, 1999; Schön, 1983); og en åpenhet og vilje til å gjøre egne tanker, følelser og vurderinger åpne for felles utforskning (Maroda, 1999; Renik, 1995), synes terapeuten slik å ha de beste forutsetninger for å la sin kompetanse, erfaring og ekspertise komme den hjelpsøkende pasient til gode i dennes bestrebelser på å forstå seg selv og å finne større glede og frihet i sin tilværelse.

Referanser

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Binder, J. L. (1999). Issues in teaching and learning time-limited psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 19(6), 705-719.
- Ehrenberg, D. B. (1992). *The intimate edge: extending the reach of psychoanalytic interaction*. New York: Norton.
- Ferenczi, S. (1932/1988). *The clinical diary of Sandor Ferenczi*, Ed.: J. Dupont. Cambridge: Harvard University Press.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1910/1957). The future prospects of psychoanalytic therapy. *Standard Edition*, 11 (ss. 141-151). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1912/1958). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. *Standard Edition*, 12 (ss. 109-120). London: Hogarth Press.
- Gadamer, H.-G. (1960/1975). *Truth and method*. New York: Seabury Press.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In: J. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 255-265). New York: Oxford.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: J. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17-32). New York: Oxford.
- Maroda, K. J. (1998). Why mutual analysis failed. The case of Ferenczi and RN. *Contemporary Psychoanalysis*, 34(1), 115-132.
- Maroda, K. J. (1999). *Seduction, surrender, and transformation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.

Relasjonell psykoanalyse som subjektivt fundert praksis:
utfordringer til faglig ekspertise og vitenskapelig status

- Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (Eds.). (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. (2002). Empirically supported therapy relationships. In: J. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 3-16). New York: Oxford.
- Orange, D. M. (2002). There is no outside. Empathy and authenticity in psychoanalytic process. *Psychoanalytic Psychology*, 19(4), 686-700.
- Renik, O. (1993/1999). Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. In: S. A. Mitchell, S. A. & L. Aron (Eds.). *Relational psychoanalysis: the emergence of a tradition* (pp. 407-422). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 466-495.
- Renik, O. (1996). The perils of neutrality. *Psychoanalytic Quarterly*, 65, 495-517.
- Renik, O. (1998a). The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 487-497.
- Renik, O. (1998b). Getting real in analysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 67, 566-593.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R. D., Orange, D. M. & Atwood, G. E. (2001). Cartesian and post-cartesian trends in relational psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18(3), 468-484.
- Sullivan, H. S. (1954/1970). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Tansey, M. J. & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: from projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York: Basic Books.

Note

1 Takk til Per-Einar Binder for kommentarer.

Abstract

Løvold, R. (2006): Relational psychoanalysis as subjectively founded praxis. *Matrix*, 23, 36-53.

Psychoanalytic theory and practice has in recent years expanded its previously virtually exclusive focus on the patient's psyche, to also include the therapist's subjective experience and how it can be used constructively in the psychotherapeutic endeavour. Relational psychoanalysis' ideals of an authentic, spontaneous and emotionally available therapist, however, raises important problems related to the maintenance of therapeutic boundaries and to the validity of therapist's professional expertise. This paper discusses whether a psychoanalysis based on the therapist's subjectivity is consistent with fundamental requirements for boundaries and the exercise of professional expertise, and finds support for this possibility. The therapist's professional expertise, however, has got to be founded to a greater extent on an experiential competence of action and openness, and to a lesser extent on decontextualized "objective" knowledge about how the mind works.

Ageren hos unge i gruppeterapi

Matrix 2006; 1, s. 54-72

Ole Jakob Storebø

Artiklen fokuserer på at vise de forskellige former for ageren i gruppeterapi med unge. Artiklen er baseret på litteraturstudier og klinisk materiale. Man kan betegne ageren som en måde at komme af med den forøgede spænding, som den terapeutiske situation skaber, som noget konstitutionelt, som en form for kommunikation, som tegn på fejl ved terapeutens teknik, som terapeutageren og som en modstand mod erindringer. Endvidere kan man tale om både individuel- og gruppeageren. Samt at de unge i adolescensen har en forøget handletrang, der kan opfattes som et overgangsfænomen, og endelig, at man kan tale om ageren også uden for det terapeutiske arrangement.

Om ageren

Begrebet ageren (acting out), som Freud introducerede i 1905, er blevet udvidet og ændret meget. Der er i den relevante litteratur om emnet meget stor forskel på betydningen af begrebet. Ageren bliver brugt i forbindelse med impulshandlinger, kriminel adfærd (Fenichel, 1945; Greenacre, 1950). For tiden er der en tendens til at lade termen omfatte en lang række impulser, psykisk sygdom og antisociale handlinger. Ved gennemgang af nyere litteratur om termen viser der sig dog den fællesnævner, at der er en antagelse om, at den givne handling indeholder ubevidste elementer. Der er en opfattelse af, at en del af den begrebsforvirring, der eksisterer, hidrører fra oversættelsen af Freuds oprindelige term. Det tyske "agieren" er blevet oversat til den engelske betegnelse "acting out", hvor særligt præpositionen "out" menes at have bidraget til forvirring (Sandler, 1994). Freuds meget kendte artikel fra 1914: "Remembering, repeating and working through" omtaler, at nogle patienter har særligt svært

*Korrespondance: Ole Jakob Storebø, afdelingspsykolog og gruppeanalytisk psykoterapeut.
Behandlingshjemmet Nebs-Møllegård, Nebs Møllevvej 94, DK-4174 Jystrup, Danmark.
E-mail: psyksoc@nebsmoellegaard.dk*

ved at huske deres fortrængninger, og at de i stedet for handler dem ud. "He reproduces it not as a memory but as an action; he repeats it, without, of course, knowing that he is repeating it". I denne artikel taler Freud om ageren, både som en måde patienten genudlever fortiden på, og som en modstand mod erindringen. Freud gør endvidere opmærksom på, at ageren og overføring har samme betydning, idet patienten gentager fortiden på en måde, som i begge tilfælde inddrager analytikeren. Et eksempel på dette kan være, at patienten i stedet for at fortælle analytikeren om sin vrede mod sin far, opfører sig på en aggressiv måde over for analytikeren. Fenichel (1945) var i modsætning til dette synspunkt af den opfattelse, at ageren bør og skal adskilles fra overføring. Ageren handler efter Fenichels opfattelse om stærke orale og narcissistiske træk hos patienten. Endvidere var lav frustrationstolerance en udløsende faktor. Den analytiske setting vil have en tendens til at fremkalde ageren i og med, at den virker regressivt på patienten og forøger den indre spænding. Der vil være ageren i enhver analyse (Freud, 1914; Limetani, 1966; Greenson, 1966). Både Limetani (1966) og Greenson (1966) påpeger, at det skal ses som et "faresignal", hvis der ikke forekommer ageren i forbindelse med analysen. Enten handler det om, at patienten holder materiale væk fra analysen, eller også er patienten/terapeuten ikke opmærksom på, at der foregår ageren. Omvendt er kraftig og vedvarende ageren enten et tegn på alvorlig psykopatologi eller fejl ved terapeutens teknik eller kunnen (Batman & Holmes, 1999).

Ageren i gruppeterapi med unge

Ageren er almindeligvis mere fremtrædende i gruppeterapi end i individuel terapi qua en række faktorer, som forøger angstniveauet. Det kan for eksempel virke provokerende, at patienten befinder sig sammen med flere personer, således at han derved får mindre opmærksomhed fra terapeuten og flere overføringsinput, og at de øvrige gruppedeltageres "materiale" kan virke personligt provokerende på ham (Nimmanheminda, 1997). Også Spotniz (1973) mener, at gruppeterapi nemt vil kunne føre til mere ageren end individuel terapi, fordi der er flere overføringsobjekter og mere feedback fra de andre deltagere, og anstrengelserne for at være empatisk med mange mennesker kan give mere indre spænding.

Mængden af ageren i gruppen afhænger ikke bare af gruppens sammensætning, men også af terapeuten bevidste og ubevidste attitude (Munzer, 1966). I gruppeterapi kan der forekomme ageren både på individniveau og på gruppeniveau. En af de teoretikere, der kan forklare ageren på gruppeplanet, er Wilfred Bion. Wilfred Bion (1993) er inde på, at der eksisterer et dybt ubevidst

angstniveau i en gruppe. Han beskriver tre elementer i en gruppeproces, der påvirker gruppen. Disse elementer består af individet, gruppementaliteten og gruppekulturen. I gruppementaliteten ligger det enstemmige udtryk for gruppens vilje, som individet ubevidst bidrager til. Det kan influere individet forstyrrende, når han tænker eller opfører sig på en måde, der er i uoverensstemmelse med de ubevidste basale antagelser i gruppen (afhængighed, kamp/flugt og pardannelser). Dette skal forstås på den måde, at et menneske, der træder ind i en hvilken som helst gruppe, ubevidst vil blive navigeret af gruppementaliteten. Hvis denne ubevidste kraft er i uoverensstemmelse med det, man kender som sig selv og sin identitet, opstår der konflikt. Gruppekulturen er "skabt af" gruppedeltagerne som helhed i et forsøg på at løse denne dissens. Man kan forestille sig, at disse ubevidste niveauer og "forhandlinger" kan danne basis for ageren, og Bions teori er væsentlig at have med sig i tankerne som terapeut i gruppeterapi med unge. Ifølge denne teori kan man forestille sig en gruppeform for ageren, for eksempel qua kamp/flugt-grundantagelsen. Dette kan for eksempel vise sig ved, at de unge "flygter" fra det terapeutiske arbejde ved at kaste slikpapir mod hinanden, eller ved at flere af dem udebliver fra terapien.

Der kan også forekomme ageren uden for terapilokalet. Den forøgede indre spænding og påvirkning af det ubevidste, som terapien igangsætter, kan vise sig som forskellige former for ageren imellem sessionerne (Greenacre, 1963).

Kathryn Dies (1996) anfører, at der i adolescentgrupper foregår en udvikling, der forløber over fem faser. Den første fase handler om begyndende relatering, og i denne startfase af gruppens liv er der stor usikkerhed og angst i gruppen. I denne fase handler det bl.a. meget om at undersøge forventninger, hvordan man ligner hinanden, og gruppedeltagerne vil rette deres henvendelser meget til gruppeterapeuten. I den næste fase vil de unge afprøve grænser for at teste terapeuten og afgrænse sig selv. Her vil der kunne forekomme en del ageren. I den tredje fase skulle der gerne være opbygget mere tryghed i gruppen, og dette er en fase, hvor der kan foregå en del frugtbar terapeutisk aktivitet. Gruppen har nu opbygget en gruppekultur. Den fjerde fase kan kaldes for arbejdsfasen, og her kan terapeuten mindske sin aktivitet, og i en velfungerende gruppe vil man her se en forøget aktivitet mellem gruppedeltagerne. I den femte fase er det afslutning og "at komme videre", det drejer sig om. I denne fase kan der forekomme en del ageren grundet de svære følelser, som separationstemaet kan vække hos de unge.

Ageren som modstand og "spændingsudløser"

Nimmanheminda (1997) definerer ageren i gruppeterapi med unge som både verbal og nonverbal adfærd, der opstår i gruppeterapien. Hun taler om, at denne adfærd er impulsiv og/eller tvangspræget, den er ego-synton og er ikke tilgængelig for den unges indsigt og forståelse. Denne ageren er tit udtryk for en uløst konflikt og er ofte en adfærd, der viser et gentagelsesmønster. Ageren er efter hendes opfattelse en form for modstand, der også fungerer som en form for "spændingsudløser" af affekt. Også Peter Blos (1963) er inde på dette synspunkt. Nimmanheminda refererer Kellerman og Plutchik (1977), der påpeger, at ageren i gruppeterapi, såfremt den tillades som "spændingsudløser", kan resultere i en opløsning af gruppen. Flere forfattere, Brenner (1988), Munzer (1966), Slavson (1964), Rosenbaum & Berger (1975) er inde på, at nogen ageren er nødvendig for, at de unge kan holde angstniveauet nede. Qua denne "kanal" kan den unge slippe noget af den følelsesmæssige stress ud, som gruppeterapien skaber. Ifølge Slavson (1964) er ageren determineret af individets livshistorie, intensiteten af de pågældende stimuli og personens jeg-styrke. Fenichel (1945) beskriver, hvordan patienten via ageren kommer af med en indre spænding p.g.a. tilstedeværelsen af en forbudt impuls. Han adskiller tvangssymptomer fra ageren, idet ageren er ego-syntont i modsætning til de fleste tvangssymptomer, der bliver opfattet som jeg-fremmede.

Spotniz (1969) påpeger, at terapeuten bør overveje, hvad intentionen med den aktuelle ageren i gruppen er, og om denne modstand bliver brugt for evt. at skabe en bedre tilpasning til gruppen. Kadis et al. (1974) lægger vægt på, at man skelner mellem ægte og uægte ageren. Ægte ageren er kendetegnet ved, at adfærden bliver gentaget og er altid en form for modstand.

Ageren som kommunikation

Brenner (1988) hævder det synspunkt, at ageren hovedsageligt bør opfattes som en form for kommunikation. Han mener, at ageren kan ses som et sprog, bestående af en række symboler. Nøje introspektion fra terapeutens side kan give ham mulighed for at finde nøglen til dette sprog. Ved nøje at analysere modoverføringsreaktioner og inducerede følelser kan det give mening til det tilsyneladende meningsløse, og sammen med patienten kan den verbale sammenhæng genkonstrueres. Munzer (1966) ser ageren som både modstand og en form for kommunikation.

Spotniz (1969) er inde på, at megen ageren i adolescent gruppeterapi handler om at teste terapeuten. Patienterne vil for eksempel undersøge, hvordan tera-

peuten reagerer på dette eller hint. Ud fra dette synspunkt må ageren ses som funktionel.

Ageren som noget konstitutionelt

Det er velkendt, at ageren ses som en patologisk del af borderlinepersonlighedsforstyrrelser. Det, der i ICD-10 kaldes emotionel ustabil personlighedsstruktur af borderlinetyper, jf. WHO-ICD-10 (1994). Her er der ofte tale om voldsomme selvdestruktive handlinger på basis af manglende objekt- og selvkonstans. Mastersons (1984) undersøgelse af ageren hos unge, diagnosticeret henholdsvis som neurotiske, personlighedsforstyrrede og skizofrene viser, at der er meget hyppigere ageren hos de to sidstnævnte grupper. Patienter med personlighedsforstyrrelser bruger ageren som forsvarsmekanisme, specielt i forbindelse med reelle eller oplevede trusler om separation og deraf følgende forladthedsdepression.

Masterson (1981) taler om, at patienter med emotionel ustabil personlighedsstruktur af borderline¹-typen ikke udvikler almindelig overføring, p.g.a. manglende objektkonstans, men i stedet udvikler noget, han kalder for overføringsageren. Denne ageren er en *ikkeverbal* iscenesættelse i handling af en relation på basis af delobjekter, som kommer af patientens angst for nærhed og samtidig et ønske om nærhed. Patienten projicerer som en følge af sin splittede indre verden sine indre objektrelationer over på dels en "ond" objektrelationsenhed og dels en "god" objektrelationsenhed. Ved den "gode" objektrelationsenhed har patienten en god følelse, dvs. de indre selv- og objektrepræsentationer er gode. Denne indre objektrelationsenhed fremkommer, når patienten har en symbiotisk adfærd, hvor han tilpasser sig omverdenen og ikke er særlig selvhævdende, eller når omverdenen støtter ham og er f.eks. omsorgsfuld.

Det modsatte er tilfældet ved den "onde" indre objektrelationsenhed: her har patienten en dårlig indre affekt (forladthedsdepression), og de indre selv- og objektrepræsentationer er "onde". Denne enhed fremkommer, når patienten er selvhævdende eller føler sig afvist. Ageren i overføringen er ifølge Masterson (1981) en forsvarsmetode for at undgå den forladthedsdepression, der "vækkes" af truslen om separation. Begge disse to "objektrelationsenheder" er altså en form for overføringsageren for at undgå forladthedsdepressionen. For at koble dette til Melanie Kleins (1952) teorier handler det om, at patienten ikke er kommet til den depressive position i sin udvikling. I den depressive position er det, at spædbarnet begynder at integrere godt og ondt.

Kernberg (1984) beskriver i sit diagnosesystem tre funktionsniveauer hos mennesker, hvoraf borderlineniveauet er det ene. Dette niveau er en bredere

betegnelse end borderlinebetegnelsen i ICD-10 eller DSM IV. Det første af de tre nævnte niveauer er det normale, der betegnes som det normale/neurotiske niveau, dernæst følger borderlineniveauet og som det sidste det psykotiske niveau, der er kendetegnet ved, at man har svært ved at se hele objekter. Borderline-niveauet er kendetegnet ved, at man netop har svært ved at integrere det onde og det gode i psyken. Kernberg konstaterer, at mange mennesker fungerer på dette borderlineniveau, og jeg finder det derfor relevant at tage højde for, at ovenover beskrevne "overføringsageren" muligvis er mere fremtrædende hos flere mennesker end kun hos dem, der kan diagnosticeres med emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderlinetype, jf. WHO-ICD-10 (1994) og borderline-personlighedsforstyrrelse, jf. DSM IV (1994).

Ageren som naturlig handletrang og overgangsfænomen

Rachman (1989) indtager det synspunkt, at betegnelsen ageren bør udskiftes med betegnelsen "psykosocial leg". Baggrunden for dette er, at han opfatter al den aktivitet som de unge kan fremtræde med, f.eks. deres konstante aktivitet, impulsivitet, seksuelle eksperimentering og antisociale adfærd, som udviklingsbestemte anstrengelser efter identitet. At bruge begrebet ageren over for disse aktiviteter betegner Rachman som et modoverføringsfænomen fra terapeuten. De unge har brug for et "psykosocialt moratorium" – et rum, i hvilket de kan eksperimentere med forskellige roller. Gruppeterapi med unge bør derfor give de unge anledning til at "lege" med forskellige handlinger, filosofier og følelser for at finde deres egen identitet, rolle og mening i livet. Mortensen (1994) mener derimod, at det i gruppeterapi med unge er nødvendigt at skelne mellem fænomenet leg og ageren. I psykosocial leg er der tale om, via symbolsk handling, at forsøge at udtrykke sine problemer. Derimod bør ageren mere ses som et modstandsfænomen og derfor analyseres eller standses. Ekstein og Friedman foreslår, at en måde at skelne mellem leg og ageren på er at betragte legen som et mere eller mindre bevidst forsøg på at løse en konflikt, hvorimod ageren er en ubevidst gentagelse af en konflikt, jf. Ekstein & Friedman (1987).

Ghirardelli (2001) anfører det synspunkt, at ageren i gruppeterapi med unge i adolescensen kan opfattes som et forsøg på at oprette et overgangsobjekt. Overgangsobjekt er Winnicotts betegnelse for barnets første ejendel, som får en særlig betydning for barnet, fordi den bliver tildelt en speciel psykisk betydning. Objektet tildeles nogle markante egenskaber, som barnet anvender i overgangen fra den tidlige afhængighedsrelation til den egentlige objektrelation. Objektet eller fænomenet (overgangsfænomenet, som f.eks. bestemte bevægelser, aktiviteter, lugte, en vuggeviser etc., kan have samme betydning som de mere konkrete

objekter) får stor betydning for barnet i forbindelse med differentieringen af det indre og det ydre, fantasi og virkelighed (Andkjær Olsen, 2002). Ghirardelli (2001) fortæller, at alle de objekter, som de unge mennesker "dekorerer" deres værelser med som for eksempel posters, dagbøger, stickers, sportsudstyr, cd'er etc., er objekter som giver dem anledning til at skabe afstand til barndommen qua det "rum", objekterne giver til deres individualisering og identitet. Dette gav ham den tanke, at forskellige former for ageren i gruppeterapien som for eksempel det at medbringe sodavand, cigaretter, slik, cd-afspiller, at komme for sent etc., kan opfattes som overgangsobjekter/fænomener. De unge kan på den måde vise et hemmeligt rum i deres psyke for at observere effekten på de andre i gruppen, uden at de selv føler sig for bundet og sårbare. Terapeuten kan via forståelse for dette tolke de unges form for ageren på en måde, der bringer ageren ind som et vigtigt redskab i terapien. Ghirardelli peger på, at der også er andre former for ageren i gruppen, og at det er påkrævet at skelne mellem de forskellige former, selv om det kan være meget svært i praksis. Sommetider kan det være udtryk for negativ overføring, som en modstand mod lederen, gruppen eller arbejdet i gruppen. Andre gange er det en nonverbal form for kommunikation.

Ageren som følge af fejl ved terapeutens teknik

Hele gruppen af unge kan reagere med ageren som respons på terapeutens facon og teknik. Den kan reagere på en enten for passiv eller for kontrollerende leder. Hvis terapeuten fralægger sig sin autoritet og opfører sig, som om han var en af gruppedeltagerne, kan det føre til forskellige former for gruppeageren, f.eks. ignorering af terapeuten eller løs snak og meningsløse diskussioner i gruppen (Fenchel & Flaplan, 1987). Maagensen (2002) lægger vægt på, at unge i gruppeterapi har brug for en terapeut, der tør påtage sig sin autoritet som leder af gruppen. Mange unge har oplevet forældre, som ikke har magtet "at være voksne" for deres børn, men i stedet har været som kammerater for dem. Som en følge af dette reagerer mange ved ageren på en passiv og "svag" gruppeterapeut. Omvendt er det min erfaring, at en for aktiv og styrende leder også kan føre til ageren fra hele gruppen.

Ageren hos terapeuten

Det er ikke kun det enkelte individ i gruppen eller gruppen som helhed, der agerer, idet fænomenet også kan forekomme hos terapeuten. Nogle terapeuter agerer ved ikke at reagere på ageren fra gruppedeltagerne og forholde sig

adækvat til denne. Nogle er ekstra venlige for at undgå skræmmende aggressioner fra gruppedeltagerne, og andre igen kan ubevidst stimulere ageren hos gruppemedlemmerne. Ageren hos terapeuten kan også vise sig ved, at han er ekstra streng og rammesættende og for eksempel opsætter strammere regler for tilladelig adfærd i gruppen. Andre igen kan agere ud fra deres egen angst, usikkerhed, skyld eller panik. Terapeutens ageren kan vise sig som en overinvolveret, overbeskyttende, overkontrollerende og for aktiv terapeut (Fenchel & Flaplan, 1987). Rutan & Stone (1993) anfører, at terapeutens ageren kan være skjult og subtil og vise sig ved, at han fejlvisiterer patienter til gruppen eller presser gruppen til at holde sammen og være med til at skabe syndebugke i gruppen.

Sammenfatning

På basis af litteraturstudier om emnet "Ageren i gruppeterapi" har jeg ovenover samlet fænomenet i seks hovedoverskrifter. Som det ses, står gruppeterapeuten over for et omfattende arbejde med unge grupper, når han skal forholde sig til alle disse forskellige former for ageren samtidigt med alt det øvrige, han skal tage stilling til. Jeg vil nu i nedenstående case-eksempel vise de forskellige former for ageren i gruppen.

Beskrivelse af en ambulans terapigruppe for unge

Gruppen er en "langsom åben gruppe" for unge.² Den forløb over tre år og bestod af mellem tre og seks deltagere. Der har været to terapeuter i gruppen. De følgende to vignetter rummer ikke så megen beskrivelse af terapeuternes interventioner, men sammenfattende kan det siges, at vi har haft en forholdsvis "tilbagelænet" facon. Vi viste ikke så meget af os selv som mennesker, d.v.s. vi holdt en forholdsvis "klassisk gruppeanalytisk" terapeutstil. Vore interventioner bestod for det meste af klarification, påpegning, konfrontation, analyse og i mindre grad af tolkninger. Der var meget arbejde forbundet med at fastlægge rammer omkring terapien. I det følgende vil jeg have to vignetter med fra gruppen for at beskrive ageren, dels hos individet, dels hos gruppen, og i den forbindelse vil jeg diskutere terapeutrollen. Der vil blive taget udgangspunkt i de første ca. 50 sessioner i gruppen.

Gruppen består af: Kurt, som er 22 år. Han arbejder som tømrer og bor sammen med sin kæreste. Jeanette, som er 17 år. Hun bor hos sin mor og går i gymnasiet. Susan, som er 19 år, bor sammen med sin mor og går i gymnasiet. Anna, som er 20 år, bor i et bofællesskab for psykisk syge. Hun arbejder i en købmands-

handel. Gert, som er 22 år. Han bor hos sin mor og går på VUC³. I gruppen er også Peter, der bliver beskrevet nærmere nedenfor. De har alle været med fra begyndelsen, bortset fra Anna og Gert, som kom med i gruppen fra session 30. Der har også været et par tidlige drop-outs i gruppen, idet Robert og Vivian kun er med nogle få gange helt i begyndelsen af gruppens beståen. De havde alle en neurotisk personlighedsstruktur bortset fra Anna, der havde en underliggende emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderlinetypen. Gruppen var helt fra begyndelsen præget af, at der næsten altid var én deltager, som kom for sent til gruppestart. Den aktuelle person, jeg vil tage udgangspunkt i, er den person, som oftest og mest udtalt kom for sent. Han mødte for sent til over halvdelen af sessionerne. Dette skete på trods af, at terapeuterne brugte en del tid på at påpege, analysere og konfrontere ham med hans rammebrud. Jeg kalder ham Peter. Jeg vil prøve at belyse hans rammebrud ud fra hans individuelle historie og samspillet i gruppen.

Vignet fra gruppen – Peters ageren

Peter var med i gruppen i hele forløbet. Han var 20 år og boede hjemme hos sine forældre. Han arbejdede som malerlærling. Han havde en yngre bror på 14 år. Peter var en ansvarlig, pligtopfyldende ung mand, som var plaget af tvangshandlinger, specielt når han var sammen med sine forældre. Han skulle ofte tjekke, om døre var låst, og om lyset var slukket. Peter kunne tjekke tingene så mange gange, at særligt faderen var ved at "gå ud af sit gode skind" af vrede. Faderen var en lidt lukket mand, der arbejdede som smed. På et tidspunkt var forældrene tæt på en skilsmisse på grund af diverse uoverensstemmelser. Peter følte megen skyld i forbindelse med denne "næsten"-skilsmisse, og han talte om det mange gange i gruppen. Peter oplevede et ansvar i forbindelse med forældrenes vanskeligheder, fordi han mente, at moderen havde været overbelastet med arbejde og med at "holde huset" derhjemme. Peter følte, at han burde have hjulpet moderen mere. Som en følge af dette mente han, at han havde noget af skylden for forældrenes problemer og for det faktum, at de var ved at gå fra hinanden. Peter har i gruppen bl.a. arbejdet godt med sin seksualitet i forhold til kæresten. Han havde problemer med et lavt selvværd, dårlig kontakt til egne behov, og han havde svært ved at hævde sig selv. Han havde en tendens til at tilpasse sig andre for at gøre dem tilfredse.

Som tidligere nævnt har gruppen været præget af mange rammebrud, særligt det rammebrud, at de unge, specielt Peter, ikke mødte til tiden.

I de første 10 sessioner talte Peter om forholdet til forældrene. Han fortalte om, hvor afhængig han var af deres anerkendelse og om, hvor tæt forbundet han følte sig med sin mor. Peter nævnte, at han havde fået at vide af nogen, at han var så tæt forbundet med sin mor, at når hun fik det dårligt, fik han det også dårligt. Han turde ikke være vred på moderen.

I session 18 fortalte Peter om en tidligere episode, hvor han skulkede fra matematik-timen. Læreren opdagede det og truede siden med at ville fortælle det til hans forældre, hvilket Peter blev så rædselsslagen over, at han selv fortalte det. Peter legede med tanken om at sige til faderen, at han ville gå til de timer, han selv havde lyst til, og at han selv ville tage ansvar for det, men det var ikke let for ham.

I session 21 var Kurt nedgørende over for Peter. Peter reagerede ikke på dette. Tværtimod var han enig i Kurts kritik af ham.

I session 23 fortalte Peter om et raseriudbrud, han lige havde haft over for faderen. Han havde skældt faderen ud, fordi han var nedgørende over for ham. Faderen reagerede med at blive meget bekymret for Peter. Han spurgte, om han var på stoffer.

I session 26 talte Peter om, at han havde ringe selvfølelse.

I session 27 talte Peter om, at han mange gange ikke havde lyst til at komme i gruppen, men gjorde det alligevel. Endvidere talte han om, at han fik dårlig samvittighed, hvis han ikke gjorde det, fordi han følte, at forældrene forventede det af ham. Peter kunne også have vanskeligheder f.eks. i forbindelse med tøjindkøb. Nogle gange undlod han at købe tøj, som han bedst selv kunne lide, af angst for, at forældrene ikke kunne lide det. Sidstnævnte problem havde han det sværest med i forhold til sin far.

I session 32 talte Peter om, at forældrene tit skændtes derhjemme.

I session 35 fortalte Peter om en pige, han lige havde mødt. Hun stillede store krav til drengenes penis. Den måtte ikke være for kort. Det gjorde ham nervøs, og der fulgte en lang snak om dette i gruppen (ingen af pigerne var til stede i denne session).

I session 37 lagde Peter sin pengepung på bordet og påstod, at der var brugt 700,- kroner mere fra hans konto, end han havde været klar over. Temaet i denne session handlede om at turde sige sin mening.

I session 40 fokuserede terapeuterne på, hvorfor de unge ikke mødte til tiden. Peter kom for sent hver anden gang. Han fortalte, at han denne gang kom for sent, fordi han mødte nogle kammerater. Han turde ikke fortælle dem, at han gik i terapi, og at han havde svært ved at komme væk fra dem/finde på en undskyldning over for dem.

I session 44 fortalte den ene terapeut, at han var blevet ringet op af Peters far. Faderen spurgte, om vi ikke kunne give Peter noget medicin. Der kom en kraftig reaktion fra Anna på dette – da hun syntes, at faderen blandede sig for meget.

I session 50 talte Peter (igen) om, for hvis skyld han sad i gruppen. Han var lidt i tvivl om dette.

I session 54 bragte han på ny det samme tema på bane.

I session 57 talte Peter om, hvordan han tilpassede sig lillebroderen. Fortalte om et eksempel på, at han lånte lillebroderen sin yndlingstrøje for at være flink, selv om han egentlig ikke havde lyst til det.

I session 58 tolkede terapeuterne på, hvorfor Peter kom for sent. Vi spurgte, om det handlede om, at det var en måde at vise sin selvstændighed på? Peter blev tænksum. Måske var der noget om det, lød hans svar på spørgsmålet.

Kommentarer til case – Peters ageren

Jeg har i dette eksempel fokuseret på en adfærd, som muligvis kan kaldes ageren på individplanet. Jeg har ikke beskrevet så meget af, hvad der ellers er blevet sagt af de andre gruppedeltagere, fordi det vil blive for omfattende i forhold til dette eksempel.

Jeg vil nu diskutere, hvorvidt det beskrevne fænomen – nemlig Peters kraftige tendens til at komme for sent, kan kaldes for ageren.

Der er for mig ingen tvivl om, at Peters adfærd *ikke* er tilfældig. Når man så konsekvent kommer for sent til sessionerne, er det ikke tilfældigt, specielt når man tænker på, at terapeuterne både har påpeget der over for ham, konfronteret ham med det og analyseret adfærden med ham mange gange. Det at komme for sent er en handling, som betyder noget bestemt. Ud fra Peters historie vil man nemt komme til at tænke på, at det er en handling, hvor han får vist noget vrede og selvstændighed, (hvilket han i session 58 også delvis erkender). Terapeuternes modoverføringsreaktion var at blive lidt irriterede på Peter. Det var bl.a. derfor nærliggende at tænke, at det var en kommunikation til gruppen med betydningen: "Jeg er vred, men denne er den eneste måde, jeg tør vise det på." På samme måde som tvangshandlingerne over for forældrene måske var en måde at udtrykke vrede på via forsvarsmekanismen projektiv identifikation. Jeg tænker her på T.H. Ogdens (1979) definition af dette begreb. Projektiv identifikation er, ifølge Ogden, både en forsvarsmekanisme, en kommunikationsmåde, en primitiv form for objektrelation og en vej til psykisk ændring.⁴ Muligvis udtrykte Peter også nogen vrede på gruppens vegne. Dette var nærliggende at tænke, fordi der ikke havde været megen utilfredshed i gruppen over Peters mødetider.

Det var næsten, som om der havde eksisteret en stiltiende "aftale" i gruppen om, at det er OK, at Peter kommer for sent. Han blev på sin vis en slags "talerør" for gruppen via projektiv identifikation.

Det var muligvis nogen vrede over for terapeuterne, som gruppen og Peter udtrykte på denne måde. Det var tydeligvis meget svært for Peter at hævde sig

selv og vise sin vrede derhjemme. Det var også svært for ham at udvikle denne overføring til terapeuterne, og det kan betragtes som et overføringsagerensfænomen.

Peter vendte i sin deltagelse i gruppen igen og igen tilbage til forældrenes "næsten"-skilsmisse og hans skyld i den forbindelse.

Man kan derfor forestille sig, at der i selve Peters deltagelse i terapien også kunne ligge en ageren af en stor skyldfølelse: – "for hvis skyld går jeg i terapi? Jeg er skyldig, og jeg må gøre således, at mine forældre ikke bliver skilt (altså gå i terapi), men jeg møder ikke til tiden!".

Sammenfattende kan man sige at Peters ageren både har en funktion som kommunikation og samtidig er en modstand mod udvikling af overføring til terapeuterne og gruppen. Modstanden var så kraftig og dybt funderet i Peter og havde sit udspring fra delobjektplanet og medførte brugen af projektiv identifikation og kan derfor sammenlignes med den tidligere omtalte overføringsageren. Ligeledes er der noget, som måske kunne tyde på en dramatisering af fortiden. Gik Peter bl.a. i terapi grundet en dyb følelse af skyld på et ødipalt plan for ikke at ødelægge forholdet mellem forældrene? I Peters tendens til at komme for sent lå der også det fasespecifikke aspekt. Han var i en fase af sit liv, hvor han skulle til at udvikle en ny identitet på flere områder, samtidig med at han skulle løsrive sig fra forældrene. Som vi tidligere har set, er det ikke usædvanligt, at unge i gruppeterapi ikke møder til tiden. I Peters tilfælde har det dog været så massivt, at det har vakt min mistanke om, hvorvidt andre faktorer også har spillet ind.

Som jeg ovenfor er inde på, kan der også være tale om en gruppeageren. Peter udlevede via sin ageren nogle følelser, som hele gruppen ikke turde udtrykke. Han udtrykte en følelse – sandsynligvis vrede – på gruppens vegne. De øvrige deltagere "kommer af med" en vrede, de ikke turde vise via forsvarsmekanismen projektiv identifikation. Der kan også her være tale om en vrede, der er opstået som følge af, at vi som terapeuter har anvendt en forholdsvis "klassisk" gruppeanalytisk facon i terapien, hvilket kan have bevirket, at angsten i gruppen er øget mere end nødvendigt. Ligeledes virkede Peters ageren som en "spændingsudløser" for gruppen. For at afklare om den pågældende ageren hos individet i gruppen eller hele gruppen kan være naturlig handletrang eller det, der af Ghirardelli (2001) bliver beskrevet som overgangsfænomen, er det nødvendigt med nøje analyse og introspektion af egne følelser hos terapeuten. Ghirardelli (2001) angiver, at det er væsentligt, at terapeuten er tålmodig og udholdende, og at han via tolkninger kan give den unge værdifuld viden om sit indre liv, hvad enten det drejer sig om ageren som overgangsfænomen eller som modstand og kommunikation. Jeg stiller i indledningen til case-eksemplet

spørgsmål ved, om vores terapeutfacon var medvirkende til at skabe ageren hos gruppen/deltagerne. Foulkes (1951) skriver, at uden det primære ubevidste niveau i gruppen, der ser terapeuten som en omnipotent arkaisk forældreautoritet, ville terapeuten miste al prestige ved at opføre sig, som han gør. Gruppen ville tolke hans tilbagelænedede facon som svaghed og inkompetence. På baggrund af dette er det nærliggende at forestille sig, at jeg i min gruppe ikke er blevet idealiseret af gruppen, og at dette har været medvirkende til at forstærke ageren. Maagensen var også inde på, at unge i gruppeterapi har brug for en terapeut, der har autoritet hos de unge. Spørgsmålet er, hvordan denne opnås. Samtidig er det nemt at forestille sig, at direkte tekniske fejl fra terapeutens side som fejltolkninger, dårlig timing, og forglemmelser kan øge angsten i gruppen og dermed ageren.

Terapeutens ageren i gruppeterapi med unge kan opdages af terapeuten selv via grundig introspektion af egne følelser og reaktioner. Det er særligt krævende at være gruppeterapeut for unge mennesker, som det er beskrevet af flere forfattere (Mortensen, 1994). Det er derfor nødvendigt med regelmæssig supervision og måske egenerapi for at undgå, at ens egne "blinde pletter" skal føre til ageren hos terapeuten og dermed hæmme den terapeutiske proces. Fenchel & Flaplan (1987) redegør for, at ageren hos terapeuten også kan skyldes spændinger i gruppen som helhed, og at disse spændinger kommer til udtryk som ageren hos terapeuten.

Vignet fra gruppen – ageren hos gruppen

I den 40. session begyndte Anna at have en sodavandsflaske med sig til sessionerne. Kort efter begyndte Jeanette at følge trop, og snart var der flere unge, som havde sodavand eller chokolade med til sessionerne. Som terapeuter intervenserer vi ikke i forhold til dette. Vi var på dette tidspunkt inde i en proces, hvor vi overvejede vore roller som terapeuter i forhold til denne gruppe unge mennesker.

Der var på daværende tidspunkt stor angst i gruppen, og vi var lidt tilbageholdende med at tolke på denne ageren, fordi vi – som følge af en forholdsvis "klassisk" terapeutstil" – begyndte at overveje vores andel i den store gruppeangst. Vi var via supervision og læsning af litteratur om gruppeterapi med unge blevet klar over, at det kunne være en god idé at være lidt mindre restriktive/ lidt mere fleksible. At vi overhovedet ikke intervenserede i forhold til medbringelsen af mad og drikke, skyldtes nok også en modoverføring – en ageren – samt en vis usikkerhed på terapeutrollerne. Gruppedeltageres medbringelse af mad og drikke skete samtidig med, at Kurt forlod gruppen (session 40).

Kurt havde "aflastet" gruppen for dens angst ved at have været meget talende og have udfyldt meget af gruppens taletid. På den måde havde han fjernet noget af presset i forbindelse med den frygt for at tale, som de øvrige i gruppen havde følt. Der var næsten ikke plads til de andre, når Kurt var til stede i gruppen. Specielt følte Peter lettelse ved, at Kurt altid havde noget at tale om.

I session 41 var der til at begynde med en lang tavshed på 10-15 minutter. Tavsheden handlede om en usikkerhed i forhold til at turde sige noget i gruppen. Der var snak om rammebrud i gruppen.

I session 44 udeblev Peter og Gert uden at melde afbud. Susan startede sessionen med at fortælle, at hun syntes, at hendes vanskeligheder i forhold til sine egne forældre var småting i forhold til de overgreb fra deres forældre, som Anna og Jeanette berettede om; især Jeanette forsøgte at holde Susan fast i, at Susans problemer var lige så væsentlige for hende, som Jeanettes problemer var for hende selv. Susan fortalte om sin vrede over for moderen. Hun anklagede sin mor for at være overfladisk, for altid at ville føle sig betydningsfuld, for at have nogle stereotype meninger, som gjorde, at hun ikke forholdt sig nærværende til hende, men var lige så forudsigelig som at slå op i en bog. Hun antydede en angst for, at hun kunne finde på at afvise hende, hvis hun var kritisk over for hende. Dette fik Jeanette til at tale om, hvor svært hun kunne have det med at kritisere sin far. Efter at hun er flyttet sammen med faderen, var det blevet betydeligt lettere at kritisere moderen, men når hun var lidt kritisk over for faderen, vækkede det skyldfølelse, idet han jo nu ydede hende så meget. For Anna var det lidt gådefuldt at høre på de to andre, idet hun ikke havde nogen kontakt med sine forældre.

I session 45 blev der talt om sommerferie. Susan glædede sig, Anna vidste ikke, hvad hun skulle lave i sin sommerferie. Hun syntes også, at det var lang tid med tre ugers sommerferie fra gruppen. Gert fortalte om en episode, hvor han følte sig overvældet af en kvindes snak. Anna talte om, at hun aktuelt havde haft selvmordstanker. Ingen i gruppen reagerede på dette. Terapeuterne konfronterede gruppen med Annas udtalelse og gruppens manglende reaktion herpå.

I session 47 talte Gert igen om at blive overvældet af andres snak. Anna talte også om dette problem. Anna nævnede et eksempel om en midaldrende kvinde, som hun på et tidspunkt havde haft kontakt med. Kvinden var meget dominerende og talende; Anna fandt sig i dette, fordi også hun fik noget ud af deres kontakt. Anna gav over for terapeuterne udtryk for irritation over, at vi holdt så lang sommerferie.

Kommentarer til case – Ageren hos gruppen

Samtidig med at Kurt som planlagt forlod gruppen efter 40 uger, begyndte Anna at tage sodavand med til sessionerne. Lidt efter "fulgte flere af de andre trop" med hende.

Man kunne hævde, at denne "grænseafprøvning" ikke skal kaldes ageren, men at den er et almindeligt fænomen i unge grupper – et overgangsfænomen. Det er alligevel relevant at kigge på, om der er noget ved denne indføring af mad og drikke til terapien, der kunne handle om modstand mod overføringen, en form for kommunikation, eller om det fungerede som en "spændingsudløser". På det tidspunkt, hvor denne ageren startede, var der en større utryghed i gruppen. Kurt var lige stoppet, og Anna og Gert var forholdsvis nye i gruppen. Man kunne i ovenstående materiale fra sessionerne se, at der var et savn efter at få "noget" fra forældrene. Der blev talt om, at man kunne blive overvældet af andres snak, men at man fandt sig i det, fordi man alligevel fik "noget" til sig selv. Der var over for forældrene også en vrede, som man ikke turde at give udtryk for.

Ud fra det ovennævnte kunne det være nærliggende at tolke sodavanden som en kommunikation om, at man savnede noget "næring" fra terapeuterne (forældrene), og at der var en modstand mod at udvikle overføringen til terapeuterne. Dvs. at der i gruppen var en modstand mod at verbalisere savnet efter opmærksomhed og omsorg fra terapeuterne, og en modstand mod at verbalisere vreden over, at terapeuterne ikke gav nok, men var forholdsvis "tilbagelæned" i deres facon. Gruppedeltagerne affandt sig med det, som var "frustrerende", i håb om alligevel at få "noget."

Sandsynligvis er der foregået ageren også uden for gruppen, som vi ikke har fået noget at vide om. Flere forfattere har beskrevet ageren som egosynton, og det er derfor vanskeligt for den enkelte at vurdere, om ens handlinger er motiveret af bevidste kræfter fra jeg'et, eller om der findes dybereliggende determinerende faktorer. Kohut (Elson, 1987) taler om, at der ved ageren er et horisontalt skel i psyken, således at det øverste lag i psyken bliver styret som en marionetdukke af det underliggende ubevidste lag, og hvor den bevidste psyke mere eller mindre prøver at give mening til sine handlinger. Han anfører, at for at kunne skelne mellem almindelige bevidste handlinger og ageren må man analysere forskellen mellem almindelig jeg-styrede handlinger og handlinger drevet af spændinger fra barndommen. Et redskab til dette er empati. Via en empatisk indlevelse i hele den unges personlighed og ikke blot et intellektuelt forsøg på at forstå og sammenstykke tidligere oplysninger og adfærd etc., kan man muligvis få en forståelse af, om den pågældende handling er ageren eller

ej. Jeg er af den opfattelse, at man ved at skabe en kreativ gruppekultur, bestående af en empatisk, "legende" og nysgerrig holdning, kan fremme en holdning, der motiverer til at bringe op følelser, meninger, konflikter og handlinger stammende både inde fra og uden for gruppe-lokalet. I en sådan kultur vil alle deltagerne kunne være med og bidrage til denne udforskning og på den måde bidrage til den terapeutiske proces for eksempel via konfrontation og analyse.

Sammenfattende kan man sige, at de unge mennesker bragte sodavand med ind i terapien for at undgå at udvikle et aspekt af overføringen til terapeuterne, og at det var en kommunikation af et savn efter "næring". Dette var ikke kun en fasespecifik adfærd, men måske en ageren af følelser, erindringer og impulser. Derudover kan sodavanden have fungeret som en "spændingsudløser" af den angst, som var i gruppen.

Som tidligere beskrevet har vi som terapeuter for denne gruppe unge gennem en periode været meget optaget af vores terapeutiske facon. Vi har til tider følt, at der har været behov for, at vi fremtræder mindre "tilbagelæned" /mere aktivt og synlige i gruppen.

Vi begår følgelig den fejl at overse betydningen af "indføringen" af sodavandsflaskerne i gruppen. Hvis vi havde opfanget den nonverbale kommunikation, der ligger i brugen af sodavandsflaskerne, ville vi have været bedre rustet til at forstå den angst, som har været til stede i gruppen, og vi kunne derfor ud fra dette have handlet på en mere hensigtsmæssig måde. Vi kunne f.eks. have brugt bevidstheden om denne angst til at hjælpe gruppen med at danne en terapeutisk kultur, hvor ageren både i og evt. uden for gruppe-lokalet kunne udforskes på en legende og kreativ måde. Vi har som terapeuter været for analytiske og individuelt tolkende uden at have det nødvendige overblik! Vores usikkerhed som gruppeterapeuter for unge har været med til at skabe et "enten-eller-rum" for analysen. Vi har på skift været for meget analytiske/"klassiske" og for ureflekterende og "synlige"/for aktive. Der er nok ingen tvivl om, at mange af vores individuelle konfrontationer, ageren og tolkninger har været med til at øge angsten i gruppen, og dermed skabe grobund for den megen ageren i gruppen og dermed også hindret en gruppekultur,

Referencer

- Andkjær Olsen, O. (2002). *Psykodynamisk leksikon*. København: Gyldendal.
- Batman & Holmes (1999). *Introduktion til psykoanalysen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bion, W. (1993). *Erfaringer I grupper*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Blos, P. (1963). The concept of acting out in relation to the adolescent process *Journal of Child Psychiatric*. Vol. 2.
- Brenner, A. (1988) From acting out to verbalization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 18, nr. 2
- Dies, K.R. (1996). The Unfolding of Adolescent Groups: A Five-Phase Model of Development. In Kymisses & Halperin. (1996) *Group Therapy with Children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- DSM-IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Eksten & Friedman (1987). The function of acting out, play action and play acting in the psychotherapeutic process. *The Journal of the American Psychoanalytical Association*.
- Elson, M. (1987). *The Kohut Seminars on Self Psychology and Psychotherapy With Adolescents and Young Adults*. New York: W.W. Norton & Company.
- Fenichel, G. & Flapan, D. (1987). Acting out in group psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 11, 2.
- Fenichel, O. (1945). Neurotic acting out. *Psychoanalytical Review*, nr. 32.
- Foulkes, S.H. (1951). Concerning Leadership in Group Analytic Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, nr. 1, s. 319-329.
- Freud, S. (1905). *Fragment of an analysis of a case of hysteria*. *Collected Papers*. Vol 3. London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1914). *Remembering, repeating and working through*. *Standard edition*, vol. 12 London: The Hogarth Press.
- Ghirardelli, R. (2001). Silence and the use of objects brought to the session as a resistance in a group with adolescents. London: *Journal of Groupanalytical psychotherapy*. 34 (4).
- Greenson, R.R. (1966). Comment on Dr. Limetani's paper. *International Journal of Psychoanalysis*.
- Greenacre, P. (1950). General problems of acting out. *Psychoanalytical Quarterly*, nr. 19. New York.
- Greenacre, P. (1963). Problems of acting out in the transference relationship. *Journal of the American Academy of child Psychiatry*. Vol. 2. New York.
- Kadis et al. (1974). *Practicum of Group Psychotherapy*. 2 ed. New York: Harper & Row.
- Kernberg, O. (1984). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New Jersey: Jason Aronsen Inc.
- Klein, M. (1952). Nogle teoretiske konklusioner om spædbarnets følelsesliv. Fra *Psykoanalyse af Børn*. (1973) *Udvalgte skrifter*. København: Rhodos.
- Limitani, A. (1966). A re-evaluation of acting out in relation to working through. *International Journal of Psychoanalysis*.
- Masterson, J. (1981). *The Narcissistic and Borderline Disorders: An Integrated Developmental Approach*. New York: Brunner & Mazel.

- Masterson, J. (1984). *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*. New York: Brunner & Mazel.
- Mortensen, K.V. (1994). Gruppeterapi med unge. I Aagaard et al. (1994). *Gruppeanalytisk psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Munzer, J. (1966). Acting out, communication or resistance. *International Journal of Group Psychotherapy*, v. 16 nr. 4.
- Maagensen, M. (2002). Unge i gruppeterapi. Upubliceret manuskript. Overlæge ved Ungdomspsykiatrisk afsnit, Holbæk Sygehus og gruppeanalytiker uddannet ved Institut for Gruppeanalyse, København.
- Nimmanheminda, S. (1997). Adolescent acting out within group psychotherapy. *The Journal of Child and Adolescent Group Therapy*. Vol. 7, nr. 3.
- Ogden, T. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357.
- Rachman (1989). Identity Group Psychotherapy with Adolescents: A reformulation. In Azima & Richmond (1989). *Adolescent Group Psychotherapy*. Madison: International Universities Press Inc.
- Rosenbaum, M. & Berger, S. (1975). *Group Psychotherapy and Group Function*. New York: Basic Books.
- Rutan, S.J. & Stone, W.N. (1993). *Psychodynamic Group Psychotherapy*. Sec. ed. New York: The Guilford Press.
- Sandler et al. (1994). *Patienten og analytikeren*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Slavson, S.R. (1964). *A Textbook in Analytic Group Psychotherapy*. New York: International Universities press.
- Spotniz, H. (1969). Resistance phenomena in group psychotherapy, fra *Group Therapy Today* red. af Ruitenbeek, H. New York: Atherton.
- Spotniz, H. (1973). Acting out in group psychotherapy. Fra *Group Therapy and overview*.
- WHO ICD-10 (1994). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. København, Munksgaard Danmark.

Noter

- 1 Masterson bruger betegnelsen borderlinepersonlighedsforstyrrelse, som er betegnelsen i DSM IV (DSM IV, 1994) Jeg har oversat til diagnosebetegnelsen i ICD-10 for at undgå forvirring med Kernbergs bredere brug af borderlinebegrebet i sit diagnosesystem.
- 2 Det kliniske materiale er anonymiseret således, at persondata ikke vil kunne genkendes, men således at de kliniske pointer er bevaret.
- 3 VUC, er en forkortelse for Voksen Uddannelses Center.
- 4 Der er tale om en proces, som indeholder følgende elementer: 1) Personen projicerer, på et ubevidst plan, en del af sig selv over i den anden, og personen fantaserer om, at denne del overtager den andens psyke fra indersiden. 2) Dernæst lægger den første person pres på den anden i det interpersonlige samspil, for at modtageren af projektionen skal føle og opføre sig på en måde, der passer med projektionen. 3) Til sidst, efter at det projicerede materiale er psykisk bearbejdet af modtageren, kan det reintegreres af afsenderen (Ogden, 1979).

Abstract

Storebø, O.J. (2006): Acting out with adolescents in group therapy. *Matrix*, 23, 54-72.

This article shows the many different forms of adolescent acting out in group therapy. The article is based on group therapeutic theory and case examples. Acting out is more pronounced in group therapy with adolescents both because of the adolescents' natural tendency to act, and it is possible to talk about acting out as resistance and relief of tension, as a form of communication, as something constitutional, as a transitional object phenomena, as a form of therapists' technical mistakes, and as therapeutically acting out. The acting out can appear on individual or group level both outside and inside of the group setting. KEY WORDS: Acting out, Adolescent, Group therapy, Group analysis, Group psychotherapy

Korttids gruppterapi anpassad att möta utvecklingsspecifika behov hos traumatiserade flyktingungdomar

Matrix 2006; 1, s. 73-88

James R. Samec och Britt-Marie Ekström

Traumatiserade flyktingadolescenter har fasspecifika utvecklingsbehov. För att möta dessa behov i behandling, har det utvecklats metoder för att modifiera Angel-Pobletes (1995) korttids gruppterapi för traumatiserade flyktingbarn. Metoderna innehåller dels övningar för att stimulera de fem sinnen, interventioner för att möta utagerande samt en avslappningsövning utvecklad från Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – allt i nära samarbete med föräldrarna och skolpersonal. Presentationen baseras på arbetet med tretton grupper. Deltagarna (N = 98) är av båda kön, är mellan 16-20 år gamla (medianålder: 17 år) och kommer från olika länder. Den teoretiska bakgrunden, planeringen, genomförandet och resultaten presenteras. Evalueringarna med deltagarna och skolpersonalen, samt responsen från föräldrarna indikerar positiva resultat.

“... if you ever, anywhere meet a single person from B&H [Bosnia-Herczogivina] who really hates or says in some way that s/he wants to revenge, never believe it is anything other than a post-traumatic stress disorder and an expression of pain that weeps for help” (Cemalovic, 1997, s. 137).

Korrespondance: James R. Samec, M.A., leg. psykoterapeut, Karlbergsvägen 49, 2 tr., 113 35 Stockholm, Sverige. E-mail: james.samec@telia.com

*Britt-Marie Ekström, socionom, fil. mag, Svanvägen 7, 76040 Väddö, Sverige.
E-mail: britt-marie.ekstrom@sil.se*

Korttids gruppterapi anpassad att möta utvecklingsspecifika behov
hos traumatiserade flyktingungdomar

Bakgrund

Året 1996 larmade skolpersonal i Norrtäljes gymnasieskola om att det fanns många flykting- och invandrarungdomar med allvarliga symtom som hade svårt att tillgodogöra sig utbildningen. Ungdomarna beskrevs som oroliga, stökiga, oorganiserade, med inlärningssvårigheter, deprimerade och avskärmade. Enligt skolpersonalen hade många upplevt sorg, förluster och separationer och gav uttryck för en utanförskapskänsla som försvårade deras situation på skolan. En del av ungdomarna var tillbakadragna mot skolpersonalen och andra var mycket kontaktsökande. Skolpersonalen hade svårt att motivera ungdomarna och deras familjer att ta kontakt med psykiatri.

Barn- och ungdomspsykiatriens (BUP) personal kunde vid genomgång konstatera att en stor andel av eleverna uppfyllde kriterierna för posttraumatiskt stress-syndrom – PTSD (American Psychiatric Association, 1994). Motstånd hos flyktingar och invandrare att söka professionell psykoterapeutisk behandling är inte ovanlig och kan förklaras av faktorer som traumatisering, kulturella skillnader i inställning till psykoterapeutisk behandling, oro för ytterligare stigmatisering eller en kombination av dessa faktorer. Författarna skapade en gruppterapimodell som hittills har används i arbetet med tretton grupper.

Målet för grupperna var att underlätta för flykting- och invandrarungdomar att bearbeta traumatiska minnen för att bättre kunna tillgodogöra sig undervisningen. En sekundär målsättning var att ge ungdomarna en positiv erfarenhet av att prata om sina upplevelser så att det skulle bli möjligt för dem och deras familjer att vid behov i framtiden ta kontakt med den psykiatriska öppenvården.

För att nå dessa mål valdes en korttidsgruppbehandling om åtta sessioner ledd av två behandlare. Modellen har använts med smärre modifikationer under åren 1998 till 2005 för tretton grupper med sammanlagt 98 deltagare. Grupperna har haft deltagare av både kön, ungdomar i åldern 16-20 (medianålder: 17 år). Deltagarna har varit från f.d. Jugoslavien, Kina, Kurdistan, Irak, Marocko, Thailand, Ryssland, Rwanda, Grekland, Turkiet, Eritrea, Somalia, Kuwait och ett antal latinamerikanska länder.

Teori

Adolescenter tillhör en distinkt, separat utvecklingsgrupp med egna karakteristika och behov (Kymissis, 1993). Det som är karakteristiskt för adolescens är att den innebär en övergång från objektberoende till objektkärlek med en samtidig utveckling mot självdefinition (Blos, 1962). Jagidentitet kontra roll-

förvirring är den konflikt som är primär under adolescens (Erikson, 1956). Identitetsutvecklingen är mer komplicerad för ungdomar med invandrar- och flyktningbakgrund genom att de oftast varit utsatta för mer omfattande erfarenheter av separationer, förföljelser, förluster, flykt och trauman än andra ungdomar i samma ålder (Baptiste, 1990; Berger, 1996; Kristal-Andersson, 2000), erfarenheter som kan vara förödande för den utsattes relation med sig själv och med andra (van der Kolk, 1987). Detta kompliceras än mer av krav på integration i ett främmande land (Fox, 1995). Det finns fördelar med att dessa fenomen behandlas i grupp, eftersom att få dela upplevelser med andra ger ungdomar en känsla av att inte vara ensam, vilket främjar deras utveckling (Blos, 1962), samt ger en möjlighet att upptäcka vem de är och vilken tillhörighet de har (Kymmissis, 1993). Att dela erfarenheter minskar också adolescensens egocentrism och risk för alltför högt självförtroende som har noterats speciellt bland minoriteter som invandrarungdomar (Markström-Adams & Beale Spencer, 1994). Sekundärprocesstänkande och kreativitet förhöjs under adolescensen (Blos, 1962, 1979) och kan, tillsammans med de aktiva teknikerna i gruppterapi, ge möjlighet till rollexperimentering, psykosocial lek och utveckling av fantasi och drömmaterial som är nödvändiga för att skapa en identitet (Rachman, 1989). Dessutom, rapporterar Kymmissis (1993) att icke-verbala tekniker kan reglera ängslan till optimala nivåer, en viktig faktor när ängslan bland traumatiserade deltagarna kan vara mycket hög, speciellt när emotionella erfarenheter ska delas med andra (Nader, 1994; Parson, 1994) och om grupperna saknar den homogenitet som anses viktigt för gruppterapi (Herman, 1992).

Många kliniker (Berger, 1996; Ganter, Yeakel, & Polansky, 1967; Henry, 1992; Leader, 1991; Rachman, 1989, 1995) bekräftar gruppterapiens effektivitet i sitt arbete med ungdomar. Det finns litet skrivit om gruppterapi med traumatiserade ungdomar (Berger, 1996; Stynsberg, 2003), samtidigt som det finns mycket om barn och vuxna (Angel & Hjern, 1992; Hessle & Levin, 1995; Meichenbaum, 1994). En undersökning om hur BUP kunde bemöta målgruppens särskilda behov och karakteristika i gruppterapi inleddes. När skolpersonalen hade försökt diskutera i grupp aktuella ämnen med eleverna, intensifierades de negativa tendenserna av hot och våld mellan ungdomarna och hot mot lärarna. Det var som om det inte ingick i ungdomarnas begreppsvärld att försöka förstå och acceptera varandra utifrån kulturella skillnader och traumatiska upplevelser. Dessa allvarliga hinder till kommunikation blev förvärrade av elevernas begränsade förmåga att använda svenska. De unga kvinnorna i grupperna blev hånade eller ignorerade när de försökte uttrycka sig. Därför var det nödvändigt att hitta andra mer lämpliga former av kommunikation som svarade mot ungdomarnas utvecklingsspecifika behov, samt trauman de hade blivit utsatta för.

Korttids gruppterapi anpassad att möta utvecklingsspecifika behov hos traumatiserade flyktingungdomar

Enligt van der Kolk (1993), skall arbetet i gruppterapi gå ut på att hjälpa deltagarna att känna igen och handskas med återupplevandet av affekter, beteenden och minnen av trauma när de exponeras för stimulus som påminner dem om traumat. Det viktigaste skyddet mot återaktiveringen av traumat är att gruppterapeuterna ger det som blev förstört av traumat, det vill säga, förutsägbarhet, en klar struktur, trygghet inom gruppen och uppmärksamhet på kvalitén av den terapeutiska alliansen. BUP-personalen ansåg att skyddet ytterligare skulle förstärkas genom nära samarbete med föräldrar och skolpersonal och en fortgående vaksamhet mot olika sorts motöverföringsreaktioner som forskare uppmärksammar (Baptiste, 1990; Lindy & Wilson, 1994a, b, c; Nader, 1994; Raphael & Wilson, 1994; Ziegel & McEvoy, 2000). Dessutom skulle två behandlare leda grupperna.

Korttidsgruppterapi var att föredra för att den "hindrar regressiv sammanmältning men främjar snabb anknytning och möjligheten till att dela med sig av emotionellt laddat material" (van der Kolk, 1987, s. 166). Dessutom skulle gruppterapi under lång tid ta mer undervisningstid från det ordinarie skolschemat. Den avvikelser från det normala kunde öka deltagarnas känslor av främlingskap och utanförskap och leda till att deltagarna slutade gruppen (Berger, 1996; Fox, 1995; Schonfeld et al., 1994). Slutligen korrelerar en korttidsmodell som förmedlar tilltro till deltagarnas förmåga att klara framtiden bättre med adolescentens behov av frigörelse och individuation än en traditionell långtidsterapi.

Behandlaren roll är mindre framträdande i gruppterapi än i individualterapi, något som kan vara eftersträvanvärt under adolescensen då ungdomar är sökande efter nya identifikationsmodeller. En förutsättning är att grupplederen formar sin roll med fokus på att underlätta gruppens samhörighet. Detta görs genom att skapa en miljö där deltagarna kan undersöka sina relationer med andra och med ledaren (van der Kolk, 1987), vilket kräver att grupplederen är aktiv i sin roll.

Val av modell

Resultatet av BUP:s teoriundersökning pekade på en modell utvecklad av Angel-Poblete (1995). Angel-Poblete utvecklade modellen under "70 och "80 talet i sitt kliniska arbete och var mycket eklektiskt enligt Anders Hjern (personlig kommunikation, 19 februari 2006) som arbetade med henne. Angel-Poblete beskriver inte den teoretiska grunden för modellen, utan sitt sätt att arbeta. Modellen liknar den som Johnsen Christie (1994a, b) utvecklade senare. Johnsen Christie baserar sin förståelse på olika teorier: social inlärningsteori med sin förklaring

till varför nya, positiva erfarenheter oftast inte kan korrigeras reaktioner som härstammar från trauma; psykoanalytisk teori som uppmärksammar hur externa faror sammanblandas med inre faror; objektrelationsteori som beskriver rädslan för hjälplöshet och förlusten av härbärgerings- och symboliseringsförmåga och; kognitiv teori som betonar hur copingstrategier kan användas när den vanliga bearbetningen av information bryts ner av traumat. Terapeutiska interventioner delas upp i fyra grupper: 1) att vara vittne till deltagarens iscensättning av traumat för att upphäva överklighetskänslan; 2) fokus på att hjälpa deltagaren få kontroll över de traumatiska minnen för att återvinna sin autonomi och upplevelse av sig själv som subjekt; 3) att dela och härbärgera deltagarens trauma ökar affekttolerans och; 4) att arbeta med förståelse av händelsen för att kunna återupprätta förmågan att bearbeta en tanke (Hessle & Levin, 1995). I Angel-Pobletes modell är gruppledarna tydliga och aktiva samt ger ramar och struktur för att under trygga omständigheter erbjuda deltagarna möjligheter att kommunicera mer och mer intensivt med varandra enligt följande grundstruktur: 1) en inledning genom att samlas kring en aktivitet; 2) en kort reflektion om vad som hände vid det senaste tillfället; 3) arbete kring ett tema, och 4) en avslutningslek. Varje session har ett centralt tema. Teman börjar med ett här och nu perspektiv för att sedan skifta till perioden före traumat utan att utesluta det. Därefter, i en senare session, fokuseras på de traumatiska upplevelserna. Slutligen förs ett framtidsperspektiv in.

Att kunna kommunicera tankar och fantasier underlättar identitetsskapande under adolescens. Genom att kanalisera kraften från adolescensens höjda kreativitet i att kommunicera med varandra med ett gemensamt språk, kunde man öka deras möjligheter till både identitetsskapande och förståelse för varandra. Det som krävdes var ett noggrant urval av icke-verbala och verbala kommunikationstekniker med speciell hänsyn till deltagarnas begränsade språkkunskaper. Betydelsen av berättelserna som ingår i temaövningarna bekräftas av forskning på området som visar signifikant stressreducering hos traumatiserade personer som har fått skriva och berätta om affektladdade ämnen (Pennebaker, 1999). Skiftningen i tidsperspektiv som ingår i teman och därmed berättelsen sågs av BUP-terapeuterna som ett viktigt instrument för att hjälpa ungdomarna att se sig själva i en dynamisk utvecklingsprocess istället för att vara fångade i ett permanent tillstånd, samt ger deltagarna möjlighet att uppfatta händelserna de hade varit utsatta för som endast ett moment i ett helt perspektiv. Eftersom modellen är för barn, var det nödvändigt att komma med några tillägg för att anpassa den till tonåringarnas utvecklingsbehov och karakteristika.

Ramen för gruppterapin

Författarna beslutade att genomföra gruppssessionerna i skolan under skoltid och att tillsammans med skolpersonalen planera, kontinuerligt följa upp sessionerna och utvärdera. Tillsammans med lärarna genomförde BUP en inventering av vilka behov som fanns hos deltagarna, hur eventuella gruppammansättningar skulle kunna se ut, samt tid och plats för gruppssammankomsten. Det var viktigt att genomförandet kunde ske på skolan, men i en annan lokal än den ordinarie lektionssalen, i syfte att markera skillnaden mellan det ordinarie skolarbetet och gruppssessionerna.

Skolledningen och lärarna skickade skriftlig information till föräldrarna om att ungdomarna skulle delta i två speciella lektioner varje vecka under åtta veckor. Det beskrevs också att ungdomarna skulle arbeta på olika sätt och diskutera teman utifrån sina erfarenheter av att vara en ung person från ett annat land med andra erfarenheter än svenska ungdomar, under temat "Ung i Sverige idag". Gruppledarna presenterades i brevet och även en beskrivning av BUP ingick. Föräldrarna uppmanades att ta kontakt med skolan eller ledarna om de hade några frågor och inbjöds att personligen träffa ledarna både före och efter gruppens arbete. Ett föräldramöte arrangerades i skolan där BUP-behandlarna presenterade projektet. Eleverna informerades om grupperna, syfte och innehåll av lärarna på ett överenskommet sätt.

Orsaken till att skolan och inte BUP inledningsvis stod för informationen till ungdomar och föräldrar, var att undvika eventuellt motstånd från både föräldrar och ungdomar att delta i en grupp som kunde upplevas som för mycket "psykiatri" och därför, beroende av kulturella värderingar, verka misstänkt eller stigmatiserande. Skolan blev på detta sätt en garant för att det var en insats som riktades till alla elever i en speciell situation. Trots dessa åtgärder, skriver skolpersonalen (Åman-Davis, Pfister, Lindman & Schenström, 2003):

Elevreaktionerna inför varje projekt har alltid varit detsamma. Eleverna har reagerat med viss fasa då vi förklarar vad BUP står för och de stöter på ordet "psykiatri." Majoriteten av eleverna kommer från kulturer där problem hanteras inom den egna familjen eller släkten. Att söka hjälp hos en psykolog eller psykiater känns för de allra flesta som något oerhört hotfullt och något som kan stämpla en individ som "psykiskt sjuk."

Vi har varje år noterat att vissa enskilda elever protesterat mot att delta i projektet och detta har hittills alltid varit de individer som vi ansett vara

i störst behov av hjälp. Under projektets inledningsskede kan också dessa elever ha försökt skolka med motiveringen att det är "tråkigt".

I samarbetet mellan skolpersonalen och BUP ingick alltid ett möte för evaluering under pågående grupparbete efter den tredje sessionen. Mötet planerades in därför att erfarenhet visade att efter den tredje sessionen effekten på deltagarna då kunde märkas och att det fortfarande gick att komma till rätta med eventuella negativa tendenser vid denna tidpunkt, innan de blev befästa. Skolpersonalen och BUP träffades fler gånger om det fanns behov av det och alltid efter den sista sessionen för en utvärdering. Skolpersonalen kunde beskriva sina iakttagelser från klassrummet och uttrycka sina funderingar och ta upp ungdomarnas reaktioner på traumatiska upplevelser. Dessutom diskuterades frågor angående hur mycket skolpersonalen skulle våga interagera med deltagarna och vilka strategier skolpersonalen kunde tillämpa för att handskas med deltagarnas ageranden. Naturligtvis behandlades allt material från gruppssessionerna strikt konfidentiellt.

Tre tillägg till Angel-Pobletes gruppterapimodell (Angel-Poblete, 1995) för att möta utvecklingsspecifika behov hos invandrar- och flyktingungdomar

Tre element har applicerats på Angel-Pobletes gruppterapimodell (1995) för att passa bättre och möta adolescenternas särskilda utvecklingsbehov: 1) övningar som stimulerar de fem sinnen, 2) interventioner för att möte utagerande, 3) avslappning med Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) teknik.

1. Övningar för att stimulera de fem sinnen

Bland övningar för att stimulera de fem sinnen, gavs poesiövningar under sessionerna 2-7. Meningen var att ungdomarnas sekundärprocesstänkande och kreativitet skulle kunna användas för att uttrycka känslor och tankar till varandra i en strukturerad form. Poesiövningarna planerades noggrant för att stämma överens med, förbereda för och förstärka, men inte ta ifrån det känslomässiga engagemanget från temat som presenterades senare under sessionen.

I anslutning till särskilda teman, uppmuntrades deltagarna att skissa, måla, skriva eller att reflektera kring olika fenomen som stimulerar sinnes- och känsloupplevelser, ofta med musik i bakgrunden. Musiken valdes för att stimulera skapande av poesi och förstärka det följande sessionstemat.

Korttids gruppterapi anpassad att möta utvecklingsspecifika behov hos traumatiserade flyktingungdomar

Deltagarna presenterade därefter det de skrivit, reflekterat kring eller målat. Om en deltagare valde att presentera sitt material enbart muntligt eller med bild, skrevs detta ner av gruppledarna under deltagarens presentation. Efter att ha fått gruppens godkännande, lästes materialet upp högt i samma ordning som gruppmedlemmarna presenterade sitt arbete – som ett gemensamt poem. Under nästa session, fick gruppdeltagarna en utskrift av den gemensamma dikten som lästes upp högt en gång till, vilket förstärkte känslan av en gemensam produkt där allas bidrag varit lika värdefulla, trots deltagarnas olikheter. Vid sista sessionen gavs ingen poesiövning.

Ett exempel från en rad skriven av en av gruppmedlemmarna kanske kan ge ett intryck av ämnen som togs upp:

*När jag var liten, trodde jag att människor dog när de blev gamla,
men nu vet jag hur människor dör.*

Nedan presenteras poesi- och temaövningar för de första tre sessionerna:

1:1 Poesiövning: Ingen

Tema: Stänka vattenfärg på ett stort vitt papper, vika ihop papperet två gånger, pressa ihop det, öppna det och beskriva vad man ser.

Musik: Under alla temaövningar spelades Mozarts Clarinet Quintet, K. 581.

1:2 Poesiövning: En mening eller bild som innehåller en önskan, en färg och ett land, varje mening börjar med orden "Jag önskar". Man kan skapa en eller flera meningar (denna instruktion gäller alla poesiövningar).

Musik: Dvoraks "New World Symphony".

Tema: Beskriv ditt nuvarande liv. Det som man vill att andra i gruppen ska veta om mitt liv här och nu.

Musik: Se tema 1:1 "Musik".

1:3 Poesiövning: Burkar med olika kryddor skickas runt för att alla deltagare ska kunna lukta på och undersöka kryddorna. En mening eller bild som innehåller en krydda och en metafor skapas.

Musik: Ingen, eftersom det kan motverka koncentrationen på doftarna.

Tema: Beskriv ditt liv i ditt ursprungsland.

Musik: Se tema 1:1 "Musik".

Andra metoder som stimulerar de fem sinnen användes också. Efter det att gruppledarna och deltagarna presenterat sig för varandra under den första sessionen introducerades en inledningsritual som sedan återkom vid varje session. Ritualen syftar till att skapa en känsla av tillhörighet till gruppen, och, som de flesta andra sinnesövningar, att uppmärksamma heterogeniteten i gruppen och lekfullt behandla den, samtidigt som hörselsinnet stimuleras av alliterationen i övningen. I början då ungdomarna var osäkra på varandras namn, genomfördes en namnlek. Var och en av deltagarna fick instruktionen att säga sitt namn och sedan namnet på något av en speciell kategori som börjar på samma bokstav som deras eget namn. Om länder var kategorin, kunde ett exempel vara, David Danmark. Nästa person upprepade det som föregående person har sagt innan han/hon sade sitt namn och sitt val.

Syn- och hörselsinnet stimuleras i en "fyra-hörnen-övning" som användes i syfte att fokusera på likheter och olikheter. Övningen inkluderades oftast i den första sessionen. Gruppledarna räknade upp olika kategorier som gruppdeltagarna fick välja bland för att sedan gå till "det hörnet". Inledningsvis användes okontroversiella ämnen som färger på kläder, men sedan användes mer personliga ämne.

En övning avsedd att stimulera hörseln var viskleken, då en deltagare viskar några ord till en annan som viskar vidare till nästa osv. Den sista personen säger högt det han eller hon hörde och det jämförs sedan med vad den första personen ursprungligen viskade. Viskleken är speciellt lämpligt om rörelse och förändring är en del av temaövningen senare i sessionen, som t.ex. vid temat "Beskriv när ni lämnade ert hem och land och kom till Sverige".

När fysisk förflyttning indikerades i temat, användes en variant av leken "Fruksallad" som stimulerar syn, hörsel och känsel. I leken, som under grupperna heter "Förenade nationerna," sitter deltagarna på stolar i en ring. Var och en av deltagarna tilldelas en av tre eller fyra länder. En person som står i mitten säger en eller flera av länderna och dessa personer måste då byta stolar. Den som inte lyckas få en stol kommer nu att stå i mitten och processen upprepas. Om personen i mitten säger "Förenade nationerna," måste alla personer byta stolar med varandra.

2. Interventioner för att möta utagerande

Utageranden skedde ofta när känslomässigt starkt material behandlades och särskilt när temaarbetena presenterades i gruppen. Traumatiskt material tenderade att initiera olika ageranden hos dem som lyssnade till presentationerna. Utagerandet skedde i många olika former: att prata när det inte är ens tur, skratta

Korttids gruppterapi anpassad att möta utvecklingspecifika behov hos traumatiserade flyktingungdomar

fast det är allvarligt, ett plötsligt behov av att uppsöka toaletten, kommentera på olika sätt, ramla av stolen, spela pajas o.s.v.

När gruppmedlemmarna presenterade sina temaarbeten för de andra fick de stöd av gruppledarna att beskriva sina erfarenheter, särskilt de känslomässiga. Efter presentationen, erbjöds de andra gruppmedlemmarna att komma med kommentarer och frågor. Om presentationen följdes av tystnad, bekräftade behandlarna att temat var känslomässigt laddat eller ställde frågor för att stimulera frågandet. De som lyssnade behövde stöd för att lyssna. Utageranden konfronterades aktivt och direkt genom att behandlarna bekräftade att ämnet som diskuterades var smärtsamt, skrämmande och krävande att höra på och påminde om vikten av att den som berättar måste få göra det utan att bli avbruten. Ordet "men" användt inte (Samec, 1999). När samma person agerade igen, kunde behandlarna igen bekräfta behovet av att reagera som personen gjorde och undra om personen som agerade kunde upprepa vad terapeuterna sade den första gången. Interventionen är speciellt effektiv när behandlarna pratar med varandra "över huvudet" på den som agerar ut, det vill säga, säger högt till varandra att de observerar behovet hos en deltagare att reagera som han eller hon gör och undrar om den som reagerar vet vad som gäller i gruppen.

Ett annat sätt att minska utagerande medan gruppdeltagarna arbetade med sina kompositioner under temaövningar var att spela samma musik – Mozarts Clarinet quintet, K. 581. En skål med karameller eller andra förfriskningar erbjöds. Förfriskningar togs bort innan presentationerna av temaarbetena påbörjades.

Efter presentationerna, placerade gruppmedlemmarna sitt material i egna personliga foldrar där de förvarade allt som producerades under sessionerna. Foldrarna samlades in och förvarades av terapeuterna mellan sessionerna. Efter den sista sessionen kunde gruppmedlemmarna välja mellan att ta med sina foldrar med allt sitt material eller lämna dem hos terapeuterna. Denna möjlighet att välja är viktig, eftersom materialet kan vara extremt smärtsamt för vissa.

3. Avslappning med Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)-teknik

I slutet av varje session gavs en avslappningsövning, baserad på en "säker plats" övning som används inom EMDR-behandling (Shapiro, 2001). Övningen hade tre syften: som avslappning efter den känslomässiga press av att ha arbetat med teman som ofta involverar exponering av traumatiska minnen, som en plats dit medlemmarna i gruppen kunde vända sig och slappna av mellan sessionerna, samt som ett diagnostiskt instrument för terapeuterna för att undersöka vilka

terapeutiska interventioner som passade bäst för deltagarna.

Mot slutet av den första gruppssessionen uppmantras deltagarna att i fantasin gå till en särskild plats eller att skapa en särskild plats där de kan känna sig säkra, trygga och lugna eller till en person som framkallar dessa känslor. En aktivitet som ger samma känslor kan också väljas. När alla gruppdeltagarna signalerar att de har hittat en sådan säker plats, förs in EMDR-stimuleringen genom att spela EMDR-musik (Grand, 1998) på en bandspelare. Gruppmedlemmarna sitter framför bandspelarens högtalare med båda fötterna på golvet och lyssnar på korta sekvenser med ett maximum av tolv "sets" av kompositionen. Ett "set" inkluderar stimulering från en punkt till en annan, därför inkluderar varje "set" två musiktakter. Vikten av korta sekvenser av stimulering kan inte nog poängteras eftersom långa sekvenser kan initiera en framkallning av traumatiskt material som inte är hanterbart i en grupp.

Efter varje sekvens av EMDR-stimulering, undersöktes upplevelser av gruppmedlemmarna innan man gick vidare till nästa sekvens. Var och en av deltagarna frågades hur just han eller hon kände/mådde. Den säkra platsen var installerad för var och en innan den första gruppssessionen var avslutad. Samma plats återvänder deltagaren sedan till i slutet av varje session när det är dags för avslappningsövningen, då det fortsättningsvis används endast tre eller fyra EMDR-sekvenser. Tid reserverades för att möta eventuella behov av individuell kontakt om en person i gruppen inte kunde nå sin säkra plats i slutet av session ett. Övningen leddes av en leg. psykoterapeut med full EMDR-träning.

Författarnas erfarenheter är att om en person inte kan finna en säker plats med ett visst mått av extra stöd, kan detta tyda på att deltagaren lider av komplicerad PTSD (Pelcovitz, et al., 1997), och att speciella insatser måste vidtas för att hjälpa deltagaren.

Ungdomarna svarade särskilt väl på möjligheterna att skapa en säker plats och möjligheten att kunna använda sig av den både i slutet av sessionen och mellan sessionerna. Ett skäl till att övningen uppskattades kanske beror på att den ger utrymme för kreativitet och behovet av individuation. Dessa fenomen möts och uppmantras eftersom varje deltagare ges möjlighet att skapa en egen säker plats till vilken han eller hon, som en individ, kan återvända när det finns behov av att koppla av, samt återskapa och förstärka självet.

Utvärdering av resultat

Vid utvärdering av grupperna var både gruppmedlemmar och skolpersonal positiva till det arbete som genomförts. Skolpersonalen och föräldrarna rapporterade om enskilda gruppmedlemmar som visade på förändringar till det bättre efter att

Korttids gruppterapi anpassad att möta utvecklingsspecifika behov hos traumatiserade flyktingungdomar

ha deltagit i de åtta grupp-sessionerna. Förändringarna kunde bestå av mer närvaro i skolan, ett lugnare klimat i klassrummet, bättre koncentrationsförmåga, mindre oro hos enskilda elever o.s.v. Dessutom rapporterade skolpersonalen, att deltagarna blev mer reflekterande och villiga att arbeta mer konstruktivt i klassrummet efter behandlingen. BUP-terapeuterna fick till exempel rapporter redan efter tre sessioner att deltagarna i en grupp hade upphört att fysiskt slå varandra och andra elever på skolan. Hot mot skolpersonalen upphörde också vid samma tid. Skolpersonalen berättade att flickor som deltagit i grupperna på ett tydligare sätt kunde ta plats i klassrummet och framföra sina åsikter. Enligt skolpersonalen hade många elever också lärt sig att i större utsträckning bejaka sina känslor och att tillåta sig att vara ledsen eller att visa sin sorg eller sårbarhet.

För några av deltagarna som hade stått och stampat på samma fläck i många år på grund av svåra trauma var projektet direkt livsavgörande. Ett exempel är en flyktingpojke som kom från ett krigshärjat land. Han hade som sjuåring fått bevittna hur hans mor dödades av en granat. Den övriga familjen lyckades rädda sig undan granatbeskjutningen. Pojken som inte förstod att modern var död smög senare tillbaka för att hittas där helt paralyserad flera timmar senare. Pojken kom till Sverige då han var i mellanstadieåldern. Han kunde aldrig prata med den övriga familjen om att han sett modern död eftersom han smitit iväg utan att någon visste det och han inte ville göra sin familj mer ledsen. Pojken gick i många år i förberedelseklass utan att språkinläringen förbättrades. I gymnasieåldern hade han fortfarande inte tillägnat sig språket så pass att han kunde gå i en ordinarie gymnasieklass. På gymnasiet fortsatte det på samma sätt. Lärarna upplevde honom som avstängd och han kom lätt ur balans. Det bildades ett mönster kring honom där man i undervisningen försökte undvika ämnen som kunde "störa". Han var helt uppfylld av de traumatiska upplevelsorna och återkom till dessa ständigt både i och utanför klassrummet, både i tal och skrift. När gruppen som pojken deltog i började, protesterade han och tyckte inte han behövde delta. Lärarna motiverade och stöttade honom att komma till gruppen. Efter avslutad grupp beskriver skolpersonalen hur läsningen långsamt löstes upp och andra minnesbilder började dyka upp för honom. Studierna gick bättre och inläringen ökade. I slutet av läsåret hade han uppnått godkända betyg och kunde börja på en ordinarie gymnasieutbildning följande höst.

Målsättningen att hjälpa ungdomarna att bättre kunna ta till vara sin utbildning och att ge en positiv erfarenhet av att prata om sina upplevelser har uppnåtts. Dessa positiva erfarenheter för både ungdomar och föräldrar kan vara viktiga för att i framtiden kunna söka hjälp. Det har också förekommit i högre utsträckning efter det att arbetet med grupperna påbörjats att föräldrar tagit

kontakt med BUP för sig och sitt barn. Skolpersonalen beskriver i sin utvärdering (Åman-Davis, Pfister, Lindman, & Schenström, 2003) att det har varit lättare för dem att få gehör när de motiverat elever och deras föräldrar att ta en individuell kontakt med BUP, genom att elevernas "rädsla" för BUP avtagit och att föräldrarna genom projektet fått kunskaper om vart man kan vända sig för att få hjälp.

Sammanfattning och slutsatser

Artikelförfattarna har modifierat en modell för korttidsgruppterapi för att möta adolescenters utvecklingsspecifika behov. Den modell som valdes som utgångspunkt var prövad med yngre barn och uppbyggd kring teman som behandlar tiden före, under och efter traumat samt att dela erfarenheter med varandra. I den yttre ramen har samverkan med skolans personal samt informationstillfällen för föräldrarna varit viktiga inslag för att skapa ett begripligt sammanhang och en trygg inramning. Förutsägbarhet och trygghet har ytterligare poängterats genom en fast struktur för sessionerna. De viktiga tre tilläggen som författarna gjort till modellen är

- Övningar för att stimulera de fem sinnen
- Interventioner för att möta utagerande
- Avslappning med EMDR och säkerplatsövning

Övningar och tekniker som främjar kreativitet och sekundärprocesstänkande samt övningar där man använder alla fem sinnen har givits utrymme under grupp-sessionerna. Grupp-sessionerna har varit uppbyggda kring teman där ungdomarna arbetat med affektivt material och minnen från före, under och efter traumat. De inledande övningarna, musik m.m. har utvalts med omsorg för att förstärka arbetet med temat. Gruppbehandling som ger möjlighet att få dela upplevelser med andra ger en känsla av att inte vara ensam, vilket är av vikt just för adolescenter i identitetsutvecklingen. Stundtals har aktivt stöd krävts genom gruppledarnas interventioner för att möta utageranden då smärtsamt material behandlats. Som avslutning har givits en avslappningsövning med EMDR och en säkerplatsövning. Genom denna har deltagarna stärkts individuellt att hantera smärtsamt material samt givits en copingstrategi att ta till vid behov.

Målsättningen att ungdomarna ska kunna tillgodogöra sig sin utbildning på ett bättre sätt och att göra psykiatrisk hjälp mer tillgänglig för denna grupp har uppnåtts. Skolpersonalen har sammanfattat att ungdomarna utvecklats positivt i sina sociala förmågor och sina möjligheter att fungera på ett tillfredsställande

Korttids gruppterapi anpassad att möta utvecklingsspecifika behov hos traumatiserade flyktingungdomar

sätt i skolsituationen utan konflikter, slagsmål och med mer respekt för varandra och ett lugnare samtalsklimat.

[En detaljerad beskrivning av upplägget av sessionerna med beskrivningar av övningar mm kan rekvideras genom att skicka ett mejl-meddelandet till james.samec@telia.com]

Referenser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV* (4:e upplagan.). Washington, D.C.
- Angel, B., & Hjern, A. (1992). *Att möta flyktingbarn och deras familjer*. Lund: Studentlitteratur.
- Angel-Poblete, B. (1995). Behandling av traumatiserade flyktingbarn på förläggning. I A. Hjern (red.), *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*, 280-294. Lund: Studentlitteratur.
- Baptiste, D. A., Jr. (1990). The treatment of adolescents and their families in cultural transition: Issues and recommendations. *Contemporary Family Therapy*, 12 (1): 3-22.
- Berger, R. (1996). Group work with adolescent immigrants. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 6 (4): 169-179.
- Blos, P. (1962). *On adolescence. A psychoanalytic interpretation*. New York: Free Press.
- Blos, P. (1979). *The adolescent passage. Developmental issues*. New York: International Universities Press.
- Cemalovic, A. (1997). *A saga of Sarajevo children: Coping with life under siege*. Stockholm: KTH Högskoletryckeriet.
- Erikson, E. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4: 56-121.
- Fox, M. (1995, oktober). Seminarie med BUP-Norrtäljes personal på Tavistock Clinic i London, den 3. oktober 1995.
- Ganter, G., Yeakel, M., & Polansky, N. A. (1967). *Retrieval from limbo. The intermediary group treatment of inaccessible children*. New York: Child Welfare League of America, Inc.
- Grand, D. (1998). Round the lake (CD-ROM). I D. Grand (red.), *The best of biolateral*. New York: Biolateral.
- Henry, S. (1992). *Group skills in social work. A four-dimensional approach*. (2:a upplagan, reviderad). Pacific Grove, CA: Brooks.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hessle, M. & Levin, L. (1995). Korttidsbehandling av traumatiserade flyktingbarn - en offensiv strategi. *Socialmedicinsk tidskrift*, 9: 389-395.
- Johnsen Christie, H. (1994a). Traumeförståelse – en dröftelse av teoretiska modeller. I K. Langaard, H. Johnsen Christie & V. Holdus (red.), *Interkulturell behandling. Erfaringar fra møte med innvandrere- og flyktingfamilier ibarne- og ungdomspsykiatrien*, 1 (87-104), Oslo: Nic Waals Institut.
- Johnsen Christie, H. (1994b). Traumeförståelse – konsekvenser for terapeutisk intervensjon. I K. Langaard, H. Johnsen Christie & V. Holdus (red.), *Interkulturell behandling*.

- Erfaringar fra möte med innvandrere- og flyktningfamilier ibarne- og ungdomspsykiatrien*, 1 (105-117), Oslo: Nic Waals Institut.
- Kristal-Andersson, B. (2000). *Psychology of the refugee, the immigrant and their children: Development of a conceptual framework and application to psychotherapeutic and related support work*. Lund: University of Lund Press.
- Kymissis, P. (1993). Group psychotherapy with adolescents. I H. Kaplan & P. Sadock (red.), *Comprehensive group psychotherapy*, (557-584). Baltimore, MD: William and Wilkes.
- Leader, E. (1991). Why adolescent group therapy? *Journal of Child and Adolescent Group Psychotherapy*, 1, (2): 81-93.
- Lindy, J. D., & Wilson, J. P. (1994a). Empathic strain and countertransference. I J.D. Lindy & J. P. Wilson (red.), *Countertransference in the treatment of PTSD*, (5-30). New York: Guilford Press.
- Lindy, J. D., & Wilson, J. P. (1994b). Empathic strain and countertransference roles: Case illustrations. I J. D. Lindy & J. P. Wilson (red.), *Countertransference in the treatment of PTSD*, (62-82). New York: Guilford Press.
- Lindy, J. D., & Wilson, J. P. (1994c). Empathic strain and therapist defense: Type I and II CTRs. I J. D. Lindy & J. P. Wilson (red.), *Countertransference in the treatment of PTSD*, (31-61). New York: Guilford Press.
- Markstrom-Adams, C. & Beale Spencer, M. (1994). A model for identity interventions with minority adolescents. I S. L. Archer (red.), *Interventions for adolescent identity development*, (84-102). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo, Canada: Institute Press.
- Nader, K. (1994). Countertransference in the treatment of acutely traumatized children. I J.D. Lindy & J. P. Wilson (red.), *Countertransference in the treatment of PTSD*, (179-205). New York: Guilford Press.
- Parson, E. R. (1994). Inner city children of trauma: Urban violence traumatic stress response syndrome (U-VTS) and therapists' responses. I J.D. Lindy & J.P. Wilson (red.), *Countertransference in the treatment of PTSD*, (155-178). New York: Guilford Press.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorder of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10: 3-16.
- Pennebaker, J.W. (1999). The effects of traumatic disclosure on physical and mental health: The values of writing and talking about upsetting events. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1: 9-18.
- Rachman, A. (1989). Identity group psychotherapy with adolescents: A reformulation. I F. J. Cramer Azima & L. H. Richmond (red.), *Adolescent group psychotherapy*, (21-41). CT: International Universities Press.
- Rachman, A. (1995). *Identity group psychotherapy with adolescents*. Northvale, NJ: Aronson.
- Raphael, J. B., & Wilson, J. P. (1994). When disaster strikes: Managing emotional reactions in rescue workers. I J.D. Lindy & J.P. Wilson (red.), *Countertransference in the treatment of PTSD*, (333-350). New York: Guilford Press.

- Samec, J.R. (1998). ... och ...: Hur föräldrar och psykoterapeuter kan skapa utrymme för barn att tänka istället för att utagera. *Svensk familjeterapi*, 1:2 6-30.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2:a upplagan, reviderad). New York: Guilford Press.
- Schonfeld, D. J., Kline, M., and the members of the Crisis Intervention Committee. (1994). School-based crisis intervention: An organizational model. *Crisis Intervention*, 1, (2): 155-166.
- Stynsberg, M. (2003). Gruppterapi med krigstraumatiserade barn och ungdomar. *Mellanrummet*, 9: 98-108.
- van der Kolk, B. (1987). The role of the group in origin and resolution of trauma response. I B. van der Kolk (red.), *Psychological trauma* (153-171). Washington DC: American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. (1993). Group psychotherapy with posttraumatic stress disorder. I H. Kaplan & P. Sadock (red.), *Comprehensive group psychotherapy*, (550-577). Baltimore, MD: William and Wilkes.
- Ziegler, M. & McEvoy, M. (2000) Hazardous terrain: Countertransference reactions in trauma groups. I R.H. Klein & V.L. Schermer (red.), *Group psychotherapy for psychological trauma*, (116-137). New York: Guilford Press.
- Åman-Davis, E, Pfister, E, Lindman, J, & Schenström, L. (2003). *Resumé för åren av samarbete mellan IVIK och BUP* (e-mail daterat 6. november 2003). Norrtälje: IVIK vid Rodengymnasiet

Abstract

Samec, J.R. & Ekström, B.-M. (2006): Short term group therapy for traumatized refugee children. *Matrix*, 23, 73-88.

Traumatized refugee and immigrant adolescents have specific developmental needs. To meet those developmental needs in treatment, methods to modify the short term group therapy for traumatized refugee children as described by Angel-Poblete (1995) are presented. The methods are exercises that stimulate the five senses, interventions to deal with acting out, and a relaxation exercise developed from Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – all of which are practiced within the framework of close cooperation with parents and school personnel. This presentation is based on the work with thirteen groups of participants (N = 98) of both sexes and from different countries, 16-20 years old (median age of 17 years old). The theoretical basis, planning, execution, and results are described. Evaluations with the participants and school personnel, as well as the reactions of the parents, indicate positive therapeutic results.

KEY WORDS: Group therapy, immigrants, refugees, adolescents, trauma