

**Den håpefulle utprøving: Kasusformulering og
vekstbefordrende samhandling i lys av kontroll-mestringsteori**

Per-Einar Binder og Helge Holgersen

Den håpefulle utprøving: Kasusformulering og vekstbefordrende samhandling i lys av kontroll-mestringsteori

Kan en kasusformulering hjelpe oss å forstå hvordan konkret samhandling i terapirelasjonen gir mulighet for endring? Prosessforskning med bakgrunn i kontroll-mestringsteori tilsier at pasienter endrer seg når de får «prøve ut» terapirelasjonen.

Deler av psykoterapifeltet har i de seneste tiår gjennomgått en «relasjonell» vending. Dette innbefatter både store deler av det psykodynamiske feltet (Fosha, 2000; Hoffmann, 1998; Mitchell, 2000), humanistisk-eksistensiell terapi (Greenberg, 2002; Schneider, 2007) og deler av den kognitive terapitradisjonen (Mahoney, 2004; Young et al. 2003). Disse vektlegger alle hvordan den terapeutiske relasjonen virker endringsbefordrende. Pasient og terapeut skaper måter å være sammen på som gir muligheter for pasienten til å bli kjent med, og bryte med, livsbegrensende tanke-, følelses- og handlingsmønstre i sin relasjonshistorie. Den relasjonelle vendingen har bidratt til en økt terapeutisk fleksibilitet. Det er pasientens egen stemme og særskilte behov som gir retning til hvordan hver enkelt endringsbefordrende relasjon skal utformes.

Både relasjonell psykoanalyse, objektrelasjonsteori og humanistisk-eksistensiell psykoterapi har utviklet rike språk for å beskrive den terapeutiske relasjonen. Disse retningene har imidlertid i mindre grad utviklet et stringent og systematisk språk for den «diagnostiske» overveielser som ligger til grunn for hvordan en forstår pasientens særskilte terapibehov. I psykoterapeutisk sammenheng finner vi det mest meningsfullt å tenke «diagnose» som en «kasusformulering». Med dette menes en sammenfatning av hypoteser om hva vi ser som pasientens bevisste og ubevisste mål med terapien, bakgrunnen for hvordan pasientens vansker er oppstått og hva som opprettholder dem i dag, og hvordan vi antar terapeutisk samhandling og teknikk kan hjelpe pasienten å nå sine mål. Vi vil understreke at en kasusformulering alltid er hypotetisk og alltid skal reformuleres underveis i terapiforløpet. Et sentralt spørsmål i forhold til den relasjonelle vendingen blir: Hvordan kan en kasusformulering hjelpe oss å forstå hvilke relasjonelle erfaringer pasienten er i behov av for å kunne endre seg? Det er dette spørsmålet vi vil søke å kaste lys over i denne artikkelen.

Spørsmålet vårt rommer to premisser: at pasienten faktisk søker endring, og at en relasjon med særskilte kvaliteter er en grunnbetingelse for at endring skal kunne finne sted. Dette er antakelser om psykoterapi som «kontroll-mestringsteorien» har utviklet teoretisk, og studert empirisk, gjennom snart fem tiår (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993; Weiss, Sampson et al. 1986). «Kontroll-mestringsteori» har sitt opphav i psykoanalysen, men kan i dag best sees som en integrasjon av

psykodynamisk, humanistisk og kognitiv psykoterapiteori. Samtidig er den forankret i empirisk psykoterapiprosessforskning (Silberschatz, 2005). I likhet med McWilliams (1994) ser vi kontroll-mestringsteori som en mulig innfallsvinkel til å gi forskningsforankrede beskrivelser av pasientens «prosjekt» med terapien og hans eller hennes behov i det terapeutiske møtet. I det nye psykodynamisk forankrede diagnosesystemet Psychodynamic Diagnostic Manual (Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006), inngår et sentralt element fra kontroll-mestringsteori ved at karakteristiske «patogene antakelser» om selv og andre gjengis for hver av de ulike personlighetsmønstrene som der beskrives.

Dette er grunnantakelser i kontroll-mestringsteori:

- 1 Deler av pasientens streben etter et bedre liv er ubevisst motivert, og kalles i kontroll-mestringsteori for en «ubevisst plan». En «ubevisst plan» er pasientens håp og intensjon om i relasjonen til terapeuten å kunne få avkreftet livsbegrensende og rigide antakelser om seg selv og andre med opphav i fortiden.
- 2 Pasienten er grunnleggende motivert for å opprettholde og opprette relasjonsbånd. Pasienten vil forsake utviklingsmessige behov og ønsker dersom oppfyllelsen av disse kan true, eller har truet, viktige relasjonsbånd.
- 3 Pasienten har formet antakelser om seg selv og andre på bakgrunn av hvordan behovet for relasjonsbånd og utviklingsmessige mål er blitt møtt i oppvekstens eller nåtidens relasjonelle miljø. Der det er traumatiserende livsbetingelser, vil slike meningsstrukturer få en ufleksibel og livsbegrensende karakter. Antakelser om en selv og andre som er blitt ufleksible, livsbegrensende og gir opphav til psykisk smerte, kalles i kontroll- mestringsteori for «patogene antakelser».
- 4 Pasienten vil arbeide med å bli fri fra sine patogene antakelser ved å teste dem ut i forholdet til terapeuten. Der samhandlingen med terapeuten avkrefter de patogene antakelsene, vil pasienten kunne ta i bruk sine ressurser, og det skjer vekst og endring i retning av tidligere forsakede utviklingsmessige mål. Terapeutens samhandlingsform kalles i disse situasjonene «plan-kompatible». I ufruktbare terapiforløp hvor samhandlingen med terapeuten bekrefter de patogene antakelsene, skjer det heller stagnasjon og forverring av pasientens tilstand.

Opprinnelsen til kontroll-mestringsteori

Kontroll-mestringsteori har sin opprinnelse i San Francisco Psychoanalytic Institute, hvor Joseph Weiss på midten av 1950-tallet ble opptatt av premissene for endring i psykoanalyse og psykoterapi (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). I freudiansk analyse og tradisjonell egopsykologi antok en at endring kun ville finne sted der pasienten ble driftsmessig frustrert. Analysen måtte finne sted i en tilstand av «abstinens». Og pasienten ble ansett å være grunnleggende motivert av infantile driftsønsker, slik som å bruke den andre som et middel til lystmessig tilfredsstillelse eller å aggressivt utkonkurrere den andre. I terapi ble det ansett som helt sentralt å frustrere disse driftsønskene fordi en antok at de kun da kunne bli aktualisert i overføringen (Freud, 1911 - 1915). Målet var at pasienten skulle oppgi de infantile driftsønskene, for en antok at først da kunne modne og mer sublimerte former for driftstilfredsstillelse bli mulig. Et optimalt nivå av angst og frustrasjon ble således ansett som en forutsetning for endring. Weiss erfarte at dette i liten grad harmonerte med hans kliniske observasjoner. Er det størst sannsynlighet for at pasienter tar sjansen på endring der kvaliteter ved relasjonen indikerer at det er trygt å åpne opp for følelser og behov? Eller skjer endring primært der de psykiske manifestasjonene av driftsmessige ønsker konsekvent blir frustrert og påpekt? I klinisk praksis viser det seg at pasienter grunnleggende sett heller åpner opp for følelser og atferdsmessig endring der fortidens engstelser har blitt avkrefte i relasjonen, og der de opplever seg trygge.

Weiss (1952) beskrev dette også med eksempler fra hverdagslivet. Hva er det for eksempel som må til for at mennesker viser følelser i en kinosal? I artikkelen «Crying at the happy ending» observerer Weiss (1952) at kinogjengeren ofte er ansent og holder tilbake følelsesuttrykk når det i filmen ser ut som det kan gå galt med hovedpersonene. I kjærlighetsfilmen er dette når misforståelsen er på sitt verste, den løgnaktige rivalen ser ut til å ødelegge alt, og paret ser ut til å miste hverandre. På slutten av forestillingen, når alt har gått bra og paret er lykkelig forent, ja da slipper paradoksalt nok publikum følelsene til, og gråten kommer. Mon tro om dette også har sin parallell i den terapeutiske prosessen? Den gamle engstelsen om at «det hele kan gå galt», blir aktualisert når pasienten søker løsning på noe som han eller hun har opplevd at andre relasjoner ikke har kunnet hjelpe med, eller til og med har gjort verre. Nye tanke- og handlingsmuligheter oppstår nettopp hvor pasienten kjenner på «at denne gangen går det visst annerledes, dette kan gå bra». Rent teoretisk finner Weiss kimen til en slik tenkning også i Freuds senere egopsykologi, hvor Freud (1920,1940) beskriver en finalistisk og progressiv kraft i antakelsen om et «bemektigelsesdriv» og om «prøvehandlinger» på et ubevisst

kognitivt nivå. Joseph Weiss begynte å utforske hypotesen om at pasienten tar sjansen på endring der antakelser om relasjonelle faresituasjoner og potensielle traumeerfaringer avkreftes empirisk og systematisk. Først skjedde dette gjennom strukturerte studier av timereferater. Etter hvert begynte han, hans analytikerkollega Harold Sampson og en gruppe andre fremstående analytikere og terapeuter fra San Francisco og the Bay-area mer systematiske studier av den psykoterapeutiske endringsprosessen i en forskningsgruppe som opprinnelig kalte seg «the Mount Zion Psychotherapy Research Group», og som i dag heter «San Francisco Psychotherapy Research Group».

En psykoterapiteori med opphav i systematisk empirisk forskning

Utviklingen av kontroll-mestringsteori har skjedd i intim vekselvirkning med empirisk forskning på psykoterapi-prosessen. Et grunnpostulat som først ble utforsket, er at pasienten tar sjansen på endring der terapirelasjonen oppleves trygg. Hva vil så «trygghet» si i denne sammenhengen? Weiss og Sampsons hypotese var at dette skjedde når pasienten opplevde at gamle forventninger om smertefulle måter å bli møtt på av andre aktivt lar seg avkrefte i terapirelasjonen (Weiss, 1990a, Weiss et al., 1986). Weiss og kolleger fremførte en hypotese om at det i det ubevisste fantes en «høyere mental fungering» som innebar at pasienten kommer til terapi med både en bevisst og en ubevisst søken etter å få det bedre. Dersom terapeut eller analytiker støttet opp under denne søken, ville pasienten kunne bruke terapirelasjonen til å gjøre fremskritt. Den mer tradisjonelle freudianske teorien om motivasjon og endring var en alternativ hypotese, operasjonalisert som «automatisk mental fungerings-hypotesen». Ut fra denne vil pasientens motiv sikte mot blind repetisjon av infantile former for driftstilfredsstillelse heller enn vekst og endring. Ut fra hypotesen om automatisk mental fungering vil fortrent materiale «trenge igjennom» et aktivert forsvar med stor motstand og høy angst når terapeuten frustrerer driftsimpulser og gir tolkninger.

Disse to hypotesene om hvilke relasjonsfenomener som ligger til grunn for terapeutisk endring, ble satt opp mot hverandre. Gjennom en grundig prosessanalyse av transkribert materiale fra de første hundre timene av en psykoanalyse ble de konkurrerende hypotesene testet ut i forhold til hverandre. Først identifiserte et team av tradisjonelt psykoanalytisk skolerte klinikere samhandlingssekvenser hvor pasienten ble antatt å ha kraftige ubevisste krav og ønsker i forhold til sin analytiker. Deretter ble det satt sammen to grupper av klinikere. En gruppe skulle vurdere dette materialet ut fra det som etter hvert ble kontroll-mestringsteori og hypotesen om «høyere mental

fungering». De skulle vurdere i hvor stor grad terapeutens intervensjoner i disse situasjonene innebar at han besto pasientens ubevisste uttesting. Den andre gruppen med en mer tradisjonell freudiansk orientering skulle analysere materialet ut fra antakelsen om «automatisk mental fungering», og således vurdere i hvilken grad terapeutens intervensjon lyktes i å frustrere pasientens ubevisste impulser. Deretter skulle nye grupper av vurderere skåre hva pasienten sa og uttrykte, uvitende om denne sekvensen kom før eller etter en intervensjon. De skåret da materialet med hensyn til angst, avslappethet, mot til å gå inn i nytt materiale, og vennlige følelser.

Det som viste seg, var at pasienten etter de intervensjonene som ble vurdert som at terapeuten i høy grad besto «uttestingen», åpnet for mer nytt materiale. Dette nye materialet var også emosjonelt sett smertefullt, og ble vurdert som tidligere ubevisst eller undertrykt. Etter at terapeuten besto uttestinger, viste pasienten mer ro og mer vennlige følelser. I tillegg så en at det også var mange intervensjoner som kunne vurderes både som en «bestått test» og som «frustrasjon av ubevisste impulser». Det at pasienten også etter disse intervensjonene reagerte med redusert angst og mer vennlighet kombinert med mer nytt materiale, var mer forenlig med antakelsen om bestått test enn antakelsen om «abstinens» eller «frustrasjon av ubevisste impulser». Situasjoner hvor pasienten retter «krav» i form av ønsker i forhold til terapeuten, var således mer rimelige å tolke som former for utprøving enn søken etter infantil tilfredsstillelse.

Denne første studien er interessant ved at den viser at en relativt tradisjonell psykoanalytisk arbeidsmåte kunne være virksom overfor en gitt pasient, selv om studien samtidig talte for at selve det teoretiske rasjonale for intervensjonene ikke stemte. Det skulle imidlertid snart bli klart at det klassiske psykoanalytiske intervensjonsrepertoaret på ingen måte var det beste alternativet for alle pasienter. Vi skal komme tilbake til flere av funnene fra denne forskningstradisjonen, men først utdype noen av de grunnleggende begrepene og forståelsesmåtene.

Hva er en patogen antakelse, og hvordan oppstår den?

Et sentralt og overordnet begrep innenfor kontroll-mestringsteoriens psykopatologi-forståelse er «patogene antakelser». Dette må forstås ut fra Joseph Weiss (1990b) sin relasjonelle utforming av «det adaptive imperativ» - alle biologiske vesener er predisponert for å tilpasse seg sitt miljø, og for mennesket avhenger denne tilpasningen fra starten av livet av båndet til de andre. Utviklingspsykologien viser at menneskebarn fra starten av livet søker kontakt med sine

omsorgspersoner og utvikler emosjonelle bånd til dem. Det innebærer at de fenomenologisk sett også blir grunnleggende solidariske med sine omsorgspersoner: De avhenger av disse menneskene for sin overlevelse, og det å føle og vise en tilhørighet til dem er derfor helt nødvendig. Samtidig vil barnet fra starten ha som utviklingsmessig mål å søke å finne plass til egne evner, følelser og behov - å kunne være nær og på en gang ha plass til egenvilje, å kunne kjenne på og uttrykke følelser som glede, sorg, selvhevdelse, sinne/frustrasjon og nysgjerrighet.

For å kunne orientere seg og samhandle bygger barnet sammen med omsorgspersonene meningsstrukturer - antakelser - om seg selv, andre og hvordan den relasjonelle verden henger sammen. For en stor del vil disse antakelsene være funksjonelle, adaptive og fleksible - «Når jeg er glad og fornøyd, kan jeg invitere mor eller far med på leken, og de synes det er gøy», «Når jeg er engstelig og trist, kan jeg vise dette til mor eller far, de gir meg trøst og jeg faller til ro», «Når jeg vil noe annet enn mor og far, sier de nei, og vi krangler om det, og så blir vi venner igjen». Der barnet opplever at dets personlige utviklingsmessige mål kan true relasjonene, vil det imidlertid prioritere å bevare et bånd til omsorgspersonene. Barnet vil da kunne forsake disse målene. Parallelt til hvordan Fairbairn (1952) beskriver at det er bedre å være en «djevel i en verden styrt av Gud» enn å være en «engel i helvete», vil barnet etablere meningsstrukturer som reduserer angsten som trusselen om brutte bånd innebærer. Om en sentral omsorgsperson er depressiv og opplever barnets iver og entusiasme som truende og slitsomt, vil barnet kunne danne en patogen antakelse som kan sammenfattes som «Viser jeg glede og iver, er jeg slitsom og uregjerlig og skader den andre». Om barnet opplever at omsorgspersonen blir truet av barnets selvhevdelse og selvstendighet, kan den patogene antakelsen bli: «Vil jeg ting på egenhånd, er jeg stygg mot den andre.» Og i tilfeller der omsorgspersonen seksuelt utnytter barnet, kan den patogene antakelse bli: «Jeg har noe ved meg som får den andre ut av kontroll, jeg har fristet ham, jeg er ekkel.»

I Psychodynamic Diagnostic Manual (Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006) skisseres prototypiske patogene antakelser knyttet til ulike personlighetsforstyrrelser. For eksempel vil en ved tvangslidelse finne antakelser om at «Min aggresjon er farlig og må kontrolleres» eller «Andre forsøker å utøve en kontroll som jeg må motsette meg», og ved depressiv forstyrrelse: «Det er noe grunnleggende dårlig og manglende med meg» eller «Mennesker som virkelig blir kjent med meg, vil avvise meg». Patogene antakelser antas å være i hovedsak prerefleksive eller ubevisste, men deler av deres følelsesmessige komponenter vil kunne være bevisste og smertefulle - angst, selvhø, skyld og skam.

Hvorfor «kontroll-mestring»?

Joseph Weiss tenker seg at samhandling i nære relasjoner blir regulert ut fra mellommenneskelig persepsjon av trygghet og fare; trygghet er følelsen av at båndet til den andre opprettholdes, fare er at det er i ferd med å brytes. «Patogene antakelser» er således avverger for å håndtere det som i stor grad ubevisst oppleves som mellommenneskelige faresituasjoner - de innretter seg mot å bevare bånd der bånd kjennes truet. I denne forstand tenker Weiss (1990a, 1993) og Sampson (1989) seg at mennesker har en stor grad av ubevisst «kontroll» over sine avverger. Avverger blir anvendt der en fornemmer trussel, og en kan lette på dem der en opplever mellommenneskelig trygghet. Antakelser, både de patogene og de mer funksjonelle, er samtidig innrettet mot «mestring» av trusler og utfordringer i mellommenneskelige situasjoner. Mennesker vil hele veien være motivert henimot mestring av det å både kunne nå personlige utviklingsmessige mål og å bevare båndet til den andre. Dette er bakgrunnen for at teorien kalles «kontroll-mestringsteori». En tenker seg at mennesker også er høyst motiverte for å prøve ut og endre «patogene antakelser» i møter med andre hvor de oppfatter at det er mulig å nå utviklingsmessige mål og samtidig etablere et trygt mellommenneskelig bånd.

Om ubevisst skyld

Når en innenfor kontroll-mestringsteori forstår mennesket som grunnleggende motivert for kontakt, tilhørighet og solidaritet, får dette også konsekvenser for hvordan en tenker omkring skyldfølelse. I den klassiske psykoanalysen er det angsten for straff i forbindelse med å leve ut sine drifter, og internalisering av forbud og påbud, som danner kjernen i hva som etter hvert blir skyldfølelse. I kontroll-mestringsteori er det fornemmelsen av å svikte de nærmeste som danner grunnlag for skyld. En tenker seg her at det vil finnes to hovedtyper av skyldfølelse - «overlevelsesskyld» og «seperasjonsskyld» (Bush, 1989).

«Overlevelsesskyld» innebærer å kjenne det illojalt å lykkes på områder hvor betydningsfulle andre har strevd og mislyktes. Opphavet til begrepet ligger i kliniske erfaringer med Holocaust-ofre, som ofte kunne få sterk skyldfølelse over å ha vært den som overlevde der andre ble drept, og hvor flere fikk vansker med å kunne unne seg av livets goder i etterkant. Noe av det samme fenomenet, men heldigvis oftest i langt svakere form, kan en se der mennesker som har opplevd at de nærmeste led og levde emosjonelt og eventuelt kulturelt/økonomisk fattige liv, kan oppleve skyld når de får tilgang til goder som de andre ikke har hatt. Dette kan for eksempel være å tillate seg å kjenne glede og ekspansivitet der foreldrene kanskje har vært preget av depressivitet og håpløshet, å tillate seg

verdighet og selvomsorg der foreldrene har levd miserabelt i alkoholisme, eller å føle rett til selv å fortsette å leve et liv selv om en av de nærmeste har falt fra etter smertefull sykdom.

«*Separasjonsskyld*» innebærer å kjenne det som at bestrebelser på å atskille seg og være selvstendig vil kunne skade betydningsfulle andre. Dette kan for eksempel være at et barn som opplever at en hjemmeværende mor formidler engstelse og forlatthetsfølelse når han skal gå på skolen, derfor føler at det blir «feil» mot henne å gå, og etter hvert utvikler en skolefobi. Som tenåring vil han gjerne i tillegg få så mye skyldfølelse over å gå ut på fest og forvolde foreldrene engstelse at han blir overdrevent «pyntelig» og ikke tillater seg en del av de livserfaringer som andre på hans alder gjør. «*Separasjonsskyld*» kan også være et element ved den ambivalens eller usikkerhet en del føler i forbindelse med å gjøre en «klassereise» over i et kulturelt eller økonomisk høyere lag enn foreldrene - det kjennes som å «bryte» og å være illojal. Dette blir forskjellig fra «*overlevelsesskyld*» ved at det ikke nødvendigvis er slik at foreldrene lider under sin sosiale plassering. Det vil mer knytte seg til at den som gjør «reisen», mer eller mindre antesiperer at foreldrene vil oppleve det som at «du er altså blitt finere enn oss nå, du er ikke sånn som oss lenger».

«*Ubevisst skyld*» er en sentral del av «patogene antakelser». I seg selv er skyld en sunn og normal følelse. Den har en adaptiv betydning ved at den uttrykker vår tilhørighet og forpliktelse overfor våre nærmeste, og den innebærer at vi kan være sensitive i forhold til andres smerte. Når den gir grobunn for patogene antakelser, kan dette bero på flere forhold. Ett av dem er barns kognitive umodenhet. Barnet kan komme til å fortolke ansvar inn i situasjoner som i realiteten ligger utenfor dets kontroll. For eksempel kan et barn som opplever å stå i en rivaliserende posisjon i forhold til et søsken, oppleve at dets aggressive følelser er «årsak» i en situasjon hvor dette søsken blir utsatt for en ulykke og dør, og da få en forsterket overlevelsesskyld. En annen mulighet er at det fortolker sin egen vitalitet og iver som «årsak» til at foreldrene er slitne og depressive. Ubevisst skyld og patogene antakelser blir måter å gi mening på til livshendelser som overskrider ens emosjonelle og kognitive mestring - traumesituasjoner.

Traume

Ut fra kontroll-mestringsteorien er det to hovedtyper av traumer «sjokk-traumer» og «stress-traumer; (Bush, 1989; Weiss, Sampson et al. 1986).

Et *sjokk-traume* er en atskilt traumatisk hendelse, slik som foreldre eller andre nære personers sykdom og død. Slike opplevelser kan lett gi patogene antakelser som henger sammen med

feilslutninger om årsak og virkning, som når en person opplever det som at en ulykke eller tragisk hendelse «skyldes» noe han eller hun selv har følt, ønsket eller tenkt.

Et *stress-traume* er vedvarende og gjentatte traumatiske erfaringer som barnet ikke kan unngå, og som tvinger det til å oppgi viktige utviklingsmessige mål. Dette samsvarer også med hva en ofte kaller «kumulative traumer». Eksempler på slike traumer er å leve med omsorgspersoner som gir sviktende omsorg, har store alkoholproblemer, opptrer seksualiserende overfor barnet eller depressivt induserer skyld hver gang et barn viser iver og vitalitet. På bakgrunn av lojalitetsbåndet til omsorgspersonene kan dette lett gi opphav til patogene antakelser med en moralsk feilslutning. Barnet kan tolke urett som begås mot det som at det har fått hva det «fortjener».

Betyr dette så at det er situasjonene i seg selv som gir «patogene antakelser»? Noen situasjoner blir uunngåelig traumatiske, slik som foreldres dødsfall, grov omsorgssvikt og seksuelt misbruk. Hva som blir et «traume», og i hvor stor grad det blir det, vil imidlertid også avhenge av trekk ved den som opplever situasjonen. Personlighetsmessige og temperamentsmessige forhold vil være avgjørende i forhold til hvor høy «terskelen» er for å bli overveldet av en situasjon. Nevrologiske avvik som igjen gjør det vanskelig å kognitivt bearbeide situasjoner, kan gjøre terskelen lavere for at en situasjon blir «traumatisk» (Schoe, 2003). Likeledes vil det å mangle emosjonell støtte og kontakt i forkant og etterkant kunne bli utslagsgivende.

Hva er en ubevisst plan?

I kontroll-mestringsteori tenker en at pasienten selv er den sentrale endringsaktøren, ikke bare på det bevisste nivået, men også på et ubevisst kognitivt-emosjonelt nivå. En beskriver dette som at pasienten har en «*ubevisst plan*» med terapien, og hvordan han eller hun vil anvende terapirelasjonen for å få til endring (Weiss, 1994).

Selve konseptet «ubevisst plan» springer ut fra San Francisco-gruppens prosessforskningsdesign (Curtis, Silberschatz, 1997). En bruker her transkriberte lyd- eller videoopptak fra hele psykoterapier. En gruppe klinisk skolerte vurderere forholder seg da til inntaksintervjuet og de to etterfølgende oppstartstimene og lager på bakgrunn av dette en formulering av hva en tenker at pasientens «ubevisste plan» med terapien kan være. Dette utgjør til sammen en kasusformulering som i denne tradisjonen også kalles en «planformulering». De kliniske vurdererne leser først timene hver for seg, og lager kasusformuleringen med utgangspunkt i følgende punkter:

Mål - hvilke utviklingsmessige mål er det pasienten søker å nå med terapien? Dette kan for eksempel være å bli i stand til å hevde egne behov og meninger, å kunne kjenne og uttrykke triste/sinte/glade/seksuelle følelser, å kunne ta i bruk egne evner uten å føle at det går på bekostning av andre, eller å kunne våge å knytte seg til og være nær andre.

Hindringer - hvilke patogene antakelser er det som hindrer pasienten i å nå målene, og som pasienten ønsker å bli fri fra? Dette kan være: «Om jeg viser egenvilje, blir den andre skadet», «Om jeg viser sinne, blir jeg selv straffet og skadet», «Om jeg søker nærhet, blir den andre overveldet og trekker seg vekk».

Tester - hvordan vil pasienten prøve ut terapeuten sin for å få avkreftet «den patogene antakelsen»?

Dette kan skje gjennom «overføringstester» hvor pasienten i forhold til terapeuten tester ut om det å søke de utviklingsmessige målene vil kunne bli mottatt på en bekreftende og aksepterende måte der han eller hun i fortiden opplevde avvisning, straff eller tilbaketrekning. For eksempel kan pasienten da prøve ut å vise egenvilje eller sinne, og se om terapeuten tåler det uten å fremstå tilbaketrukket og engstelig eller bli straffende. Eller pasienten søker nærhet og tester ut om terapeuten tåler dette uten å fremstå overbelastet. Slike utprøvinger utgjør svært ofte terapeutiske utfordringer: De følelser og behov som pasienten prøver ut, kan fremstå som «utålelige» for terapeuten. Dette henger sammen med at de blir fremført på en måte som bærer preg av at pasienten også antar at de er utålelige.

En annen type av tester er «passiv om til aktiv»-tester. Her utsetter pasienten terapeuten for et «traume» han eller hun selv har opplevd, ved å gjøre det samme mot terapeuten som andre har gjort mot pasienten i fortiden (Foreman, 1997). For eksempel kan dette være å anklage terapeuten for å svikte hver gang hun/han avslutter en time eller reiser på ferie, slik pasienten selv opplevde å få induert skyldfølelse fra foreldrene hver gang pasienten gjorde separasjonsbestrebelse. Eller å utsette terapeuten for seksuell forføring, slik pasienten selv opplevde å bli gjenstand for seksuell invadering av en nærstående person. Det ubevisste håpet i denne type utprøving er at terapeuten skal kunne fungere som en «modell» ved nettopp å kunne håndtere en situasjon som for pasienten var traumatisk og uhandterlig.

Innsikter - hvilke typer av innsikter kan hjelpe pasienten til å nå sine utviklingsmessige mål? Dette kan være innsikter i egne patogene antakelser, slik som at pasienten faktisk antar at egen

selvhevdelse er noe «farlig», eller at nærhetssøken er til byrde for andre, og at dette er forståelige antakelser på bakgrunn av utviklingshistorien.

I San Francisco-gruppens forskningsdesign blir bidraget fra de enkelte vurdererne satt sammen til en sammenfattende liste, som igjen returneres til dem, og hvor de skal skåre de enkelte momentene med hensyn til relevans for det angjeldende kasuset. Vurderere med adekvat skoleing i kontroll-mestringsteori viser seg å kunne lage kasusformulering med høy reliabilitet. Selve planformuleringen får til slutt følgende format: en beskrivelse av pasienten og hans eller hennes livsomstendigheter, etterfulgt av en narrativ fremstilling av pasientens presenterte problem. Deretter listes mål, hindringer, tester og innsikter, gjerne med et sammenfattende avsnitt under hver kategori. En slik form for kasusformulering har også vist seg nyttig i vanlig klinisk arbeid og terapiplanlegging.

Ubevisst plan og brukermedvirkning

Idealet for hvordan vi i dag skal tilby psykoterapi innenfor psykisk helsevern, er mer egalitært enn tidligere. Dette er noe som gjenspeiler seg i helsemyndighetenes vekt på individuell plan, basert på brukernes egne mål for behandling. Hvordan vil antakelsen om en «ubevisst» plan stå i forhold til dette? Begrepet «ubevisst» viser jo til sider ved pasienten som han eller hun (enda) ikke er i stand til å reflektere rundt på egen hånd. Hvordan harmonerer dette med at pasienten skal inngå i et aktivt samarbeid omkring utredning og behandling? Vi tenker oss at dette er mindre problematisk enn hva det ved første øyekast kan synes. Når en pasient kommer til psykoterapi, vil det ligge som en naturlig forventning til terapeuten som fagperson at han eller hun oppfatter noe annet og noe mer ved pasientens vansker enn hva pasienten innledningsvis er i stand til å reflektere over selv. Samtidig vil terapeutenes innledende refleksjoner rundt pasientens vansker alltid kun ha en hypotesegenererende karakter. I mange tilfeller kan den bevisste og den ubevisste planen være i samklang med hverandre - for eksempel der vi kan anta at pasienten både bevisst og ubevisst søker økt rom for å «si ifra», men der det ligger ubevisste hindringer for å nå dette målet.

Hva så når den bevisste og den ubevisste «bestillingen» til terapien står i kontrast til hverandre? Silberschatz (2005) gir et eksempel der en ung mann kjenner seg deprimert fordi han ikke «elsker» sin forlovede tilstrekkelig, og ønsker hjelp til å elske henne høyere. Når terapeuten følger opp denne tilsynelatende uttrykte bestillingen, blir imidlertid pasienten mer depressiv og passiv. Når han begynner å utforske muligheten for at pasienten kanskje også er i tvil om dette er den beste

partneren for ham, blir han mer engasjert og vital i sin deltakelse i terapien. Kanskje ligger det en ubevisst skyldfølelse heller enn et fritt ønske til grunn for at han føler seg forpliktet til å skulle leve akkurat med henne. Den ubevisste planen kan være å bli fri til å gjøre et selvstendig valg.

Kontroll-mestringsteorien vil i likhet med resten av den psykodynamiske tradisjonen anta at det kan være en grunnleggende ambivalens og mangetydighet i menneskelige motiver. Ut fra tanken om informert samtykke og medbestemmelse både bør og kan en kunne snakke helt eksplisitt med pasienten om at pasienten søker noe på flere plan: «På meg virker det som at vi jobber mest engasjert sammen når vi snakker om tvilen du kjenner på. Kanskje noe av det du også søker her, er et rom for å kunne lufte denne tvilen, og ikke minst å få jobbet med den følelsen av skyld som du sliter med når du kommer i tvil. Jeg tenker det er viktig at vi gir oss tid til at du mer kan finne ut av hva det er du ønsker og trenger i forhold til en partner. Hvordan høres dette ut for deg?» Dette vil også kunne styrke den terapeutiske alliansen. Vil så ikke det å snakke såpass åpent til pasienten om hva en tenker er «den ubevisste planen», forstyrre pasientens mulighet til å prøve den ut i relasjonen? Vår erfaring er at det i seg selv kan være en «plankompatibel» intervensjon at terapeuten på denne måten viser at han tenker at pasienten søker «noe mer» i en positiv forstand. Og utprøvingen av de patogene antakelsene kommer like fullt. Selv om terapeuten verbalt og eksplisitt viser at han forstår, vil det være en annen del av pasienten som trenger å merke at det er mer enn ord.

Retten til selvbestemmelse er noe som skal ligge til grunn ved kontraktsinngåelsen. Etter hvert som terapien gir rom for mer trygghet til å kjenne på og uttrykke motiv, er målet at også pasientens reelle mulighet til «selvbestemmelse» øker i terapirommet og i livet ellers.

Intervensjonenes plankompatibilitet, pasientens respons og terapeutisk endring

Hva er det så som gjør at en antar at denne formen for kasusformulering sammenfatter noe som kan kalles pasientens «ubevisste plan» for terapien? En rekke funn tilsier at den formen for kasusformulering som vi her har skissert, kan predikere former for utprøving som senere faktisk finner sted. En finner også at grad av terapeutisk endring henger nær sammen med i hvor stor grad terapeuten intervensjoner på måter som er i tråd med pasientens «ubevisste plan».

San Francisco-gruppen har forsket på dette ved at en først har gitt en gruppe vurderere utskrifter fra terapitimene, og bedt dem identifisere alle situasjoner hvor de antar at pasienten tester ut terapeuten (Curtis, Silberschatz, Sampson & Weiss, 1994; Silberschatz, 1997; Silberschatz, 2005).

Deretter vil en annen gruppe av vurderere bli gitt transkripter av disse testsituasjonene, isolert og randomisert fra resten av materialet. Med kasusformuleringen som utgangspunkt skårer de (med likertskala) i hvilken grad de tenker at de ulike testene utgjør nøkkeltester (av sentrale patogene antakelser) eller mindre viktige tester. Kun relativt viktige tester blir studert videre. Den samme gruppen vil deretter skåre hvorvidt terapeuten «består» eller «stryker» på pasientens utprøving. Til sist vil enda en gruppe vurderere skåre pasientens respons på terapeutens handlinger og intervensjoner. Det skjer ved at en isolerer tre til fem minutters talesekvenser fra utskriften; de som skjer før uttesting og terapeutens respons, og de som skjer etter. De som skal skåre pasientresponsene, vet ikke om de skårer noe som har vært før en test-sekvens, eller etter. Det blir brukt ulike mål på pasientrespons. Forskningen viser store grader av sammenheng mellom hvorvidt terapeuten «består» pasientens utprøving, og hvorvidt pasienten viser økt opplevelsesdybde, økt mot til å gå inn i vanskelig materiale og økt ro. Pasienten blir i stand til å akseptere en større spennvidde av følelser og blir mer lekende eller i stand til å assosiere friere.

Denne forskningen indikerer altså at pasientens «ubevisste plan» slik den er operasjonalisert i planformuleringen, i stor grad kan predikere relasjonsfenomener og utprøving som finner sted videre i terapien. Ikke nok med det: den synes å kunne predikere hvilke typer av terapeutresponser som vil kunne gi vekst og utvikling, og hvilke som kan hindre det. Det har kommet en rekke studier som understøtter forskningshypotesene om at pasienter viser terapeutiske fremskritt etter plankompatible intervensjoner og terapeutisk tilbakegang etter planinkompatible intervensjoner (for en oversikt, se Silberschatz, 2005). Det er her hovedsakelig blitt forsket på voksenpsykoterapi, men en synes å finne den samme sammenhengen i barnpsykoterapi (Foreman et al., 2000). Forskningsdesignet er blitt anvendt til å undersøke en rekke ulike forhold ved terapi: Tolkninger synes å kunne være virksomme når de er i tråd med pasientens ubevisste plan og tjener til å avkrefte pasientens patogene antakelser (Fretter, 1984, Silberschatz og Curtis, 1993). Plankompatible intervensjoner synes dessuten å gi styrket allianse, og mer trygghetsfølelse også når dette registreres på psykofysiologiske mål (hudkonduktans, puls, ansiktsuttrykk etc) (Pole, 1999). En finner signifikant sammenheng mellom intervensjonenes plankompatibilitet og terapeutisk resultat (Jones, Ghannam, Nigg & Dyer, 1993, Silberschatz, Fretter & Curtis, 1986). Forskningsgruppen har undersøkt psykoterapier av psykodynamisk, humanistisk og kognitiv karakter samt psykoanalyse. Funnene peker entydig i retning av at når behandlingen er til hjelp for pasienten, så synes det å være etter «plankompatible» intervensjoner, selv om slike vil ha ulik utforming innenfor disse behandlingsformene. Funnene gir

grunn til å reflektere over at en rekke ulike terapiformer kan være til hjelp. Pasienter synes å kunne ta i bruk det universet av måter å være på og å arbeide sammen på som den terapeutiske rammen gir rom for. Samtidig er det rimelig å anta at ulike rammer gir lettere rom for å jobbe mot visse utviklingsmessige mål enn andre. Et paradoks er at grunnen til at pasienten blir hjulpet, iblant kan være en annen enn hva terapeutens terapeutiske orientering forteller ham eller henne.

Kasuistikker

Vi vil her gi noen korte eksempler, som illustrerer hvordan en kasusformulering kan hjelpe til å forstå hvilke spesifikke relasjonsscenarioer pasienten trenger å arbeide med for å få til en terapeutisk endring:

Eva

«Eva» er en kvinne på 25 år, som sliter med nedstemthet og beskriver en følelse av at studiene kjennes «meningsløse». Hun tviler på at hun har valgt rett. Eva har periodiske suicidaltanker, hvor hun opplever at «det på en måte er forutbestemt at jeg må dø ung». Hun studerer arkitektur på andre året. Hun har relativt få venninner, og har en svært tilbakeholden og sky stil. Gjennom inntakssamtalen snakker hun lavt og med få ord, men terapeuten opplever samtidig at det ligger en intensitet bak de få ordene, og han blir grepet og interessert. Eva har vokst opp alene med sin mor i en norsk industribygd, far er ukjent. Det kommer frem at mor tidvis var svært deprimert gjennom oppveksten, i perioder også innlagt på sykehus i psykisk helsevern. Eva bodde da hos sin bestemor og bestefar. Bestemor var hjemmeværende, bestefar arbeidet på fabrikken. Forholdet mellom mor og bestemor var vanskelig, mor skal ha uttrykt at bestemor prøvde «å ta fra henne» Eva. Bestemor beskrives som en vital og omsorgsfull kvinne, og skiftene mellom å bo hos mor og bo hos bestemor opplevdes av Eva som «ekstreme kontraster». Hun opplevde bestemor som bekymret over å sende Eva tilbake til mor, mens mor på sin side uttrykte å kjenne seg «sviktet» om Eva gikk til bestemor i stedet for til mor etter skolen når mor var tilbake fra sykehuset.

Her følger en sammenfattende kasusformulering basert på inntakssamtale (to timer) og de to første terapisaftalene:

Mål - Eva synes å søke plass til mer vitalitet, glede og livsutfoldelse i livet sitt. Hun synes også å ha ubearbeidet sorg, både i forhold til opplevde tap av mor (når hun blir syk) og av bestemor (når hun kommer tilbake). Pasienten synes også å søke plass til mer selvhevdelse, og å kunne uttrykke egne behov overfor andre.

Hindringer - Eva synes å ha patogene antakelser knyttet til vitalitet, med opphav i at mor syntes Eva ble som bestemor når hun ble for engasjert og ivrig: «Om jeg viser glede og iver, vil den andre føle seg sviktet og forlatt.» Slik sett synes det å knytte seg en «separasjonsskyld» til det å føle vitalitet. Det depressive og nedtonede utgjør en forbindelse til mor. Både mor og bestemor kunne oppleve det som skremmende når Eva blir trist, og hun synes også å ha patogene antakelser knyttet til tristhet: «Om jeg blir trist, vil den andre bli overveldet av engstelse.» Grunnene til mor og bestemors engstelse kunne være forskjellige - mor ble engstelig fordi hun så tristheten som uttrykk for at Eva var blitt knyttet til bestemor, bestemor ble engstelig fordi hun var bekymret for at Eva var i ferd med å bli deprimeret. I begge relasjonene blir imidlertid tristhet antatt å være truende.

Tester - Vi kan her forestille oss at Eva vil kunne komme til å prøve ut sin terapeut både gjennom overføringstester og «passiv om til aktiv»-utprøving av sine patogene antakelser. Kanskje vil det være «tryggest» for henne å starte opp med «passiv om til aktiv»-utprøving. Eva plasserer da terapeuten i den posisjonen hun selv har opplevd å komme i som barn, ved å innta en subtilt anklagende posisjon i forhold til terapeuten - at han er en som svikter henne, ikke gjør nok for henne. Å bestå en slik test vil selvsagt måtte ta form av en empatisk innlevelse i at hun med en del av seg selv faktisk kan kjenne seg sviktet, men samtidig blir utfordringen å unngå en masochistisk posisjon i forhold til henne og agere «skyldig»: Eva trenger en modell på hvordan det er mulig å bevare et bånd til en som kommer med slike anklager, men samtidig beholde sin autonomi. Det kan vi i dette tilfellet tenke oss kan skje uten at terapeuten er seg bevisst at det er en slik utprøving som foregår. Det at han holder på de rammene som han faktisk pleier å ha i sitt arbeid blir viktig: At han holder på timelengden uten å gi etter ved å gi ekstra tid, at han fortsetter å forholde seg aktivt utforskende uten å gli inn i tilbaketrukket passivitet, at han fortsetter å signalisere en nøktern tro på at de sammen gjør en jobb som skal bli pasienten til hjelp, uten å begynne å agere «skyldig» eller tvilende på sin egen faglige kompetanse. Terapeuten skal kort sagt fortsette å «gjøre jobben sin». Vi vil kunne anta at han da i motoverføringen må jobbe med et press i retning av å kjenne seg «skyldig» i å ikke gi pasienten nok, og at han må håndtere sine egne tilbaketrekningstendenser.

Om terapeuten består denne utprøvingen, kan vi tenke oss at pasienten vil kunne iscenesette overføringstester. En av dem kan være vanskelig å skille fra den førstnevnte «passiv om til aktiv»-utprøvingen - hun kan begynne å teste ut det å vise selvhøvdende aggressivitet i relasjonen. Pasienten har jo opplevd å bli sviktet i sin oppvekst, samtidig som det har vært lite rom for å uttrykke frustrasjonen i forhold til dette. Vi kan tenke oss at denne frustrasjonen vil ha karakter av et mer

åpent og direkte uttrykk for frustrasjon enn det foregående. Terapeutens sensitivitet i forhold til egen motoverføring vil kunne bli viktig for å skille dette fra «passiv om til aktiv»-uttestingen; pasientens frustrasjon vil her ikke ha det samme passivt-aggressive uttrykket, men være en mer åpen og «sår» frustrasjon som det er lettere å ha empati med. Nettopp en empatisk utforskning av hvordan pasienten har hatt høyst legitime og rimelige grunner for frustrasjon i livet sitt, blir her sentralt.

Eva vil også på et tidspunkt i terapien kunne begynne å vise tristhet, og prøve ut om dette er noe som vil uroe terapeuten. Det kan skje ved at hun begynner å gråte på en måte som signaliserer at hun kjenner seg «ute av kontroll» og nær ved å bryte sammen, og at terapeuten i motoverføringen vil kunne kjenne på en engstelse for at pasienten er i ferd med «å miste taket». Det å bestå utprøvingen vil da innebære nettopp å validere gråten som uttrykk for sorg, bekrefte dette som en naturlig og forståelig følelse, og å unngå å «psykiatrisere» tilstanden ved å tolke den i et sykdomsspråk.

Likeså vil pasienten kunne komme til å fremføre vitalitet og selvhevdelse ved å begynne å bli mer leken og humoristisk, og på denne måten utfordre terapeuten i forhold til hva han gjerne tenker som «rammene» rundt sin profesjonalitet. Hvor lett eller vanskelig det blir for terapeuten å bestå denne utprøvingen, vil ha sammenheng med hvordan han tenker om sin egen rolle. Kanskje vil det lettest kunne skje om han tillater relasjonen mellom dem å være mindre «formell», kunne ta i bruk sin egen humor og lekenhet.

Innsikter - Forskningen fra San Francisco-gruppen taler for at tolkninger er mest nyttig i forhold til overføringstester. Vi kan på bakgrunn av det foreliggende tenke oss at Eva vil kunne dra god nytte av å få mer refleksjon rundt sine patogene antakelser knyttet til frustrasjon, tristhet, vitalitet og selvhevdelse. Det kan bli viktig å utforske sammen hvordan hun nettopp er redd for at disse følelsene skal vekke avvisning, overveldelse og engstelse i andre. Det kan være viktig at terapeuten nettopp kan si noen ord om at «Det virker som det er vanskelig for deg å kunne tro at det å vise frustrasjon og sinne kan gå bra. Kanskje blir du redd for at frustrasjonen og fortvilelsen din skal bli for mye for meg?». Et spørsmål er om det også kunne hjelpe å presentere pasienten en tolkning av at hun eller han setter terapeuten i «barnets» sted gjennom «passiv om til aktiv»-uttesting? Ut fra hva San Francisco-gruppen har funnet, vil vi kunne anta at dette vil være lite hjelpsomt. I en «passiv om til aktiv»-uttesting vil pasienten først og fremst være opptatt av hvordan terapeuten rent faktisk reagerer (Foreman, 1996). Dette er også i tråd med klinisk erfaring ut fra objektrelasjonsteori. Alvarez (1997) fremhever at det å kunne «romme» følelser pasienten ikke klarer å bære, blir den viktigste

endringsfaktoren i deler av en terapi hvor pasienten sliter med store relasjonelle traumer. «Passiv om til aktiv»-uttesting vil i dette teoretiske språket ofte beskrives som «projektiv identifikasjon».

Gunnar

Gunnar, elleve år, henvises for sinneutbrudd, tilbaketrekning og en økende tendens til å komme i konflikt med andre barn. Skolen opplyser at de har observert en nedgang i engasjement for skolearbeidet og som en følge av dette fallende prestasjoner. Han har også sluttet med fotball, noe han satte stor pris på før, nærmest hans eneste «arena» utenfor hjemmet på ettermiddagen. Gunnar er eldst av tre søsken. Foreldrene hans er skilt, men har delt omsorg som foregår ved at foreldrene flytter inn i og ut av hovedhuset på gården annenhver uke. Gunnars ett år yngre søster har siden fødselen lidd av omfattende somatiske vansker og har et stort pleie- og omsorgsbehov. I første samtale med mor, far og terapeuten sier Gunnar at «Jeg trengs jo der». Mye av familiens dagligliv er sentrert rundt stell og mating av søsteren, noe Gunnar ifølge mor tar naturlig del i og med dette utgjør en uvurderlig hjelp for foreldrene sine. Mor forteller at Gunnar alltid har hatt få venner, at han tidvis har blitt mobbet på skolen, og at han nå i økende grad tilbringer sin fritid sammen med familien. Mor forteller at hun i årevis har vært nedkjørt på grunn av datterens lidelse, og forteller at hun vanligvis sovner foran TV-apparatet uten å ha fått sagt god natt, eller fulgt opp barna slik hun ønsker. Hun forteller at hun tror det samme gjelder far når han har «arbeidsuke». Hun legger til at han orker mer enn henne, men strekker seg for langt og da - når han er utkjørt, kan bli svært sint for bagateller, noe som ofte har gått ut over Gunnar. Mor mener at Gunnar i dag er redd faren.

Hvilke hypoteser kan vi på bakgrunn av dette danne oss om Gunnars ubevisste plan?

Mål - Vi kan tenke oss at Gunnars mål er å føle seg mindre ansvarlig for mor, far og søsters velbefinnende, og å kunne ha mer og bedre kontakt med jevnaldrende. Økt utvikling i retning aldersadekvat selvstendighet er således et mål vi kan tenke oss at Gunnar vil jobbe mot. Det å kunne vise adekvat selvhevdelse, både overfor foreldrene og overfor jevnaldrende, kan også være en del av dette. Han kan også trenge å få være mer «barn» hjemme, og også selv kjenne seg som sentrum for foreldrenes omsorg. Videre kan vi tenke oss at det er et mål for ham å kunne ta i bruk evner og ferdigheter på en måte som han nå synes å ha vansker med. Han ønsker å føle seg vel med at han både kan ha det bedre og gjøre det bedre i livet enn søsteren noen gang vil ha muligheter til.

Hindringer - Gunnar kan tenkes å slite med separasjonsskyld i forhold til mor og søster, ved at ansvaret han føler for mor og søster, kan medføre at han også finner det problematisk å ekspandere aksjonsradiusen sin. Kanskje sliter han også med noe «overlevelsesskyld» i forhold til søsteren, ved

at han kan merke at hun misunner ham hans friske kropp og mulighet for å bevege seg? Kanskje gjør dette det vanskelig helt å ta kroppslige evner i bruk utenfor huset, i lek eller sport. Videre kan vi tenke oss at det å ha slitne foreldre som til dels reagerer med tilbaketrekning (mor) og sinne (far), gjør at selvhevdelse blir truende. I motsetning til Eva lever Gunnar fortsatt i det miljøet som er med på å bygge hans antakelser om livet og relasjonene. At søsteren kan vise misunnelse mot ham, og at foreldrene er slitne og har vansker med å håndtere situasjonen, er antakelser om realiteter. Samtidig kan han i sin indre verden også ha utformet antakelser som er «patogene» i den betydning at han kunne ha mer handlings- og følelsesrom enn han nå tillater seg å ta i bruk. For eksempel kan han ha antakelser om at det å søke ut blant venner vil gjøre søster og mor vondt, at det å vise selvhevdelse kan skade og overvelde andre, og at det å ta i bruk sine kroppslige talenter vil gå på bekostning av andre. I det videre arbeidet blir det viktig å hjelpe foreldrene å finne nye måter å møte Gunnars behov på. Det er realiteter der som må håndteres på nye måter, i tillegg til at Gunnar kan trenge et rom for seg selv med psykologen for å jobbe med sine egne relasjonsmønstre.

Tester - Det at terapeuten tar vanskene i Gunnars ytre miljø på alvor, og at foreldrene også blir tilbudt hjelp, vil i seg selv kunne være å bestå en viktig test i forhold til Gunnars indre opplevelse av å være den som bærer ansvaret for søster og mor. Likeså å hjelpe far til å finne nye måter å møte Gunnars selvhevdelse på. I selve terapirommet kan vi tenke oss at Gunnar kan bruke både lekematerialet og selve relasjonen til å teste ut rom for selvhevdelse. Kanskje tar han mot til seg og setter i gang krigslek som til dels kan kjennes overveldende på terapeuten? Denne kan innebære en utprøving av om sinte følelser er farlig. Der kan det bli vesentlig at terapeuten møter ham med bekreftelse på at det er lov å kjenne aggresjon, samtidig som at terapeuten kan vise fasthet ved at «krigen» må foregå innenfor visse rammer, uten for eksempel sandkassesand på gulvet eller ødelegging av leker. Dette kan ha karakter av «overføringstest» ved at Gunnar tester ut om terapeuten er i stand til å håndtere Gunnars egen aggressivitet. Det kan også få karakter av «passiv om til aktiv»-test ved at han plasserer terapeuten i den rollen han selv befinner seg i når han blir overveldet av fars raseriutbrudd. Kanskje er noen av sinneanfalletene han brått kan vise i friminuttene, også typer av «passiv om til aktiv»-uttesting av de vanskelige opplevelsene med far. Dette er en uttesting som vil «mislykkes» nettopp ved at hans jevnaldrende ikke har mulighet til å håndtere det. Når det gjelder behovet for å være sentrum for omsorg og oppmerksomhet, kan vi tenke oss at Gunnar kan prøve ut dette i forhold til terapeuten ved å bli veldig opptatt av de andre barna som bruker lekerommet, og å bli «krevende» på kontakt, særlig ved timeavslutninger. Han kan komme til å fremstille seg selv

som en som «krever for mye», og hvor det å bestå utprøvingen innebærer gjennom ord og holdninger å vise en aksept og bekreftelse på at det er rimelig at han ønsker rommet for seg selv, at han blir opptatt av at terapeuten skal tenke på ham, etc. Likeså kan vi tenke oss at han vil kunne prøve ut antakelser knyttet til det å ta i bruk egne evner versus det å stille opp for andre. Kanskje vil han bruke lekematerialet til å uttrykke dilemmaet mellom å være den som er hjemme og «passer på», og den «som går ut på eventyr». Akkurat hvilken form denne utprøvingen vil få, er vanskelig å forutsi, men vi kan anta at også her blir særlig den holdningen terapeuten viser til hans selvstendighetsbehov, svært viktig.

Innsikter - Vi kan tenke oss at det for Gunnar kan være bra å få en refleksjon rundt at han synes å bli så bekymret for mor og søster at han ikke helt får plass til seg selv lenger, verken evnene sine eller sin ekspansjonstrang. Videre kan vi tenke oss at han kan dra nytte av å reflektere sammen med terapeuten over at han har opplevd sinne som en farlig følelse, og at det er mulig å bli sint uten at andre kommer til skade. Om dette er innsikter og refleksjon som best utvikler seg i direkte samtale om hans situasjon, hans forhold til terapeuten eller ting han uttrykker i leken, er ikke i denne sammenhengen det vesentligste.

Fordelen med denne formen for kasusformulering er at den gir mulighet til å kunne tenke igjennom og forberede seg på utfordringene som vil komme. Den gjør det mulig å forstå bedre de mellommenneskelige prosessene en står oppe i underveis, og se hvordan nettopp vanskelige relasjonelle situasjoner gir et stort endrings- og vekstpotensial. En vanlig erfaring blant terapeuter som tar en slik kasusformulering og prosessforståelse i bruk, er at det både gir en økt trygghet og i mange tilfeller kjennes befriende ved at en kan forholde seg til det unike ved hver enkelt terapirelasjon heller enn normative ideer om hvordan en terapi «skal foregå».

Forholdet mellom kontroll-mestringsteori og andre tradisjoner

Betoningen av ubevisste motiver og betoning av terapien som relasjonelt møte har kontroll-mestringsteorien felles med så vel relasjonell psykoanalyse (Binder, Nielsen, Vøllestad, Holgersen og Schanche, 2006; Mitchell, 2000), nyere selvpsykologi (Lichtenberg et al. 1992) som den uavhengige tradisjonen innenfor britisk objektreasjonsteori (Bollas, 1987; Casement, 1990, 2002; Winnicott, 1971). Antakelsen om tilgrunnliggende vekstmotiv har kontroll-mestringsteorien til felles med humanistisk-eksistensiell psykoterapi (Schneider 2007). Samtidig er det visse forhold som blir

forskjellige. Mange representanter for disse tradisjonene vil stusse over begrepet «ubevisst plan». Vil ikke et begrep om en slik «plan» innebære å tillegge det ubevisste sjelsliv en utilbørlig grad av rasjonalitet? Og vil en ikke her tilskrive pasienten en rekke egenskaper som kanskje best må forstås på bakgrunn av det samkonstruerte elementet ved den terapeutiske relasjonen, slik Benjamin (2004) beskriver at pasient og terapeut sammen skaper et «tredje» og Winnicott (1971) beskriver et «overlappende leke-område»?

Begrepet «ubevisst plan» innebærer en systematisering og organisering av observasjon og kunnskap om pasientens livshistorie som fremkommer i de første terapitimene. Fordelen med begrepet er at det gir rom for testbare hypoteser om hva pasienten har behov for i terapien, og om utfordringer som vil kunne komme underveis. Samtidig kan begrepet ha uheldige konnotasjoner i retning av en ubevisst rasjonalitet og linearitet. (Dette blir ytterligere forsterket i norsk språkbruk, der ordet «plan» har en noe mer rasjonell og strategisk mening enn på engelsk.) Vi tenker oss at det her trengs videre utvikling av teorien i retning av å kunne undersøke om noe av dette bedre kan rekonseptualiseres som ubevisste intensjoner, utviklingstendenser, prosjekter og håp. Det blir også viktig å ta høyde for at den «ubevisste plan» formuleres med utgangspunkt i et terapimateriale hvor en terapeut allerede er involvert i relasjonen. Kan sider ved denne «planen» også forstås på bakgrunn av den relasjonen som pasient og terapeut allerede nå er i ferd med å bygge opp sammen? «Planen» kan også komme til å vise seg å ha en rekke samkonstruerte elementer. Samtidig opplever vi at kontrollmestringsteorien her utfyller andre relasjonsorienterte retninger innenfor psykodynamisk terapi ved nettopp å kunne gi måter å systematisk beskrive egenskaper, følelser og behov på hos pasienten som person uavhengig av det terapeutiske her og nå. Ved så sterkt å nedtone det diagnostiske elementet og fremheve de relasjonelle prosessenes eget liv står for eksempel den relasjonelle psykoanalysen i fare for å få et utilstrekkelig språk for å kommunisere det særskilte ved hver enkelt pasients behandlingsbehov. Måten McWilliams (1997) integrerer kontrollmestringsteori på i det diagnostiske prosjektet med den relasjonelle psykoanalysens prosessforståelse, finner vi i så måte forbilledlig.

Sammenlignet med kognitiv terapi har også kontrollmestringsteorien en vektlegging av at menneskers handlemåte også er regulert av kognitive antakelser, og at fastlåste og rigide kognitive antakelser vil medføre livsbegrensninger og psykisk smerte. Samtidig vil kontrollmestringsteorien utfylle hovedstrømmen innenfor kognitiv terapi ved å fremheve hvordan selve den terapeutiske relasjonen er den sentrale arena for å utfordre og endre pasientens grunnantakelser.

Med sin sterke empiriske orientering gir kontroll-mestringsteorien et viktig bidrag til å forstå hvordan psykoterapi kan endre dype relasjonelle mønstre, et bidrag som kan berike så vel psykodynamiske terapiformer som humanistisk-eksistensiell og kognitiv terapi. Samtidig vil disse terapiformene ha en teoretisk utfordring i å integrere funn og tenkning innenfor denne forskningstradisjonen i sitt eget begrepsapparat.

Referanser

- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Alvarez, A. (1997). Projective identification as a communication: Its grammar in borderline psychotic children. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 753 - 768.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 4 - 46.
- Binder, P-E., Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Holgersen, H. & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 899 - 908.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the untought known*. London: Free Association Books.
- Bugas, J. & Silberschatz, G. (2000). How patients coach their therapists in psychotherapy. *Psychotherapy*, 37, 64 - 70.
- Bush, M. (1989). The role of unconscious guilt in psychopathology and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 532, 97 - 107.
- Casement, P (1990). *On learning from the patient*. London: Routledge.
- Casement, P. (2002). *Learning from our mistakes. Beyond dogma in psychoanalysis and psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.
- Caston, J. (1986). The reliability of the diagnosis of the patient's unconscious plan. I: Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Ed.) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation & empirical research* (ss. 241 - 255). New York: Guilford Press.
- Curtis, J.T., Silberschatz, G., Sampson, H. & Weiss, J. (1994). The plan formulation method. *Psychotherapy Research*, 4, 197 - 207.

- Curtis, J. T. & Silberschatz, G. (1997). Plan formulation method. I: T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (ss. 116 - 136). New York: Guilford Press.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications.
- Foreman, S. (1996). The significance of turning passive into active in control mastery theory. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 106 - 121.
- Foreman, S. A., Gibbins, J., Grienenberger, J. & Berry, J. W. (2000). Developing methods to study child psychotherapy using new scales of therapeutic alliance and progressiveness. *Psychotherapy Research*, 10, 450 - 461.
- Fosha, D. (2000). *The transformative power of affect*. New York: Basic Books.
- Fretter, P. (1984). The immediate effects of transference interpretations on patients' progress in brief, psychodynamic psychotherapy. Doctoral Dissertation, University of San Francisco. *Dissertation Abstracts International*, 46(6). University Microfilms No.85 - 12 112.
- Freud, S. (1911 - 1915). Papers on technique. *Standard Edition*, 19, 3 - 66. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *Standard Edition*, 18, 3 - 64. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1940). An outline of psycho-analysis. *Standard Edition*, 23, 141 - 207. London: Hogarth Press.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. New York: American Psychological Association.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: A dialectical-constructivist view*. Hillsdale: Analytic Press
- Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J. T. & Dyer, J. F. P. (1993). A paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 381 - 394.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M. & Fosshage, J. L. (1992). *Self and motivational systems: Towards a theory of psychoanalytic technique*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy: Practices, processes, and personal revolutions*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. New York: The Analytic Press.

- Pole, N. (1999). *Clients' appraisals of danger and safety in psychotherapy and its physiological, facial, and subjective correlates*. Upublisert doktorgradsavhandling, University of California, Berkeley.
- Sampson, H. (1989). How the patient's sense of danger and safety influence the analytic process. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 115 - 124.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and the disorders of the self*. New York: Norton.
- Schneider, K. (2007). *Existential-Integrative Psychotherapy: Guideposts to the Core of Practice*. New York: Routledge.
- Silberschatz, G. & Curtis, J. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 401 - 411.
- Silberschatz, G. Fretter, P. B. & Curtis, J. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 646 - 652.
- Silberschatz, G. (Ed.). (2005). *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy*. New York: Routledge.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford press.
- McWilliams, N. (1997). *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London Tavistock.
- Weiss, J. (1952). *Crying at the happy ending*. *Psychoanalytic Review*, 39, 338.
- Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytical process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (1990a). Unconscious mental functioning. *Scientific American, March*, 103 - 109.
- Weiss, J. (1990b). The centrality of adaptation. *Contemporary Psychoanalysis*, 26, 660 - 676.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (1994) The analyst's task: To help the patient carry out his plan. *Contemporary Psychoanalysis*, 30, 236 - 254.