

# Fra teknikk til improvisasjon



AVANSERT HÅNDVERK Artikkelforfatteren er opptatt av hvordan det terapeutiske håndverket og detaljert terping på ferdigheter gjør en til en bedre psykolog. Da er veiledning basert på video nøkkelen til suksess, mener han. Maleri av László Moholy-Nagy/Wikimedia commons

Psykoterapiveiledningens lakmustest er om pasienten blir bedre av terapi, og om psykologen får en mer bærekraftig arbeidsdag.

## TEKST

**Jonas Sharma-Bakkevig**

**PUBLISERT 2. mai 2019**

---

Psykoterapiveiledning er en prosess som kvalitetssikrer og utvikler psykologens evne til å øke effekten av sine terapier, redusere drop-out og øke egen opplevelse av engasjement, mening, mestring og bærekraftig arbeidsliv. En kompleks og ambisiøs oppgave, og én enkelt artikkel kan vanskelig gå i dybden på alle aspekter ved veiledning. Jeg vil likevel skissere ti sentrale temaer jeg har erfart som svært nyttige i veiledning av psykologer. For min del er det primært innenfor ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy; Intensiv dynamisk korttidsterapi) jeg driver veiledning, men prinsippene er overførbare til de fleste andre terapiretninger.

## Hva skjedde faktisk i timen?

Jo mer objektiv og presis informasjon veileder får om hva som skjer i timene, jo mer spesifikk kan veiledningen bli. Laveste grad av presisjon er en muntlig rapport fra psykologen om terapitimen eller -prosessen. Middels grad av presisjon er et lydopptak

eller en transkribert time. Høy grad av presisjon er videoopptak eller direkte observasjon (gjennom live observasjon eller videooverføring, f.eks.). I ISTDP gis veiledning så å si utelukkende på videomateriale. Dette gir psykologen og veilederen mulighet til å se hva som faktisk skjedde i timen, ikke slik timen er filtrert gjennom psykologens hukommelse, observasjonsevne eller superego (selvtvil, narsissisme, eksternealisering osv.).

**«En psykolog som ikke forstår  
hva som skjer i terapirommet,  
eller ikke har trent på hvordan  
håndtere det, vil typisk  
kompensere med å bli mer vag,  
belærende, krass, stille eller  
usikker»**

Ikke alle terapiformer er like eksplisitt opptatt av pasientens relasjonsstil og hvordan pasienten forholder seg til psykologen, men de fleste veiledere vil nok være enige i at det ligger uvurderlig informasjon om arbeidsklimaet i terapirommet gjennom presis observasjon av samspillet. Når en psykolog forteller til sin veileder at pasienten sa: «Jeg blir trist», er denne hendelsen allerede filtrert gjennom psykologens hukommelse og observasjonsevne. Det er så mange nyanser i faget vårt: Ble ordene sagt på en uinteressert eller affektert måte? Knyttet pasienten nevene, eller hadde han en tåre i øyekroken? Kommer ordene lett og flytende eller seigt og fragmentert? Er blikket skarpt og kontaktbart, eller har pasienten et ufokusert tusenmeterblikk? Alt dette er verdifull klinisk informasjon som forteller oss om pasienten mener det han sier, om pasienten benytter seg av forsvar, om pasienten har høy angst, og om hvilke følelser som faktisk er til stede i terapirommet.

Jeg vil derfor slå et slag for videokameraet. Å bruke denne teknologiske muligheten til å skreddersy veiledningen til akkurat denne pasienten. Ja, det kan være litt ubehagelig å se videoopptak av terapitimene for psykologen sammen med veileder. Ja, det kan være litt kleint de første timene med videokamera for både psykologen og pasienten. Og ja, det gjør arbeidet svært transparent. Men vi kan også tenke slik: Det sender sterke signaler til både klienten og psykologens superego å åpne dørene til terapirommet. Du viser engasjement i pasientens prosess og egen læringsprosess, og superego fungerer best bak lukkede dører. Bare husk å dokumentere samtykke til bruk av videoopptak i journalen, og oppbevar opptakene kryptert og nedlåst.

### **Hjelper terapien?**

Terapeuter er generelt ikke så gode til å vurdere hvor dyktige de er (Walfish et al., 2012). Det viser seg tidvis vanskelig å fange opp sviktende terapeutisk allianse, forverring eller fravær av effekt (f.eks. Hannan et al., 2005). Og pasientene vil sjelden informere oss om negativ reaksjon på terapien (Blanchard & Farber, 2016), med mindre vi spør eksplisitt

om det. Bruk av kartleggings skjema fra time til time eller med jevne mellomrom er en fin måte å fange opp hvilken vei terapien går. De nyttigste målene er symptom- og alliansemål, og dette gir mulighet for drøfting med pasienten om prosessen dere begge deltar i. Hjelper det vi gjør? Har vi en felles forståelse av pasientens problem? Snakker jeg et terapipråk vedkommende forstår? Gjør pasienten engasjert i egen bedringsprosess og vis at du er åpen for klar tale.

Skåringsverktøy forteller også psykologen hvilke saker de trenger å bruke mer ressurser på. De fleste av oss har flere terapier enn vi har mulighet til å få veiledning på, og vi trenger å kunne prioritere hvilke saker vi skal sette oss grundigere inn i. Hvis 30 prosent av sakene går bra, trenger man ikke nødvendigvis prioritere å se på opptak av disse timene. De sakene der man derimot opplever å være i randsonen av hva man klarer å håndtere, og der det inntreffer prosesser man ikke forstår, og der effekt uteblir, er de sakene de fleste opplever som nyttige å ta med til veiledning. Veileder kan ikke bare hjelpe psykologen å vurdere effekten av terapien gjennom skåringsverktøy, men også å prioritere bruk av krefter.

### **Om spalten Fra praksis**

Fra praksisbidrag gir nye perspektiver på psykologers virke og viser frem kompleksiteten i arbeidet. Artiklene er ikke fagfelleverderte.

Ønsker du å skrive et fra praksisbidrag? Send tekst til [fagbidrag@psykologtidsskriftet.no](mailto:fagbidrag@psykologtidsskriftet.no)

### **Hvordan selektere pasienter?**

Når man lærer en ny terapimetode, er det viktig å selektere hvilke pasienter man tester ut metoden med. Jo mer potent metodikken er, jo mer varsomhet. I ISTDP, som arbeider med mobilisering og håndtering av emosjonelle reaksjoner, vil det for noen pasienter utløses reflekseive behov for å utagere suicidale impulser, rusbruk eller andre former for destruktiv utagering. Dette gir en unik mulighet til å arbeide med primitive eller regressive prosesser, men dette er noe man typisk først behersker etter noen års trening. Når jeg lærer opp psykologer i ISTDP, gir jeg noen tips: Ikke bruk denne nye teknikken du ennå ikke fullt ut mestrer, på alle pasientene dine. Velg ut to-tre pasienter som matcher det du hittil mestrer ganske bra, og start med disse. Etter hvert kan du øke antallet, og det vil bli lettere å bygge bro mellom teori, teknikk og pasient. I tillegg er det hensiktsmessig å øke vanskelighetsgraden gradvis. I starten ønsker man å trene seg på pasienter som blir selvkritiske fremfor suicidale, innesluttede fremfor voldelige, grublete fremfor tankeforstyrrede, osv. Gradvis kan psykologen – i samarbeid med veilederen – utvikle sine ferdigheter fra det nevrotiske til det ustabile og til det fragmenterte. Noen terapiretninger er bedre enn andre hvis man må starte rett på de «vanskeligste» pasientene, derfor kan det være klokt å velge den terapiretningen man ønsker å lære, ut ifra ens arbeidssituasjon.

### **Hvordan øke effekten av terapiene?**

## «Hva kjennetegner de som gradvis får bedre og bedre effekt av sine terapier? Ett av svarene er målrettet trening, eller «deliberate practice»»

Det er ikke nødvendigvis et 1:1-forhold mellom å mestre en metodikk og at pasientene blir bedre. Det er vanskelig å bli dyktigere som klinisk psykolog (hvis man definerer dyktighet som at pasientene får økt effekt av terapien) utover et visst grunnnivå, til tross for kurs, veiledning og erfaring. Dette fordi opplæring i psykoterapi tradisjonelt har et mindre strukturert treningsfokus enn de fleste andre ferdigheter vi forsøker å mestre, som et musikkinstrument, yoga eller klatring. Over tid vil derfor noen psykologer bli minimalt bedre og noen minimalt dårligere, men stort sett er det lite endring å spore gjennom karrieren (Goldberg et al., 2016). Så hva kjennetegner de som gradvis får bedre og bedre effekt av sine terapier? Ett av svarene er målrettet trening, eller «deliberate practice» (Chow et al., 2015; Ericson 2006). For å utvikle ferdigheter i en metodikk er det veilederens oppgave å sørge for at psykologen blir kjent med sitt neste utviklingssteg, ferdigheten som ligger rett utenfor psykologens mestringszone, og som psykologen nå trenger og er klar for å lære. Når de i fellesskap ser på psykologens terapivideoer, vil det bli tydelig på hvilket punkt i timen prosessen stopper opp eller går i sirkel. Dette er punktet der veileder kan forklare hva som skjer, hvordan man kan observere og kjenne igjen fenomenet, hvordan det er knyttet opp mot teori og teknikk, og hvilke grep psykologen kan ta neste time for å håndtere dette fenomenet. Men dette er ikke nok. Psykologen må i veiledningen trenes opp til å gjøre denne vurderingen selv.

### **Trene opp evnen til egenveiledning**

Alle terapiformer kan brytes ned til respons–intervensjon–respons. Dette innebærer at pasienten har en respons, psykologen intervensjonerer, og ut ifra pasientens respons på intervensjonen vurderer psykologen hva neste intervensjon bør være. Når man i veiledning kan stoppe videoopptaket etter hver av pasientens responser på psykologens intervensjon, vil psykologen kunne trenes opp til å vurdere hva pasientens responser innebærer for veien videre. For de aller fleste psykologer er det evige spørsmålet «Hva nå?», og veileder trener opp psykologen til å besvare dette spørsmålet ved å knytte pasientens responser til pasientens symptomer (hvorfor pasienten kommer til terapi), foregående intervensjon (hva psykologen gjorde som utløste denne responsen) og implikasjoner for veien videre (hvilken intervensjon psykologen nå kan gjøre). Når man kommer til et fenomen på videoen psykologen ikke kjenner igjen eller ikke vet hvordan hun skal håndtere, starter neste del av læringen: å trene opp observasjonsevne og intervensjon.

### **Kald sone og varm sone**

Når psykologen møter pasienten igjen, og skal utøve det man har lært i veiledningstimen, kan dette vise seg langt vanskeligere enn man først trodde. Jeg skiller mellom kald og varm sone. En terapitime er det jeg kaller varm sone, der man sitter i en emosjonelt ladet situasjon, overfor en pasient som både lider, ønsker lindring og har en interpersonlig stil som kan være utfordrende å sitte overfor. Når man først er i denne varme sonen, bør ferdigheten være innøvd; man frigjør kognitive og emosjonelle ressurser ved å allerede ha trent på dette i en kald sone. Dette er i veiledningsrommet, der man i en trygg og rolig atmosfære rollespiller gjentatte ganger det kritiske punktet på videoen der teknikken ikke var ferdigutviklet og terapien stoppet opp. Jeg pleier å spille pasient, og så er psykologen terapeut. Først forklarer jeg fenomenet som oppstår, viser hvordan jeg kjenner det igjen, knytter det til teori, og forklarer hvilke tekniske tilpasninger psykologen trenger å gjøre. Deretter trener vi på det. De første gangene er jeg en svært velvillig pasient, og gradvis gjør jeg noen endringer for at psykologen skal få trene seg på litt forskjellige varianter av samme tematikk.

Et eksempel fra en nylig veiledningstime var en psykolog som viste opptak av en time der pasienten hadde rapportert symptomforverring i etterkant av timen. På opptaket fortalte pasienten om en vanskelig hendelse, samtidig som han viste og rapporterte tegn på å være utenfor sitt toleransevindu (fravær av angst i tverrstripet muskulatur, ufokusert blikk, svimmelhet, tåkesyn og vansker med å finne ordene). I veiledningstimen trente vi derved på å oppdage tegn på at pasienten var overveldet av angst, teknikker for å regulere ned angsten, oppdage tegn på at pasientens angstnivå var regulert ned, og deretter mobilisere følelser på nytt. Vi så på forskjellige punkt i videoen der dette ble tydelig, og stoppet videoen på hvert av disse punktene, gikk inn i rolle som pasient og psykolog, og psykologen øvde seg på å intervensere slik jeg hadde forklart ham. Dette arbeidet gjorde vi i kald sone, som gir psykologen et mer solid grunnlag for å bruke disse intervensjonene i varm sone i neste time.

### **Å gå fra terapirobot til å finne sin egen stemme**

Noen spør meg om slik ferdighetstrening kan gå utover genuinitet, spontanitet og varm medmenneskelig interaksjonsstil i terapirommet. Til det pleier jeg å svare at mestring typisk innebærer flere steg. Først lærer man seg teorien, så lærer man seg teknikken, så trener man på når og hvordan teknikken utøves, og når dette er integrert, blir det som regel lettere å improvisere, være spontan, leke seg, teste ut, lytte til magefølelse og intuisjon, og kultivere sin egen stemme i terapirommet. En psykolog som ikke forstår hva som skjer i terapirommet, eller ikke har trent på hvordan håndtere det, vil typisk kompensere med å bli mer vag, belærende, krass, stille eller usikker. Jeg vil sammenlikne dette med en jazzmusiker som har trent på skalaer time etter time, og så kan slippe seg fri til å improvisere musikalsk på en scene etter flere målrettede timer med tørrtrening. Det kan være greit å akseptere at man i starten vil fremstå litt mer kunstig eller teknisk, det kan være et urimelig krav man stiller til seg selv hvis man forventer å både lære noe nytt og komplisert, samtidig som man skal være varm og nær.

### **Psykologens egenomsorg**

En slagside ved å fokusere på trening og måling av effekt er at psykologens superego får bensin på bålet. Dette er den nådeløse stemmen som krever perfektjon, ikke aksepterer feil, maner til et overdrevent antall treningstimer, kontinuerlig måler egen fremgang målt opp mot andres, osv. Læring fungerer best når den motiveres av overskudd, lyst og engasjement, og ikke av imperativ, indre krav eller overdreven søken etter anerkjennelse. Videre kan vi arbeide i et miljø preget av konflikter, devaluering, usunn konkurranse og usunne krav, noe det er lett å bli preget av.

Som veileder er det viktig å plukke opp når psykologen har et læringsproblem, og når psykologen har et arbeidsproblem. I noen tilfeller har vi i løpet av veiledningsøkten skiftet fokus fra terapien til psykologens dagsform. Det har vært ganger jeg har anbefalt psykologer å ta en prat med arbeidsgiver, be om sykemelding, redusere tid de bruker på å trene på terapi, flytte fokus til kaffepauser eller ha mer fritid. Veiledningen innebærer et helhetlig bilde på psykologen og psykologens arbeid.

### **Hvordan er veiledningsrelasjonen?**

På samme måte som pasienter ikke ofte nok gir oss negativ informasjon om effekten av terapien eller planer om å slutte, vil psykologer typisk vegre seg for å uttrykke at veiledningen ikke har tilsiktet effekt, at de mistrives i relasjonen, eller at andre negative fenomen spiller seg ut (f.eks. Ladany et al., 1996; Mehr et al., 2012). Så tidlig som mulig bør veileder være var overfor utsagn som omhandler psykologens selvfølelse eller smerteopplevelse når det skjer noe i terapi- eller veiledningstimene som de ikke liker. Mange blander læring med usunn idealisering, devaluering, masochisme eller mishandling, og bruker veiledningsrelasjonen som en arena for pisking av andre, selvpisking eller å bli pisket av veileder. For andre vil veiledningene brukes mer rigid til å bekrefte at de har gjort noe riktig, fremfor å genuint utforske hvilken effekt deres arbeid har på pasienten. Veiledningen blir en arena for beskyttelse av et selvilde fremfor en læringsarena. Andre har igjen reaksjoner på andre psykologers arbeid når veiledning foregår i gruppe, og får problemer når andre får til noe de selv ikke får til. Alt dette faller inn under grenseoppgangen terapi, egenutvikling og terapiveiledning, og vil i noe grad falle inn under veiledningsarbeidet.

### **Veileders egenutvikling**

Også psykoterapiveiledere trenger veiledning. Jeg har hatt stor nytte av å ta videoopptak av mine veiledningstimer, som jeg ser på med min veileder, som trener meg i psykoterapiveiledning. Når jeg veileder psykoterapiveiledere, skiller jeg mellom tre lag av arbeid som kan fokuseres på:

- Det tekniske veiledningsarbeidet
- Psykologens reaksjoner på å være i en lærerelasjon
- Veilederens reaksjoner på å være i en lærerelasjon

Disse punktene får imidlertid bli tema for en senere artikkel, men stikkordet for læring av veiledningsarbeidet er det samme: knytte teori til respons–intervensjon–respons, og

gradvis oppbygging av ferdighetstrening samt overvåking av superegos forsøk på å ta over prosessen og arbeidslivet.

*Interessekonflikt: Jonas Sharma-Bakkevig er psykoterapiveileder på Norsk Institutt for ISTDP*

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 5, 2019, side 334-338*

#### TEKST

**Jonas Sharma-Bakkevig**, psykologspesialist og veileder ved Norsk Institutt for ISTDP

KONTAKT: jonas.bakkevig@hotmail.com

+ Vis referanser

Blanchard, M. & Farber, B.A. (2016). Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship. 90-112.

Chow, D.L., Miller, S.D., Seidel, J.A., Kane, R.T., Thornton, J.A. & Andrews, W.P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. 337-345.

Ericsson, K.A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. I K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R Hoffman (re.), (s. 683-703). Cambridge: Cambridge University Press.

Goldberg, S., Rousmaniere, T.G., Miller, S.D., Whipple, J., Nielsen, S.I., Hoyt, W., & Wampold, B.E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of real world outcome data. 1-11.

Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon C., Nielsen, S.I., Smart, D.W. Shimokawa, K. & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. 155-163.

Ladany, N., Hill, C.E., Corbett, M.M., Nutt, E.A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. 10-24

Mehr, K.E., Ladany, N., & Caskie, G.I.L. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? 103-113.

Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M.J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers.

