



NORSK  
GESTALTTIDSSKRIFT

ÅRGANG XI  
NR 2 • HØST 2014

# NORSK GESTALTTIDSSKRIFT

REDAKTØR: Gro Skottun	ADRESSE: Norsk Gestalttidsskrift NGI, Pilestredet 75c, 0354 Oslo
I REDAKSJONEN: Line Sofie Adams Bodil Fagerheim Liv Møklebust Ann Kristin Torp Marit Slagsvold	E-POST: Abonnement: rani@gestalt.no Bidrag: gro@gestalt.no
	ABONNEMENT: Nok 400,-/ÅR
	LØSSALG: Nok 220,-
	UTGIVELSE: NGT utkommer årlig med to nummer, vår og høst.
	TEKNISK ANSVARLIG: Tove S. Holmøy
	TRYKKERI: Nordby Grafisk AS
	OPPLAG: 700 eks.

Tidsskriftet er utgitt med støtte fra NGI. Utvalgte artikler er fagfellevurdert.

Norsk Gestalttidsskrift redigeres etter Fagpressens redaktørplakaten, Vær varsom-plakat og Lov om redaksjonell fridom i media. Synspunkter og holdninger er derfor ikke nødvendigvis i samsvar med synet til tidsskriftets eier, Norsk Gestaltinstitutt.

Redaksjonelt stoff i Norsk Gestalttidsskrift er opphavsrettslig beskyttet materiale. Det må derfor ikke kopieres fra tidsskriftet til kommersielt bruk, uten at tillatelse er gitt av rettighetshaver. Dersom det kopieres til andre formål, må det alltid gå fram at teksten er hentet fra Norsk Gestalttidsskrift, årgang, nummer, artikkelens tittel og forfatterens navn.

# INNHold

FRA REDAKSJONEN	4	Mysteriet mamma Av Trude Lorentzen <i>Omtalt av Liv Møklebust</i>	86
FORSKNING	7	BIDRAGSYTERE	88
Psykoterapi virker!	8	VITENSKAPELIG TIDSSKRIFT	91
En selektiv oppsummering av The Heart and Soul of Change (første del) <i>Av Eivind Bjørndal</i>		ANNONSERE I NGT	84
Voldtekt og konfluens	28	AKTUELLE ADRESSER	95
En kasusstudie av terapi med en overgreps-utsatt kvinne <i>Av Vikram Kolmannskog</i>		INFORMASJON	96
TEORI OG PRAKSIS	46		
To sider av samme sak	47		
Hvordan bruke metaforer i arbeidet med polariteter? <i>Av Anne Marie Saxlund</i>			
Konfluens – kvelende eller helende? <i>Av Katrine Borgen</i>	58		
Eksistensielt press i terapirommet <i>Av Camilla Bjelke Kachel</i>	68		
DIKT	79		
<i>Dikt av Gurid Bergem</i>	80		
BOKOMTALE	81		
Psykologi og psykiske lidelser	82		
Av Kjell Magne Håkonsen <i>Omtalt av Marit Slagsvold og Gro Skottun</i>			

## FRA REDAKSJONEN

Lenge har jeg tenkt at gestaltterapi er en form for kunst og jeg har satt stor pris på å lese det Zinker (1978) skriver om nettopp dette og at terapien skapes i møtet mellom terapeut og klient. I det siste er jeg imidlertid blitt opptatt av at gestaltterapi også er et håndverk som studenter lærer gjennom å praktisere og kopiere sine lærere, veiledere og terapeuter. Det er ikke uten grunn Perls var opptatt av å gi demonstrasjoner for å vise hvordan man kan utføre «håndverket». Mester/lærling-metaforen har lenge vært brukt i forhold til hvordan vi utdanner terapeuter, coacher og veiledere. I dag kalles dette observasjonslæring og er en anerkjent undervisningsform innen pedagogikken. Faren ved denne språkendringen er at denne pedagogiske læringsmodellen løsrives fra håndverkstradisjonen der vi ser studenter som lærlinger og ferdige terapeuter som svenner som kan utvikle seg videre til å bli mestere. Min tanke er at observasjonslæring knyttes mer til den akademiske eller vitenskapelige tradisjonen som også vår skole identifiserer seg med. Gestaltterapi, veiledning og coaching tilhører på mange måter både en kunst og håndverkstradisjon og en akademiske vitenskapelig tradisjon. Dette skaper utfordringer på godt og vondt for vårt fag. I håndverkstradisjonen finner vi verdier som overføring av kunnskaper fra lærer til student og verdsettelsen av at «øvelse skaper mester». Faren i denne tenkningen, er at vi i for stor grad støtter oss på det vi lærte av våre «mestere». I den akademiske verden verdsettes forskning på det vi gjør som terapeuter eller coacher og hvordan det vi gjør påvirker våre klienter. Vi blir lettere opptatt av at noe er feil og noe er riktig, eller at noe virker bedre enn noe annet. Innenfor begge paradigmer er vi opptatt av resultater og hvordan vi kan bli bedre, mens forskjellen ligger i tilnærmingen.

I Norsk Gestalttidsskrift har vi hele tiden vært opptatt av at begge tradisjonene skal komme til uttrykk ved å gi plass til artikler hentet fra praktisk arbeid som terapeuter, coacher eller veiledere og fra vitenskapelig forskning. I dette nummeret følger vi opp denne linjen med en artikkel skrevet av Eivind Bjørndal der han har oversatt og omredigert deler av boken *The Heart & Soul of Change* (Duncan m fl 2010). Boken inneholder et sammendrag av 60 år med forskning på psykoterapi og består av en samling essay/kapitler, skrevet av til sammen 22 ulike forfattere. Bjørndal har skrevet en selektiv oppsummering av *The Heart & Soul of Change* der første del presenteres i dette nummeret

og andre del kommer i neste nummer av tidsskriftet. Det er gitt tillatelse fra forlaget til at deler av boken er oversatt og gjengitt i Norsk Gestalttidsskrift. Denne oppsummeringen er meget leseverdig og et «must» for alle som ønsker kunnskap om forskning på psykoterapi. Bjørndals artikkel er et eksempel på hvordan psykoterapi tilhører en vitenskapelig tradisjon og viser hvordan vi som terapeuter kan få kunnskap innhentet gjennom forskning og gjennom det lære mer om hvordan vi kan bli bedre som terapeuter. Boken *The Heart & Soul of Change* er omtalt i siste nummer av magasinet *Gestalt* og Bjørndals artikkel er en verdifull oppfølging av denne omtalen.

Videre presenterer vi en fagfelleverdert artikkel av Vikram Kolmannskog. Han skriver om sitt arbeid med en voldtektsutsatt kvinne og viser hvordan han blant annet bruker kontaktformen konfluens i sitt terapeutiske arbeid. Dette er en artikkel som inneholder både håndverks- og forskningstradisjonene. Håndverkstradisjonen kommer til uttrykk i kasusbeskrivelsene der Kolmannskog viser hvordan han intervensjoner og klienten responderer. Det er som om vi er til stede i rommet der terapien finner sted og kan følge terapeutenes refleksjoner over sitt arbeid underveis og i ettertid. Den vitenskapelige tradisjonen kommer til uttrykk når arbeidet beskrives som en pragmatisk kasusstudie og metodedelene gjennomgås blant annet i forhold til hvordan innsamling av data har foregått. Teorigjennomgang og hvordan teorien knyttes til kasus tilhører også den vitenskapelige tradisjonen og samtidig er dette en viktig del av fagutviklingen vi finner innenfor en håndverkstradisjon. At artikkelen er fagfelleverdert, er imidlertid en del av et akademisk paradigme og viktig for anerkjennelsen av gestaltteori og metode. En beskrivelse av hvordan fagfellevurdering skjer i NGT med en begrunnelse for hvorfor vi mener dette er så viktig, står på side 93.

De neste tre artiklene er også knyttet til håndverkstradisjonen ved at de beskriver terapeutisk praksis og til den akademiske ved at de kort har med elementer fra teoridrøfting og metodebeskrivelser.

Den første artikkelen er av Anne Marie Saxlund og hun skriver om arbeidet med polariteter og metaforer hentet fra sitt klientarbeid. Hun presenterer tre kasus hvor hun viser hvordan hun jobber med polariteter og bruker metaforer for å tydeliggjøre polene og øke forståelsen for delvis skjulte sider hos klientene.

Videre skriver Katrine Borgen om konfluens, både som helende og kvelende. Gjennom et klientarbeid viser hun og hvordan konfluens i den terapeutiske relasjonen kan bidra til å hele skader som er oppstått i tidligere relasjoner preget av kvelende konfluens.

Camilla Bjelke Kachel tar i sin artikkel opp eksistensielt press som død, ensomhet, depresjon og angst og knytter dette til teorien om selv. Gjennom sitt arbeid med en klient viser hun hvordan de sammen bidrar til at det eksistensielle presset kommer til overflaten, og hvordan de ved felles involvering og tilstedeværelse kan skape en forløsende kontakt som setter i gang følelser og tankeprosesser.

Dikt er noe vi gjerne har med i tidsskriftet og denne gangen er det noen av Gurid Bergem sine dikt vi har valgt ut. Disse vare og vakre diktene tror vi kan gi grunnlag for både undring og ettertanke.

I dette nummeret har vi to bokomtaler, en fagbok som heter *Psykologi og psykiske lidelser* av Kjell Magne Håkonsen og en skjønnlitterær bok, *Mysteriet mamma* skrevet av Trude Lorentzen, som omhandler en kvinnes forhold til sin mor.

Redaksjonen er nylig blitt utvidet med et nytt medlem, Marit Slagsvold, som er utdannet gestaltterapeut og sosiolog og er ansatt i en deltidsstilling som høyskolelektor ved NGI. Redaksjonen består i dag av seks engasjerte kvinner som alle i tillegg til å være utdannede gestaltterapeuter, har forskjellig relevant kompetanse i forhold til å utgi et tidsskrift. Medlemmene i redaksjonen deler arbeidet mellom seg der oppgaver og arbeidsmengde varierer avhengig av den enkeltes kapasitet til enhver tid.

Fra nyåret vil vi legge ut alle utgaver av Norsk Gestalttidsskrift, utgitt før 2011, elektronisk på NGI sin nettside.

Gro Skottun  
Redaktør

## FORSKNING

## Psykoterapi virker!

En selektiv oppsummering av *The Heart and Soul of Change* (første del)

Av Eivind Bjørndal

*The Heart & Soul of Change* er en bok som presenterer et sammendrag av 60 år med forskning på psykoterapi. Blant konklusjonene er at psykoterapi virker, og at det er felles faktorer – på tvers av ulike terapiretninger – som skaper resultatene. Forfatterne gir et innblikk i forskningshistorikk og utvikling av forskningsmetoder, og de presenterer utallige eksempler fra en mengde ulike studier til støtte for sine vurderinger. I denne første delen av oppsummeringen fokuserer jeg på generelle resultater fra forskning på psykoterapi, i tillegg til resultater fra forskning på psykofarmaka.

**NØKKELOORD:** *forskningshistorikk, forskningsmetoder, felles faktorer, psykoterapi, psykofarmaka*

*The Heart & Soul of Change* (heretter kalt HSC) består av en samling essay/kapitler, skrevet av til sammen 22 ulike forfattere. Fire av disse er oppgitt som redaktører: Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Bruce E. Wampold og Mark A. Hubble. Ser vi bort fra introduksjonskapitlet, er det 13 essay/kapitler som er fordelt på fire inndelinger (antall kapitler i parentes):

- I. What Works and What Does Not: The Empirical Foundations for the Common Factors (6).
- II. What Works: Practice-Based Evidence (3).
- III. Special Populations (3).
- IV. Conclusions (1).

I denne selektive oppsummeringen min, som er fordelt på to artikler, har jeg hentet materiale fra del I og IV, som til sammen utgjør omtrent halvparten av boken. Jeg oppfatter at disse delene inneholder opplysninger om de mer generelle funnene, mens del II og III utdyper enkelte tema. Del II tar for seg forskning på terapi for spesifikke målgrupper, som ungdommer, par, familier og rusmisbrukere, mens del III blant annet utdyper betydningen av å måle resultater av terapi og få feedback fra klienter.

Viktig: Jeg har hatt et ønske om å gjengi forfatterens synspunkter, ikke mine. Derfor har jeg valgt en refererende stil der størstedelen er direkte sitater. Jeg har imidlertid valgt å strukturere stoffet på en annen måte enn forfatterne. Jeg synes det gir bedre oversikt over det omfattende materialet for egen del, men faren kan blant annet være at enkeltsitater får endret betydning når de plasseres i en annen kontekst. Mine prioriteringer av stoffet virker naturligvis på samme måte; det forsterker noen poenger og utelater andre. Faren er, for eksempel, at enkelte problemstillinger framstår overforenklet. Derfor vil jeg understreke at eventuelle misforståelser ene og alene er mitt ansvar.

Alle oversettelsene er mine. Siden jeg er en amatør og lite trent som oversetter, kan jeg ikke garantere at alt er 100% korrekt. Heldigvis skal det være lett å finne fram til de originale sitatene ved hjelp av referansene for de som ønsker det. Alle referanser til HSC er gjengitt kun med sidetall, men av teksten skal det samtidig gå fram hvilke av forfatterne i boken som står bak sitatene. Det er gitt tillatelse til gjengivelse av tekst fra forlaget American Psychological Association.

### Et paradigmeskifte – felles faktorer vs spesifikke faktorer

I prologen til HSC beskriver Barry L. Duncan hvordan den amerikanske psykologen Saul Rosenzweig i en artikkel fra 1936, var den første til å hevde at det finnes felles faktorer som virker på tvers av ulike retninger innen psykoterapi. Rosenzweig påpekte blant annet det paradoksale i at tilsynelatende svært ulike terapeutiske teorier og metoder syntes å virke på pasienter som

slet med relativt like problemer, og han skrev at «ingen terapeutisk metode har monopol på alle de gode terapeutene» (s. 5). Saul Rosenzweig brukte begrepet «the Dodo bird verdict», direkte oversatt: dodo-fuglens dom, som en metafor for idéen om at de ulike terapeutiske metodene var likeverdige. Begrepet er avledet fra den berømte barneboken *Alice's Adventures in Wonderland* av Lewis Carroll: «The dodo was asked, "Who has won?" And he finally exclaimed the now famous verdict: "Everybody has won, and all must have prizes."» (s. 8)

Duncan beskriver Rosenzweig sin artikkel som «bemerkelsesverdig klar-synt» (s. 8), og i introduksjonskapitlet stiller de fire redaktørene av *HSC* seg bak bruken av «the Dodo bird verdict» som metafor: «...bevisene er udiskutable: Endring som et resultat av psykoterapi springer ut av nøkkelementer som virker på tvers av terapiretningene.» (s. 33)

David E. Orlinsky hevder i forordet at *HSC* «presenterer et nytt forskningsbasert paradigme i psykoterapi» (s. xxi). Idéen om de felles faktorene som virker på tvers av terapiretningene, står sentralt i dette paradigmeskiftet. Det motsatte er idéen om at det først og fremst er spesifikke faktorer i den enkelte behandling som virker. Orlinsky beskriver skillet mellom gammelt paradigme (spesifikke faktorer) og nytt paradigme (felles faktorer):

Kort sagt antar det gamle (og fremdeles stort sett aksepterte) paradigmet at psykoterapi grunnleggende er en prosess som handler om å bruke psykologiske teknikker for å behandle følelsesmessige og atferdsmessige forstyrrelser; at terapiens effekt ligger i de prosedyrene som blir brukt; at det er et sett av optimale prosedyrer for å behandle hver forstyrrelse; at pasienter er «bærere» av diagnostiserbare forstyrrelser og mer eller mindre samarbeidsvillige mottakere av behandlingen; og at terapeutene er mer eller mindre nøyaktige i sine diagnoser og mer eller mindre dyktige når det gjelder å administrere de optimale prosedyrene for hver diagnostiserte forstyrrelse. [...] Det alternative paradigmet [...] framholder at terapiens effekt først og fremst ligger i pasientens erfaring og i bruken av en oppbyggende, ressursfokusert og motiverende relasjon til en terapeut som er støttende og utfordrende (i en grad og på et tidspunkt som er tilpasset klientens behov og evner). Metoder er viktige, men blir effektive primært ved å bidra til formingen og utviklingen av relasjonen slik pasienten erfarer den. (s. xxi)

Bruce E. Wampold utdyper disse poengene i kapitlet om de felles faktorene i et historisk perspektiv. Han viser til at det gamle paradigmet basert på en medisinsk tankegang, og han påpeker følgende:

I medisin er det etablert en biologisk etiologi for mange sykdommer, og hvis den ikke er etablert, finnes det empirisk baserte teorier som gir retningslinjer for å utvikle behandlinger. Når det gjelder psykiske forstyrrelser, er den diagnostiske sykdomslæren [...] mer beskrivende enn etiologisk (Widiger & Trull 2007), og den reflekterer ofte kulturelle oppfatninger av hva som er dysfunksjonelt (Wakefield 1992, 1999). Når det ikke finnes en definitiv psykologisk modell for dysfunksjonalitet, er det til hinder for å bekrefte eventuelle spesifikke faktorer i behandlingen. Dette illustreres av panikk-lidelse, der de seks beste psykologiske forklaringene for denne forstyrrelsen enten har blitt erklært ugyldige eller ikke er mulig å gjøre ugyldige. Det er derfor ikke overraskende at flere behandlinger som baserer seg på flere ulike årsaksforklaringer for panikk-lidelse, har vist seg å være effektive, inkludert de tilsynelatende teoretiske motpolene kognitiv adferdsterapi (Barlow, Craske, Cerny og Klosko 1989) og psykodynamisk psykoterapi (Milrod et al. 2007). (s. 64)

Wampold er klar på at de samlede forskningsresultatene er overbevisende: «...den enkelte behandlingsmetode er relativt uviktig, og kombinasjonen av terapeuten, klienten og samarbeidet deres er kritisk for at psykoterapi skal lykkes.» (s. 53)

Opp gjennom årene har ulike fagfolk presentert egne modeller som beskriver varianter av de felles faktorene som Saul Rosenzweig introduserte i 1936, forteller Wampold. Han nevner særlig Jerome Frank (Frank og Frank 1991), Judd Marmor (1962) og Sol Garfield (1995). Wampold oppsummerer at: «Hypotesen i denne boken er at disse felles faktorene virkelig er hjertet og sjelen i terapien, en formodning som til fulle har støtte i forskningsresultatene... » (s. 54)

Jeg kommer tilbake til de felles faktorene, både i denne og neste artikkel, men først vil jeg presentere en del bakgrunnsstoff om forskning på psykoterapi som er gjengitt i *HSC*.

## Forskning på psykoterapi – måling av effekt

David E. Orlinsky skriver at det har vært forsket på psykoterapi siden 1940-tallet, og at det etter hvert foreligger et omfattende materiale. Riktignok

framholder han at: «...det er nok rimelig å hevde at i løpet av de første 25 eller 30 årene [...] lærte studiene av psykoterapi oss mer om hvordan vi kunne forbedre forskningsmetodene våre enn om hvordan vi kunne forbedre klinisk praksis.» (s. xx) Orlinsky beskriver introduksjonen av meta-analyser mot slutten av 1970-tallet som et gjennombrudd: «Sett i sammenheng ble det åpenbart at det allerede forelå store mengder data som viste at psykoterapeutisk behandling var effektiv...» (s. xx)

Bruce E. Wampold er senere i boken inne på det samme, og han er glassklar i konklusjonen: «Svaret på spørsmålet om psykoterapi virker er et rungende Ja.» (s. 55) Han viser til meta-analyser utført av Mary Lee Smith og Gene Glass (Smith og Glass 1977; Smith, Glass og Miller 1980), som demonstrerte at psykoterapi var «bemerkelsesverdig effektiv» (s. 55), med en effektstørrelse estimert til 0.80 standardenheter. Senere forskning har landet på omtrent det samme, skriver han.

Hva forteller dette tallet oss? Wampold skriver at «...en effektstørrelse på 0.80 betyr at en gjennomsnittlig klient som mottar behandling har det bedre enn ca 79% av de som ikke mottar behandling.» (s. 55) Han tilføyer:

Selv om psykoterapi åpenbart ikke leder til et godt resultat for hver klient, kommer psykoterapi godt ut sammenlignet med etablerte medisinske praksiser. Psykoterapi er faktisk mer effektiv enn mange medisinske behandlinger som framheves i gjennomganger av evidensbasert praksis innen medisin, inkludert mange intervensjoner i kardiologi, geriatrisk medisin og astma, så vel som aspirin som forebyggende mot hjerteinfarkt, influensavaksinen og kirurgiske inngrep mot grå stær (Wampold 2007). (s. 55)

Allerede i introduksjonkapitlet er de fire redaktørene inne på det samme. De viser til Rosenthal (1990), som blant annet «poengerte [...] at en omfattende klinisk studie av den forebyggende effekten av aspirin mot hjerteinfarkt, ga en effektstørrelse på 0.03.» (s. 28) De føyer til følgende: «I medisinsk forskning er nokså magre effektstørrelser regelen mer enn unntaket (for eksempel kolesteroldempende medisiner for å forebygge hjerteinfarkt, Carey 2008; Lambert et al. 2003; se også Wampold 2007 [...]).» (s. 28)

## Forskning på psykoterapi – metoder og feilkilder

Bruce E. Wampold påpeker at det oppstår flere problemstillinger hvis en skal drive forskning på psykoterapi med utgangspunkt i en medisinsk forskningsmodell. Han skriver (s. 52) at randomiserte dobbelblinde, placebokontrollerte

forskningsdesign, ofte forkortet til RCT (randomized clinical trial), er selve «gullstandarden» for å avdekke virkningen av spesifikke faktorer i medisinsk forskning. Denne type studier har også blitt «gullstandarden» for forskning innen psykoterapi de siste tiårene, hevder han, «[...] i hvert fall blant dem som ønsker å vise at en spesiell behandling er effektiv for en spesiell forstyrrelse (Goldfried og Wolfe 1998)». (s. 52)

Wampold beskriver premissene som ligger til grunn for RCT:

Placebokontrollert forskningsdesign i medisin har tre gjensidig avhengige forutsetninger [...]. Den er dobbelblind, det vil si at verken pasienten eller den som administrerer behandlingen vet om det som blir gitt er reell behandling (for eksempel en medisin) eller om det er placebo. Dette er nødvendig for å utelukke ulike forventninger om suksess enten hos den som administrerer behandlingen eller hos pasienten. Videre må det for å fullføre «blindingen» (mine anførselstegn), ikke være mulig å skille mellom den reelle behandlingen og placebo. Til slutt, for at den skal være valid, må deltakere i studien velges ut vilkårlig med hensyn til hvem som mottar hva (s. 61)

Han forklarer at når en forsker på psykoterapi, vil placebokontrollen bestå av:

...en behandling som involverer terapeut og klient, men som ellers ikke inneholder spesifikke ingredienser. Typisk kan være at terapeuten responderer empatisk, men ikke gir en troverdig behandling til klienten. Slike behandlinger kalles ofte ikke-spesifikk, støttende veiledning eller felles faktor-kontroller. (s. 61)

Wampold gir et eksempel på denne type uvirksom behandling:

[...] «støttende veiledning» ble brukt av Foa, Rothbaum, Riggs og Murdock (1991) i en klinisk studie av kognitiv adferdsterapi [...] for kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og fått posttraumatisk stresslidelse (PTSD): Pasientene fikk opplæring i en generell problemløsnings-teknikk. Terapeutene hadde en indirekte og betingelsesløs støtterolle. Hjemmearbeidet besto i at pasienten skrev dagbok om daglige problemer og hennes forsøk på problemløsning. Pasientene ble umiddelbart ledet til å fokusere på nå-værende daglige problemer hvis diskusjoner om selve overfallet oppsto. [...]



Denne type «støttende veiledning» er åpenbart ikke et middel en terapeut ville ha brukt for å behandle kvinner som nylig var blitt utsatt for seksuelle overgrep. (s. 57-58)

Blant øvrige utfordringer som kan oppstå i forbindelse med forskning på psykoterapi, og i fortolkningen av resultatene, er Wampold spesielt opptatt av tre forhold:

Studier på psykoterapi kan ikke være dobbelblinde, og det vil ikke være mulig å kamuflere forskjellen på reell behandling og placebo [...] (Baskin, Tierney, Minami og Wampold 2003; Imel og Wampold 2008; Wampold 2001b; Wampold, Minami, Tierney, Baskin og Bhati 2005). Viktigst er at terapeutene nødvendigvis vil være klar over hvilken behandling de gir, og dermed vil de også vite når de leverer placebo, at behandlingen ikke er ment å virke. De vil da forvente at behandlingen er mindre effektiv. I tillegg, fordi det heller ikke er mulig å kamuflere forskjellen på reell behandling og placebo, vil også klienten sannsynligvis være klar over at han eller hun mottar den minst ønskede behandlingen. Som en følge av dette kan resultatforskjeller handle om terapeutens manglende tro på behandlingen, eller klientens kunnskap om at han eller hun får kontrollbehandlingen i stedet for de spesifikke teknikkene som er inkludert i den reelle behandlingen. (s. 61)

Det andre forholdet handler om at en av de felles faktorene er å levere en behandling av et eller annet slag: en behandling som har et troverdig og overbevisende fundament [...]. Uten en behandling er det ikke mulig å jobbe sammen om å etablere mål for terapien, og terapeuten og klienten kan ikke enes om hvilke oppgaver som er nødvendige for å oppnå målene. Disse to komponentene i den terapeutiske alliansen er kritiske felles faktorer. [...] Uten disse mangler placebokontrollene to av de viktigste aspektene ved felles faktor-modellen: en behandling som er ment å være terapeutisk og to komponenter i den terapeutiske alliansen. (s. 62)

Et tredje forhold er at i studier som sammenligner en spesifikk behandling med kontroll av placebo-typer, er ikke behandlingene strukturelt likeverdige. Strukturell likeverdighet viser til likhet ved to behandlinger når det gjelder for eksempel trening av terapeutene, antall og lengde på terapitimene, format (gruppe eller individuelt) og i hvilken grad klientene får anledning til å diskutere forhold som er relevant for behandlingen (Baskin et al. 2003). Placebo-behandlingen er ofte underlegen på ett eller flere av disse områdene (for eksempel færre timer), og dermed kan bedre resul-

tater for den spesifikke behandlingen skyldes disse forholdene i stedet for innholdet i behandlingen. (s. 62)

Wampold utdyper betydningen av disse forholdene med flere konkrete eksempler, for eksempel dette:

...Robinson et al. (1990) [...] fant at i behandlingen av depresjon hos voksne, indikerte resultatene opprinnelig at kognitive adferdsterapier var mer effektive enn adferdstilnærminger, og at begge disse [...] var mer effektive enn generelle samtalerapier. Når dette ble kontrollert mot forskernes lojalitet til en bestemt terapiform, ble imidlertid forskjellene mellom de ulike terapiformene nullet ut. Lojaliteten til forskeren er til stede når forskeren er talsmann for en av behandlingene som det forskes på. Ofte oppstår dette når forskeren har utviklet en av behandlingene, eller har argumentert for at behandlingen er mer effektiv enn andre. Denne lojaliteten blir ofte overført til terapeutene i studien når forskeren trener og veileder terapeutene, og terapeutene vet at det foreligger en tro på at en behandling er mer effektiv enn de andre. (s. 57)

Senere understreker Wampold dette poenget med å peke på at: «Forskere som har en lojalitet til en behandling i en sammenligning av behandlinger, vil typisk finne ut at deres behandling er mer effektiv.» (s. 73). Dette fenomenet viser seg å være enda tydeligere til stede når det gjelder forskning på psykofarmaka.

### Forskning på psykofarmaka – styrt av legemiddelindustrien

Jacqueline A. Sparks, Barry L. Duncan, David Cohen og David O. Antonuccio står som forfattere av et eget kapittel i *HSC* som omhandler forskning på psykofarmaka. De tegner et dystert bilde av troverdigheten til denne forskningen, takket være en legemiddelindustri som ofte har tette bånd både til forskerne og de myndighetene som godkjenner medisinene:

Den tidligere redaktøren av *New England Journal of Medicine* henviste oppmerksomheten på problemet med «de allestedsnærværende og mangesidige...?? finansielle forbindelsene» som forfatterne av medisinforskning hadde til selskapene som produserte medisinen som ble undersøkt (Angell 2000, s. 1516). Konsekvensen er en direkte sammenheng mellom

hvem som finansierer studien og resultatene den gir. For eksempel gikk Heres et al. (2006) gjennom publiserte sammenligninger av fem anti-psykotiske medisiner. I ni av ti studier fant man ut at medisinen til det selskapet som sponset studien kom best ut. [...] I en rapport som han vant Pulitzer-pris for, undersøkte Willman (2003) the National Institutes of Health<sup>1</sup> og fant vidtrekkende bånd til farmasøytiske penger. Finansielle interessekonflikter hos FDA-medlemmer<sup>2</sup> er vanlig. (Lurie, Almeida, Stine, Stine og Wolfe 2006). (s. 210)

Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio påpeker at de økonomiske forbindelsene gjør det til en utfordring «å skille god vitenskap fra god markedsføring» (s. 211). Deretter presenterer de sju ulike forhold som kan påvirke resultatene i forskning på psykofarmaka:

Det første forholdet dreier seg om at det ikke alltid er slik at studiene er reelt «blinde». Som forfatterne påpeker, er det helt avgjørende for validiteten at studiene faktisk oppfyller kravet til å være dobbelblinde, men «Fisher og Greenberg (1997) [...] viste til at uvirksomme sukkerpiller, eller inaktiv placebo, ikke gir de vanlige bivirkningene til medisinene – tørr munn, vektreduksjon eller -økning, svimmelhet, hodepine, kvalme, søvnløshet og så videre» (s. 211). Dermed vil deltakerne ofte være klar over hva de får. Dette gjelder naturligvis særlig når deltakerne har erfaring med lignende medisiner fra tidligere. Forfatterne skriver at:

En meta-analyse av Prozac fant en signifikant sammenheng mellom rapporter om bivirkninger og effekt av medisinen (Greenberg, Bornstein, Zborowski, Fisher og Greenberg 1994). En meta-analytisk gjennomgang

---

1. Wikipedia oppgir at: «National Institutes of Health (NIH) er en institusjon under USAs Helse- og omsorgsdepartement og er ansvarlig for USAs føderale innsats innen biomedisinsk og helserelatert forskning.» <[http://no.wikipedia.org/wiki/National\\_Institutes\\_of\\_Health](http://no.wikipedia.org/wiki/National_Institutes_of_Health)> [Lesedato: 03.09.14]

2. Wikipedia oppgir at: «Food and Drug Administration (FDA) er en etat innen det føderale amerikanske Helse- og sosialdepartementet, og er ansvarlig for regulering og overvåking av mat (for mennesker og dyr), legemidler, kosttilskudd, kosmetikk, medisinsk utstyr og blodprodukter...» <[http://no.wikipedia.org/wiki/Food\\_and\\_Drug\\_Administration](http://no.wikipedia.org/wiki/Food_and_Drug_Administration)> [Lesedato: 03.09.14]

av studier som benyttet aktiv placebo (bivirkninger som etterligner aktiv medisin) støtter også denne hypotesen, ettersom den fant ubetydelige forskjeller mellom medisin- og placebo-gruppene (Moncrieff, Wessely og Hardy 2004). (s. 211)

Det andre forholdet handler om hvem som vurderer resultatene: klinikerne eller klienten. Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio viser blant annet til en meta-analyse av antidepressiver (Greenberg, Bornstein, Fisher og Greenberg 1992), der klinikerne hadde anslått at de aktive medisinene hadde «20% bedre effekt enn placebo» (s. 212) for visse måleparametre, mens klientene ikke hadde rapportert om noen forskjell for de samme måleparametrene. Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio spør retorisk: «Hvis klientene ikke merker bedring, hvor signifikant kan andres vurderinger da være?» (s. 212)

Et tredje forhold handler om tidsperspektiv: «Psykiatrisk medisinerer blir ofte foreskrevet for en lengre periode. Dette antyder at de fleste kliniske studier, som varer fra 6 til 8 uker, ikke måler hvor bra medisinene gjør det i en ordinær setting.» (s. 212) Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio gjengir resultatene av en studie av Shea et al. (1992) på antidepressiva, der en oppfølging etter 18 måneder viste like gode resultater for placebo som for den aktive medisinen. (s. 212-213)

Det fjerde momentet som blir trukket fram er minimalisering av risiko «Mange studier av psykiatrisk medisinerer toner ned eller lar være å vurdere ufordelaktige reaksjoner på medisinene.» (s. 213) Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio hevder at denne type effekter ofte blir beskrevet «i et narrativt format i stedet for gjennom tabeller (f.eks Emslie et al. 1997)» (s. 213), og at: «Forfattere av studier gir ofte beroligende vurderinger av at medisinene er trygge, i abstrakte og drøftende sekvenser, når data faktisk viser noe annet.» (s. 213)

Det femte forholdet gjelder interessekonflikter, der forfatterne viser til Richard Smith (2003):

...som trakk seg som ansvarlig redaktør for British Medical Journal på grunn av den ukontrollerte innflytelsen til legemiddelindustrien på akademisk forskning, og som forklarte at hovedmålet med industri-sponsede studier er å finne fordelaktige resultater for selskapets medisin. Han listet opp en rekke strategier som bidrar til å nå dette målet, inkludert å sammenligne selskapets medisin med en som er kjent som mindreverdige, sammenligne en lav dose av konkurrentens medisin for å bevise effekt og en

høy dose for å bevise lavere giftighet, bruke varierende lengder på studene og velge ut den som stiller medikamentet i best mulig lys, eller gjennomføre forsøkene på flere undergrupper og publisere de som er mest positive. (s. 214)

Det sjette forholdet handler om at forskerne i noen tilfeller fraviker prinsippet om å gjøre vilkårlige utvalg av deltakere til forsøkene, for eksempel ved å «eliminere deltakere som responderer tidlig på» (s. 214), noe som undergraver selve hensikten med en medisinsk studie, nemlig å avgjøre om medisinen er mer effektiv enn placebo.

Til slutt nevner Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio et sjuende forhold, som dreier seg om å «konstruere bevis» (s. 215). Her gjennomgår de en konkret publisering av Reyes et al. (2006) som gjaldt fem studier av medikamentet Risperidone brukt på «ungdommer med betydelige adferdsforstyrrelser» (s. 215). Mens Reyes konkluderte med at «Risperidone har vist seg konsistent, effektivt og trygt», viser en kritisk gjennomgang av resultatene noe helt annet, ifølge forfatterne av dette kapitlet i HSC. De peker på en rekke forhold som undergraver Reyes konklusjon, for eksempel at deltakere som responderte positivt på placebo den første uken, ble utelatt i vurderingen av resultatene, at til dels betydelige bivirkninger ble tonet ned, og at de tette økonomiske båndene mellom forskerne og selskapet som finansierte studiene, ikke ble fullstendig redegjort for.

Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio framstår alt i alt som ytterst kritiske til hvordan forskningen på psykofarmaka har foregått og foregår, men de fastslår at:

Troen på kjemiens makt over sosiale og psykologiske prosesser – drevet fram av en eksepsjonell promotering fra legemiddelindustrien rettet mot alle aktører innen helse og omsorg – danner fundamentet for farmakologiens stadig mer sentrale plass i psykoterapeutisk forskning, trening og praksis. (s. 223)

## Forskning på psykofarmaka – en resultatgjennomgang

Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio forteller om en voldsom økning i forbruket av psykofarmaka i USA omkring årtusenskiftet:

[...] antall personer som brukte psykofarmaka i USA økte fra 21 millioner i 1997 til 32,6 millioner i 2004, og omsetningen klatret fra 7,9 til 20 milliarder dollar i den samme perioden (Stagnitti 2007). En gjennomgang av resept-

statistikk for 300.000 barn fra 2004 konkluderte med at det for første gang ble brukt mer penger på medisiner av adferdsproblemer for barn enn på noen annen medisinkategori, inkludert antibiotika (Medco Health Solutions, Inc. 2004). [...] I større og større grad innebærer behandling medisinering. (s. 199)

Deretter spør de om denne enorme økningen kan forsvares med kliniske forskningsresultater. I det følgende skal jeg presentere noen av svarene de gir. De starter med antidepressiva, der de påpeker at: «Den eneste storskala befolkningsstudien på antidepressiva fant at brukere av antidepressiva hadde lengre og flere depressive episoder enn ikke-brukere (Patten 2004).» (s. 200) De viser også til følgende:

Kirsch et al. (2008) ga ytterligere dokumentasjon på at tilliten til effekten av antidepressiva ikke er vitenskapelig fundert. I en meta-analytisk gjennomgang av alle studier som var sendt inn til FDA for lisensiering av fire vanlige SSRI-medikamenter<sup>3</sup>, fant forfatterne ingen klinisk signifikant forskjell mellom placebo og medisinen, unntatt for de mest forstyrrede i gruppen alvorlig deprimerte. Selv denne beskjedne forskjellen ble ikke tilskrevet medisinen, men at disse klientene viste en lavere placebo-respons enn det som er vanlig. (s. 201)

Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio tar også for seg antipsykotiske preparater:

Antipsykotisk medisinering blir ikke sett på som et valg, men som påkrevd (Thase og Jindal 2004): De som blir diagnostisert med alvorlige psykiatriske forstyrrelser, blir påstått å ha behov for fortløpende medisinering for å håndtere en antatt livslang kamp mot mental sykdom. Studier har imidlertid diskreditert myten om den påkrevde medisineringen og gitt indi-

---

3. Wikipedia oppgir at: «Selektive serotoninreopptakshemmere (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI), populært kalt lykkepiller, er en gruppe legemidler som først og fremst brukes i behandling av angst og depressive lidelser.» <[http://no.wikipedia.org/wiki/Selektiv\\_serotoninreopptakshemmer](http://no.wikipedia.org/wiki/Selektiv_serotoninreopptakshemmer)> [Lesedato: 04.09.14]

kasjoner på bedre resultater (f.eks lavere andel tilbakefall, bedre generelt funksjonsnivå) for personer som enten ikke har vært medisinert eller har sluttet, enn for personer som fremdeles blir medisinert (f.eks Bola og Mosher 2003; de Girolamo 1996; Harding, Zubin og Strauss 1987; Harrow og Jobe 2007). Selv med dokumentasjon på at bedring ikke trenger å innebære medisiner, blir diagnoser som schizofreni og bipolar lidelse generelt betraktet som «ubehandlet» hvis ikke personen underlegger seg antipsykotisk medisinering. (s. 203)

Så følger en gjennomgang av forskning på psykofarmaka i behandling av barn. Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio gir eksempler på en kraftig vekst i forbruket av denne type medisiner også for de yngste klientene. Særlig stor har veksten vært når det gjelder medisinering av ADHD:

I de tre første årene etter årtusenskiftet økte omsetningen for disse medisinene, inkludert amfetamin (Adderall), metylfenidat (Concerta, Ritalin) og atomoksetin (Strattera), med 183% for barn sett under ett, og med 369% for barn under 5 år (Medco Health Solutions, Inc. 2004). Selv om USA fortsetter å være verdensledende, har det globale forbruket av ADHD-medisiner steget med 274% (Scheffler, Hinshaw, Modrek og Levine 2007). (s. 206)

Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio er tydelige på at resultatene av forskningen, når de blir utsatt for en kritisk gjennomgang, ikke står i noe rimelig forhold til det omfattende forbruket av psykofarmaka. Blant mange eksempler er dette, som gjelder antidepressiva:

En uavhengig analyse utført av FDA konkluderte med at bare 3 av 15 publiserte og upubliserte studier av SSRI-medikamenter vurderte medisinene som mer effektive enn placebo på primære måleparametre (Laughren 2004). Ingen av de 15 fant forskjeller i klient- eller foreldrevurderte måleparametre. Risikofaktorene som kom fram i publiserte og upubliserte data, førte til at FDA ga påbud om å inkludere en advarsel på pakningsvedleggene til alle antidepressive preparater for ungdom, om økt selvmordsfare og klinisk forverring (FDA 2004). (s. 206)

Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio gir følgende oppsummering mot slutten av kapitlet:

Vi kan dra to konklusjoner [...]. For det første: Når kliniske studier blir undersøkt kritisk [...] er det åpenbart at behandling med psykofarmaka ikke bør prioriteres foran psykososiale alternativer. For det andre: I de tilfellene der det blir registrert effekt av behandling med medisiner, er det andre faktorer som gir bedre forklaring på resultatene enn den antatte effeten av medisinene, for eksempel hvem som står for behandlingen, kvaliteten på alliansen og klinikerens og mottakerens forventninger om å lykkes. Disse konklusjonene eliminerer imidlertid ikke medisinering som et valg blant flere, særlig når klientene tror at problemene deres er biologiske og at medisiner kan være til hjelp. Det som ikke støttes, er den automatiske anbefalingen av medisinering uten å vurdere klientens preferanser og alle andre tilgjengelige behandlingsalternativer. Effekten av psykoterapi har ugjendrivelig støtte på tvers av alle symptomkategorier, med få om noen eksempler på at medisiner kommer bedre ut, særlig i det lange løp. Når vi vet at det ikke finnes noen tydelige vitenskapelige belegg for å medisinere, står terapeuter fritt til å legge fram andre alternativer og trekke inn klientene i vurderingene for å engasjere dem i en risiko/nytte-analyse som kan hjelpe klientene å velge en behandling som er i tråd med deres egne verdier, preferanser og kulturelle kontekster. Terapeuter trenger ikke å frykte disse samtalene eller føle seg underlegen i møte med medisinske synspunkter. (s. 221–222)

Selv om forfatterne skriver at psykofarmaka åpenbart er til hjelp for noen, særlig på kort sikt, hevder de at medikamentene «kommer til kort målt opp mot psykoterapi» i det lange løp (s. 217).

## Psykofarmaka og de felles faktorene

I andre og siste del av denne oppsummeringen skal jeg gå nærmere inn på de felles faktorene som forfatterne av *HSC* hevder virker på tvers av ulike terapiretninger. Som en innledning til dette temaet skal jeg i denne omgang nøye meg med å gjengi noen resultater som Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio trekker fram, som dokumenterer at de felles faktorene også er relevante og påvirker resultatene av psykiatrisk medisinering. Et par eksempler:

Hvem som administrerer medisineringen (terapeut-effekter), og relasjonen han eller hun etablerer til klienten, spiller en avgjørende rolle for om

behandlingen er effektiv. TDCRP<sup>4</sup> avdekket store psykiater-effekter: 7-9% av variasjonen i resultat skyldtes psykiateren (McKay, Imel og Wampold 2006), nesten tre ganger mer enn effekten som kunne tilskrives den antidepressive behandlingen. Analysen til McKay et al. (2006) avdekket at klientene som mottok placebo av de mest effektive psykiaterne (øverste tredjedel), hadde bedre resultater enn de som mottok medisiner av de minst effektive psykiaterne (nederste tredjedel). I tillegg hadde de beste psykiaterne i placebo-delen også best resultater i medisin-delen. En studie av 6000 terapeuter (Wampold og Brown 2005) ga ytterligere dokumentasjon på kraften i terapeut-effekter. Der fant de at når klienter til de mest effektive terapeutene ble medisinerert, virket medisinen bedre enn for klienter til de mindre effektive terapeutene. Medisineringen var ikke til hjelp for klientene til de minst effektive psykoterapeutene. (s. 219)

Et klinisk forsøk på antidepressiver fant at 90% av de deprimerte deltakerne som uttrykte høye forventninger om bedring responderte på behandlingen, sammenlignet med 33% av dem som forventet at behandlingen ville være «litt effektiv» (Krell, Leuchter, Morgan, Cook og Abrams 2004).

Sparks, Duncan, Cohen og Antonuccio viser til Greenberg (1999), som oppsummerte de felles elementene i psykiatrisk medisinsk terapi:

Responsen på medisinering kan lett endres av hvem som leverer medisinen, hvordan medisinen blir beskrevet, hvor komfortabel settingen er når medisinen blir presentert og den etniske identiteten eller sosioøkonomiske statusen til personen som inntar den [...]. (s. 221)

Forfatterne konkluderer med at «...de spesifikke ingrediensene i medisineringen og deres antatte biokjemiske effekt er mindre viktig enn effekten av felles faktorer når det kommer til å produsere ønskede resultater». (s. 221)

---

4. Treatment of Depression Collaborative Research Project. Et forskningsprosjekt i regi av det amerikanske National Institute of Mental Health, som er en del av tidligere nevnte NIH. (Se blant annet s. 212-213 i HSC.)

## Litteraturliste

- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. og Hubble, M. A. (2010). *The Heart & Soul of Change*. Second edition. Washington DC: American Psychological Association.
- Angell, M. (2000). Is academic medicine for sale? *New England Journal of Medicine*, 341, 1516-1518.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. og Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavioral Therapy*, 20, 261-282.
- Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T. og Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 973-979.
- Bola, J. R. og Mosher, L. R. (2003). Treatment of acute psychosis with neuroleptics: Two-year outcomes from the Soteria Project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 219-229.
- Carey, J. (2008, January 28). Do cholesterol drugs do any good? *Business Week*. Retrieved April 3, 2009, from [http://www.businessweek.com/magazine/content/08\\_04/b4068052092994htm?chan=magazine+channel\\_top+stories](http://www.businessweek.com/magazine/content/08_04/b4068052092994htm?chan=magazine+channel_top+stories).
- de Girolamo, G. (1996). WHO studies on schizophrenia: An overview of the results and their implications for the understanding of the disorder. *The Psychotherapy Patient*, 9, 213-231.
- Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., Kowatch, R. A., Hughes, C. W., Carmody, T., et. al. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1031-1037.
- Fisher, S. og Greenberg, R. P. (1997). *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test*. New York: Wiley.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. og Murdock, T. B. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Frank, J. D. og Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach*. New York: Wiley.
- Goldfried, M. R. og Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 143-150.

- Greenberg, R. P. (1999). Common psychosocial factors in psychiatric drug therapy. In M. A. Hubble, B. L. Duncan og S. D. Miller Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 297-328). Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, R. P., Bornstein, R. F., Greenberg, M. D. og Fisher, S. (1992). A meta-analysis of antidepressant outcome under «blinder» conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 664-669.
- Greenberg, R. P., Bornstein, R. F., Zborowski, M. J., Fisher, S. og Greenberg, M. D. (1994). A meta-analysis of fluoxetine outcome in the treatment of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 547-551.
- Harding, C., Zubin, R. og Strauss, D. (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact or artifact. *Hospital and Community Psychiatry, 38*, 477-484.
- Harrow, M. og Jobe, T. H. (2007). Factors involved in outcome and recovery of schizophrenia patients not on antipsychotic medications: A 15-year multi-follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 406-414.
- Heres, S., Davis, J., Maino, K., Jetzinger, E., Kissling, W og Leucht, S. (2006). Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: An exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second-generation antipsychotics. *American Journal of Psychiatry, 163*, 185-194.
- Imel, Z. E. og Wampold, B. E. (2008). The common factors of psychotherapy. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed., pp. 249-266).
- Kirsch, I., Duncan, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scobarria, A., Moore, T. J. og Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PloS Medicine, 5*(2), e45.
- Krell, H. V., Leuchter, A. F., Morgan, M., Cook, I. A. og Abrams, M. (2004). Subject expectations of treatment effectiveness and outcome of treatment with an experimental antidepressant. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 1174-1179.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. og Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians routinely to track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology, 10*, 288-301.
- Laughren, T. P. (2004). *Background comments for February 2, 2004 meeting of Psychopharmacological Drugs Advisory Committee (PDAC) and Pediatric Subcommittee of the Antiinfective Drugs Advisory Committee (Peds AC)* [Memorandum]. Washington DC: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research. Retrieved June 21, 2005, from [http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/4006B1\\_03\\_Background\\_Memo\\_01-05-04.htm](http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/4006B1_03_Background_Memo_01-05-04.htm).
- Lurie, P., Almeida, C. M., Stine, N., Stine A. og Wolfe (2006). Financial conflict of interest disclosure and voting patterns at Food and Drug Administration Drug Advisory Committee meetings. *JAMA, 295*, 26, 1921-1928.
- Marmor, J. (1962). Psychoanalytic therapy as an educational process. In J. H. Masserman (Ed.), *Science and psychoanalysis* (Vol. 5, pp. 286-299). New York: Grune & Stratton.
- McKay, K. M., Imel, Z. og Wampold, B. E. (2006). Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders, 92*(2-3), 287-90.
- Medco Health Solutions, Inc. (2004, May 18). *Medco study reveals pediatric spending spike on drugs to treat behavioral problems*. Retrieved May 24, 2004, from <http://www.drugtrend.com/medco/consumer/drugtrend/trends>.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*, 265-272.
- Moncrieff, J., Wessly, S. og Hardy, R. (2004). Active placebo versus antidepressants for depression. *Cochrane Data Base of Systematic Reviews*, Issue 1, Art No. CD003012. doi: 10.1002/14651858.CD003012.pub2).
- Patten, S. B. (2004). The impact of antidepressant treatment on population health: Synthesis of data from two national data sources in Canada. *Population Health Metrics, 2*(9). Retrieved from <http://www.pophealthmetrics.com>.
- Robinson, L. A., Berman, J. S. og Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin, 108*, 30-49.
- Reyes, M., Buitelaar, J., Toren, P., Augustyns, I. og Eerdeken, M. (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry, 163*, 402-410.
- Rosenthal, R. (1990). How are we doing in soft psychology? *American Psychologist, 45*, 775-777.
- Scheffler, R. M., Hinshaw, S. P., Modrek, S. og Levine, P. (2007). Trends: the global market for ADHD medications. *Health Affairs, 26*, 450.

- Shea, M., Elin, I., Imber, S., Sotsky, S. Watkins, J., Collins, J., et. al. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Smith, M. L. og Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V. og Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith, R. (2003). Medical journals and pharmaceutical companies: Uneasy bed-fellows. *British Medical Journal*, 326, 1202-1205.
- Stagnatti, M. N. (2007, February). *Trends in the use and expenditures for the therapeutic class prescribed psychotherapeutic agents and all subclasses, 1997 and 2004* (Statistical Brief #163). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved July 10, 2007, from [http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data\\_files/publications/st163/stat163.pdf](http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st163/stat163.pdf).
- Thase, M. E. og Jindal, R. D. (2004). Combining psychotherapy and psychopharmacology for treatment of mental disorders. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 743-766). New York: Wiley.
- U.S. Food and Drug Administration (2004, October 15). *FDA launches a multi-pronged strategy to strengthen safeguards for children treated with antidepressant medications*. Retrieved October 30, 2004, from <http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01124.html>.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological fact and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- Wakefield, J. C. (1999). Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 374-399.
- Wampold, B. E. (2001b). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.
- Wampold, B. E. og Brown, G. (2005). Estimating therapist variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.
- Wampold, B. E., Minami, T., Tierney, S. C., Baskin, T. W. og Bhati, K. S. (2005). The placebo is powerful: Estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from clinical trials. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 835-854.
- Widiger, T. A. og Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorders: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 2007, 71-83.
- Willman, D. (2003, December 7). Stealth merger: Drug companies and government medical research. *Los Angeles Times*, p. A1.

## Voldtekt og konfluens

### En kasusstudie av terapi med en overgrepsutsatt kvinne

Av Vikram Kolmannskog, Dr.philos.<sup>1</sup>

Forskjellige gestaltterapeutiske temaer og prosesser har fanget min interesse i terapi med overgrepsutsatte; kontaktformen konfluens, å flyte sammen, er noe som står klart frem. Formålet med denne artikkelen er å bidra til utviklingen av relasjonelle terapeutiske tilnærminger. Problemstillingen som utforskes her er hvordan en gestaltterapeut kan forstå og arbeide med konfluens i terapi med en overgrepsutsatt klient.

**NØKKELOORD:** *voldtekt, seksuelle overgrep, traume, konfluens, sekundærtraumatisering*

En relativt stor andel av befolkningen har opplevd voldtekt og andre seksuelle overgrep. Mange sliter med alvorlige følger. Denne ofte stille, pågående katastrofen trenger mer oppmerksomhet.

---

1. Forfatteren takker klienten «Marianne», redaktøren Gro Skottun, samt de anonyme fagfellene for kommentarer på teksten. Forfatteren vil også takke Norsk Gestaltterapeut Forening for et forskningsstipend i anledning prosjektet.

I denne artikkelen vil jeg først presentere eksisterende forskning og teori på seksuelle overgrep så vel som konfluens. Deretter presenteres og diskuteres et kasus. Et hovedfunn er at oppmerksom konfluens kan være svært verdifullt. Blant annet oppleves støtte, samarbeid, samvær og empati. Mindre oppmerksom konfluens oppleves imidlertid nærmest som et nytt overgrep. Graden av oppmerksomhet påvirker også hvordan motpoler som differensiering uttrykkes og oppleves; for eksempel som tvil hos terapeuten. Også terapeutiske feiltrinn kan imidlertid bli anledning til nye erfaringer med protest og respekt. Oppmerksom bruk av e-poster, tekstmeldinger og kroppskontakt kan være støttende i visse faser. Veiledning og oppmerksomhet på sekundærtraumatisering er viktig i en situasjon med høy grad av konfluens.

Kasuset jeg presenterer er fra min privatpraksis og i hovedsak fra vårt første halvår sammen. Jeg går ikke i dybden på traumebehandling, narrative metoder og andre nyttige tilnærminger.

### Metode

Dette er en kvalitativ kasusstudie. Den ligner det McLeod (2010) omtaler som pragmatiske studier siden den baserer seg på min egen terapeutiske praksis. Som McLeod diskuterer har slike studier der terapeut og forsker er samme person, både fordeler og ulemper.

Klienten har avgitt fritt, informert samtykke, er anonymisert og har lest gjennom og hatt anledning til å kommentere et utkast til artikkelen. Journalnotater samt e-poster og tekstmeldinger utgjør datamaterialet. Jeg etterstreber fenomenologisk beskrivelse i kasusbeskrivelsen. Samtidig er et slikt kvalitativt arbeid der jeg foretar valg i form av teori, kassesegmenter og annet, påvirket av meg og min forforståelse.

Jeg tror at vi mennesker er intimt forbundet med hverandre og verden for øvrig. Personlig har jeg opplevd og vært opptatt av konfluens og motpoler, blant annet i forholdet til min mor og eksmann. Jeg har dessuten opplevd et seksuelt overgrep som ung voksen. Erfaringen og bearbeidelsen har jeg knyttet til konfluens og motpoler. Alt dette har nok bidratt til at konfluens og motpoler – heller enn andre kontaktformer og fenomener – lett blir fokus for meg i terapi med overgrepsutsatte. Mer generelt preger utdanningen ved Norsk Gestaltinstitutt så vel som mitt virke som rettsosilog og menneskerettsjurist meg og min terapeutiske tilnærming.

For å få – og presentere – en viss oversikt over eksisterende forskning og teori har jeg særlig benyttet google scholar som søkemotor, samt sentrale



bøker og tidsskrifter innenfor gestaltfaget. Søkeord inkluderte «konfluens», «overgrep», «traume» og «sex» på engelsk og norsk.

Det har vært et dynamisk samspill mellom empiri og teori. Jeg har lest teori underveis i terapiarbeidet. Jeg har lest gjennom journalnotater og opplevd at konfluens er gjennomgående, noe som har gjort at jeg har lest mer om dette. Når jeg har funnet noe i litteraturen og knyttet det til terapiarbeidet, har andre kassegmenter blitt relevante og jeg har inkludert disse. Slik har studien vokst frem dynamisk og induktivt.

Studien er tett knyttet til den unike klienten og hennes erfaringer så vel som til meg som person og vår samhandling. Den kan likevel ha en viss overføringsverdi i lignende kontekster, noe jeg har opplevd med andre overgrepsutsatte klienter jeg har i min praksis.

## Seksuelle overgrep og terapi

Psykoterapi har en problematisk historie hva gjelder seksuelle overgrep (se også Masson 1985 og 1993). I begynnelsen da Freuds pasienter fortalte om seksuelle hendelser fra barndommen, trodde han på dem, men etterhvert tolket han det meste som uttrykk for deres egne seksuelle fantasier (se blant annet Freud 1905/2006). Også tidlige gestaltterapeuter var opprinnelig psykoanalytikere. Sex er forstått på en annen måte av Perls, Hefferline & Goodman (1951/1994, heretter PHG), men heller ikke de anerkjenner overgrep. Voldtekt nevnes for eksempel kun i forbindelse med onani som forstås som selv-voldtekt. Perls (1969/1992) benektet dessuten eksistensen av barndomstraumer; han mente de var oppfunnet av klienter som ikke ønsket å vokse. Han var ofte konfronterende og hadde tidvis seksuelle relasjoner med sine klienter.

I dag er det forskere og helsearbeidere som fremhever muligheten for falske minner – altså at overgrep faktisk ikke skjedde – på grunn av hukommelsens dynamiske og kreative natur, personlighetsforstyrrelser eller annet (for eksempel Kringlen 2002). Samtidig er det relativt bred enighet om at seksuelle overgrep er utbredt. Ifølge en omfangsundersøkelse har hver tredje kvinne og tiende mann i Norge opplevd seksuelt overgrep – hver femte kvinne før fylte 18 år – og hver tiende kvinne voldtekt (Thoresen & Hjemdal 2014; sammenlign amerikanske funn og anbefalinger i APA 2014). Mange har opplevd flere forskjellige typer overgrep, og det er stort overlapp mellom de som har opplevd overgrep som barn og senere som voksne. De fleste kjente overgriperen som i all hovedsak var menn. Få anmelder, forteller andre om det eller oppsøker helsetjenester.

Generelt har overgrepsutsatte dårligere psykisk helse enn ikke-utsatte, inkludert angst, depresjon, posttraumatiske reaksjoner og borderline-diagnoser (Thoresen & Hjemdal 2014, McLean & Gallop 2003, Zanarini 2000).

Thoresen & Hjemdal (2014) nevner traumefokusert kognitiv atferdsterapi og EMDR som spesialiserte behandlingsmetoder. Milde et al (2011) anbefaler narrativ eksponeringsterapi. Man bør arbeide med affektregulering og å skape en trygg relasjon før eksponering slik at man unngår retraumatisering eller annen skade (Hokland 2006; *ibid.*; også Joyce & Sills 2014).

I gestaltmiljøet er Kepner (1996/2003) blant de som skriver om tematikken. I møte med overgrepsutsatte kan gestaltterapeuter også benytte blant annet narrative tilnærminger (for eksempel Mortola 1999), traumefokusert behandling (for eksempel Joyce & Sills 2014) eller krise-debriefing (for eksempel Bauer & Toman 2003). En annen tilnærming til terapi fremhever de virksomme fellesfaktorene ved all psykoterapi, herunder den terapeutiske relasjonen (Norcross 2010).

## Konfluens

Ifølge PHG er kontakt primært og grunnleggende i den menneskelige erfaring; kontaktgrensen begrenser og beskytter organismen samtidig som omgivelsene berøres. Forfatterne skriver også om forskjellige nevrotiske mekanismer, motstander eller brudd i kontakt. Konfluens, en av disse, beskrives blant annet som å flyte sammen, vi-erfaring, ikke-kontakt, og å ikke oppleve noen forskjeller og grenser mellom seg selv og det/den andre. Man blir ikke oppmerksom på noe nytt/forskjellig. Det beskrives også som en ubevisst, babyaktig prosess der man biter eller klamrer seg fast til noe/noen, med andre ord problemer med å gi slipp og avslutte noe. Generelt knyttes det til å miste kontakten med situasjonen her og nå. En som ønsker å opprettholde konfluens kan forsøke å tilpasse seg til den andre eller å tilpasse den andre til seg.

I tillegg til såkalt «nevrotisk» konfluens omtaler PHG også en «sunn» variant, blant annet konfluens i læring. Tidvis virker det som om skillet mellom det som omtales som «sunn» og «nevrotisk» konfluens avhenger av graden av bevisst oppmerksomhet; «the former are potentially contactful (e.g., available memory) and the latter cannot be contacted because of the repression» (PHG, s. 451). Samtidig skriver forfatterne at det finnes en grunnleggende bakgrunn som vi er konfluente med og ikke trenger å bli oppmerksomme på, «grounds of ultimate security» (*ibid.*). Eksempler er barnet som er konfluent med sin familie, den voksne med sitt samfunn, mennesket med universet.

Beskrivelsene av kontakt generelt og konfluens spesielt er tidvis uklare og inkonsistente, noe som ofte knyttes til spenningene mellom Goodman og Perls (Wheeler 2008). Sistnevnte var i praksis og i senere skrifter (for eksempel Perls 1969/1992) ofte kritisk til konfluens og vektla autonomi og selvstøtte, nærmest selv-tilstrekkelighet. Bocian (2010) knytter dette til hans negative erfaringer som tysk jøde under 2.verdenskrig.

Også senere gestaltterapeuter beskriver konfluens i hovedsaklig negative ordelag. Miriam og Erving Polster (1974) skriver om «motmidler» til konfluens, slik som kontakt, differensiering og artikulering. Zinker (1977 og 1994) mener konfluens er terapeuters verste fiende, at differensiering er nødvendig for sunne konflikter og knytter konfluens til skjev makt og misbruk. Lichtenberg (1996) knytter det til undertrykkelsesrelasjoner. Slik kan seksuelle overgrep knyttes til konfluens.

Parallellt med en relasjonell vending i gestaltterapi (Jacobs & Hycner 2009) så vel som andre terapiformer har det skjedd en viss oppvurdering av konfluens. Ifølge Wheeler (1991) opererer organismen mellom polene motstand og konfluens for å overleve og vokse. Ingen kan da være ute av kontakt med omgivelsene; de såkalte motstandene eller bruddene er egentlig forskjellige måter å være i kontakt på. Disse kan forstås som polariteter, og Wheeler selv nevner motstand og differensiering som mulige motpoler til konfluens. Andre nevner isolasjon (Yontef 1993) og egotisme (Gaffney 2008). Ifølge Wheeler (1991) avhenger god kontakt av polaritetenes utvikling, inkludert fleksibiliteten polene imellom, og de spesifikke målene til organismen og kontaktsituasjonen her og nå. Norsk Gestaltinstitutt bruker begrepet «kontaktformer» og deler i stor grad Wheelers syn (Jørstad 2008). (Samtidig er min erfaring at det blant mange ved instituttet har vært en implisitt skepsis til konfluens og ide om at differensiering er å foretrekke for sunne voksne.)

Flere gestaltterapeuter fremhever nå viktigheten av samarbeid, støtte og empati. Yontef (1993) tror på en støttende, samarbeidende tilnærming mer enn et fokus på teknikker som stolarbeid (se også Laura Perls, i Rosenblatt 1991, om stolarbeid som problematisk og en distraksjon fra terapeut/klient-relasjonen, og Wheeler 1991 om terapeut/klient-relasjonen som det overordnede eksperimentet i gestaltterapi). Den nye tilnærmingen innebærer å vise seg som et helt menneske med egne svakheter og samarbeide om å velge intervensjoner. Heller enn å bryte med klientens lengten etter konfluens, vil Yontef la klienten føle seg forstått og støttet og dermed også bidra til å utviklingen av selvstøtte og tro på egne evner. I behandlingen av borderline-tilfeller – som Yontef og flere (Skottun 2008) knytter til konfluens – er han

imidlertid mer skeptisk til konfluens og advarer blant annet mot kontakt utenfor terapitimene.

Staemmler (2012) knytter konfluens til empati og foreslår et empatibegrep som anerkjenner prosessens gjensidighet, vår kroppslige eksistens («embodiment») og det sosiale/intersubjektivitet. Nevrovitenskapen – med blant annet kunnskapen om speilnevroner – viser at mye av aktiviteten er primær, kroppslig og ubevisst. Terapeuter kan velge å følge en i utgangspunktet ubevisst tendens til å imitere og synkronisere, noe som vil stimulere følelser i oss som vi har sett uttrykt i klientene. Empati er helende i seg selv. Det oppleves som støtte og gjør noe med opplevelsen av isolasjon som er involvert i nesten all lidelse. Videre kan prosessen internaliseres slik at klienten bygger en mer empatisk relasjon til seg selv. Selv det som omtales som brudd i empati («ruptures») kan utgjøre en viktig terapeutisk mulighet. (Jeg mener begrepet «brudd» passer dårlig med vår nåværende tilnærming til kontakt. I det følgende skriver jeg heller «terapeutiske feiltrinn» fordi det var slik prosessene umiddelbart opplevdes for meg som terapeut.) Å snakke om det som har inntruffet på en empatisk måte reparerer, gir håp om at fremtidige hendelser kan håndteres og bidrar til å utvikle evner til å takle relasjonskriser. Empati kan imidlertid medføre sekundærtraumatisering. Som selvomsorg foreslår Staemmler å skifte mellom polene empati og å distansere seg.

Også innen psykoterapi mer generelt er det økende verdsettelse av en slik forståelse av empati (se for eksempel Hart (1997 i Amlund 2008)). En god terapeutisk relasjon regnes blant de viktigste fellesfaktorene for virksom terapi og innebærer mange elementer som allerede er nevnt slik som enighet om oppgaver og mål, å involvere klienten i intervensjonsvalg, å styrke samhold med bruk av ord som «vi» og å være varsom med å konfrontere (Norcross 2010). Gjennom et større norsk forskningsprosjekt fester Seeger Halvorsen og Benum (gjengitt i Solberg 2014) seg ved terapi med en kvinne som har opplevd omfattende omsorgssvikt og seksuelle overgrep som barn. Flere faktorer bidro til en god relasjon og terapi. I strid med Yontefs anbefalinger (hva gjelder borderline-tilfeller i hvert fall) gikk terapeuten her utover sine vanlige rammer med tekstmeldinger og telefonkontakt i visse faser.

En annen endring de siste årene er gestaltterapeuters økende interesse for utviklingspsykologi, særlig forskningen til psykoanalytikerens Stern. I en nyere utgave av *The Interpersonal World of the Infant* (Stern 2000) skriver han at evnen til å relatere seg til andre og intersubjektivitet er der fra starten av i likhet med differensiering. Samvær er sentralt i hans utviklingsteori. Gestaltterapeuten Lobb (2012) bygger på Stern og anser konfluens som et utvi-

klingsdomene, noe som kan (videre)utvikles gjennom hele livet. Frank og La Barre (2011) knytter konfluens til den grunnleggende bevegelsen «yield», å hengi seg til den/det andre, forene seg, motta støtte og stabilitet. Å dytte fra («push») er motpolen, å differensiere, å skille seg fra og samtidig inkludere den andre. På bakgrunn av slike teorier kan vi tenke oss at overgrep av nære personer i tidlig barndom kan påvirke konfluens/differensiering, men samtidig kan konfluens/differensiering (videre)utvikles gjennom livet.

Kepner (1996/2003) skriver spesifikt om terapi med overgrepsutsatte. Han knytter ikke selv sin modell til konfluens, men jeg tenker at det ligger der implisitt. Den første fasen (støttefasen) kan særlig knyttes til konfluens. Støtte beskrives som den relasjonelle grunnen som muliggjør vekst og utvikling. I likhet med Staemmler (2012) fremhever han internaliseringen av omsorgen og aksepten. De neste tre handler om å også utvikle differensiering og motstand. Det er ikke nødvendigvis en lineær utvikling fra oppgaver i en fase til en annen.

Det er stadig uenighet og uklarerhet om kontakt og konfluens. Mens det tidligere var mange som vektla konfluens i negativ forstand er det imidlertid flere som nå vektlegger konfluens i positiv forstand. En konsekvens er at mens mange tidligere var opptatt av konfrontasjon og å gå til motpoler som en slags behandling av konfluens er det nå flere som fremhever støtte og å arbeide med konfluens.

## Klienten «Marianne»

«Marianne» (K) er i trettiårene, etnisk norsk, bor i Østlands-området, har samboer, er delvis i arbeid og delvis ufør. Hun tar kontakt sommeren 2013. Hun vil bli mer stabil, og lære seg å regulere grensesetting, det å åpne og lukke. Gjennom barndommen var moren mye syk og fraværende, og besteforeldrene forgrep seg gjentatte ganger på henne. Hun ble først bevisst overgrepene i voksen alder etter at de døde. Hun har søkt om, og blir i løpet av terapien tildelt voldsskadeerstatning. Hun har flere års erfaring med psykiatri og terapi, inkludert gestaltterapi og medikamenter som blant annet Cipraleks (for depresjon og angst). Vi møtes ukentlig til annenhver uke de første seks månedene.

## Kasusbeskrivelse I

I løpet av første time nevner jeg fellesfaktorene ved virksom terapi. Vi blir enige om at målet i første omgang er å utforske grensesetting og å regulere

åpne/lukke. Hun liker at gestaltterapeuter inkluderer det non-verbale, men har tidligere også opplevd terapiformen som «brutal» gjennom blant annet stolarbeid. Jeg sier at jeg vil være med som en partner i en felles utforskning og at vi blir enige om mulige eksperimenter underveis. Vi blir også enige om å sitte på gulvet fremover, noe hun forteller at hun ofte gjør for å jorde seg. Når vi snakker om hennes relasjoner og nettverk forøvrig, nevner jeg halssmykket med et kors og hun bekrefter at hun også har en religiøs relasjon som har hjulpet mye.

Andre time kommer hun raskt inn, setter seg på gulvet og begynner med en gang å gråte. Jeg sjekker at det er ok å sette meg ved siden av henne og gjør det.

T: – *Bare gråt, Marianne, men kan du la meg få være med?*

Etter en stund begynner hun å fortelle om en voldtekt utført av bestefaren og hans bekjente da hun var femten. Jeg sjekker med henne at hun er oppmerksom på at hun nå åpner og om hun vil det. Hun vil det og fortsetter. Jeg er oppmerksom på henne og fortellingen og samtidig min egen pust og kontakt med gulvet.

K: – *Det er som en lysbryter skruses av og på, og jeg ser bare glimt av det som skjedde. Jeg dissosierte mens det skjedde. Det var nok en god tilpasning da, men ikke alltid nå lenger.*

T: – *Hvordan er det nå når du deler dette med meg?*

K: – *Jeg kjenner ikke kroppen, bare fra hodet og opp.*

Jeg sjekker om hun kan se og beskrive meg, og hun gjør det. Timen fortsetter en stund til. Så sier jeg at vi må begynne å lukke, spør om hvordan hun pleier å gjøre det, hvordan vi kan gjøre det sammen her. Hun nevner at hun bruker visualiseringer og mindfulness-øvelser. Vi snakker om mindfulness som også jeg praktiserer og hensiktsmessigheten av å kontakte kroppslige fornemmelser her og nå. På et tidspunkt begynner hun igjen å fortelle om overgrepene og følgene. Jeg gjentar at vi må avrunde, lukke. Hun begynner å gråte. Jeg tenker at hun ikke vil eller kan avslutte. Jeg sjekker med henne. Det stemmer. Neste gang vil hun ha en mer åpen dag så hun kan gå på kafe og skrive etterpå. Vi snakker om en felles interesse for skjønnlitteratur og å skrive. Også terapien er en historie vi skaper sammen, og vi avtaler at vi om noen uker kan utveksle tekster basert på notatene vi skriver etter timene. Plutselig får jeg et bilde på hvordan vi kan avrunde sammen. Jeg foreslår at vi tenner et lys sammen, et lys som også er her neste gang hun kommer. Hun svarer positivt, smiler, reiser seg. Vi tenner et lys, står i stillhet ved siden av hverandre og ser mot lyset før vi tar farvel.

Etterpå tenker jeg på de grove overgrepene, at mange har opplevd overgrep fra sine nærmeste. Jeg kjenner noe kroppslig, en vag opplevelsen av et fundament som er skjørere. Jeg legger meg ned på sofaen.

## Drøfting 1

Å styrke konfluens var et bevisst valg fra meg fra første stund. Vi bygget relasjon i tråd med anbefalinger i teorien. Jeg viste at terapi er samarbeid. Vi ble enige om mål og metoder. Vi identifiserte en rekke felles interesser som mindfulness og skjønnlitteratur som vi bygget på videre.

Da Marianne gråt, satte jeg meg ved siden av henne i et samvær (Stern 2000), et behov jeg fornemmet. I notatene vi senere utvekslet, bekreftet hun at denne opplevelsen ble styrket gjennom hva jeg valgte å si: «Og jeg tenker på ordene: "Bare gråt du. Men la meg få være med." Takk. Det gjør meg mindre skamfull og mindre ensom».

Samtidig differensierte jeg ved å kjenne på min egen pust og kontakt med bakken når hun fortalte om minnet. Kanskje hun også kunne kontakte bakken når jeg gjorde det, på grunn av umiddelbar, gjensidig empati (Stammeler 2012). Videre sa hun at dissosiasjon, å ikke kjenne kroppslige fornemmelser (en form for konfluens), var god tilpasning under voldtekten, men ikke alltid nå lenger. Differensiering og å kontakte her og nå-situasjonen skjedde når jeg rettet oppmerksomheten hennes mot hva hun så av meg.

I tillegg til vanskeligheter i begynnelsen av timen – det ble raskt minner og gråt uten kroppslige fornemmelser av situasjonen her og nå – slet vi med avslutning, faser som knyttes til konfluens. I senere timer ble det klarere at ensomhet, det å bli forlatt eller isolasjon, en motpol til konfluens (Yontef 1993), ofte ble tema når vi skulle lukke/avslutte. Innfallet om lyset knytter jeg til en konfluens med henne, hennes livssyn og opplevelsen av noe annet/større enn oss som vi delte. Etymologisk kan religion forstås som «å forbinde seg på nytt». Gjennom å tenne lys og stå sammen, møttes vi i og ble holdt av noe ikke-språklig, rituellet og tidløst. Det var også noe annet enn opplevelsen av en lysbryter som skrus av og på under voldtekten. Videre kan det symbolisere håp og fremtid; selv om vi avsluttet nå ville det være mulig å utforske mer senere.

Også etter timen var det vanskelig for meg å lukke. Jeg hadde tanker om og en medfølelse med de mange barn som har manglet grunnleggende konfluens, «grounds of security» (PHG). Allerede nå var det klart at en balanse

mellom konfluens og motpoler var nødvendig for min del, hennes del og vår helhet.

## Kasusbeskrivelse II

Like før sjetten får jeg en tekstmelding om at hun sliter med flashback og kjemper for å komme til timen. Jeg ringer uten svar og sender en tekstmelding: «Hvis ikke du kommer til meg, kan jeg komme til deg et sted. Bare meld eller ring. Ellers ses vi her. Dette gjør vi sammen. Vikram.» Hun svarer: «Jeg beveger meg sakte framover, i riktig retning.» Jeg setter frem lys og lightere, tar vekk stolene og gjør i stand.

Når Marianne kommer inn og ser at jeg har gjort i stand, smiler hun, kommenterer det, setter seg i hjørnet sitt og trekker pleddet over seg. Hun begynner raskt å fortelle om et traume som hun forbinder med denne dagen. Jeg stanser henne et øyeblikk, sjekker at hun ønsker å fortelle, åpne opp. Hun bekrefter det. Jeg foreslår en narrativ tilnærming. En linje på gulvet kan forestille livslinjen hennes. Der finner vi blant annet fødselen, den traumatiske hendelsen og her hun er nå sammen med meg. Hun plasserer den første voldtekten noen centimeter etter fødselen. Jeg foreslår at hun begynner å fortelle om noe som skjedde før det, noe fint kanskje. Hun forteller om et godt minne fra barnehagen.

Så går vi til den traumatiske hendelsen. Jeg stiller spørsmål for å øke oppmerksomheten, særlig rundt sansefornemmelsene. På et tidspunkt innser jeg at jeg spør og hun snakker i nåtid, at det er intenst, men det er som om vi bare flyter sammen videre. Det sammenfaller med selve voldtektsbeskrivelsen. Bestefaren dytter henne ned i høyet på låven, holder henne fast, og hun opplever at hun forsvinner fra kroppen.

Hun fortsetter å fortelle fra overgrepet. Jeg ser at timen er over, men fortsetter å spørre. Jeg vil videre på livslinjen, til et tidspunkt og sted der hun er tryggere. Etter at hun har fortalt at hun har kastet undertøyet i en søppelkasse, står i hagen og kjenner solen skinne, hører lillebrorens stemme i det fjerne og er glad for at han har det bra, stanser jeg oss og hører hvordan det er nå som hun har fortalt dette. Hun sier litt om det før hun spør om jeg tror på historien.

T: – *Jeg har fulgt deg i beskrivelsene, sett for meg det gule høyet, og det som skjedde.*

K: – *Det er viktig for meg. Ellers ville vår dialog havarert. Jeg har vært hos en psykolog som ikke trodde.*

T: – *Tror du?*

K: – *Noen ganger, noen ganger ikke.*

Marianne har tidligere fortalt at hun selv tviler noen ganger, at det er så grusomt at hun trenger å tenke at det kanskje ikke har skjedd likevel.

Jeg begynner å avrunde og peker på linjen på gulvet.

T: – *Der var det, og her er du nå.*

K: – *Det kjennes som om jeg er der det skjedde ennå.*

T: – *Og samtidig har du beskrevet gult høy, en stram lukt og mange andre sanseinntrykk fra da, og her og nå er det ikke sånn. Her sitter du sammen med meg, på dette gulvet i dette rommet.*

Vi tar farvel.

Dagen etter, lørdagen, mottar jeg en e-post:

Jeg gled inn i en tilstand hvor jeg svarte på spørsmålene dine [...] en tilstand hvor jeg stort sett kunne gjort hva som helst. Dette er, dessverre, så altfor kjent fra før [...] Jeg gjør som jeg får beskjed om. Protesterer ikke [...] Det ble ikke så ille i går. Men jeg sitter likevel med en følelse av å ha sagt for mye. Ikke fordi jeg tror du ikke tåler det, men fordi jeg kjenner at det for MEG ikke var ålreit [...]

Jeg kan ikke få understreket nok hvor viktig det er for meg å bli trodd [...]

Ikke pakk det inn i terapeutisk språk [...]

Dette er en påminnelse om hvor viktig trygghet og forutsigbarhet er for meg - erfaringer vi kan ta med oss videre framover [...]

Etter å ha kjent bekymring og skam tenker jeg at også dette kan være en terapeutisk mulighet og sender en e-post:

Takk for at du sier ærlig ifra til meg. Du protesterer jo på et vis nå. Og takk for at du blir værende. Jeg blir også værende og vil fortsette å støtte deg i din prosess. Begge to handlinger, ærlighet/protest og å bli værende, tenker jeg er veldig viktige i det vi utforsker og gjør sammen. Jeg beklager oppriktig at jeg ikke var mer oppmerksom på ditt behov for støtte til å regulere å åpne/dele og lukke/stanse. Og jeg beklager at jeg ikke var tydelig nok på at jeg tror på deg [...]

Den neste timen snakker vi om det som skjedde, også e-postutvekslingen. Hun forteller at det lukket seg med e-posten og nevner særlig det at jeg var så tydelig, følelsen av at det er ok at hun protesterer, og at det finnes rom og tid

for at hennes minner og følelser kan komme til uttrykk og utforskes videre.

## Drøfting II

Kontakt utenfor terapitimene – her tekstmeldinger og e-poster – er ifølge Yontef (1993) en konfluens som bør unngås, i hvert fall i borderline-tilfeller (uten at jeg med sikkerhet har diagnostisert vår situasjon slik). Men slik kontakt var også del av den virksomme terapien gjengitt i Solberg (2014). Jeg tenker at det kan være nødvendig støtte i en fase med noen klienter. Formuleringer som «dette gjør vi sammen» og «erfaringer vi kan ta med oss videre» styrket opplevelsen av samvær og samarbeid. Videre er det antagelig lettere for mange å protestere og differensiere på e-post og tekstmelding enn ansikt-til-ansikt i en time, noe som også skjedde mellom oss. I tillegg til konfluens, muliggjør kommunikasjonen dermed en viss differensiering. På den annen side er det i dag lett å være online overalt og når som helst. Senere i terapiforløpet opplevde jeg det som oppslukende og utmattende og trengte å lage en ny avtale der vi begrenset kontakten utenfor terapitimene, en differensiering som passet da.

I møte med traumene valgte jeg en narrativ tilnærming (særlig inspirert av Milde et al 2011) og særlig å øke oppmerksomheten rundt sanseførmønstrene (se også Bauer & Toman 2003). Den tekniske, spesialiserte tilnærmingen skyldtes kanskje behov for trygghet og stabilitet. I ettertid tenker jeg at vi skulle ha arbeidet mer med affektregulering og å skape en tryggere relasjon før eksponeringen (Hokland 2006; Joyce & Sills 2014). I tillegg bidro muligens det tekniske fokuset til min lavere grad av oppmerksomhet på vår relasjon og kontaktform som dermed lignet en «nevrotisk» konfluens (PHG). Mine spørsmål og Mariannes svar ble en konfluent prosess som manglet protest og respekt for protesten, og hadde dermed likheter med overgrepet i historien. Nåtidfortelling styrket dette. Mot slutten av timen når vi igjen fokuserte på her og nå og vår relasjon, skjedde en viss differensiering.

Protest som kan være en form for motstand eller differensiering, kom gjennom e-posten, kombinert med viljen til å bli værende og forpliktelsen til felles utforskning. Det terapeutiske feiltrinnet ble dermed en terapeutisk mulighet til igjen å fokusere på og styrke vår relasjon og empati (Staemmler 2012). Jeg beklaget og gikk inn i en samtale med henne, en ny (og nødvendig) erfaring for henne. Hun protesterte og hevdet seg, jeg respekterte og beklaget.

### Kasusbeskrivelse III

Allerede noen uker senere, etter utvekslingen av tekster, opplever vi en ny krise når hun leser at jeg til tider har tvilt. Etter en e-post der hun uttrykker raseri så vel som selvmordstanker går jeg til veiledning. Veilederen gjør meg oppmerksom på at når jeg forteller historien til Marianne, sperrer jeg øynene opp, puster tungt ut, viser hvor ufattelig det er. Ja, det er ufattelig og skulle aldri ha skjedd, tenker jeg. Og så kjenner jeg en tristhet i hele kroppen. Veilederen støtter meg til å bli værende i det. Plutselig gir det mening. Kanskje tvil også har vært nødvendig for meg innimellom slik Marianne har fortalt at den har vært for henne. Hvis jeg tar alt det grusomme innover meg, virkelig berøres som menneske, rystes jeg. Jeg kjenner det når tårene kommer, når jeg holdes i ikke-dømmende nærvær og samvær hos veilederen min.

Jeg sender en e-post der jeg igjen beklager og forsøker å formidle noe av dette til Marianne. Hun velger å komme til en ny time. Vi snakker om det som har skjedd. Etter hvert kommer også tristhet og sinne overfor besteforeldrene.

K: – *De slapp så billig unna.*

Hun gråter så hele overkroppen rister. Jeg setter meg ved siden av henne. Jeg blir oppmerksom på at jeg sitter i en lignende stilling, bøyd fremover, og hengir meg selv til den stillingen og følelsen. Hittil har jeg vært forsiktig med fysisk kontakt. Med noe hun skrev i teksten sin ferskt i minne: «Kanskje jeg tør å be deg om å holde meg i hånda, bare et øyeblikk, ei lita stund, vite at jeg ikke er helt aleine», spør jeg først og legger så en hånd på skulderen hennes. Jeg spør og hun sier at hun kjenner den mens hun gråter. Senere deler jeg mer av hvordan jeg opplever hennes historie, min tristhet, mitt sinne. Tårer presses på, stemmen min er skjør og sprekker noen ganger.

K: – *Jeg opplever en endring mellom oss, at du viser deg enda mer som menneske, at du er ærlig og tåler.*

Vi avrunder med lyset. Etterpå får jeg en tekstmelding: «Takk for sterk og ekte samtale. Det gjorde godt. Og det ga meg nytt mot. Til å fortsette å leve! Sender deg en verbal rød rose for at du er så ærlig og at du tåler!»

### Drøfting III

Empati kan føre til sekundærtraumatisering og stress, og det er nødvendig å også distansere seg (Staemmler 2012). Min tvil kan ha vært – i hvert fall delvis – en lite bevisst differensiering for å holde ut. Kanskje var det noe lignende for Freud og andre terapeuter den gang så vel som nå. Veiledning var viktig

for å bli bevisst dette og selv prosessere smerten. Senere har jeg valgt å bevisst differensiere og distansere meg på andre måter, inkludert å begrense kontakt utenfor terapitimene.

Da vi møttes igjen og jeg satt ved siden av henne i en lignende stilling som henne, henga jeg meg bevisst til empati (Staemmler 2012) og kjente og delte følelser som hun også uttrykte. Det styrket vårt bånd, noe som ble bekreftet i tekstmeldingen.

I mye litteratur (bl.a. Joyce & Sills 2014) anbefales særlig varsomhet med kroppskontakt i møte med overgrepsofsatte. Marianne hadde ytret ønske om at jeg kunne holde hånden hennes, å være mindre alene, en slags konfluens som kan være god, men også bli overgrepsofsatte. Jeg valgte å følge opp hennes ønske, men samtidig differensiere noe ved å kjenne etter hva som var ok for meg i situasjonen og heller legge en hånd på skulderen hennes. Også senere skulle dette komme opp mellom oss når hun ba om klem og å bli holdt. Veiledning har vært viktig også da.

### Avslutning

I denne studien har jeg utforsket hvordan konfluens kan forstås og arbeides med i møte med en overgrepsofsatt kvinne. Mer enn tekniske tilnærminger er fokuset på relasjon. Her oppsummerer jeg med noen konklusjoner av interesse for videre praksis og forskning:

- Graden av oppmerksomhet hos meg som terapeut var svært viktig for hvordan konfluens så vel som motpoler ble uttrykt og opplevd.
- Konfluens kan, slik Marianne opplevde det som barn, være en kreativ tilpasning når protest og motstand er vanskelig eller umulig. Når jeg var mindre oppmerksom og fulgte en teknisk tilnærming, ble vi konfluente og også terapien overgrepsofsatte.
- Også differensieringen var tidvis lite bevisst, og ga seg utslag i tvil hos meg.
- Det var Mariannes så vel som min opplevelse at konfluens i form av støtte, samarbeid, samvær, kroppskontakt og empati virket helende. Generelt inntok jeg bevisst og oppmerksomt en støttende, samarbeidende tilnærming og fokuserte på samvær. Og mens mye empati er ubevisst og spontan, opplevde jeg et aktivt og bevisst valg om å hengi meg til den. Jeg valgte – i tråd med den nyere utviklingen – i stor grad å arbeide *med* konfluens heller enn å konfrontere og gå til motpoler.
- Andre ganger valgte jeg bevisst å gå til motpoler som differensiering, men da ofte gradert og med en konfluens som grunnlag. Blant annet henledet jeg

oppmerksomheten mot her og nå-situasjonen, inkludert kroppslige fornemmelser og hva hun sanset av meg.

- I forbindelse med de terapeutiske feiltrinnene protesterte hun mens jeg respekterte og beklaget, en form for motpol til den overgrepslignende konfluensen. Det var nye erfaringer for henne og noe som også styrket vår relasjon. Jeg tenker at vi hadde opparbeidet støtte, samarbeid, samvær og empati og at dette lå til grunn for den mulige protesten. Konfluens og motpoler som protest utgjorde en polaritet, en pol muliggjorde en annen, og vi opplevde stadig større fleksibilitet mellom dem.

- E-poster og tekstmeldinger muliggjorde både konfluens og protest i en tidlig fase. Både dette og kroppskontakt frarådes av visse terapeuter. Min erfaring var at en oppmerksom bruk av moderne kommunikasjon så vel som kroppskontakt kunne være støttende og hensiktsmessige i visse faser. Samtidig ble veiledning særlig viktig i en situasjon med høy grad av konfluens.

- Det var også nødvendig å være oppmerksom på egen sekundærtraumatisering og ta nødvendige tiltak for å unngå at dette spiltes ut mindre bevisst som for eksempel tvil og annen mindre hensiktsmessig distansering. Igjen var veiledning viktig.

I skrivende stund synes det å ha skjedd en viss internalisering av empati hos Marianne. Hun omtaler seg selv med mer medfølelse. Hun sier også at vårt terapiforløp har bidratt til en endret opplevelse av å være med familien og andre, blant annet at hun kan differensiere og protestere mer. I terapien ønsker hun nå først og fremst å arbeide med forsoning og å lære å leve med sorgen.

Vi håper begge at Mariannes erfaringer og våre felles erfaringer i terapirommet kan bidra i andres liv på forskjellige måter, både for de som er direkte berørt av seksuelle overgrep og andre. Vi håper også å få et økt fokus på denne pågående og ofte stille katastrofen i vårt samfunn.

*Artikkelen er fagfellevurdert.*

## Litteraturliste

- Amlund, E. (2008). Forståelse av depriverte pasienter gjennom dyp empati. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(8), 949-957.
- APA (American Psychological Association) (2014). *Understanding Child Sexual Abuse: Education, Prevention, and Recovery*. Tilgjengelig på <http://www.apa.org/pubs/info/brochures/sex-abuse.aspx?item=1>
- Bauer, L. & S. Toman, (2003). A Gestalt Perspective of Crisis Debriefing: Working in the Here and Now When the Here and Now is Unbearable. *Gestalt Review*, 7(1), 56-71
- Bocian, B. (2010). *Fritz Perls in Berlin 1893-1933: Expressionism, Psychoanalysis, Judaism*. Oversatt av Philip Schmitz. Germany: EHP - Verlag Andreas Kohlhaage.
- Frank, R. & La Barre, F. (2011). *The First Year and the Rest of Your Life: Movement, Development and Psychotherapeutic Change*. New York: Routledge.
- Freud, S. (1905/2006). Fragment of an Analysis of Hysteria (Dora). *Psychology of Love*. London: Penguin Classics. Først publisert på tysk: Bruchstück einer Hysterie-Analyse. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie* 18 (4 og 5).
- Gaffney, S. (2008). Besides the Hot Seat: Gestalt in Organizations - Perspectives and Applications. I Feder, B. & Frew, J. red. 2008. *Beyond the Hot Seat Revisited*. New Orleans: Gestalt Institute Press, 371-403.
- Hokland, M. (2006). Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(11), 1150-1158
- Jacobs, L. & R. Hycner, (red.) (2009). *Relational approaches in Gestalt therapy*. New York : Routledge, Taylor & Francis Group.
- Joyce, P. & C. Sills, (2014). *Skills in Gestalt Counselling & Psychotherapy*. 3.utgave. London: Sage Publications.
- Jørstad, S. (2008). Oversikt over kontaktformer. I: Jørstad, S. & Krüger, Å., 2008. *Den Flyvende Hollender, Festskrift*. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt.
- Kepner, J. I. (1996/2003). *Healing Tasks: Psychotherapy with Adult Survivors of Abuse*. Cambridge, Massachusetts: GestaltPress
- Kringlen, E. (2002). Seksuelle overgrep, gjenvunnet hukommelse og multipel personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 202-8
- Lichtenberg, P. (1996). *Community and Confluence: Undoing the Clinch of Oppression*. Analytic Press.
- Lobb, M. S. (2012). Toward a Developmental Perspective in Gestalt Therapy Theory and Practice: The Polyphonic Development of Domains. *Gestalt Review*, 16 (3), 222-244.
- Masson, J. (1985). *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*. Harmondsworth: Penguin.
- Masson, J. (1993). *Against Therapy: Emotional Tyranny and the Myth of Psychological Healing*. Revidert utgave. Common Courage Press.
- McLean, L. M. & Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic

- Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 369-371.
- McLeod, J. (2010). *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Milde, A. M. (2011). Narrativ eksponeringsterapi – en ny korttidsbehandling for komplekse og vedvarende traumatiske opplevelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 652-658.
- Mortola, P. (1999). Narrative Formation and Gestalt Closure: Helping Clients Make Sense of "Disequilibrium" Through Stories in the Therapeutic Setting. *Gestalt Review*, 3(4), 308-320.
- Norcross, J. C. (2010). The Therapeutic Relationship. I: Duncan, B.L., Miller, S. D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A., red. 2010. *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy*. 2.utgave. Washington: American Psychological Association.
- Perls, F. (1969/1992). *Gestalt Therapy Verbatim*. Gouldsboro: The Gestalt Journal Press.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951/1994). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Gouldsboro: The Gestalt Journal Press.
- Polster, M. & E. Polster, (1974). *Gestalt Therapy Integrated: The Contours of Therapy and Practice*. New York: Vintage Books.
- Rosenblatt, D. (1991). An Interview with Laura Perls. *The Gestalt Journal*, XIV(1), 7-26
- Skottun, G. (2008). Reisebrev: Essay om kontaktformer og figurdannelser. I: Jørstad, S. & Å. Krüger, 2008. *Den Flyvende Hollender, Festskrift*. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt.
- Solberg, P. O. (2014). Mot til å holde ut og forandre. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(2), 160-161
- Staemmler, F. M. (2012). *Empathy in Psychotherapy: How therapists and clients understand each other*. New York: Springer.
- Stern, D. (2000). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis & Developmental Psychology*. Paperback utgave. Basic Books.
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (red.) (2014). *Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Wheeler, G. (1991). *Gestalt Reconsidered: a new approach to contact and resistance*. New York: Gestalt Institute of Cleveland Press.
- Wheeler (2008). The Age of Complexity: Paul Goodman in the 21st Century – A Critical Assessment. *Gestalt Review*, 12(3), 206-228.
- Yontef, G. (1993) *Awareness, Dialogue & Process: Essays on Gestalt Therapy*. Gouldsboro: The Gestalt Journal Press.
- Zanarini M.C. (2000) Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89-101.
- Zinker, J. (1977). *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Random House.
- Zinker, J. (1994). *In Search of Good Form: Gestalt Therapy with Couples and Families*. Santa Cruz, California: GestaltPress.



# TEORI OG PRAKSIS

## To sider av samme sak

### Hvordan bruke metaforer i arbeidet med polariteter?

*Av Anne Marie Saxlund*

I denne artikkelen viser jeg hvordan jeg som terapeut kan bruke metaforer i arbeidet med polariteter. Det er spennende å erfare hvordan en ikke-akseptert pol kan bli både tydeligere og ufarliggjort på denne måten. Det er som om metaforene gir tilgang til en dypere mening og forståelse av fenomenet. Dette danner grunnlag for at endring kan skje. For å belyse dette presenterer jeg her tre kasus som eksempler fra min praksis som gestaltterapeut.

**NØKKELOD:** *polariteter, konflikter, metaforer, endring, fagutvikling*

Polaritet er en av de mest brukte teorier innenfor gestaltterapi. Jeg er fasinert av tenkemåten og den interesse polaritetstenkning frembringer hos klienter – og hos meg selv. I mitt arbeid som terapeut møter jeg mange klienter som har stor nytte av polaritetstenkningen. I løpet av studiet har jeg også fått øye på mine egne «blind spots» (Zinker 1978). Jeg ble først svært overrasket og ubekvem da dette trådte frem. Senere har det blitt tydelig for meg at jeg gjennom dette ser flere valg. Jeg erfarer at jeg kan vise frem både «forsiden» og «baksiden» av meg selv og at jeg først da blir den jeg virkelig er. Det kan med andre ord sees på som to sider av samme sak. I egen praksis registrerer jeg at bruken av metaforer passer godt til å beskrive den aha-opplevelsen polaritetsarbeid

kan frembringe. Resultatet av polaritetsarbeidet og bruk av metaforer danner grunnlaget for at endring kan skje. Jeg knytter dette opp til den paradoksale endringsteori (Beisser 1970). Det er gjennom det klienten og jeg gjør sammen at dette oppstår. Problemstillingen jeg vil utforske er: «Hvordan bruke metaforer i arbeide med polariteter?»

## Polariteter

Jeg ser på polariteter som indre motsetninger i individet, et sett med poler og motpoler. Pearls (1969) sier at mange av disse polene og motpolene kan virke uforenelige, men når de stilles opp på en linje med et senter, blir det tydelig at de er avhengig av hverandre. Mange av disse polene vil vi ikke vedkjenne oss og disse ikke-ankjente polene er da også skjult for oss. For eksempel liker jeg å være gavmild, men er ikke glad i den gjerrige siden av meg, som jeg må vedkjenne kommer fram i enkelte situasjoner. Imidlertid ser jeg jo at jeg får større handlingsrom gjennom å ha et bevisst forhold til begge disse polene. Når vi aksepterer og kjenner til de forskjellige polene, blir de mindre truende og dette kan føre til en mer fleksibel og smidig adferd. Perls' mest kjente polaritet er «topdog/underdog» som beskrivelse av den intrapsykiske konflikten, den indre dialogen som kan foregå inne i et menneske (Clarkson og Mackewn 1993). Topdog er den myndige stemmen som forteller deg hva du bør og skal gjøre og hva som er farlig. Noen kan oppleve sin topdog som svært styrende og terpende. «Nå må du se å få lagt deg!». Den andre stemmen beskrives som underdog som ofte tar imot det topdog sier med passivitet, spesielt når topdog blir svært masete. Da svarer ofte underdog med: «Ja da, slapp av litt da, jeg gjør det senere». Perls beskriver at underdog saboterer og derfor er den som i praksis har makten. Den hindrer topdog i å få utført sine handlinger. Det å få bevisstgjort begge polene og få et eierforhold til skjulte konflikter dem imellom kan gi et rikere og bedre liv. Hver pol kan ha flere polariteter, for eksempel snill/slem og mild/slem. Det er selvsagt relatert til personens egen bakgrunn og erkjennelse av egne realiteter.

Zinker (1978) mener at om jeg ikke tillater meg å være slem, vil jeg aldri bli helt snill. Om jeg er i kontakt med min egen slemhet og strekker den delen av meg selv, vil jeg når jeg «er snill», være rikere og mer ekte, mer komplett. Dette kaller han for «stretching the self-concept». Når en side strekkes, vil nesten alltid en eller annen gang den andre også det. Dette kaller Zinker for «Jorden rundt fenomenet», dvs om du flyr nordover lenge nok, vil du snart komme sydover.

I gestaltterapi tenker vi at individet kan finne en bedre balanse i livet ved å reinvestere i en fornektet side av seg selv. Ofte er de ikke-aksepterte sidene ubevisste for oss, og de valgene vi ser er de valgene vi tror vi har. Det kan være utfordrende å se at det som ser positivt ut, også kan romme noe negativt. For øvrig er det slik at det som vi ikke aksepterer og vedkjenner oss, har en tendens til å komme til syne gjennom kroppsspråket. Det kan føre til at vi fremstår mindre autentiske og oppriktige enn vi ønsker å være (Dyrkorn 2010). Istedenfor å fornekte en del av vår personlighet, ønsker jeg som gestaltterapeut å utforske, fremheve og anerkjenne mest mulig av den.

Rick Maurer (2002) beskriver i et intervju med Barry Johnson hvordan polariteter kan sees på som et godt hjelpemiddel ved konflikter mellom to parter. Han beskriver hvordan denne tenkemåten kan hjelpe klienter og komme vekk fra en argumenterende debatt med enten/eller til en god dialog som rommer alle partenes argumenter, det vil si både/og. Dette oppstår ved å omfavne «fordelene og ulempene» ved den polen du kjenner best, og derfor kommer du «i forkjøpet» av motpartens argumentasjon.

## Metaforer

Når metaforer oppstår i arbeidet med polariteter kan disse utdype forståelsen av situasjonen både for klienten og terapeuten, og gi den en ny mening. Ordets opprinnelse er fra det greske meta som betyr *over*, og pherein som betyr *føre*, dvs *overføre*. Metaforer kan binde sammen momenter som vanligvis ikke hører sammen og tydeliggjøre fenomener (Zinker 1978).

I klientarbeid kan metaforer dukke opp på forskjellige måter. Terapeuten kan vise til en metafor for å få større forståelse for eller gjøre det klienten forteller tydeligere. Og klienten kan selv vise til en metafor som en beskrivelse av hvordan et fenomen oppleves. Et eksempel kan være «en grunnmur» som metafor for starten på noe, eller «snill som et lam» som tydeliggjøring av en persons karakteristika. Metaforer inneholder alltid en sammenligning og kan på den måten skape nye perspektiver og ny mening. Dette kan føre til at vi ser situasjonen med friske øyne og kan velge andre tilnærminger som kan gi flere valg (Dyrkorn 2010).

I arbeidet med klienter kan bruk av metaforer beskrives som å låne begreper fra det området de egentlig hører hjemme, og prøve de ut et annet sted. Overraskelsesmomentet kan gi situasjonen en frisk pust og gi et klarere bilde av fenomenet eller situasjonen.

## Forandringens paradoks

«Forandring skjer når jeg blir det jeg er, ikke når jeg prøver å bli det jeg ikke er» (Beisser 1970, s. 77, min oversettelse). Dette fenomenet kalles for forandringens paradoks og ligger som et fundament i gestaltteori. Poenget med dette paradokset blir tydelig når det understrekes at terapeuten ikke søker å forandre noe som helst, utover oppmerksomheten og selvstøtten hos klienten. Forandring vil skje når klienten selv ser det som faktisk er. Økt oppmerksomhet på de faktiske forhold motiverer til andre handlinger.

I polaritetsarbeid vil økt bevissthet og utforskning på begge poler i et polaritetspar kunne lede til endring. Også individets egne forestillinger om seg selv vil kunne endre seg. Dette vil kunne gi klienter ny viten og erkjennelse som er et av målene i gestaltterapi (Skottun 2012).

## Metode

Jeg har brukt en metode inspirert fra kvalitativ kasusstudie. Dokumenteringen er gjort ved å skrive notater rett etter terapitimene. Dette kan påvirke at deler av underlagsmaterialet ikke er helt nøyaktig og komplett. Det er vesentlig å påpeke at dette arbeidet ikke er i tråd med forskningsmessige retningslinjer, men den kan likevel kaste lys over fagutviklingen innen gestaltterapi. Gestaltterapi baserer seg på fenomenologi. Det vil si at terapeuten har fokus på å skille tolkning og sansing og beskrive det hun erfarer. (Korb, Gorell, Van de Riet 1998). Klientene er anonymisert og har i tillegg gitt tillatelse til å gjengi samtalen.

## Kasus 1 – Slå av «på-knappen»

Pia jobber som avdelingsleder i et travelt IT-selskap. Hun forteller at hun er svært oppgitt over sjefen sin. Hun er sliten og har problemer med nattesøvnen.

K: – *Han forstyrrer meg hver eneste dag. Han kommer daglig inn til meg og vil ha en prat. Det er helt umulig for meg å ha et godt forhold til ham når han forstyrrer meg bestandig.*

T: – *Forstyrrer han deg hele tiden og motarbeider deg bestandig?*

K: – *Ok, nå overdrev jeg litt. Han gjør vel dette i alle fall en gang om dagen.*

T: – *Er det slik for deg at du opplever at du enten jobber effektivt her inne, eller jobber ineffektivt der ute hos sjefen?*

K: – *Ja, «just presis». Akkurat slik tenker jeg om det. Det er vel ikke akkurat rocket science?*

T: – *Ler.... Nei, det er det kanskje ikke. Jeg fikk lyst til å eksperimentere noe med deg. Hvordan har du det i forhold til å være ineffektiv?*

K: – *Det er jeg ikke noe god på gitt! Hva tenker du på nå?*

T: – *Vi kan kalle det å se på dette med forstørrelsesglass? Se bedre hvordan det faktisk er med din ikke effektive side. Her har jeg satt frem to stoler. Kan du tenke deg at den ene representerer deg når du er effektiv og den andre når du ikke er det?*

K: – *(fra den effektive stolen): Her er jeg travel og effektiv, får gjort masse. Kjenner faktisk også en slitenhet og at jeg holder pusten.*

K: – *(fra ineffektive stolen): Her ønsker jeg ikke å være nei, å være ineffektiv er absolutt ikke bra. Det husker jeg faktisk godt at mamma alltid sa, der hun gikk over golvet med klumpfoten og stokken sin.*

T: – *Hvordan har du det nå?*

K: – *Når jeg nå har sittet her en stund merker jeg at det er ikke så verst å sitte her. Merker at jeg er sliten og litt lei av å haste bestandig.*

T: – *Det gir mening. Hva vil du si til den andre stolen Pia?*

K: – *Du der borte, du er ikke god til å slå deg av, du er liksom alltid slått «på» du.*

K: – *Når jeg sier det med slå av, treffer det meg på et vis. Du har helt rett, det er veldig vanskelig for meg det. Jeg kjenner det som om muligheten til å slå av er satt ut av spill på en måte.*

K: – *(fra den ineffektive stolen): Åh, her er det nydelig å sitte, nå kjenner jeg utrolig nok at jeg ønsker å ikke være effektiv hele tiden.*

Hun puster tungt, tar hodet i hendene og gråter stille.

T: – *Hva ble du klar over her Pia?*

K: – *Dette var utrolig. Akkurat som om «på-knappen» er konstant trykket inn. Nå ser jeg det helt konkret. En stor «på-knapp». Gosh!, jeg har rett og slett ikke sett den muligheten.*

T: – *Jeg kjenner at jeg blir berørt av det du forteller. Du har tydeliggjort at du har et valg.*

Jeg blir slått av hvordan bildet hun bruker hjelper henne å se at hun kan endre på sin adferd. Det er tydelig her at metaforen hjelper klienten å illustrere et poeng.

## Drøfting 1

Pia er tydelig på at å være effektiv er å foretrekke. Det er hennes sannhet om dette som gjør at jeg velger å eksperimentere med polariteter. Motpolen

å være ineffektiv er en tydelig ikke-akseptert side. Her har vi å gjøre med det Zinker (1978) kaller «stretching the self-concept»: Når en side ikke tillates, kan den andre bli overdrevet. Men om jeg kommer i kontakt med min ikke tillatte eller skjulte side, som i dette tilfelle er polen ineffektiv, og strekker den delen av meg selv, kan jeg også strekke polen effektiv.

Under arbeidet vi gjør med å tydeliggjøre polene effektiv/ineffektiv, trår det tydelig frem at hun også ser en kvalitet ved å være ineffektiv. Jeg ser nå at jeg foreslo ineffektiv som motpol til effektiv, men kanskje hadde hun selv valgt noe annet om hun hadde blitt spurt. Det kan hende «Stretching the self»-effekten ville ha blitt enda mer gjeldende om hun hadde valgt motpol selv. Arbeidet vi gjør med polaritetene effektiv/ineffektiv blir forsterket når hun selv bruker metaforen slå av «på-knappen». Det hun plutselig blir klar over, er at hun selv kan velge å slå av «på-knappen». Jeg blir overveldet over hvor virksom effekten av metaforen er. Det er som om det går opp et stort lys for henne. Metaforbruken tydeliggjør fenomenet og blir hennes eget personlige uttrykk.

## Kasus 2 – «Sol og sky»

Espen er 27 år og har vært rusfri i 2 år og ønsker å gå i terapi. Han forteller om sviktende viljestyrke og er redd for å bli fristet til å ruse seg igjen. Han har lite nettverk og har for 4 uker siden mistet sin kreftsyke mor.

K: – *Jeg merker at jeg trenger en god løsning snart.*

Jeg ser at klienten tapper med fingrene og hører at han snakker fort. Jeg fornekter at han er ute etter en rask løsning og jeg kommer i kontakt med Beisser sin endringsteori. Jeg reflekterer over at jeg vil forsterke det som er – for å jobbe mot en endring, heller enn å gi ham et godt råd i full fart.

T: – *Når du forteller meg om din utfordring akkurat nå, tenker jeg at den kan beskrives som en indre konflikt. Sagt på en annen måte er det to stemmer som konkurrerer om din oppmerksomhet. Er det slik?*

K: – *Jeg slites jo mellom å velge det ene eller det andre hele tida. Jeg blir redd og urolig når dette kommer over meg, satt ut av spill.*

T: – *Kan du tegne de to valgene dine Espen?*

K: – *Når du sier det sånn kom jeg plutselig til å tenke på en sol og en sky, og at det er mamma som er solen. Kan jeg tegne det?*

T: – *Klart du kan. Vær så god!*

K: – *Når jeg ser på solen her på arket tenker jeg på å drite i å ta stoff. Mamma presenterer her solen og det gode valget. Skyen på den andre siden er bare dritt. Det*

*regner fra den hele tiden og alt blir mørkt og trist.*

T: – *Du er god til å forklare Espen. Dette gir stor mening for meg. Kan skyen og solen utfordre hverandre?*

K: – *Skyen har på en måte en sol bak seg som prøver å komme frem .... «Det er bra bak her», sier den. «Bli med da vel. Du klarer aldri å slutte med stoff likevel.»*

T: – *Og den andre?*

K: – *Jeg gidder ikke å høre på deg sier sola, det er her jeg vil være, det er trygt og godt her.*

T: – *Hva mer?*

K: – *Det er akkurat som om det er fordeler og ulemper ved både solen og skyen. Er det mulig eller?*

T: – *Helt klart, ved å øke din oppmerksomhet på nettopp det, hva skjer med deg akkurat nå?*

K: – *Jeg merker at jeg får mer ro i meg nå. Jeg ser at jeg kan klare dette, åh, så godt å kjenne det igjen. Det var akkurat som om skyen bestemte over solen. Med nå ser jeg jo at solen også bestemmer over skyen. Bare at de klarer å se hverandre er jo jævlig bra! Det gjør at jeg kan forstå mer av hvorfor jeg plages med tvilen.*

*(Han gråter stille) Jeg savner mamma så skrekkelig. Hun var min store helt. Kjenner litt trøst over at hun nå kan være sola mi.*

T: – *Nå ble jeg berørt Espen. Dette var spennende å høre på. Hvordan er dette for deg nå?*

K: – *Jeg kjenner at jeg har styrket valget som jeg allerede hadde tatt før mamma døde, og at jeg gjennom sol, sky og tegning har fått overbevist meg selv om det på en måte.*

## Drøfting 2

Her i «sol og sky på himmelen» ønsker den rusfrie gutten en rask løsning på sin utfordring. Etter sin mors nylige død, kjenner han at det er kortere vei til å gi etter for trangen på stoff. Er han i sorg og søker å trøste seg for å glemme sitt tap? Eller er det sorgbearbeiding han trenger? Er stemmene han snakker om rusrelatert? Mine refleksjoner hjelper meg til å sortere ut hva jeg vil velge å eksperimentere med. Han forteller om de to stemmene i hodet hans som konkurrerer om oppmerksomheten, og jeg velger å utforske dem nærmere. Jeg har fokus på endringsteorien om å få frem det som er. Poenget er å oppnå dialog mellom de to stemmene.

Når han gjennom tegningen selv foreslår metaforen «sol og sky» på sine to valg, berøres jeg av den vakre måten han forener polariteter og metaforer på. På den ene siden blir han trukket mot slik han mener han burde være og på

den andre siden mot tvilen og hans selvbeskrevne sviktende viljestyrke, dvs. en verden med rus. Når jeg trekker ham til her og nå, oppdager han hvor oppmerksomheten går. Hva som er. Han transformerer fenomenet selv til bildet av sin avdøde mor som er «solen» og ruslivet som er «skyen». Han opplever en helende oppdagelse ved at hans mor fremdeles er hans store helt gjennom bildet «sol».

Perls har vist at ved å hjelpe klienter gjennom for eksempel stolarbeid med en ytterpol/et valg i hver stol, kan klientene få større kunnskap om sine egne muligheter. Klienten kan oppnå å se seg selv som et fleksibelt hele istedenfor å oppleve små fraksjoner som er i krig med hverandre. Det kan være hensiktsmessig at hver pol «snakker» til hverandre, og her er det dialogen som er målet, ikke det å bli enig. I en slik dialog kan polariteter også representere den kamp som kan oppstå mellom intellekt og følelser. I vårt eksempel har vi erstattet stol arbeid med tegning.

### Kasus 3 – «fra tautrekking til fillerye»

Ella, 32 år, er formann i borettslaget der hun bor. Har i seks måneder vært i konflikt med naboen om felling av trær i området. Det har gått så langt at hun er blitt sykmeldt på jobben.

K: – *Nå er det helt fastlåst. Han står på sitt og jeg står på mitt. Hva skal vi gjøre? Jeg skal ha en prat med ham i morgen og jeg kunne godt tenke meg å ha med meg en god løsning.*

T: – *Kunne du tenke deg at vi spilte det ut her litt, Ella?*

T: – *Her er to stoler, den ene kan være naboen din og den andre er deg. Hvilken vil du begynne med?*

K: – *Min egen, helt klart. Når jeg sitter her, kjenner jeg at jeg representerer borettslaget, vi trenger mer lys inn på tomten, rett og slett. Er det så vanskelig å forstå? Plutselig lukker hun øynene og puster tungt, veldig tungt. Plutselig sperrer hun øynene brått opp.*

T: – *Du ser litt overrasket ut, Ella, stemmer det?*

K: – *Ja, jeg er visst veldig sint og påståelig her. Uff, så pinlig. Ble overrasket og skuffet over hvor sint jeg er her sammen med deg. Det er på et vis blitt et personlig poeng for meg å vinne denne kampen.*

Jeg får en impuls om å utforske motpolen med det samme.

T: – *Om du skulle kjenne på motsatsen til det, Ella. Hva ville det være?*

Jeg blir litt forvirret, jeg må finne en måte å tydeliggjøre polene. Jeg trekker frem den ene hånden og den andre som to poler.

K: – *Hmmm, jo det ville for meg være å lytte til det den mannen har å si og ha en mildere og mer imøtekommende væremåte. (Hun synker sammen ...) Uff, nå kjenner jeg at jeg blir skamfull og lei meg. Jeg har jo bare hatt fokus på meg selv og å være en helt i borettslaget. Jeg vil gjerne kunne diskutere dette på en god og konstruktiv måte med ham. Nå har jeg skikkelig lyst til det. Hvorfor har jeg vært så steil?*

Jeg ser at hun er blank i øynene og at hun setter seg helt frem på stolen. Jeg får en fantasi om at hun ønsker en forklaring hun kan forstå. Jeg kommer på en metafor og velger å dele den.

T: – *Kan du tenke deg et bilde hvor du og naboen har holdt på med tautrekking? Begge drar i hver sin ende og har bare fokus på å vinne kampen slik at den andre taper? Når du nå ser at du ikke har lyst til å «tautrekke», men heller diskutere konstruktivt, så kan dere heller veve en fillerye sammen? En liten rye hvor dere sammen bestemmer farger og stoff? Dvs. at når dere holdt på å dra i tauet var det umulig å se andre muligheter. Gir det mening?*

Ella sperrer opp øynene og utbryter:

K: – *Yesss, selvfølgelig. Det ene har utelukket det andre. Det er akkurat slik det kjennes ut. Nå kan jeg se at det er flere nyanser i mitt bilde her enn jeg først visste om. Nå ble jeg veldig lettet. Kanskje jeg er normal likevel?*

### Drøfting 3

Ella beskriver en pol hvor hun har en mild, imøtekommende væremåte og en pol hvor hun er sint og påståelig. Selve bevisstgjøringen av begge polenes eksistens blir avgjørende for klientens motivasjon til endrede handlinger. Vi starter et stolarbeid hvor instruksjonen er at hun og naboen er i hver sin stol. Ella ser at det er blitt et personlig poeng å vinne kampen og være påståelig. Denne uttalelsen gir meg en impuls om å forfølge dette og utforske motpolen «ikke vinne og være mild». Jeg er litt forvirret et øyeblikk, vi er midt i et annet stolarbeid. Jeg velger å holde fast på den endrede kursen og blir roligere når jeg trekker frem mine to hender som en illustrasjon på polene. Dette hjelper meg å holde fokus. Jeg tolker at klienten har nytte av intervensjonen. Jeg ser at hun blir blank i øynene.

Når det gjelder stolarbeidet i begynnelsen av timen, foreslår Perls (1969) at individet bør ha sine «egne polariteter» i stolene, fremfor «seg» i en stol og «motparten» i den andre stolen. I etterkant ser jeg at det kunne jeg også ha gjort. Jeg kunne for eksempel ha startet med hennes utgangspunkt, uløst konflikt, og se hva som hadde skjedd, det vil si hvilke poler som hadde kommet til overflaten.

Ella beskriver en lettelse når hun blir klar over «sitt hemmelige jeg» som kommer tydelig frem når vi arbeider sammen i en her og nå-situasjon. Det er tydelig at hun er vant til å holde fast ved sitt synspunkt. Når det er det vanlige for henne, er det vanskelig å slippe fri. (Rylander 2004). Fri i denne sammenheng blir å se polen «mild», men også motpolen «sint/påståelig».

Maurer (2002) hevder at polaritetsteori er svært nyttig når det oppstår uenighet mellom to eller flere individer. Konflikten kan beskrives som en prosess fra «et problem å løse til en polaritet å beherske». Terapeuten kan støtte klienten til heller å fokusere på fordeler og ulemper ved sitt syn, enn ulempene ved den andres syn. Da flyttes kraften fra enten/eller-perspektivet til både/og. Han kaller det for nøkkelpolariteter. Det er tydelig at metaforen fra «tautrekking til fillerye» gir stor mening for klienten. Jeg ønsker å bruke en metafor som gir henne et innspill slik at hun gjenkjenner seg selv.

### Avsluttende refleksjoner

Alle tre klientene erfarer at metaforer kan gi større forståelse og mening i polaritetsarbeidet. Når begge polene aksepteres og integreres, blir klientene mer motivert til å gjøre andre handlinger enn tidligere. Bruken av metaforer tydeliggjør de forskjellige polene i et polaritetsarbeid og dette kan føre til en «aha»-opplevelse hos klienten.

Å kunne benytte seg av metaforer i polaritetsarbeid er avhengig av spontane prosesser hos klient og/eller terapeut hvor man er avhengig av at det kommer bilder til en av oss. Det vil være forskjellig hvor billedlig vi tenker som individer. Derfor vil metaforbruk i arbeidet med polariteter ikke alltid være aktuelt.

### Litteraturliste

- Beisser, Arnold (1970). The Paradoxical Theory of Change. IJ. Fagan & I Sheperd (red.) *Gestalt Therapy Now*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Clarkson, P. & Mackewn, J. (1993). *Fritz Perls*. London: Sage.
- Clarkson, P. (1989). *Gestalt Counselling in Action*. (3rd edn). London: Sage.
- Dyrkorn, R og R. (2010). *Innføring i gestaltoeiledning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide H. & T. (1996). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Finnestad, B. (2004). Fra pol til pol. *Norsk gestalttidsskrift* 1(1), 5-9.
- Joyce, P. & Sills, C. (2001). *Skills in Gestalt Counselling & Psychotherapy*. London: Sage.

- Jørstad, S. (2002). Oversikt over kontaktmekanismene. I.S. Jørstad og Å. Kruger (red). *Den Flyvende Hollender, Festskrift*. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Korb, M.P., Gorrell, J., and Van der Riet, V. (1989). *Gestalt Therapy: Practise and Theory* (2nd edn). New York: Pergamon Press.
- Leenderts, T. (2003). *Person og Profesjon*. Oslo: Gyldendal.
- Maurer, R. (2002). *Managing Polarities, an interview with Barry Johnson, Ph.D.* *Gestalt Review*, 6(3): 209-219.
- Perls, F. (1969). *Ego, Hunger, and Aggression*. New York: Random House.
- Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1998). *Gestalt Therapy*. London: The Julian Press. Reprinted by Souvenir Press.
- Perls F., Hefferline R., Goodman P. (1994). *Gestalt Therapy: Exitement and Growth in the Human Personality*. Guernsey: The Guernsey Press Co. Ltd.
- Selbekk, R. (2006). Bruk av metaforer: Et narrativt perspektiv på terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, 240-248.
- Skottun, G. (2012). Awareness – teori og praksis. *Norsk Gestalttidsskrift*, 9(1), 17.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2 utgave. Oslo: Gyldendal.
- Wheeler, G (1991). *Gestalt Reconsidered: A New Approach to Contact and Resistance*. New York: Gardner.
- Zinker, J. (1978). *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Random House.

## Konfluens – kvelende eller helende?

Av Katrine Borgen

Arbeid med klienter og erfaring fra egen terapeutisk prosess har vekket min nysgjerrighet rundt kontaktformen konfluens. Det har fått meg til å fundere på hvordan konfluens kan ha så ulik kvalitet og funksjon og hvordan vi som terapeuter bevisst kan benytte oss av konfluens i det terapeutiske møtet.

**NØKKELOD:** *konfluens, motstand, egotisme, kontaktformer, den terapeutiske relasjon*

Jeg ønsker i denne artikkelen å dele hva jeg tenker er medvirkende til at kvaliteten og funksjonen av konfluens varierer i ulike relasjoner, felt og situasjoner. Spørsmålet blir hvordan kan konfluens i den terapeutiske relasjon bidra til å hele skader som er oppstått i tidligere relasjoner preget av konfluens? Jeg vil med dette bidra til en levende gestaltteoridiskusjon og åpne for ny innsikt både hos meg selv og andre.

### Konfluens: dens kvalitet og funksjon

Kontaktformer kjennetegnes ved fenomener som spontant kommer til uttrykk hos klient og/eller terapeut i et terapeutisk møte (Moskaug 2010), de er altså relasjons-/situasjons-/felt-betinget – vi skaper møtet sammen. Å konfluere betyr «å flyte sammen» (Jørstad 2008). Jeg tenker sammenflytningen kan ha

ulik grad av fiksering og at dette er essensielt for konfluenskvaliteten.

Ifølge Wheeler oppstår alltid kontaktformene i polaritetspar, hvor den enkelte pol blir fremtredende i varierende grad avhengig av relasjon/situasjon/felt, men begge sidene i polaritetsparet er alltid til stede i møtet. Han beskriver motstand og konfluens som det grunnleggende polaritetsparet for kontakt – for organismens overlevelse og vekst. Han likestiller motstand og differensiering som motpol til konfluens og beskriver «merging» (å smelte sammen) og «yielding» (å gi seg hen) som motpol til egotisme (Wheeler 1991). Jørstad nevner i tillegg egotisme som mulig motpol til konfluens (Jørstad 2008), mens Skottun skriver: «En annen side ved konfluens (den andre siden av mynten) kan være isolasjon og avvising» og nevner i samme artikkel: «Så differensiering er som tidligere nevnt, det motsatte av konfluens» (Skottun 2008, s. 107-111). Dette er spennende! Hvordan henger det sammen?

Jeg ser de ulike motpolene til konfluens hittil nevnt som varierende grader av motstand, som respons på fikseringsgraden av konfluens i relasjonen/situasjonen/feltet. Differensiering er den mildeste graden av motstand og når differensiering ikke er mulig pga fikseringsgraden av konfluens, vil motstanden øke og isolasjon/avvisning blir fremtredende motpol. Egotisme ser jeg som den sterkeste graden av motstand, som organismens protest på invasjon, et sterkt behov for å beskytte seg og avgrense seg selv fra omgivelser der konfluens er dominerende og fiksert kontaktform. Som Moskaug (2010, s. 28) skriver: «Når egotisme figurerer mister vi fleksibiliteten som kreves for å ha interesse for hverandre».

Basert på dette blir spørsmålene mine:

- 1) Kan det være en sammenheng mellom kvaliteten på konfluens og hva som er tilgjengelig/fremtredende motpol i den enkelte relasjon/situasjon/felt?
- 2) Hvordan kan vi som terapeuter bevisst benytte konfluens i det terapeutiske arbeidet?

### Konfluens: kvelende eller helende?

Konfluens er tidligere beskrevet med ulike kvaliteter. Perls, Hefferline & Goodman (1951) beskrev konfluens som sunn eller nevrotisk basert på muligheten for kontakt. Crocker (1999) beskriver konfluens som en normal menneskelig egenskap versus en dysfunksjon, og under terapeututdanningen ved NGI ble betegnelsen hensiktsmessig versus uhensiktsmessig konfluens brukt. Jeg velger å differensiere konfluens i *kvelende* og *helende* avhengig av: 1) hva som er fremtredende motpol til konfluens i den enkelte relasjon/situasjon/

felt og 2) hvordan konfluens innvirker på individualiseringsprosesser. Jeg begrunner her differensieringen min mer i detalj.

*Kvelende konfluens* har isolasjon eller egotisme som motpol, dvs. relasjonen tåler ikke at «jeg er jeg, og du er du», og den kan gi meg en opplevelse av «å miste meg selv». For meg innebærer kvelende konfluens opplevelsen av invadering og bokstavelig talt det å føle seg kvalt. Vi *må* kjenne det samme, tenke det samme, være enige. Et *nei* er umulig. Hvis mine tanker, behov og følelser er motstridende til eller annerledes enn dine, oppleves risikoen stor for å bli avvist om jeg deler dette; relasjonen tåler det ikke. Omsorgssvikt og seksuelle overgrep tenker jeg kan være kvelende konfluens på sitt verste.

Denne konfluensen er vanskelig å bryte. Jeg tenker slik Polster & Polster beskrev konfluens godt illustrerer kvelende konfluens og hvordan den kan oppleves:

Confluence is a phantom pursued by people who want to reduce difference so as to moderate the upsetting experience of novelty and otherness". (...) Two clues to disturbed confluent relationships are frequent feelings of guilt or resentment. When one of the parties to a confluent contract senses that he has violated the confluence, (...) he feels he has transgressed and believes that atonement, punishment or expiation is in order. (...) Guilt is one of the paramount signs that confluence has been disrupted. (Polster & Polster, 1974, s. 92-94).

Videre tenker jeg at kvelende konfluens støttes og i stor grad opprettholdes av introjekter (Jørstad 2008). For eksempel i en familie med sterke indre stridigheter, der verdier og normer krever at familien for enhver pris må fremstå samlet for å opprettholde en plettfri fasade mot omverdenen, eller i religiøse grupper der tro, moral og regler opprettholder et tett samhold mellom grupped medlemmene. Fellesnevner er at isolasjon oppleves som eneste reelle mulighet om du skulle velge annerledes enn fellesskapet.

*Helende konfluens* har differensiering som motpol, dvs. relasjonen tåler at «jeg er jeg, og du er du». For meg innebærer helende konfluens bl.a. bekreftelse, empati, medfølelse og innlevelse, noe jeg finner støtte for hos Staemmler (2007). Helende konfluens er sammenfallende med relasjonsområdene *samvær* (ordløs nærhet); opplevelsen av *gryende selv*, *samspill* (speiling); opplevelsen av *kjerneselv*, «jeg og du», og *gjensidig forståelse* (å bekrefte, være medopplevende); opplevelsen av subjektivt selv, jf Sterns utviklingsteori (Carling mfl. 2008). I den terapeutiske relasjonen kan helende konfluens komme til

uttrykk f.eks. i form av en støttende arm eller berøring, blikkontakt eller bare det «å puste sammen» (samvær). Det kan også være at terapeuten gjentar det klienten sier eller deler gjenkjennelse med klienten verbalt: «dette gir mening til meg», «jeg følger deg», «det er jeg helt enig med deg i» og da appellerer til relasjonsområdet samtale; opplevelsen av verbalt selv (ibid.). Terapeutens intensjon er å støtte klientens opplevelse og bygge tillitt, at klienten opplever å bli tatt på alvor.

Min erfaring er at helende konfluens fremmer utvikling og vekst, jf Sterns utviklingsteori. Gjennom differensiering i relasjonen spedbarn og mor/omsorgsperson i samspillsområdet, utvikler spedbarnet opplevelsen av «jeg» og «du» allerede fra ca. 3-månedersalder (Carling mfl. 2008). Om barnets differensiering ikke tåles i relasjonen med mor/omsorgsperson vil kvelende konfluens kunne oppstå og således hemme barnets utvikling. Jeg tenker dette kan sees som et eksempel på forkontakt (van Baalen 2008) som aldri blir fullkontakt (ibid.) i feltet mor-barn, noe som vil kunne få betydelige konsekvenser for barnets individualiseringsprosess:

For å overleve flytter barnet seg til en annen posisjon, til det moren forventer, for å oppleve å være til (...). Barnet gir tidlig opp sine utviklingsmuligheter i et forhold for å oppleve å være til og dermed overleve. (...) Det nyfødte barnets utprøving av virkeligheten, som et «meg» i forhold til et «ikke meg», blir ikke eller blir mangelfullt utviklet. (van Baalen 2008, s. 50).

### Hvordan benytte konfluens bevisst i den terapeutiske relasjon?

Jeg tenker det er en flytende overgang mellom helende og kvelende konfluens og at graden av awareness er vesentlig for hva som blir fremtredende motpol i enhver relasjon/situasjon/felt. Jo mer awareness hos terapeuten, jo større mulighet for differensiering som igjen kan åpne for økt awareness hos klienten, og derved helende i stedet for kvelende konfluens i det terapeutiske møtet. Dette sammenfaller for meg med Skottuns (2008) beskrivelse av sammenhengen mellom graden av awareness og graden av fiksering i et konfluent felt.

I arbeid med traumatiserte klienter utsatt for overgrep og omsorgssvikt, er min erfaring at egotisme ofte figurerer i det terapeutiske møtet. Klientene stoler ikke på noen og tenker at de må klare seg selv, samtidig er ensomhet svært fremtredende. Det terapeutiske arbeidet er tidkrevende og tålmodig-



hetsprøvende. Jeg tenker disse klientene har relasjonserfaring med kvelende konfluens, de er invadert på det groveste, deres egne grenser og behov har aldri fått mulighet og plass til å bli tydelige og akseptert. Så hvordan kan vi møte og støtte dem i utforskning av nye måter å relatere seg til seg selv og sine omgivelser?

### Eksempel fra klientarbeid

I løpet av vårt første møte fikk jeg fornemmelsen av at det klienten kom med var av eksistensiell art. Det skulle snart vise seg at hun hadde vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Hun brakte inn mange introjekter og konfluens var den dominerende kontaktformen mellom oss. Jeg ble opptatt av å støtte og trygge henne og ønsket at hun skulle føle seg sett av meg.

I mange terapitimer er hennes forhold til far (invaderende, grenseløs, uforutsigbar og voldelig) sentralt. Vi er mye i hodet sammen; tenker (mellomsone awareness) (Stevens 2007) og reflekterer sammen (awareness på awareness) (van Baalen 2008). Det er viktig for henne at det hun opplever gjennom terapien gir henne mening. Jeg er opptatt av å møte og følge henne der hun er og tenker det viktigste er at jeg tåler henne og det hun deler.

Verbatim er transkribert fra lydopptak og gjengitt etter tillatelse fra klienten (voksen kvinne). Det er fra en time ca. åtte måneder etter vårt første møte. Passasjer kuttet ut av plasshensyn er illustrert med -----.

Terapeut (T): – *Jeg ble så opptatt av det du sa at du hadde ... at du følte deg bevisstløs ...*

Klient (K): – *Ja ...*

T: – *Er det eehh ... fordi i ordets rette forstand så har du jo ikke vært bevisstløs ...*

K: – *Nei!*

T: – *Og så tenker jeg ... hva ... hvordan ... hvordan opplever du deg selv når du er bevisstløs?*

K: – *... altså jeg opplever det ikke så mye nå lenger, det er nok mer sånn jeg var når jeg var yngre ...*

T: – *Ja ...*

K: – *... eehh ... at jeg ... ja ga skikkelig faen liksom i både meg og ... kanskje ikke så mye i folk som var rundt meg, for ... (snufs) ... men jeg ga veldig faen i meg da.*

T: – *Du ga faen i deg ...*

K: – *Ja ... jeg gjorde det.*

Jeg flytter meg i stolen, puster ut og skutter meg.

T: – *... hugh ... Ja, heeh ...*

K: – (Småler) *... jeg brukte mye dop, og ... jeg vet ikke jeg ... var bevisstløs også på den måten da, at jeg var neddopa, liksom ...*

T: – *Du var det ja ...*

K: – *Ja ...*

T: – *Så det var også i ordets rette forstand, rett og slett ...*

K: – *Ja ... hmm ... (puster ut) ... Ja, jeg vet ikke jeg, det tok liksom mange år å våkne fra det igjen ... det er en sånn følelse av å være nummen liksom, tror jeg ...*

T: – *Ja ...*

-----

K: – *... Men det er noe som har preget meg veldig (svak stemme) ... Men jeg ...*

Hun flytter seg i stolen og setter tekoppen fra seg på bordet.

K: – *... hm ...*

T: – *Jeg ser litt sånn for meg en slags, får et sånt bilde av en slags sånn hinne ...*

K: – *Hm ...*

T: – *at du hadde en slags sånn hinne rundt deg...*

K: – *... ja-ha ...*

T: – *og så var du inni der ... (illustrerer en sirkel med armene) ... også samtidig var du i kontakt med der ute ...*

K: – *Mhm ...*

T: – *på et eller annet vis, men allikevel så var du, jeg vet ikke, du brukte ordet nummen, gjorde du ikke det?*

K: – *Ja ...*

T: – *Mhm ... og da ... og så ble ... du var nummen inni en slags sånn hinne ...*

K: – *Mhm ...*

T: – *og samtidig så var du veldig, veldig mottakelig ...*

K: – *Mhm ...*

T: – *for det der ute...*

K: – *Ja ... mhm ... det stemmer veldig bra... (snufs)*

T: – *Ja ... og så tenker jeg at hvis du ikke hadde hatt den hinnen ...*

K: – *Mhm ...*

T: – *så da ... hva, hva hadde skjedd med deg da ... tenker jeg ...*

K: – *Nei ...*

T: – *den gangen ...*

K: – *Puh ... ja, si det ... (puster ut)*

T: – (puster ut)

K: – *Nei, altså, på mange måter så tenker jeg at ... sånn som det var der og da så tror jeg nesten det ville vært vanskelig og gjort ting annerledes, egentlig ... Jeg handlet ut*

*ifra det jeg visste og det som umiddelbart framstod som mest, kanskje ikke fornuftig, men ... ehe (småler)... ja ...*

T: – Hensiktsmessig, kanskje ...?

K: – Ja ... ja ... (snufs)

T: – Jeg tenker du var del av noe mye større ...

K: – Mhm ...

T: – og ... du har jo fortalt meg litt om det kaotiske på utsiden ...

K: – Ja ...

T: – så jeg tenker at det var kanskje det, på et eller annet vis, tryggeste du kunne ...

K: – Ja ...

T: – Jeg får i alle fall en slags assosiasjon til en slags trygghet, eller en slags beskyttelse, da ...

K: – Mhm ...

T: – i den derre hinnen ...

K: – Mhm ...

T: – som du da kaller bevisstløshet, eller ...

K: – Ja ... ja, det var på mange måter det ... det var det, og en sånn avreagering også, tror jeg, liksom, det var et sånt slags ... ja, jeg vet ikke jeg, ... fri ... rom (småler). Det å gi faen gjør jo på en måte også at man kan gi seg selv litt andre bevegelsesrammer, eller jeg vet ikke jeg ... eh ... ja ... Det var veldig selvdestruktivt, det var jo ikke akkurat noen bra måte å gjøre det på, altså det var jo ikke ...

-----  
T: – Ja, for hvordan var det å være deg inni den boblen? Eller, nå kaller jeg det boble ...

K: – Ja, det var det ... det var en boble.

T: – Det var en boble?

K: – Mhm ... ehhh ... .. ja, eeehh (sukker, puster ut) ... .. Det er veldig ubehagelig å kjenne på ... (tårer, snufs) ... Mhm (snufs) jaah ... (puster ut) ... Det var ... eh ... veldig ensomt ... (snufs, snufs) ... og (pusser nesen) ... ja ... (snufs, snufs) ... .. eh, ensomt og skummelt egentlig ...

T: – Mhm ...

K: – og så litt sånn følelse av å være ... (snufs) ... (puster ut) ... .. he, he, en sånn følelse av at ehh... at jeg egentlig bare så meg selv... så at jeg ikke... ehh... jeg kunne prøve å vende blikket utover, men... .. ja, ... igjen liksom en klaustrofobisk følelse, at man liksom... .. ja... .. var helt alene, liksom... (snufs) ... ..

T: – Du var alene ...

K: – Ja ...

T: – Mhm ... du var sammen med deg selv, helt alene ...

K: – Ja ...

T: – Ja ...

K: – Det..., altså det å bruke dop var liksom en måte å ... eehhh (puster ut) ... både flykte litt fra det og ... og også ... men jeg tror veldig sånn, altså motivert av veldig mye forskjellig ... for det er også et håp om at noen skal se at jeg har det helt jævlig, liksom ...

T: – Ja ...

K: (Snufs) ... og komme å redde meg, liksom ... og så ...

T: – Ja ... (puster ut)

K: – og en flukt, og en avreagering liksom... at... en måte å ha det gøy på og liksom, hvis det er sammen med andre, (snufs) ... ehh (puster ut). Problemet er bare det at det liksom ofte drar med seg så mye annet ... og man blir jo veldig sånn skjør etterpå ... (puster ut) ...

T: – Mhm ... For du er jo deg allikevel ...

Jeg følger klienten i det hun forteller, jeg gjentar og bekrefter og lar henne være i det hun er i sammen med meg, samtidig som jeg differensierer ved å dele det jeg tenker og snakke tydelig med jeg-kommunikasjon. Jeg foreslår et bilde på det jeg opplever at hun deler, at jeg ser for meg en slags hinne eller boble og sjekker ut om det stemmer for henne. Jeg oppdager videre at både isolasjon og egotisme blir figur gjennom det hun deler. Hun beskriver hvordan hun selv i store deler av livet har isolert seg gjennom «å leve bevisstløst», og jeg opplever at hun går inn i og kjenner på den enorme ensomheten hun opplevde ved isolasjon fra omgivelsene i «boblen».

## Drøfting

Jeg tenker at helende konfluens var nødvendig for å trygge relasjonen vår slik at hun våget å gå inn i og kjenne på det vanskelige – isolasjon, klaustrofobi, ensomhet, skam og det å være forlatt, og for at jeg våget å være sammen med henne i dette som terapeut. Å isolere seg fra omgivelsene hadde vært en vesentlig del av denne klientens kreative tilpasning for å overleve og gi mening til tilværelsen under svært krevende oppvekstvilkår. Nå fikk hun en ny erfaring. Slik kunne det vanskelige fra fortiden som fortsatt forårsaket lidelse, og et ønske om endring, bringes fra der og da til her og nå i en ny trygg relasjon, og steg for steg hele gamle sår.

Å være del av en terapeutisk relasjon der helende konfluens figurerer kan bidra til å reparere skader som har oppstått gjennom kvelende konfluens i tidligere relasjoner. Hvis jeg nå går tilbake til tanken om egotisme som motpol til

kvelende konfluens (liten grad av awareness) er det paradoksale at konfluens med awareness kan være «medisin» der egotisme figurerer i det terapeutiske møtet. Klienter som først og fremst benytter kontaktformen egotisme i kontakt med omgivelsene har antagelig valgt dette som overlevelsesstrategi, som den mest hensiktsmessige måten å beskytte seg fra omgivelsene på; å trekke seg inn i boblen og bare stole på seg selv. Å slippe andre inn kan oppleves som ekstremt truende.

Moskaug (2010) beskriver «å smelte sammen med» som arbeidsmetode når egotisme figurerer i det terapeutiske møtet, det å gå inn sammen med klienten i hans/hennes verden, som første steg på veien til forhandlinger. Jeg tolker her «forhandlinger» som gradvis å gi klienten motstand gjennom forsiktig differensiering når den terapeutiske relasjonen er trygg nok til det. Moskaug skiller også mellom «å flyte sammen» (å miste opplevelsen av seg selv i møte med en annen) og «å smelte sammen» (å være *med* og bekrefte den andre, og allikevel opprettholde opplevelsen av meg i et differensiert jeg og du). Denne beskrivelsen av sammenflytning og sammensmeltning samsvarer for meg med kvelende og helende konfluens. Videre skriver Eie (2010) i sin kommentar til Moskaugs artikkel at hun «konfluerer bevisst» med klienter der egotisme figurerer: «Jeg gjentar hva jeg hører hun/han sier og opplever. Jeg bruker deres egne ord så differensieringen blir minimal» (Eie 2010, s 95). Hun understreker også at sammensmeltningen kan åpne for kontakt om den gjøres med awareness (ibid).

Begge disse forfatterne støtter min opplevelse av hva som er hensiktsmessig intervensjon i et terapeutisk møte der egotisme figurerer. Jeg vil imidlertid også å ta inn den nonverbale muligheten for intervensjon ved å gå tilbake til en av Wheelers foreslåtte motpoler for egotisme, nemlig «yielding». Ruella Frank sier: «Yielding is the experience of being with another» (Frank 2013) som kan oversettes med «å være sammen med» eller samvær jf Stern. Videre sier hun: «Yielding is a whole body experience». Slik utvider hun ytterligere min forståelse av helende konfluens. Ved å ta inn denne dimensjonen ønsker jeg å understreke hvordan vi som terapeuter faktisk intervensjoner bare med *hvordan vi er sammen med klienten* (med varierende grad av awareness), og muligheten for heling som ligger den nonverbale kommunikasjon i den terapeutiske relasjon.

## Avslutning

Jeg har i denne artikkelen delt mine tanker rundt hva som påvirker kvaliteten og funksjonen av kontaktformen konfluens og derav differensiert konfluens i

kvelende og helende. Videre har jeg med bakgrunn i Wheelers teori om kontaktformer som polaritetspar beskrevet ulike mulige motpoler til konfluens som grader av motstand. Gjennom et klienteksempel viser jeg hvordan jeg når inn til klienten ved å «smelte sammen med» henne og gradvis, forsiktig differensiere. Slik viser jeg hvordan en trygg terapeutisk relasjon kan bidra til å hele skader oppstått av konfluens i tidligere relasjoner.

## Litteraturliste

- Baalen, D. van. (2008). Gestaltdiagnoser. I S. Jørstad & Å. Krüger (red), *Den Flyvende Hollender, Festskrift*, 26-69. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Carling, A., Mjelve, H., Myhre, G., Skottun, G. & Tveit, H. (2008). Sitter jeg bare her og diller? Gestaltterapi med barn og Daniel Sterns utviklingsteorier. I S. Jørstad & Å. Krüger (red), *Den Flyvende Hollender, Festskrift*, 154-188. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Crocker, S.F. (1999). *A Well Lived Life*. Cleveland: Gestalt Institute of Cleveland Press.
- Frank, R. (2013). Developmental Somatic Psychotherapy: *An Introduction*, DVD [www.somaticstudies.com](http://www.somaticstudies.com)
- Jørstad, S. (2008). Oversikt over kontaktformer. I S. Jørstad & Å. Krüger (red), *Den Flyvende Hollender, Festskrift*, 128-139. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Moskaug, K. (2010). Egotisme. *Norsk Gestalttidsskrift*, 7(1), 21-30.
- Perls, F., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement & Growth in the Human Personality*. London: Souvenir Press.
- Polster, E. & M. (1974). *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory & Practice*. New York: Vintage Books.
- Skottun, G. (2008). Reisebrev: Essay om kontaktformer og figurdannelser. I S. Jørstad & Å. Krüger (red), *Den Flyvende Hollender, Festskrift*, 105-127. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Staemmler, F.M. (2007). On Macaque Monkeys, Players, and Clairvoyants: Some New Ideas for a Gestalt Therapeutic Concept of Empathy. *Studies in Gestalt Therapy*, 1(2), 43-63.
- Stevens, J.O. (2007). *Awareness: Exploring, Experimenting, Experiencing*. USA: The Gestalt Journal Press.
- Wheeler, G. (1991). *Gestalt Reconsidered: A New Approach to Contact and Resistance*. New York: Gestalt Institute of Cleveland Press.

## Eksistensielt press i terapirommet

Av Camilla Bjelke Kachel

Som rådgiver og veileder til eldre over 60 år og som terapeut i egen praksis har jeg møtt mange med eksistensielle utfordringer, som det å bli eldre, sykdom, død, tap av familie og nettverk, tap av funksjoner, isolasjon, ensomhet, depresjon og angst. Yontef (1993) skriver at det er viktig at vi er bevisst på at vi alle skal dø, at vi alle vil oppleve ensomhet og tap og at vi trenger vår egen støtte for å møte utfordringene. Jeg har selv valgt å jobbe med mitt indre, mitt eksistensielle press: dødsangsten. Økt bevissthet om min egen sårbarhet har vist meg vei til min egen innsikt og erfaring, det er som å være mer i kontakt med meg selv, mine valg og mine følelser.

**NØKKEWORD:** *eksistensielt press, ensomhet, død, sex, ufullkommenhet, teorien om selv*

I artikkelen ønsker jeg å vise hvordan jeg jobber med eksistensielt press i terapirommet. Jeg vil først redegjøre kort for hva jeg mener med eksistensielt press og litt om teorien om selv, før jeg eksemplifiserer dette ved hjelp av to eksempler.

### Eksistensielt press

Masquelier (2006) henviser til Noel Salathe når han snakker om det eksistensielle presset som er ideen om døden, ensomhet, ufullkommenhet, ansvarlighet

og meningen med livet. Han skriver at de fem fundamentale eksistensielle ideene kan være livsbetingelser som danner vår personlighet og psyke. I samtaler med klienten har disse temaene ofte kommet opp i situasjonen, i tillegg til temaer som sex, angst og frykt for å bli forlatt og avvist. Masquelier sier disse temaene også er ideer som er uttrykk for eksistensvilkår for det å være menneske. Det betyr at alt som ligger til grunn i menneskets eksistens kan bidra til å skape eksistensielt press.

Død er et eksempel på det uunngåelige, det vi ikke kan løpe fra, men som kan bidra til å skape frykt, fornektelse, typer av angst og depresjon. Det eksistensielle presset kan paralisere oss og generere angst, samtidig som det kan være kilde til energi som kan kreere glede og entusiasme i livet (ibid.). Jeg har selv erfart at når jeg har jobbet med min egen dødsangst, har jeg fått en bedre måte å forhold meg til livet på. Yontef (1993) beskriver det som en form for erfaring som kan defineres som å være i kontakt med sin egen eksistens og det som er. Ifølge Masquelier (2006) er livet en søken etter balanse med våre «eksistensielle begrensninger». Begrensninger som ligger under, presser seg frem og er en del av det å være menneske.

### Teorien om selv

From (Müller 1984) sier at teorien om selv er et uttrykk for hvordan organisering skjer i situasjonen, og at denne organiseringen er noe personene gjør i den situasjonen de er i. Eller sagt enklere: «Selv er det som organiserer og blir organisert» (Baalen i Skottun 1986-2006, s. 57). Det er hvordan jeg og klienten organiserer oss sammen. Sammen utveksler vi erfaringer og vår egen sårbarhet. From beskriver teorien om selv som når vi i en situasjon har en opplevelse av å vite hvem vi er og hva vi har behov for, kan vi handle og velge (Baalen i Skottun 1986-2006, s. 52). Felles involvering og tilstedeværelse skaper en forløsende kontakt mellom klienten og meg som setter i gang følelser og tankeprosesser. Wollants (2009) mener at vi responderer og påvirker hverandre gjennom interaksjon, og at menneske og omgivelse må forstås som uadskillelige og gjensidig avhengige deler av en dynamisk helhet. Klienten og jeg er i prosess og i utvikling sammen, vi skaper mening sammen ved å være oppmerksomme på impulsene og behovene som oppstår. Wollants beskriver det som at vi tilpasser oss omgivelsene kreativt og organiserer oss på en måte som ut fra situasjonen gir oss mest mulig mening.

From (Müller 1984) anser id-, ego- og personlighetsfunksjon som ulike aspekter ved selvet, og funksjonene anses som hovednivåene for kreativ tilpasning.

*Idfunksjonen* starter prosessen som organiserer selv. Det er hva jeg trenger og hva jeg synes er spennende (ibid.). I situasjoner med klienten oppstår det impulser for å utforske kropp og pust og for å eksperimentere. Jeg er interessert i grunnvilkårene for det å være menneske, og både klienten og jeg opplever det som spennende å utforske det eksistensielle presset.

*Egofunksjonen* viser hvordan vi velger å respondere på handling, hva jeg gjør eller ikke vil gjøre (ibid.). Jeg får behov for å bekrefte og gi omsorg til klienten, og det gjør jeg ved å dele av mine egne erfaringer og sårbarhet. Økt oppmerksomhet og bevissthet om sin egen sårbarhet gir klienten økt innsikt i følelser og valg, klienten blir klarere på hva han vil og ikke vil gjøre.

*Personlighetsfunksjonen* viser hvem vi blir når vi responderer. Hvem jeg er, eller hvem jeg ikke er (ibid.). I situasjoner med klienten kommer jeg i kontakt med at jeg blir den usikre, forsiktige og redde terapeuten som utforsker når og hvor mye jeg vil holde igjen og hvor mye jeg vil dele. Jeg kommer også i kontakt med min egen fullkommenhet og ufullkommenhet. Jeg tenker klienten også opplever noe av dette.

De forskjellige funksjonene kan hjelpe oss til å bli klar over impulsene, behovene, valgene og hvem vi blir sammen. Det kan bidra til at vi blir klar over våre muligheter og ressurser. Skottun (2008) skriver at ved å rette oppmerksomhet på funksjonene kan vi få informasjon til hvordan vi kan intervenere i situasjonen. Som eksempel kan tap av egofunksjon forstyrre idfunksjon og personlighetsfunksjonene. Jeg erfarte i oppstarten av terapien med klienten i kaset som følger, en form for tap av egofunksjonen. Klienten var ikke tydelig på sine valg, på hva han ville og ikke ville. Perls m.fl. (1951) skriver at når vi i en situasjon har en opplevelse av å vite hvem vi er og hva vi har behov for, kan vi handle eller velge. Økt oppmerksomhet på seg selv og økt innsikt i egne følelser bidrar til at klienten blir friere i sine valg, handlingsrommet blir utvidet og valgalternativene øker.

## Klienten

Mann, 70 år, tar kontakt på grunn av samlivsbrudd, ønsker å styrke selvfølelsen og finne igjen kraften sin gjennom samtaler. Han sier han er ensom og nedstemt, bor alene, har noen venner, en datter og manglende kontakt med sønnen. For et par år siden gikk han av med pensjon og sier det er vanskelig å ikke lenger føle seg virksom. Han har hatt et opphold med aktiviteter, aktiviteter som han i løpet av terapien har begynt å ta opp igjen. I løpet av denne tiden har han flere ganger hatt panikkangst. Han plages med smerter

i brystet og uro i kroppen og går hvileløst og rastløst rundt. På ettermiddag/kveld drikker han noe rødvin og tar Sobril ved behov. Etter samtykke fra klienten har jeg vært i kontakt med fastlegen hans som følger ham opp jevnlig. Klienten kjører bil til min private praksis hvor han ukentlig har hatt terapi i en periode på trekvart år.

## Kasusbeskrivelse I

Her følger et utdrag fra en av de tidligere samtaler med klienten. Vi har tidligere snakket om døden, det at han ikke ønsker å leve, redselen for å være alene, ensomheten, angsten og panikken. Han tar seg ofte til brystet når han snakker om vonde og vanskelige følelser. Han gjør det nå og jeg holder meg til brystet slik han gjør og spør:

T: – *Når jeg holder på brystet slik du gjør, så er det som om jeg beskytter meg selv. Hvordan er det for deg?*

Jeg tar tak i det åpenbare i situasjonen ved å gjøre det klienten gjør, deler det som kommer opp i meg og sjekker det ut med klienten.

K: – *Sannsynlig så er det frykt/angst for fremtiden. For hva som skal skje fremover når jeg nå er alene.*

Han puster så jeg hører det.

T: – *Hva skjer med pusten din?*

Han snakker om angst og frykt. Jeg kunne valgt å gå til det klienten sier, men velger å kontakte pusten da det er den jeg blir mest oppmerksom på. Jeg har ikke kontakt med min egen pust, da all min oppmerksomhet er rettet mot ham.

K: – *Jeg holder pusten igjen. Jeg puster tynt. Så vidt jeg drar pusten inn og ut.*

T: – *Jeg merker at du puster her oppe, gjør du det? Hvordan er det om du puster ned i magen?*

Fremdeles er jeg opptatt av pusten. Jeg kommer i kontakt med døden og livet, å puste oppe og holde pusten er døden, å puste nede i magen er livet. Jeg blir nysgjerrig og vil utforske dette med ham.

K: – *Da kommer jeg til live igjen. Det å stanse pusten, det blir en reaksjon av å ikke være til stede.*

T: – *Så å puste nede i magen da kommer du til live igjen.*

Jeg gjentar det han sier med litt andre ord for å forsterke det som blir sagt.

K: – *Det blir nesten som et gisp. Et gisp. Nesten følelsen av å være død og gispe tilbake. Kjent. Neste ikke leve og så... ja, hmm. Verst på dagtid.*

T: – *Hva er det som skjer da?*

Jeg forlater pusten og går til det som blir sagt. Jeg spør, vil vite hva som skjer. Vil høre mer.

K: – *Ensomhet. Merkelig å ha det sånn. Alltid sagt at jeg er glad i å være alene med meg selv før, men er ikke det lenger. Blir nesten som å småpuste, som å sovne inn. Så kommer pusten tilbake. Nesten sovnet inn.*

Han snakker om ensomhet, småpuste og nesten sovne inn. Jeg kommer i kontakt med noe han har snakket om tidligere, det å bare eksistere. Jeg vil sjekke om det er slik han føler det.

T: – *Du har tidligere beskrevet hvordan du ikke har kontakt med deg selv og andre, at du bare eksisterer, er det sånn du føler det?*

K: – *Ja. Jeg må vel si det til deg at jeg har aldri hatt det sånn. Ikke drømt at jeg kunne gå inn i noe sånt. Føle meg så isolert og som en forferdelig fyr. Har alltid vært en gladgutt. Det er som å ha blitt to mennesker. Når jeg er ute blant mennesker så er det ingen som ser meg. Jeg er usynlig. Jeg får ikke kontakt. Jeg vil ikke bli sett. Jeg vil ikke at noen skal se mørket jeg har i meg, for det er egentlig ikke meg. Jeg velger. Det er det man håper på. At det er valg. Jeg forsøker å skyve dette til side og være normal, jeg kommuniserer ikke på samme måte som før.*

Det sitrer i kroppen når han nevner forferdelig fyr og glad gutt. Vi utforsker dette sammen ved å eksperimentere med to stoler, en stol med forferdelig fyr og en med glad gutt. Etter eksperimentet snakker han videre, og jeg tar tak i det siste han sier. Jeg vil at klienten skal fortelle mer.

T: – *Hvordan merker du at du ikke er som før?*

K: – *Jeg merker det på kunstig smil og tonefallet mitt er mørkere. Det er verst når jeg er alene. Løst med vin. Vin har hjulpet meg i mindre mengder. Vin har vært kos for meg. Sobril har tilsvarende effekt som alkohol. Blir roligere. Reduserer smerten i brystet. Presset i brystet blir svakere. I dag morges så var det der igjen, presset i brystet (tar seg til brystet). Det blir ikke helt borte. Det er der hele tiden. Vin representerer noe hyggelig for meg. Som jeg har sagt så har jeg stor tillit til deg. Første gang jeg har åpnet meg så mye for et annet menneske. Det får meg til å tenke på at jeg har alltid holdt noe igjen. Jeg har ikke villet vise alt. Jeg har ikke problemer med det her sammen med deg. Viser alt her. Helt naturlig å snakke om.*

T: – *Jeg blir rørt og jeg kjenner meg igjen.*

Jeg tar meg til brystkassen. Det er der jeg har en sterk bankende følelse. Vi har ofte tatt oss til brystet og utforsket brystet og den sorte klumpen klienten sier han har der.

K: – *Når andre tør å åpne seg så blir det naturlig for meg å åpne meg også. Nydelig opplevelse å snakke med deg. Når jeg drar er det som å skru av en bryter.*

T: – *Når du er her deler du.*

K: – *Når man deler overtar du noe av det vonde i meg og jeg noe av det gode i deg.*

T: – *Du vil dele og du vil være i kontakt har du sagt før. Her deler du og vi er i kontakt.*

## Refleksjon og drøfting I

Her ønsker jeg å vise hvordan jeg arbeider med eksistensielt press i terapi ved å vise til ideen om ensomhet og døden.

Som en refleks (idfunksjonen) holder jeg hånden slik klienten holder den på brystkassen. Jeg tar tak i det åpenbare. Etter hvert blir jeg oppmerksom på følelsene som dukker opp i meg, jeg sjekker de ut med klienten, og jeg velger å la hånden bli liggende på brystkassen (egofunksjonen). Deretter blir pusten det åpenbare for meg og jeg velger å kontakte pusten. Han sier han holder pusten, holder igjen og beskytter seg selv med måten han puster på. Perls m.fl. (1951) oppfordrer til å holde seg til overflaten av det mest åpenbare i møte med klienten for så å utforske det åpenbare. Jeg bruker oppmerksomheten min som støtte til arbeidet med å utforske pusten og gjøre oppdagelser med klienten. På den måten gir jeg ham lov til å puste, for når pusten slipper, kan han gå til historien og fortelle. Han behøver ikke holde pusten, men kan puste ut og dele noe av det eksistensielle presset (personlighetsfunksjonen)

Etter hvert blir jeg revet med av det som fortelles. Jeg kjenner meg igjen, blir nysgjerrig og stiller spørsmål. Vi utforsker forferdelig fyr og glad gutt som han kommer i kontakt med, gjennom å eksperimentere med to stoler. Og da kommer vi i kontakt med livet og døden, det lyse og det mørke. Gjennom dialog utforsker vi videre noe av det eksistensielle presset. Når klienten snakker om å dele og å holde igjen, blir jeg rørt. Jeg deler hva som skjer med meg, at jeg kjenner meg igjen. Samtidig skjer det noe i kroppen min når han sier at han sammen med meg, «viser alt».

Helt på slutten av sekvensen gjentar jeg noe av det klienten sier med andre ord. Jeg sier *du* og ikke *vi*. Det er som om jeg holder tilbake og er forsiktig med å dele av meg selv. Det blir for sterkt å si at *jeg* deler i relasjon med klienten, at *vi* utveksler og isteden sier jeg bare *du*. Det er som om jeg ikke vedkjenner meg at det er nettopp det vi gjør, utveksler. Jeg regulerer nærhet og avstand ved å differensiere ved å si *du* og ikke *vi*.

I nest siste sekvens sier klienten *man*. Polster/Polster (1974) sier at *man* kan brukes for å være mindre direkte. Klienten demper også styrken i kontakten og regulerer nærhet og avstand ved å si *man*.

I siste sekvensen gjentar jeg det klienten sier med litt andre ord for å forsterke og tydeliggjøre. Fremdeles sier jeg *du* og ikke *vi* i forhold til å dele, men

når det gjelder kontakt sier jeg *vi* er i kontakt. Masquelier (2006) beskriver det som å øke bevisstheten og sammen finne den beste balansen. Det er som om klienten og jeg sammen forsøker å finne den beste balansen i forhold til nærhet og avstand i situasjonen.

Jeg blir klar over at usikkerheten i meg selv handler om at jeg er redd, redd for å dele for mye av meg selv og min egen sårbarhet. Og usikker i forhold til hvor mye og når jeg skal og kan dele av meg selv som terapeut. Det er noe inne i meg som sier at jeg ikke skal og bør dele for mye. Impulsen blir å holde igjen. Jeg velger å beskytte meg selv. Jeg blir terapeuten som er redd for å åpne opp og dele for mye, som holder igjen og beskytter meg selv, som er utforskende på når og hvor mye jeg som terapeut skal utveksle og dele (personlighetsfunksjonen). Jeg tenker det samme skjer med klienten, at det er noe vi gjør sammen og at vi regulerer oss i forhold til hverandre.

## Kasusbeskrivelse II

Vi rekker så vidt å sette oss før klienten er i gang med det som presser på. Han ønsker å snakke om sex, men sier han er redd for at det er dumt å snakke om, og at han frykter å bli avvist.

K: – *Jeg har tenkt mye siste uken. Det er ting jeg kunne tenke meg å snakke og det tar ikke så lang tid. Synes det er vanskelig å snakke om. Mye har preget meg rundt separasjon. Det startet egentlig for ti år siden og frem til i dag og det er et tøft liv som startet med fullstendig avvísning følelsesmessig og sex. Et ord vi ikke har snakket om, åhh jo du nevnte det sist. Føles dumt.*

T: – *Å snakke om sex.*

K: – *Bli så intimt, har aldri snakket med noen om det. Vi er såpass nære. Vanskelig tid å ikke ha noen former for sex. Mener da det som skjer mellom to mennesker så jeg hadde jo følelser og behov. Alenesex blir en utvei for å dempe et trykk. Etter hvert så ble utløsningene som.. uken etter fikk jeg en voldsom tomhet og ensomhetsfølelse. I disse årene tok ensomhetsfølelsen av. Kunne vare i noen dager. Før dette hadde vi god sex. De siste ti årene gikk det over til alenesex. Jeg har vanskelig med fokuseringen merker jeg. Jeg merker at jeg synes det er vanskelig å se på deg.*

Jeg legger merke til at klienten prater mer enn jeg har opplevd tidligere. At ordene nærmest strømmer ut av munnen hans. Det er første gang jeg har erfart at en klient tar opp tema sex i terapi. Jeg sitter stille, kroppen min er i ro. Klienten forteller videre at han har invitert en venninne på tur til Spania, og han forteller om redselen for å bli avvist. Den eksistensielle frykten for å bli forlatt og avvist blir figur for meg. Behovet for å styrke klienten til å tåle å bli

avvist, gir meg en impuls. Jeg følger impulsen og spør klienten om han vil bli med på et eksperiment. Klienten blir med i eksperimentet og lukker øynene. Etter en liten stund åpner han øynene. Han er stille og ser på meg. Jeg deler fenomenologisk det jeg hører og ser.

T: – *Hører du puster og ser at du åpner øynene.*

K: – *Når jeg lukker øynene så holder jeg virkeligheten ute. Nå ble jeg redd for avvísning så da må jeg åpne øyne. Måtte inn i verden igjen. Godt å ha delt det.*

Det skjer noe i kroppen min. Jeg kommer i kontakt med avvísning i meg selv og det å ikke få til eksperimentet. I hodet fyker det mange tanker rundt. Jeg retter meg opp i stolen og ser rett på ham.

K: – *Vært viktig å si det. Jo, dette er så viktig. Egentlig der hele historien har begynt. Så å unnlate det spørsmålet er å lyve for meg selv. Dette er det beste jeg har gjort. Avvísning og kjærlighet. Ingen ting imellom. Godt og vondt å ha det sånn. En evne jeg har. Når jeg har delt det så blir det fjernere.*

T: – *Ja, så når du har delt det du har delt så blir følelsen av avvísning fjernere.*

K: – *Ja, for da er jeg ikke alene om det. Sånn er det.*

T: – *Det gir mening for meg det du sier, at jo mer vi deler av det og det (tar meg til brystet) jo mindre blir presset her og her (tar meg til brystet).*

K: – *Nå er det mye inne i meg her. Nesten som en varm stråle. Godt.*

Tar seg til brystkassen sin.

T: – *Som skjedde nå, fortell?*

Jeg skvetter og sperrer opp øynene. Godt, sier han og tar seg på brystkassen sin. Tidligere har han bare snakket om vonde følelser når han har tatt seg til brystkassen. Noe annet skjer. Jeg blir forvirret og vil forstå.

K: – *Det du sa om å dele noe, så blir det vonde mindre og det gode bedre, jeg føler nå at, gudskjelov at jeg klarte å gjennomføre å fortelle det jeg har fortalt.*

T: – *Jeg er takknemlig for det du har fortalt i dag. Jeg kjente på alvor og hjertebank når du kom til samtalen i dag og jeg så på deg at det var noe du hadde lyst til å snakke om. Du delte noe som var vanskelig for deg og det gjør meg ydmyk.*

Jeg kommer i kontakt med takknemlig og ydmykhet og deler dette.

K: – *Det føles godt.*

T: – *Ser du er blank i øyne.*

K: – *Er det.*

Puster høylytt.

T: – *Ser du svelger og hører du puster.*

Klienten sitter stille og ser på meg. Jeg beskriver det jeg ser og det jeg hører. Vil gi klienten tid. Samtidig som tiden vår er ute og vi må avslutte.

K: – *Takk skal du ha!*

Puster høylytt.

T: – *Hvor er du hen nå?*

K: – *Jeg kjenner masse gode følelser og det er derfor jeg får tårer i øynene.*

Han tar seg til brystet. Vi er begge beveget. Det er noe annet som har skjedd i denne samtalen. Vi prøver å la det synke sakte innover oss mens vi sammen puster høyt.

## Refleksjon og drøfting II

I denne delen ønsker jeg å vise hvordan jeg arbeider med eksistensielt press i terapi ved å vise til ideen om sex og ufullkommenhet.

Klienten kommer til samtalen og vil snakke om sex, det er behovet hans. Jeg blir opptatt av å støtte klienten slik at han kan komme ut med det som presser på. Perls (Clarkson/Mackewn 1993) mener de fleste klienter behøver terapeutens støtte. Jeg støtter gjennom aktiv lytting, nikking og ved å lage lyder og vise at jeg tåler å høre det han har å si om sex. Zinker (1987) beskriver det som det å være villig til å stå i situasjonen uansett hvor vanskelig den er. Det er første gang en klient tar opp sex i terapien og det forundrer meg hvor trygg og rolig jeg er i situasjonen. I et lite øyeblikk er jeg i kontakt med min egen fullkommenhet (personlighetsfunksjon). I min egen følelse av fullkommenhet er det som om jeg glemmer meg selv og min egen seksualitet. Det er som om jeg nærmest ikke tar innover meg hva vi snakker om.

Klienten sier videre i samtalen at han skal til Spania med en venninne og at han er redd for avvisning. Den eksistensielle frykten for å bli forlatt og avvist blir figur for meg. Jeg kommer i kontakt med egen smerte over tidligere avvisning og får behov for å beskytte klienten for denne smerten ved å eksperimentere. Jeg blir usikker på om klienten er med på eksperimentet som en impuls, eller om han velger å bli med. Og det sjekkes ikke ut med klienten. Etter en stund åpner han øyene fordi han nettopp er redd for å bli avvist. Ved å åpne øynene viser han hvordan han responderer på eksperimentet med hva han vil eller ikke vil gjøre (egofunksjonen). Ved å gå til det å eksperimentere, prøver jeg å få til en løsning og få bort et problem. Jeg er ikke i det som er, men forlater ham istedenfor å styrke ham. Og på den måten øker jeg faren for det han fryktet, avvisning.

Jeg har ikke kontakt med hva som skjer i meg når han åpner øynene og puster. Isteden deler jeg fenomenologisk det jeg ser og hører. Jeg kommer i kontakt med meg selv og følelsen av avvisning og utilstrekkelighet, den ufullkomne terapeuten som ikke får til eksperimentet (personlighetsfunksjonen).

Jeg blir veldig opptatt av å overbevise klienten, og kanskje også meg selv, om at det ikke er vanskelig for meg at han snakker om sex, som for å unngå en potensiell ny avvisning. Innerst inne er jeg ikke sikker på hva jeg egentlig mener om dette, jeg har ikke kontakt med denne delen av meg selv.

Klienten føler seg ikke avvist og forlatt, han går videre. Han er i det som er, det er som om han er på sporet. Situasjonen tåler at jeg ikke er en fullkommen terapeut, isteden skapes noe annet. En omorganiseringsprosess skjer mellom meg og klienten, vi organiserer oss på en måte som ut fra situasjonen, gir oss mest mulig mening. Vi fortsetter å utforske betydning av å få delt tanker rundt sex. Klienten føler at avvisning ble fjernere når han deler tankene rundt sex, for da er han ikke alene om det. Jeg gjentar det han sier om å dele og bruker brystkassen min som redskap for å tydeliggjøre. Polster/Polster (1974) beskriver det som å være åpen og nysgjerrig, jeg hjelper klienten til å utforske og klargjøre sin egen forståelse. Vi utforsker sammen. Det er som om ingen ting er fullkomment eller ufullkomment lenger.

På slutten av samtalen er det som vi begge er berørt og trenger tid og ro til å fordøye og la det vi har erfart synke sakte inn. Han deler, og jeg deler at jeg er takknemlig og ydmyk over at han deler. Masquelier (2006) sier det er viktig at terapeuten holder igjen sine svar på hva som skjedde. Selv har jeg ikke svar på hva som skjedde, så derfor spør jeg ham. Klienten sier at det «betyr mye for ham at han klarte å gjennomføre og fortelle alt, og at det vonde ble mindre og det gode bedre». Klienten beskriver en forandring og tar seg til brystet for å beskrive den gode følelsen. Beisser (1994) beskriver det som at forandring og vekst først skjer når man tillater seg å være den man er i øyeblikket. Når man blir den man er og ikke når man forsøker å bli det man ikke er. Tidligere har klienten tatt seg til brystet når det har vært snakk om vonde følelser som presser på, nå gjør han det for å beskrive en god følelse. Det er noe annet som skjer, en forandring, noe eksistensielt.

## Konklusjon

I denne artikkelen viser jeg hvordan jeg jobber med eksistensielt press i terapi ved å vise til ideer om død, ensomhet, ufullkommenhet, sex og avvisning knyttet opp mot teorien om selv.

Det at jeg har utforsket sider ved meg selv i forhold til eksistensielle press, har bidratt til at jeg i samtale med klienten har kunnet velge å dele av meg selv. Jeg har vist hvordan jeg kan bruke meg selv som intervensjon gjennom engasjement, trygghet, innsikt, respekt og kunnskap. Sammen har vi utvekslet



erfaringer, historier og vår egen sårbarhet. Gjenkjennelsen og erkjennelsen av at vi er mer like enn ulike ble der klienten og jeg møttes. Buber (2002) beskriver det som den fremste gaven jeg kan tilby min klient, at jeg kan være fullstendig til stede og fullt menneskelig.

Jeg har vist hvordan alminneliggjøring og menneskeliggjøring av utfordringer vi alle står i på en eller annen måte, kan bidra til at det eksistensielle presset kommer til overflaten. Videre at felles involvering og tilstedeværelse kan skape en forløsende kontakt som setter i gang følelser og tankeprosesser. Masquelier (2006) beskriver det som en felles objektiv arbeidsallianse hvor vi øker bevisstheten og sammen finner vi den beste balansen. Sammen organiserer oss på en måte som ut fra situasjonen gir oss mest mulig mening.

Det viktigste jeg har vist med denne artikkelen, er at eksistensielt press er som smerte og uro – som går som skal leves, ikke problem som skal løses. De skal ikke løses med eksperimenter og svar, men møtes og behandles på dypeste alvor med forståelse, respekt og omsorg.

#### Litteraturliste:

- Beisser, A. (1994). Paradoxical Theory of Change. In: *The Gestalt Journal*. Vol. XXIV.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du*. J.W. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Clarkson/Mackewn, J. (1993) *Fritz Perls*. London: Sage.
- Masquelier, G. (2006). *Gestalt Therapy: Living Creatively today*. Existential pressures. New Jersey: The Analytic Press, Inc..
- Müller, B. (1984). Isadore From: His Contribution to the Theory of the Self, Ego, Id and Personality Function. In: *The Gestalt Journal*. Vol 14,
- Perls, F. S., R. Hefferline, & P. Goodman, (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. London: Penguin Books.
- Polster, E. & M. (1974). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory & practice*. New York: Vintage Books.
- Skottun, G. (1986-2006). *Gestaltterapi i praksis*. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Skottun, G. (2008). *Gestaltterapi, en eksistensiell terapi. I: S. Jørstad og Å. Krüger (red.) Den Flyvende Hollender, Festskrift*. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue and Process. Essays on Gestalt Therapy*. New York: The Gestalt Journal Press.
- Zinker, J. (1978). *Creative process in Gestalt Therapy*. New York: Vintage Book.
- Wollants, G. (2009) *Gestalt Therapy. Therapy of the Situation*. Turnhout, Belgia: Faculteit voor Mens en Samenleving.



DIKT

### Perlebandet

Eg har eit perleband  
På det har eg tredd  
alle dei  
gylne stundene i livet  
mitt

Perle for perle

Det er ikkje  
så verst  
langt

Men det er  
mykje tråd  
att

### Dører

Altfor lenge  
har eg stira på  
ei lukka dør

Gløymer  
den opne døra  
attom meg

### Tidleg vinterdag

Dei tynne  
nylagde isflaka  
liksom ber  
for seg

Nei, eg skal  
ikkje trø

Eg veit noko  
om å vere  
skjør

### Tvillingjentene

To tvillingjenter  
lever side om side  
i sinnet mitt

Den eine  
hoppar og dansar  
vil så mykje

Den andre  
trøytmar fort  
og stilnar

Eg veit aldri  
kven av dei  
eg vaknar med

*Diktene på disse sidene er skrevet  
av Gurid Bergem*

## BOKOMTALER

### En god bakgrunns- og oppslagsbok



#### **PSYKOLOGI OG PSYKISKE LIDELSER**

Forfatter: Kjell Magne Håkonsen  
Gyldendal Akademisk, Oslo 2014. 5. Utgave.  
Omtalt av Marit Slagsvold og Gro Skottun

Håkonsens bok er en innføringsbok i psykologifaget og i psykiske lidelser, rettet mot helse- og sosialfaglige utdanninger. I bokhandelen står boken på hyllen for «Sykepleievitenskap». Forfatteren er tidligere utdannet sykepleier, senere spesialist i klinisk psykologi med fordypning innen behandlingsarbeid og kognitiv terapi.

Psykologiboken er pensum i 1. klasse både på coaching- og gestaltterapistudiet ved NGL, med henvisning til boken på alle klassetrinn. Boken er godt egnet som en bakgrunns- og oppslagsbok for gestaltstudenter, og for gestaltterapeuter og coacher. Det er nyttig og nødvendig for eget klientarbeid og for samhandling med andre faggrupper å være kjent med psykologiens grunnleggende begreper, teori og kunnskap. Det er også viktig å være oppdatert på nyere forskning og kunnskap om psykiske lidelser.

Det kjennes trygt å ha denne boken i bokhyllen, kjenne til innholdet i den og ha kunnskap om den faglige konteksten gestaltfaget befinner seg i. Det er også

trygt at i denne konteksten er det viet plass til både gestaltpsykologi og gestaltterapi. En egen kvalitet er det at boken er revidert flere ganger, senest nå i år.

I forordet står det: «Til sammen gir boken en bred og omfattende innføring i psykologifaget, i kommunikasjon og i relasjonens kunst, samt i psykiske lidelser og behandlingsarbeid» (s. 7). Beskrivelsen stemmer med inntrykket av en bred og innholdsrik presentasjon av psykologi som fag, formidlet på en oversiktlig måte og med et enkelt og godt språk.

Boken består av seks deler: 1. Faget psykologi. 2. Utvikling og personlighet. 3. Tanke og kunnskap. 4. Sosiale prosesser. 5. Helse og mestring. 6. Psykiske lidelser. Delen om psykiske lidelser utgjør omtrent en tredel av boken, med sju av bokens 19 kapitler. Hvert av kapitlene oppsummeres med sentrale stikkord og spørsmål. Bakerst i boken er det en liste med faguttrykk og litteraturliste.

Håkonsen virker interessert i å fremheve psykologifagets fokus på relasjoner, og relasjonenes betydning for hvem et menneske er og blir. «Våre relasjoner til våre nærmeste og vår kulturelle tilhørighet bidrar til å forme oss» (s. 29). Hva forfatteren legger i «relasjonens kunst», forblir derimot mer uklart – og forholdet mellom klient og terapeut berøres i liten grad utover å vise til betydningen av empatisk innlevelse og kommunikasjon, med referanse til blant annet Carl Rogers (s. 223).

For oss som er spesielt interessert i gestaltfaget, er forfatterens gjennomgang av gestaltpsykologenes forståelse av oppmerksomhet og opplevelse av mening og sammenheng i kapitlet «Persepsjon og bevissthet» nyttig lesning. Her blir blant annet grunnlaget for gestaltterapiens figur/grunn-tenkning, forholdet mellom helhet/deler og loven om pregnans godt beskrevet.

Vi savner under gjennomgangen av sosiale prosesser, henvisning til Kurt Lewins felttenkning og hans forståelse og forskning på menneskelige og sosiale prosesser, noe vi tenker har vært grunnleggende i utviklingen av arbeidet med grupper og relasjoner.

Under kapitlet om psykiske lidelser er det gode refleksjoner i forhold til forskjellige syn på psykiske lidelser, diagnosetenkning og behandling, som kan være nyttige for gestaltstudenter, utdannede gestalt-coacher og terapeuter. På tross av dette hadde vi ønsket at forfatteren hadde utdypet forskjellen på paradigmer som finnes mellom medisinsk diagnosetenkning og en humanistisk og eksistensiell tilnærming.

I bokens siste kapittel «Arbeid med mennesker med psykiske lidelser» beskriver forfatteren forskjellige psykoterapeutiske retninger, deriblant gestaltterapi. Omtalen likner på det NGI har på sine hjemmesider og er dekkende for skolens tanker. I forfatterens beskrivelse av alternative behandlingsformer derimot,

nevnes ikke gestaltterapi. For oss bekrefter dette det problematiske og diskutabile i at den norske utgaven av Wikipedia beskriver gestaltterapi som en alternativ retning innen psykoterapi.

Valg av bilde på forsiden av Håkonsens bok vekker vår oppmerksomhet. Det er et ufokusert fotografi av en enslig mørk skikkelse på vei inn i en gusjefarget og gold tunnel. Uten lys eller utsikt i sikte. Det er lett å få assosiasjoner til psykiske lidelser, samtidig som det er vanskeligere å komme på tanken om et fag som befatter seg med «menneskets evne og mulighet til å finne mening i, forholde seg til og løse problemer» (s.19). En måte bildet kan gi mening på, er å se for seg at skikkelsen fortsetter å gå gjennom tunnelen for å ende opp inne i boken og finne oversiktlig og oppklarende kunnskap. Det er en mulighet.

## Forsøk på å forstå



### MYSTERIET MAMMA

Forfatter: Trude Lorentzen  
Oktober (Bestselgerforlaget) OSLO, 2014, 278 sider  
Omtalt av Liv Møklebust

Boka lå flere uker på bestselgerlisten og kan kjøpes i dagligvareforretninger. Forfatteren har vunnet Den store journalistprisen. Historien hennes har til nå et samlet opplag på 25 000 eksemplarer. Det handler om morens selvmord da hun selv var femten.

For meg står selvmord som selve Skrekken for en terapeut. Går det an å forstå hva som skjer, tyde tegnene på forhånd? Jeg vet bare at det sjelden er åpenbart.

Trude Lorentzen har forsøkt å forstå. Det er over tjue år siden det skjedde. Moren ble førtiseks år. Det var bare de to den gangen. Trude er selv blitt mor. Endelig er hun klar til å klatre opp på farens loft for å åpne eskene med morens etterlatte ting.

Med støtte i dagboka og allslags tilgjengelig materiale beskriver hun det som skjedde da hun selv var en ungjente, og det som skjer med henne nå. Vi får inn-

blikk i morens barndomshistorie og sykehusjournalene. Datteren ber noen av Norges fremste fagfolk på området om å vurdere fjorten A4-sider fra en gammel journal. De rister på hodet og sier helt forskjellige ting.

Forfatteren forteller konkret, nøkternt og billedlig. Boka er delt i små avsnitt og korte kapitler. Til slutt lister hun opp bøker «som har vært gode å lese når det har gjort vondt å skrive», og steder å hente hjelp. Sidene raser avgårde som i en kriminalroman. Jeg kan ikke huske å ha lest om plutselig sykdom og brå død på en slik måte før.

*Mysteriet mamma* er en datters kjærlighetserklæring til en mor som ikke klarte å leve, om hennes egen ubearbeidede sorg og frykten for selv å oppleve noe liknende.

Hvorfor mammaen valgte å dø forblir et mysterium. Det finnes ikke et oppklarende kapittel til slutt i boka, slik det gjør i kriminalromaner, der du gisper når du kommer til oppklaringen. Kakofoni kaller Lorentzen kapitlet der hun oppsummerer det navngitte spesialister i psykiatri og personlighetspsykologi, en nevropsykiater, en samfunnsmedisiner og eksperter i selvmordsforebygging skriver til henne etter å ha lest journalen. Hun får tilbake teorier og hypoteser som spriker i alle retninger. Det vises til et mylder av mulige årsaker og sammenhenger, noen presise, andre vage. Noen mener hun ble feilmedisinert, noen mener at hun har hatt en underliggende dyp depresjon lenge, og at krisen altså ikke var akutt.

Hva kan vi som terapeuter lære av dette? Hva har lesningen gjort med meg?

Kanskje jeg er kommet tilbake til det jeg alt vet, at det faktisk er umulig å forstå en annen til bunns, og at det er veldig mye vi ikke vet om psykisk sykdom og hva slags behandling som kan hjelpe.

De konsulterte ekspertene er vel enige om én ting, nemlig at ingen klarte å hjelpe denne kvinnen som var dypt ulykkelig, følte seg helt ubrukelig og tenkte at barnet hennes ville få det mye bedre uten henne.

Akkurat på det siste punktet er rådene fra selvmordforskerne klare: Den mor som uttaler at et barn vil få det mye bedre uten henne, lider av vrangforestillinger og må passes på. De tvangsbehandlet Trudes mor flere ganger, men ikke i noe av den over et år lange sykehistorien hennes ser jeg spor av en terapeutisk relasjon som kunne få henne til å føle seg mindre ulykkelig og mindre alene. Kanskje er det derfor denne historien gjør meg så trist.

En kvinnelig professor i samfunnsmedisin avslutter sin vurdering med at moren ikke fikk hjelp, hun fikk «...anti-hjelp, i vitenskapens navn og med en faglig selvtilit som tillot å karakterisere henne som "feil"». Hun er overbevist om at feilen er noe helt annet og ligger et helt annet sted, uten at den journalen som

hun har fått lese, gir innsikt i hva den består av eller hvor den ligger. Professoren beklager på faget vegne (side 190).

I gestaltterapi er *relasjonen* det viktigste i behandlingen. Det synes ikke, ut fra det som kommer fram i boka, som at Trudes mor ble invitert inn i noen nær relasjon til en behandler. Hun fikk en *diagnose* som karakteriserte henne som «feil». Denne historien har ikke gitt næring til en terapeuts skrekk for selvmord; den har styrket troen på relasjonen.

## BIDRAGSYTERE

## Bidragstere i dette nummeret

### Gurid Bergem

er utdannet bibliotekar og psykolog. Hun har over 30 års erfaring som terapeut og driver egen praksis i Drøbak. Gurid har skrevet dikt siden hun var lita jente og hadde sine første dikt på trykk som 11-åring i Norsk Barneblad. Først nå i høst, etter 56 år kommer bebutboken "Mjukt", som datteren Åsa har illustrert med fotografier.

### Eivind Bjørndal

er i gang med fjerde året som gestaltterapeutstudent ved NGI. Han har økonomisk/adminstrativ bakgrunn og Videreutdanning i veiledning fra Senter for Relasjonsutvikling ved Diakonissehjemmets Høgskole i Bergen i 2003. Bjørndal jobber som personlrådgiver i Vestvågøy kommune.

### Katrine Borgen

er gestaltterapeut (MNGF) utdannet ved NGI med egen praksis i Oslo. Hun har tidligere fulgt flere kurs ved Multidimens i Nederland og tar nå den toårige videreutdanningen «Developmental Somatic Psychotherapy» hos Ruella Frank i New York. Fra tidligere har hun veterinærmedisinsk grunnutdanning og doktorgrad fra Norges veterinærhøgskole. Hun har mange års erfaring fra forskning, veiledning og undervisning, både nasjonalt og internasjonalt, hovedsakelig innen folkehelseområdet.

### Camilla Bjelke Kachel

ble ferdig utdannet gestaltterapeut ved Norsk Gestaltinstitutt i 2014. Har grunnfag i sosiologi, kriminologi, offentlig rett og mellomfag i sosiologi fra UiO. Utdannet faglig veileder fra Diakonhjemmets Høgskole i 2010. Har jobbet innen rusomsorgen, pleie og omsorg og flere år innen sosialtjenesten. Jobber i dag med oppsøkende tjeneste, sosialrådgivning og eldre som er utsatt for vold og overgrep i Bærum kommune. Holder foredrag, har grupper, noe kurs og klientarbeid.

### Vikram Kolmannskog

er gestaltterapeut (MNGF) med privat praksis i Oslo. Han er også utdannet og arbeider som jurist med spesialisering i menneskerettigheter, filolog og samfunnsviter med en doktorgrad i retts sosiologi. Vikram har omfattende erfaring som forsker, lærer og skribent. For tiden skriver han på en bok med terapeutiske fortellinger som kommer ut i 2015. For mer informasjon se [www.VikramKolmannskog.no](http://www.VikramKolmannskog.no)

### Anne Marie Saxlund

ble ferdig utdannet gestaltterapeut i 2014 og går nå på etterutdanningen. Hun er også utdannet kreftsykepleier og veileder med spesialisering i konflikt-håndtering. Hun driver eget firma, Sunn Ledelse, på tiende året og arbeider i dag full tid med privat praksis som gestaltterapeut og konsulent innen lederutvikling og coaching.

## Norsk Gestalttidsskrift som vitenskapelig tidsskrift

Av Gro Skottun

Norsk Gestalttidsskrift ble godkjent som vitenskapelig publiseringskanal på nivå 1 av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) i 2012. En publiseringskanal er bøker, tidsskrifter, serier og nettsteder som er søkbare for forskere og andre interesserte. NSD skal sikre dataformidling og tjenesteyting overfor forskningssektoren og er et av verdens største arkiv for forskningsdata og formidler av data og datatjenester. NSD er dessuten et kompetansesenter som veileder forskere og studenter i datainnsamling, dataanalyse, metode, personvern og forskningsetikk. Hovedmålsettingen er å forbedre muligheter og arbeidsvilkår for empirisk forskning som først og fremst er avhengig av tilgang til data. NSD har ansvar for registeret over autoriserte publiseringskanaler. Dette er utgangspunktet for vitenskapelige publiseringer som gir uttelling i et offentlig finansieringssystem. Statistikk om vitenskapelig publisering blir brukt av Kunnskapsdepartementet til å fordele forskningsmidler. Dessuten vil artiklene forskere og forfattere publiserer i NGT bli kompetansegivende og telle med i deres akademiske cv. Dette er viktig i den akademiske verden i dag når man søker om å få sin akademiske kompetanse vurdert til stillinger på universitet og høyskoler. Nivå 1 er det laveste nivå i dette akademiske systemet, nivå 2 det høyeste og har stor internasjonal prestisje. Begrunnelsen for at NGT ble godkjent på nivå 1, var at det har fagfelleverderte artikler, at det er geografisk spredning av forfattere og abonnenter og at noen av artiklene er oversatte fagartikler.

Fagfellevurdering av artikler i NGT foregår ved at to personer med akademisk kompetanse (1. lektor eller doktorgrad) og med fagkunnskap innenfor området det skrives om, vurderer artikler i forhold til kriterier utarbeidet av NGT. Fagfellene er anonyme og vurderingene gjøres uavhengig av hverandre. Artikkelforfatteren er også anonym for fagfellene. Fagfellenes oppgaver er å vurdere artikler i forhold til akademiske krav og NGT sine kriterier. Utfra denne vurderingen gir fagfellene veiledende tilbakemeldinger til forfatterne, noe som hjelper dem til å skrive om eller videreutvikle artiklene før redaksjonen får dem til eventuell videre veiledning og publisering. NGT er heldige som har en gruppe godt kvalifiserte fagfeller som gjerne leser og vurderer artikler for publisering.

## ANNONSERE i Norsk Gestalttidsskrift

Redaksjonen har bestemt å åpne opp for annonsering i Norsk Gestalttidsskrift. Tidsskriftet har mange abonnenter som kan være interessante for annonsører å henvende seg til. Vi ser også for oss at dere som tilbyr kurs, grupper, undervisning eller konferanser kan finne dette attraktivt.

### Ferdig materiell

Annonser må være laget i 100 % størrelse i sort hvitt og av filtypen pdf. Der som det er bilder i annonsen bør de være i trykkkvalitet (300 dpi ved bruk i 100 % størrelse, eller tilnærmet dette). Bilder tatt fra nettet er i for dårlig oppløsning. Dessuten må man ha godkjenning, fra fotograf/eier av foto, til å bruke bildet i annonsen. Wordfiler er ikke brukbare til trykk.

### Størrelse og pris

Helside: 179 x 125 mm – Pris kr. 2.000,-

Halvside: 182 x 125 mm – Pris kr. 1.000,-

Kvart side: 41 x 125 mm – Pris kr. 500,-

Prisene forutsetter ferdig materiell fra annonsør, ved uferdig materiell må produksjonskostnader påregnes.

### Frister

Frist for annonsering i neste nummer er 20. april 2015.

Annonser/materiell sendes redaksjonen ved Ann Kristin Torp:  
akr-torp@online.no



## ADRESSER

til noen aktuelle tidsskrifter

Her er adresser du kan bruke for å abonnere

### BRITISH GESTALT JOURNAL

PO Box 420

BS99 7PQ

England

E-post: [admin@britishgestaltjournal.com](mailto:admin@britishgestaltjournal.com)

Internett: [www.britishgestaltjournal.com](http://www.britishgestaltjournal.com)

### INTERNATIONAL GESTALT JOURNAL

PO Box 1045

Highland, NY 12528-0990

USA

E-post: [tgjournal@gestalt.org](mailto:tgjournal@gestalt.org)

Internett: [www.igjournal.org/subscribers](http://www.igjournal.org/subscribers)

### GESTALT REVIEW

Gestalt International Study Center

PO Box 515,

South Wellfleet,

MA 02663

USA

E-post: [GestaltStudyIntl@aol.com](mailto:GestaltStudyIntl@aol.com)

Internett: [www.gestaltreview.com](http://www.gestaltreview.com)

## INFORMASJON

*Vil du skrive i Norsk Gestalttidsskrift?*

Vil du skrive i Norsk Gestalttidsskrift kan du henvende deg til redaktør Gro Skottun, [gro@gestalt.no](mailto:gro@gestalt.no) Påfør manuset fullt navn, adresse og telefonnummer.

Redaksjonen i tidsskriftet gir deg gjerne skriveveiledning. Denne prosessen kan ta tid, send derfor første utkast i god tid før utgivelse. På nettsiden [www.gestalt.no](http://www.gestalt.no) finner du tekstmal, samt rettleiding for rettskrivning, referanser i løpende tekst og referanseliste.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å bestemme layout og har også ansvar for den endelige utformingen av teksten før den sendes til trykking. Vi tilstreber konsekvens i språk og uttrykk og følger gjeldende normer for rettskrivning.

Vi forutsetter at tekster som er trykket i tidsskriftet ikke blir publisert andre steder før det er gått ett år. Ved senere publisering skal det opplyses at teksten har vært publisert i Norsk Gestalttidsskrift, årgang og nummer.

Vi venter spent på ditt bidrag!

## INNHold

### FRA REDAKSJONEN

#### FORSKNING

Psykoterapi virker!  
En selektiv oppsummering av  
The Heart and Soul of Change (første del)  
Av Eivind Bjørndal

Voldtekt og konfluens  
En kassstudie av terapi med en  
overgrep-utsatt kvinne  
Av Vikram Kolmannskog

#### TEORI OG PRAKSIS

To sider av samme sak  
Hvordan bruke metaforer i arbeidet  
med polariteter?  
Av Anne Marie Saxlund

Konfluens – kvelende eller helende?  
Av Katrine Borgen

Eksistensielt press i terapirommet  
Av Camilla Bjelke Kachel

#### DIKT

Perlebandet, Dører, Tvillingjentene og Tidlig vinterdag  
Av Gurid Bergem

#### BOKOMTALE

Psykologi og psykiske lidelser  
Av Kjell Magne Håkonsen  
Omtalt av Marit Slagsvold og Gro Skottun

Mysteriet mamma  
Av Trude Lorentzen  
Omtalt av Liv Møklebust

#### BIDRAGSYTERE

#### VITENSKAPELIG TIDSSKRIFT

#### ANNONSERE I NGT

#### AKTUELLE ADRESSER

#### INFORMASJON

ISSN-1503-8912