



NORSK GESTALTTIDSSKRIFT

ÅRGANG X
NR 2 • HØST 2013

NORSK GESTALTTIDSSKRIFT

REDAKTØR:
Gro Skottun

I REDAKSJONEN:
Line Sofie Adams
Jon Eivind Amundsen
Bodil Fagerheim
Mette Kjeldahl
Liv Møklebust
Ann Kristin Torp

ADRESSE: Norsk Gestalttidsskrift
NGI, Pilestredet 75c, 0354 Oslo

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. Nærmere informasjon om redaktør og redaksjonsmedlemmene finner du på www.gestalt.no

Norsk Gestalttidsskrift redigeres etter Fagpressens redaktørplakaten, Vær varsom-plakaten 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	BOKOMTALE	86
FORSKNING	6	Tørst	87
Forskning på gestaltterapi – del 2	7	Svein Roger Nilsen	
<i>Av Uwe Strümpfel</i>		<i>Omtalt av Hege Dahl</i>	
<i>Oversatt av Line Sofie Adams</i>		BIDRAGSYTERE	89
Intervju med Uwe Strümpfel – del 2	31	AKTUELLE ADRESSER	92
<i>Av Liv Møklebust</i>		INFORMASJON	93
Fungerer terapi? En forskers tanker	35		
<i>Av Helge Sverre Risan</i>			
TEORI OG PRAKSIS	42		
Kjønnsidentitet og polaritetsteori	43		
En kasusstudie av en samtalegruppe med transpersoner			
<i>Av Vikram Kolmannskog</i>			
Gammal dritt!!!			
Kreativ tilpasning og arbeid med klienter utsatt for langvarig traume	56		
<i>Av Katrine Borgen</i>			
Ser du deg i meg?	67		
Arbeid med barn med psykisk utviklingshemning; projeksjon og empati			
<i>Av Annemette Nilsen</i>			
Kaos og kjærlighet	77		
<i>Av Unni Mollerud</i>			

FRA REDAKSJONEN

I løpet av sommeren kom den gledelige meldingen fra NOKUT (Norsk organ for kvalitet i utdanning) at NGI opprettholder akkrediteringen av terapiutdanningen med 120 studiepoeng. Utdanningen har vært til revisjon et par år, og det er blitt investert mye tid og penger for å tilfredsstille alle kravene det er til en høyskoleutdanning. Dette arbeidet har blant annet medført økt satsning på forskning og fagutvikling, noe dette og forrige nummer av *Gestalttidsskriftet* bærer preg av. Godkjenning av tidsskriftet på nivå 1 (se forrige nummer) har dessuten medført at det blir lagt ut digitalt på NORART (Norske og nordiske tidskriftsartikler, Nasjonalbiblioteket) sin database. Dette betyr at publiserte artikler blir søkbare på nøkkelord og forfattere fra og med vårutgaven 2013. Dette håper vi kan være til hjelp ved artikkel- og oppgaveskriving for studenter, både ved NGI og andre høyskoler.

Hovedgrunnen til at vi arbeider spesielt med å få, eller forskningsbasert undervisning i høyskolesystemet. Videre grunner er *krav utenfra* for å få bevilgninger til forskning, og dessuten behovet for anerkjennelse for å få klienter. Til sist har det betydning for *deling av erfaringer innad i miljøet*, ved å vise til hva gestaltterapeuter faktisk og fenomenologisk gjør. Vi ser med glede på NGF sitt medlemsblad *Gestaltterapeuten* sin satsning på samme tema de siste numrene og tror det er en god støtte for de to siste argumentene.

I dette nummeret følger vi opp temaet ved publisering av andre del av Liv Møklebust sitt intervju med Uwe Strümpfel og siste del av hans artikkel om forskning på gestaltterapi oversatt av Line Sofie Adams, godt hjulpet av Liv Møklebust. Vi har i tillegg et intervju med Bruce Wampold ved Helge Sverre Risan. Wampold er en av fire forfattere som både har forsket og samlet forskningsmateriale i forhold til hva som virker i psykoterapi. Resultatene er publisert blant annet i boka *The Heart and Soul of Change*.¹ Wampold deler i intervjuet noen resultater av funn som er gjort i denne forskningen og reflekterer rundt konsekvenser dette kan få for retninger innen humanistisk psykoterapi.

1. Duncan, B.L. et. al. (2011). *The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy*. Washington DC: American Psychological Association.

Vikram Kolmannskog har skrevet en meget interessant fagfelleurdert artikkel som heter «Kjønnsidentitet og polaritetsteori» der han beskriver sitt arbeid fra en samtalegruppe med transpersoner. I artikkelen utforsker han kjønnsteori, polaritetsteori og hvordan hans terapeutiske arbeid virker i gruppen. Dette er en original og informativ artikkel som er leseverdig både for terapeuter og studenter. Unni Mollerud har skrevet en artikkel om hvordan en gestaltcoach arbeider med en klient i en gruppe bestående av mennesker som har mistet arbeid eller helse eller begge deler, og trenger hjelp til å komme videre i livet. Det er mange gestaltterapeuter og coacher som arbeider med slike klienter i firmaer på oppdrag fra NAV, og derfor tenker vi at det er viktig å vise eksempler fra denne arbeidshverdagen.

Katrine Borgen beskriver i sin artikkel «Gammal dritt!!!» en klient som har vært utsatt for langvarig traume, og diskuterer arbeidet de gjør sammen i lys av Perls teori om «unfinished business» og kreativ tilpasning. Hun viser hvordan terapeutisk arbeid kan åpne opp for endring og nye valgmuligheter.

I artikkelen «Ser du deg i meg?» viser Annemette Nilsen hvordan hun har arbeidet med projeksjon og empati i møte med et barn med psykisk utviklingshemming. Hun tydeliggjør hvordan evnen til empati henger sammen med evnen til å ta projeksjoner tilbake, og samtidig hvor viktig projeksjoner er i møte og samhandling, når språket mangler – og forståelsen av hverandre er overlatt til tolkning av signaler.

Vi har også med en kort bokomtale denne gangen. Hege Dahl har omtalt romanen *Tørst*, skrevet av Svein Roger Nilsen, en bok om en alkoholikers reise til en mulig edru tilværelse, sett i lys av teorien om paradoksal endring.

Gro Skottun
Redaktør

FORSKNING

Forskning på gestaltterapi¹ – del 2 Av Uwe Strümpfel

Oversatt av Line Sofie Adams

Vi tar opp tråden fra forrige nummer, og i denne delen av Strümpfels review-artikkel vil vi gå inn i paradigmer som knytter terapeutiske prosesser opp mot langtidseffekten av terapi. Til slutt vil vi drøfte forskjellige effekter av gestaltterapi basert på kliniske evalueringsstudier, og gjøre en sammenligning med andre psykoterapeutiske behandlingsformer.

NØKKELOORD: *gestaltterapi, prosessforskning, kliniske studier, langtidseffekt*

Kliniske studier

Meta-analyser av empiriske studier (Smith et al. 1980; Shapiro og Shapiro 1982; 1983; Grawe et al. 1994) har vist at kognitiv atferdsterapi ser ut til å være mer effektiv enn psykoanalyse, gestaltterapi og klientfokustert terapi, som sammen har delt andreplassen. Men, når man ser på funnene i kliniske studier som helt konkret sammenlikner de forskjellige terapiformene, er det et ganske annet bilde som trer frem. Samtlige av studiene som direkte sammenlikner gestaltterapi og kognitiv atferdsterapi, avdekker at det ikke finnes noen forskjell (Strümpfel 2006). Her kan vi blant annet nevne studier på tre

1. Forfatteren ønsker å uttrykke sin takknemmelighet til Leslie Greenberg, Frank-M. Stammeler og Gary Yontef for deres støtte og gjennomgang av originalversjonen av dokumentet.

kliniske undergrupper: (a) ikke-psykotiske psykiatriske pasienter (Cross et al. 1980; 1982); (b) klienter med depressiv lidelse (Beutler, Engle et al. 1991; Beutler et al. 1993) og (c) hiv- og aids pasienter med mange reaktive forstyrrelser som angst og depresjon (Mulder et al. 1994).

Tabell 2 (se side xx) viser en oversikt over 31 forskjellige kliniske studier som er utført på gestaltterapi, slik terapiformen praktiseres ved sykehus og i privat praksis. Jeg har kun tatt med studier som har ordet «gestaltterapi» i beskrivelsen. Dette førte til utelatelse av enkelte studier som andre forfattere av meta-analyser har klassifisert som gestaltterapi (blant annet en studie av Beutler et al. 1984).

Studiene er gruppert i henhold til diagnostisk informasjon. Rad to gir informasjon om hoveddiagnose, angitt av forfatterne. Den tredje raden inneholder behandlingsform (gestalt, blandet eller prosessbasert, eksperimentell terapi). Der hvor det har blitt benyttet kontrollgruppe, er det dokumentert ved hjelp av et plusstegn i den neste raden. Videre gis det informasjon om type setting, eller situasjon (innlagte eller dagpasienter, individual- eller gruppe-terapi, hvilken type statistisk data som er gitt, sammenlikninger før-etter eller av kontrollgruppe etc.).

Studiene kan karakteriseres på følgende måte:

- 18 er ren gestaltterapi
- 13 er gestaltterapi i kombinasjon med andre terapiformer, hvorav 2 er prosessbasert, eksperimentell terapi (P/E), og 2 er manualbasert gestaltterapi (FEP).
- 13 er kontrollgruppestudier
- 8 er studier som sammenlikner terapiformer
- 4 er oppfølgingsstudier
- 2 studier er pågående (i skrivende stund)

De diagnostiske hovedkategoriene er:

- schizofreni: 2 studier
- andre psykiatriske innlagte og dagpasienter med personlighetsforstyrrelser: 4 studier
- affektive forstyrrelser: 7 studier
- avhengighet: 4 studier
- psykosomatiske forstyrrelser: 4 studier
- spesialgrupper og psykososialt helsevern: 5 studier

Studiene med best kvalitet som har vist til de største virkningene, og er blitt publisert, er de som dreier seg om affektive forstyrrelser. Det gjelder manualbasert gestaltterapi (Beutler, Engle et al. 1991; Beutler et al. 1993) ved DSM-III depressiv lidelse. Det samme gjelder for prosessbasert, eksperimentell terapi (Watson og Greenberg 1996; Greenberg og Watson 1998; Goldman et al. 2000; Mestel og Votsmeier-Röhr 2000) og tradisjonell gestaltterapi ved depressive reaksjoner, sammenliknet med kognitiv atferdsterapi av Mulder et al. (1994). Mulder et al. (1994) undersøkte to grupper aids pasienter som viste tegn på angst og depresjon.

Videre finnes det en rekke gode kvalitetsstudier på psykiatriske pasienter. To mindre studier med kontrollgrupper som forsker på schizofrene pasienter som er innlagt: hvorav en kan vise til moderate resultater (Serok og Zemet 1983) og en til gode resultater (Serok et al. 1984), samt en studie av Cross et al. (1980; 1982), bestående av en terapeutisk kombinasjon av transaksjonsanalyse og gestaltterapi.

Videre har vi studien (med kontrollgruppe) av Wolf (1999; 2000a; 2000b), så vel som en studie (uten kontrollgruppe) på ikke-psykotiske psykiatriske pasienter i et langsiktig oppfølgingsprogram etter utskriving (Schigl 1998; 2000). I tillegg foreligger det en rekke studier på pasienter med blandede diagnoser (jeg har brukt hoveddiagnoser for å kunne klassifisere dem), i hovedsak personlighetsforstyrrelser. Utfordringen med studiene på avhengighet, er at de vanligvis er utført på innlagte pasienter i kontekster der det har vært en blanding av gestalt- og miljøterapi.

Det finnes også en gruppe kvalitativt sett gode, rene gestaltterapistudier, alle med kontrollgruppe, på psykosomatiske forstyrrelser. De fleste av disse ble utført ved smertebehandling på psykosomatiske behandlingssteder, hvor det ble benyttet gestaltterapeutisk tilnærming under behandlingene. Til slutt finnes det en rekke studier på forskjellige grupper, som barn, ektepar med mere. I de følgende avsnittene vil samtlige effektstudier bli diskutert i detalj.

Psykiatriske pasienter

Vi har allerede referert til prosessfunn fra studien på psykiatriske dagpasienter (Cross et al. 1980; 1982). Verken evalueringsdata fra kognitiv atferdsterapi, eller kombinasjonen av gestaltterapi og transaksjonsanalyse, viste noen forskjeller i noen av gruppevariablene (målsymptomer, sosial- og personlighetsfunksjoner og psykiatriske vurderinger). Til tross for at gestaltterapi ikke er symptomrettet, så gestaltterapien mot slutten av studien ut til å vise sterkere

symptomreduksjon enn den kognitive terapien når det gjaldt målsymptomene og terapeutenes generelle vurderinger. Under oppfølgingen etter fire og tolv måneder, fremgikk det ingen statistiske forskjeller mellom de to terapiformene (Cross et al. 1982).²

Tradisjonelt sett er kognitiv atferdsterapi ansett som den beste behandlingsformen for sterkt forstyrrede, psykiatriske pasienter. Funnene vi viser til ovenfor viser dog at gestaltterapi er et like egnet alternativ. Esser et al. (1984) utførte en undersøkelse av tretti klienter med psykonevrotisk lidelse, som alle hadde profiler som liknet profiler fra et psykiatrisk utvalg pasienter. En behandlingsform kombinerte klientorientert terapi med utvalgte nærgående gestaltintervensjoner, mens den andre behandlingsformen var utelukkende klientorientert. Tjue terapeuter hadde kontrollfunksjon for seg selv og jobbet med klienter i begge gruppene i løpet av ti 45-minutters terapitimer. Forskerne var spesielt interessert i effekten av «nærgående gestaltintervensjoner» og i å finne ut hvor dyptgripende klientene opplevde dette. Resultatene viste langt sterkere og dypere opplevelser hos klientene som ble behandlet med kombinasjonen av klientorientert terapi med nærgående gestaltintervensjoner, men det ble ikke dokumentert noen signifikant sammenheng mellom dybde av opplevelsen og fremgang hos klientene. Forskerne undret seg over den manglende sammenhengen, spesielt fordi forskningsprosjektet var et forsøk på å gjenskape en tidligere studie som hadde vist betydelig sammenheng mellom opplevelse og effekt.

En liknende gruppe, det vil si et utvalg psykiatriske pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser, ble behandlet i to grupper som drev maratontterapi (dag eller helg) av Greenberg et al. (1978), for så å bli sammenliknet med hverandre, og en kontrollgruppe bestående av ubehandlede klienter. De mest vesentlige forskjellene dreide seg om personlighetsforstyrrelser, selvbylde og interpersonlige relasjoner. Klientene vurderte maratontterapien som veldig nyttig. I nærmest alle personlighetsfunksjonene ble det påvist positiv endring, og spesielt klientenes selvbylde hadde blitt styrket, sammenliknet med kontrollgruppen. Oppfølgingsresultatene etter en uke viste at de fleste av de positive endringene holdt seg stabile. Funnene til Greenberg et al. (1978) og

2. Når man ser på oppfølgingsdata av behandlingseffekt, må det tas hensyn til at i gruppen som ble behandlet med kognitiv atferdsterapi, var det flere som falt ut, som igjen førte til en minimering av avvik for denne behandlingsformen. Rådataene viser at resultatet av de to terapiformene er identiske.

Cross et al. (1980, 1982) underbygger hverandre som eksempler på effekten av å benytte gestaltterapi på psykiatriske dagpasienter – henholdsvis med maraton-gruppeterapi og individualterapi.

Forskning på en blandet gruppe innlagte psykiatriske pasienter (Hartmann-Kottek 1979), inkludert oppfølgingsdata 12 måneder etter utskriving, samt forskning på psykotiske pasienter³ diagnostisert med schizofreni (Serok og Zemet 1983; Serok et al. 1984), viser at gestaltterapi er effektivt som behandlingsform, også ved psykiatriske institusjoner. Her er funnene fra studien til Serok et al. (1984) av spesielt stor interesse. Det er funn fra intensiv gestalt-gruppeterapi av en liten gruppe schizofrene pasienter, som alle viser tegn til endring i: (1) opplevelsen av seg selv og andre, (2) seg selv og personlighetsfunksjoner og (3) personalets vurdering av atferd (aggresjon, kommunikasjon og kontakt). Sammenlikning med en ubehandlet kontrollgruppe med pasienter, viste statistisk signifikante endringer på forskningsområdet (med unntak av ett av 18 undernivåer). Pasientene oppnådde klart definerte forbedringer i deres oppfattelse av seg selv og andre, og personlighetsforstyrrelsene ble redusert, spesielt i form av velvære. Personalet rapporterte om en reduksjon i antall verbale og fysiske angrep, samt forbedret kontakt og kommunikasjon med andre.

Substansavhengige grupper

Studier med innlagte pasienter er ofte preget av at effekten av den psykoterapeutiske behandlingen er blandet med andre medbestemmende faktorer, som for eksempel miljøterapi, arbeidsterapi og medisinsk behandling. Dette gjør seg særs gjeldende ved forskning på substansavhengige grupper, fordi denne pasientgruppen gjerne mottar flere former for behandling samtidig. Vanligvis kan studier på effekten av gestaltterapi i en sykehussituasjon kun gi informasjon basert på summen av de ulike behandlingsformene.

En studie av Moran et al. (1978) er relevant i denne sammenhengen. De tok for seg den psykologiske og fysiologiske effekten av ti timer med gestalt- og kropporientert terapi. Til tross for behandlingens korte varighet, førte sykehusoppholdet til en forbedring på rundt 30 % på følgende variabler: blodtrykk, angst, hysteri, følelsesmessig tilstand og selvbylde.

3. Disse funnene ble understøttet i en avhandling av Rosner (1996).

Også studier på kjemisk avhengighet bør vurderes nøye i situasjoner der terapien har blitt utført innenfor behandlingsmiljøet ved et sykehus. Resultatene av oppfølgingsdataene (opp til ni år etter utskrivelse) er allikevel oppløftende når det gjelder avholdenhet fra narkotikamisbruk (Ludwig og Vormann 1981) og personlighetsutvikling (Röhrle et al. 1989). Röhrle et al. dokumenterte en reduksjon i depresjonssymptomer ved slutten av behandlingen mot kjemisk avhengighet, samt stabilitet i forbedringen etter fire år, ved hjelp av en oppfølgingstest. En annen studie på kjemisk avhengighet behandlet med gestaltterapi og miljøterapi (Ludwig og Vormann, 1981), viste en langsiktig avholdenhetsgrad på 70 % blant tidligere avhengige. De foreløpige resultatene fra et etterbehandlingsprosjekt i Berlin (i skrivende stund upublisert) viser en enda klarere trend som tyder på langsiktig avholdenhet blant opiatavhengige og personer som er avhengig av flere rusmidler.

Psykosomatiske forstyrrelser og kroniske smerter

Behandling av funksjonssmerter med gestaltterapi har ført til redusert bruk av legemidler (Teegen et al. 1986).⁴ To studier har tatt for seg effekten av gestaltterapeutisk behandling både for psykosomatiske forstyrrelser og kroniske smerter, og begge studiene ble utført ved psykosomatiske behandlingsinstitusjoner. Heintz (1998) foretok en studie med 123 pasienter som alle led av kroniske rygg smerter. Seksti av pasientene ble delt inn i tre forskjellige behandlingsgrupper. Tretti pasienter ble satt på venteliste i to kontrollgrupper, mens de resterende trettitre pasientene ble delt inn i to kontrollgrupper. Behandlingsgruppene mottok rundt førti timer gestaltterapi, som ble utført i løpet av fem dager. Ortopediske klager, kroppslige fornemmelser, sosial og annen type atferd, personlighet og opplevelse av smerte ble registrert, og det ble gjort vurderinger før og etter behandling, samt ti uker og tolv måneder etter at terapien var avsluttet.

Videre ble det foretatt to statistiske analyser av dataene: Den første gjelder endringer i ulike variabler av tiltakene nevnt ovenfor (Müller og Czogalik 1995). Den andre analyserer effekter av forskjellige behandlingstidspunkter (Czogalik et al. 1995). Det ble påvist forbedringer i alle områder av behand-

4. Hill et al. (1989) har også foretatt en studie med en liten gruppe bestående av seks pasienter med revmatoid artritt.

lingen, og forbedringene var stabile også ved oppfølging ett år etter behandling. Forbedringene var mest fremtredende ved (a) affektive forstyrrelser, (b) utfordrende opplevelser og atferd, og (c) fysisk velvære. Endring i pasientenes smerteopplevelser var ikke fullt så fremtredende som endringene når det gjaldt andre, psykososiale symptomer. Faktoranalyser utført kort tid etter, og etter ett år, avslørte en økning i pasientenes følelse av aksept, trygghet og beskyttelse innad i gruppen.

Sandweg og Riedel (1998) kom frem til liknende resultater i et langsiktig oppfølgingsprosjekt over en fem-års-periode. I løpet av den perioden ble 220 pasienter behandlet med gestaltterapi, og studien inneholdt også en runde med oppfølgingsspørsmål utført ett og tre år etter at terapien var avsluttet. Pasientene besvarte da spørsmål om de plagene som i utgangspunktet hadde bragt dem til behandlingsstedet. På lik linje med Heintz (1998) studie, ble det her avdekket større reduksjon i psykososiale symptomer enn i selve smertene. Her er det dog slik at disse resultatene kan representere et statistisk fenomen, i og med at ingen av studiene benyttet standardiserte målemetoder for smerteopplevelse. Det vi uansett kan si, er at 55 % av pasientene rapporterte om redusert smerte etter å ha mottatt gestaltterapi.

Affektive forstyrrelser

Den vanligste lidelsen blant klienter i privat praksis er affektive forstyrrelser. To studier som gjør sammenlikninger med kognitiv atferdsterapi, viser effektiviteten av gestaltterapi på dette området: Mulder et al. (1994) for gestaltterapi, og Beutler et al. (1991; 1993) for manualbasert gestaltterapi (FEP). Ingen av de to studiene kunne dokumentere noe forskjell verken når det gjaldt generell terapieffekt eller behandlingstid, med de måleverktøyene for depresjon som ble benyttet⁵. Det ble heller ikke registrert noen forskjeller når det gjaldt generelle, symptomatiske variabler eller psykiatiske forstyrrelser.

I Mulder sin studie (Mulder et al. 1994), ble en gruppe dagpasienter med hiv og aids behandlet med kognitiv gruppeterapi og gestaltgruppeterapi. En stor andel av dem led av depresjon og angst, noe som er veldig vanlig blant slike pasienter. Forfatterne kunne bekrefte at de ikke fant noen forskjeller i effekten av de to behandlingstidspunktene for de variablene som ble vurdert, bortsett fra i

5. Disse funnene ble understøttet i en avhandling av Rosner (1996).

pasientenes subjektive evalueringer. Studien sanket informasjon om endringer i affektiv tilstand, emosjonelle uttrykk, psykiatriske symptomer, mestingsstrategier og den sosiale støtten pasientene selv oppsøkte. Mulder et al. (1994), som sammenliknet gestaltterapi med kognitiv atferdsterapi, konkluderte med at i deres tilfelle var gestaltterapi et godt alternativ. Gestaltterapien oppnådde også bedre subjektive evalueringresultater enn den kognitive atferdsterapien. På alle andre måter viste de to terapiformene seg å være like virkningsfulle, basert på sammenlikninger med kontrollgruppene og resultater fra oppfølgingstestene.

Greenberg og Watson (1998) sammenliknet effekten under terapien og ved slutten av terapiforløpet, både med klientorientert terapi og prosessbasert, eksperimentell terapi (PE). Som nevnt i avsnittene som omhandler «prosessforskning», forsket Watson og Greenberg (1996) og Greenberg og Watson (1998) på effekten av terapi midt i forløpet, ved slutten og seks måneder etter terapien, når det gjaldt klienter med depressive lidelser. Forskningen tok for seg depresjon og generelle symptomer, som selvbilde og interpersonlige problemer, og som tidligere nevnt, viste de gestaltterapeutiske intervensjonene seg å være effektive.

Midtveis i behandlingen kunne PE-metoden vise til bedre resultater på alle de nevnte områdene, sammenliknet med den klientorienterte terapien. Ved slutten av terapien hadde klientene som ble behandlet med PE-metoden større forbedring enn de som fikk klientorientert terapi, når det gjaldt selvbilde, generelle symptomer og interpersonlige problemer, men ved oppfølging seks måneder etter terapi skåret begge terapiformene likt. Resultatene viste dog at PE-terapi med intervensjoner hentet fra gestaltterapi ga raskere resultater enn klientorientert behandling.

Studien til Greenberg og Watson (1998) ble kopiert av Goldman et al. (2000) med liknende resultat: Begge behandlingsformene virket effektivt for å dempe depresjon. I denne studien kunne PE-metoden vise til større reduksjon når det gjaldt depresjonssymptomer, men det ble ikke funnet noen forskjeller mellom gruppene når det gjaldt graden av generelle symptomer, bedring av selvfølelse eller interpersonlig fungering. Videre ble det foretatt analyser basert på innholdet i begge studiene, som igjen ga muligheten for en grundigere analyse med 36 klienter i hver behandlingsgruppe. Resultatene viste at PE-metoden førte til større forbedring på samtlige evalueringsindekser: større reduksjon når det gjaldt depresjonssymptomer og generelle symptomer, så vel som forbedring av interpersonlig fungering og selvfølelse (Goldman et al. 2000).

En studie på gestaltterapeutisk behandling av enkel fobi, ble utført av Johnson og Smith (1997). De valgte ut 23 førsteårsstudenter fra et statlig universitet, på grunnlag av det de hadde svart på en spørreundersøkelse med subjektive og objektive målinger på enkle fobier. Deltakerne ble tilfeldig delt inn i en av tre grupper: gestaltterapeutisk tom stol-dialog, systematisk desensitivisering og en kontrollgruppe (uten behandling). Deltakerne i begge behandlingsgruppene viste vesentlig reduksjon i fobiske symptomer sammenliknet med deltakerne i kontrollgruppa. Studien viser at gestaltterapeutisk tom stol-arbeid er en effektiv metode i arbeid med fobier.

Resultatene presentert ovenfor, viser effekten av gestaltterapeutiske intervensjoner i arbeid med affektive symptomer, det vil si depresjon. Funnene understøttes av tidligere forskning på gestaltterapi (for eksempel Yalom et al. 1977). De foreløpige funnene fra pågående forskning er også interessante (for eksempel Butollo 1997; Butollo og Maragos 1999; Pauls og Reicherts 1999).⁶

Pauls og Reicherts (1999) feltstudie består av et representativt utvalg klienter i privat praksis, som alle mottar individualterapi. En stor andel av disse går innunder kategorien «forskjellige affektive forstyrrelser». Butollo og hans samarbeidspartnere forsker på kombinasjonen av individuell atferdsterapi og gestaltterapi for behandling av angst – spesielt fobier – og har publisert lovende, midlertidige resultater (se Butollo et al. 1997; Butollo og Maragos 1999).

Psykososialt helsevern

Studiene vi har tatt for oss så langt, viser at gestaltterapi er effektiv som behandlingsform for de vanligste og mest alvorlige forstyrrelsene som terapeuter står overfor. Dette gjelder både på sykehusene og på avdelinger for dagpasienter. Videre har vi sett at til tross for at gestaltterapi ikke er symptomorientert, så fungerer terapiformen like effektivt mot symptomer som definert symptomorienterte terapiformer. Studiene viser at gestaltterapi oppnår gode resultater både i behandling av symptomer, personlighetsforstyrrelser og interpersonlige problemer.

Det er også verdt å kort nevne enkelte andre kontrollstudier. Det har blitt forsket på gestaltterapi i behandlingen av barn og ungdom med forsinket

6. Leseren bes være oppmerksom på at siden denne artikkelen opprinnelig ble trykket i 2004, kan denne forskningen nå være avsluttet (o.a.)

utvikling (Felton og Davidson 1973), foreldre som opplever barna sine som «vanskelige» (Little 1986)⁷ og par med problemer i forholdet (Jessee og Guerny 1981).⁸ Thomas og Schmitz (1993) har foretatt en analyse av statistikker fra et tysk forsikringselskap. De viste at klientene nyttiggjorde seg humanistiske og eklektiske terapiformer (hovedsakelig gestalt- og klientorientert terapi) på lik linje med klienter behandlet med atferdsterapi eller psykoanalyse, i form av redusert antall sykedager.

En annen gruppe studier tar for seg de preventive aspektene av psykososialt helsevern, blant annet med gravide kvinner (Lobb 1992) og pensjonister (Petzold 1979). I en omfattende studie med 250 kvinner, dokumenterte Lobb at kvinner som hadde deltatt i gestaltterapeutisk gruppeterapi som en del av fødselsforberedelsene, hadde raskere fødsler. De opplevde også fødselen som mindre smertefull, og hadde et mer positivt syn på seg selv enn de kvinnene som ikke hadde mottatt gestaltterapi. Det at så mange kvinner opplever psykiske problemer under svangerskapet, gjør jo denne studien spesielt interessant. Integrert i denne terapien lå også Lobbs overbevisning om at svangerskap og fødsel kan reaktivere minner fra tidlig barndom og traumatiske opplevelser.

Petzold (1979) valgte et annet problemområde i vår moderne, industrialiserte livsstil, i sitt arbeid med eldre som er en gruppe som ser ut til å bli stadig mer isolert og deprimert. Han dokumenterte fordelene ved gestaltterapi på dette området, basert på klientenes forbedrede evne til å gjenoppta sosial kontakt og leve mer sosialt tilfredsstillende liv.

Langtidseffekt

Så er det på tide å se på stabiliteten i virkningen av gestaltterapi. I elleve av tolv studier kunne stabilitet i endringene dokumenteres i oppfølgingstestene (de fleste utført i perioder på fire til tolv måneder, tre av dem enda lenger). Kun etter en kortvarig studie (over ti timer) kunne det påvises redusert grad av stabilitet (Moran et al. 1978). To av studiene viste betydelig forbedrede resultater to til tolv måneder etter endt behandling. Disse forbedringene kan

7. Chemin et al. (1992) presenterer deskriptive data fra evaluering av et program med femten års varighet, hvor det ble benyttet en kombinasjon av systemisk terapi og gestaltterapeutiske intervensjoner med rundt 100 familier.

8. For en evaluering av graderingssystem for par-kommunikasjon, se Lesonsky et al. (1986).

forklares med ytterligere, spontant fravær av symptomer, eller sen-effekt av terapien etter endt terapiforløp (Cross et al.1980; 1982; Teegen et al.1986).

Schigl (1998; 2000) foretok en studie i Østerrike med 431 dagpasienter. Hun brukte Consumer Reports-studien (Seligman 1995) som modell for undersøkelsen av klienter som hadde avsluttet gestaltterapi. Fordelene med denne typen studie er omfanget og nærheten til forskningsfeltet, og prisen er heterogenitet: terapiperioden varte fra 10 til 190 uker, med et gjennomsnitt på 70 ukers varighet. To tredjedeler av pasientene led av depresjon, depresjonsrelaterte tilstander eller sorg. Halvparten av pasientene fortalte at konflikter med partnerne og seksuelle utfordringer var mest problematisk. Den nest vanligste plagen var angst, i enkelte tilfeller også panikkangst.

Resultatene avslørte at forbedringene etter gestaltterapi var jevne, på tvers av symptomgruppene. 73 % av alle klientene hadde sterk til middels forbedring av symptomer og problemer, og kun 5 % opplevde forverring av symptomer. Når det gjaldt sosial atferd og profesjonell ytelse, viste 80 % av pasientene betydelig økning i tilfredshet med livet, så vel som økt selvfølelse og selvspekt, og bedre innsikt i egne problemer. Et annet viktig funn var at halvparten av klientene som hadde brukt psykotrope stoffer (for eksempel smertestillende og beroligende piller), hadde sluttet med dette på tidspunktet for oppfølging. Andelen av klienter som brukte beroligende midler, sank med så mye som 76 %, og nær sagt alle klientene hadde tilegnet seg mestringsstrategier i gestaltterapien for å kunne håndtere tilbakevendende symptomer på en vellykket måte.

En annen oppfølgingsstudie ble utført i Tyskland av Mestel og Votsmeier-Röhr (2000): De intervjuet 800 pasienter med depresjon ett og tre år etter avsluttet psykoterapi for innlagte pasienter. Mestel og Votsmeier-Röhr oppgav gestaltterapi som deres primære tilnærming, men hvilke terapeutiske elementer som ble benyttet, og når, vites ikke. I likhet med Schigls (1998; 2000) funn, avdekket studien sterk til middels forbedring av depressive og generelle symptomer, samt av selv-aksept, men lavere grad av forbedring ved interpersonlige problemer. De omfattende studiene til Schigl så vel som Mestel og Votsmeier-Röhr understøtter hverandre, og avdekker langtidseffekten av gestaltterapi og prosessbasert, eksperimentell terapi.

Mange gestaltterapeuter er skeptiske til symptomreduksjon som et avgjørende kriterium for målbarheten av deres arbeid. Dette er en av grunnene til at i motsetning til andre former for psykoterapi, som klientorientert terapi og kognitiv atferdsterapi, så kom forskning på gestaltterapi så vidt i gang først tjue til tretti år etter at terapiformen ble grunnlagt. Når det gjelder

meta-analytiske studier, ble litteratursøkene stort sett fullført innen begynnelsen av 1980-tallet, på et tidspunkt hvor antallet kliniske studier på gestaltterapi fortsatt var relativt lavt (Smith et al. 1980; Shapiro og Shapiro 1982; Grawe et al. 1994). Kvaliteten på flere av de tidligste studiene viser svakheter i metodikken, som igjen førte til at viktige effekter ikke ble avdekket.

I økende grad er nå forskningsstrategiene som brukes i gestaltterapi basert på standardiserte teknikker – som gjerne er utviklet under forskning innenfor andre psykoterapeutiske behandlingsformer. Studiene som er presentert i denne delen, dokumenterer effekten av gestaltterapi for de aller fleste forstyrrelser som det arbeides med i terapeutisk praksis. To av studiene nevnt ovenfor pågikk fremdeles i skrivende stund, og ble diskutert på grunnlag av midlertidige resultater. Studien til Butollo og Maragos (1999) kan likevel gi mer inngående innsikt i behandlingen av forskjellige angstforstyrrelser, enn det som har fremgått i tidligere studier.

Oppsummering

Denne oversikten over empirisk forskning på gestaltterapi inneholder beskrivelser og funn fra rundt seksti prosess- og evalueringstudier, og dekker en rekke forskjellige kliniske undergrupper og temaer. I de kliniske evalueringstudiene har data om rundt 3000 klienter blitt dokumentert, og omtrent halvparten av disse klientene mottok gestaltterapi. Enkelte av evalueringstudiene som sammenliknet gestaltterapi med kognitiv atferdsterapi eller klientorientert terapi, dokumenterte at effekten av gestaltterapi var tilsvarende, eller bedre enn, andre terapiformer. I enkelte tilfeller viste vurderingene fra klienter og terapeuter også bedre resultater for gestaltterapi. Så langt har vi, ved hjelp av en rekke eksempler, sett at gestaltterapi og kognitiv atferdsterapi er like effektive ved behandling av symptomer. Dette er verdt å merke seg med tanke på at gestaltterapi i motsetning til kognitiv atferdsterapi ikke er symptomorientert.

Det meste av dataene som er presentert i denne artikkelen, dokumenterer effekten av gestaltterapi ved alvorlige personlighetsforstyrrelser i psykiatrisk forstand (psykotiske og ikke-psykotiske), affektive lidelser, avhengighet og andre forstyrrelser, i tillegg til spesifikke, terapeutiske områder som arbeid med par, foreldre og barn med forskjellige former for psykososialt utfordrende bakgrunn. Effektforskning på innlagte pasienter, dagpasienter, individualterapi og gruppeterapi viser med all tydelighet den ønskede langtidseffekten av endring, oppnådd ved hjelp av gestaltterapi.

Prosessforskning ble løftet frem i starten av denne oversikten, fordi effekten av gestaltterapi ikke ene og alene kan forstås på grunnlag av symptomreduksjon. Det er kun prosessforskning som kan gi oss en forståelse av hvordan mobilisering av emosjonell spenning er en del av den intrapersonlige dialogen i gestaltterapi. Dette er ett av hovedelementene i prosessforskning, på lik linje med nødvendigheten av inngående, terapeutisk dialog. Eksempler på dette kan være essensielle øyeblikk som leder til uventede og overraskede uttalelser fra terapeut eller klient, eller situasjoner der terapeuten avstår fra å intervensjonere. En emosjonelt ladet spenning har ofte vist seg å lede opp til en løsning for klienten, som resultat av at klientens indre konflikt synliggjøres. Og så er det gjerne slik at de dype, emosjonelle erfaringene som klientene må gjennom for å komme til bunns i konfliktene, leder til reduksjon i psykisk smerte og symptomer, interpersonlige problemer og personlighetsforstyrrelser.

Med tanke på fremtidig forskning, ser forskningsgrenen som tar for seg funnene fra terapeutisk prosess til evaluering av terapi ut til å lede vei i positiv retning (arbeidene til Watson og Greenberg (1996) og Greenberg og Watson (1998)). I tillegg vil det være ønskelig at forskning ikke bare er noe forskerne gjør for å forsvare gestaltterapeutisk arbeid overfor samfunnsmessige krav og forventninger. Det trengs fortsatt uavhengig forskning, i likhet med studiene vi har presentert her, som tar for seg kontaktprosessen fra et fenomenologisk ståsted. Det er flere områder innenfor gestaltterapien som må forskes på. I delen kalt «Å jobbe med spesifikke gestaltintervensjoner» (se NGT 2013, s. 19ff.), viste vi til hypotetiske kontaktforstyrrelser, og så langt er det gjort få forsøk på å gi disse et empirisk fundament (Caffaro 1991; Laborde og Brown 1981; Shiflett og Brown 1972). Dette kan være et fremtidig forskningsområde på terapeutisk kontakt, spesielt fordi funnene fra prosessforskning ser ut til å støtte opp under validiteten til kontaktsyklusen.

Artikkelen fortsetter på neste side med tabell.

Tabell 2: evalueringsstudier

Forfattere	Diagnoser	Behandling	Kontroll
Beutler et al. (& Engle 1991; & Mohr 1991; 1993)	depresjon	FEP	K
Broemer et al. (i trykk / 2007)	avhengighet	gestalt	O
Butollo et al. (1997; 1999)	angst, panikk, tvang	gestalt + kogn. atferdsterapi	nei
Cross et al. (1980; 1982)	psykiatriske diagnoser	gestalt + transaksjonsanal.	K
Esser et al. (1984)	psyko-nevrotisk forstyrrelse	gestalt + Rogeriansk	K
Felton et al. (1973)	elever som presterer lavt	gestalt	ja
Goldman et al. (2000)	depresjon	prosess-eksperimentell	K
Greenberg et al. (1978)	personlighetsforstyrrelse	gestalt + transaksjonsanal.	ja
Greenberg & Wa. (1998)	depresjon	prosess-eksperimentell	K
Hartmann-Kottek (1979)	psykiatriske diagnoser	gestalt	nei
Heinl (1998)	psykosomatisk smerte	gestalt	ja
Hill et al. (1989)	revmatoid artritt	FEP	nei
Jessee et al. (1981)	ekteskapsproblemer	gestalt	K
Johnson & Smith (1997)	slangefobi	gestalt	K
Little (1986)	foreldre til "vanskelige" barn	gestalt	ja
Ludwig & Vorm. (1981)	narkomani	gestalt + miljøterapi	O
Mestel & Votsm. (2000)	depresjon	gestalt (integrert)	O
Moran et al. (1978)	alkoholisme	gestalt	ja
Mulder et al. (1994)	hiv + angst, depresjon	gestalt	K
Paivio & Greenberg (1995)	uferdige gestalter	gestalt	ja
Pauls & Reicherts (1999)	ulike affektive forstyrrelser og personlighetsforstyrrelser	gestalt	ja
Petzold (1979)	aldringsproblemer	gestalt + psykodrama	ja
Röhrle et al. (1989)	narkomani	gestalt + psykoan. + kogn. atferdsterapi + miljøterapi	nei
Sandweg & Riedel (1998)	psykosomatisk smerte	gestalt (integrert)	nei
Schigl (1998; 2000)	ulike diagnoser	gestalt	O
Serok & Zemet (1983)	schizofreni	gestalt	ja
Serok et al. (1984)	schizofreni	gestalt	ja
Spagnuolo Lobb (1992)	fødselsforberedende	gestalt	ja
Teegen et al. (1986)	funksjonsforstyrrelser	gestalt	nei
Wolf (1999; 2000a; 2000b)	ulike diagnoser	gestalt	ja
Yalom et al. (1977)	personlighetsforstyrrelse	gestalt	ja

Kolonne Behandling: FEP = manualbasert gestaltterapi
 Kolonne Kontroll: K = Komparativ studie, O = Oppfølgingsstudie

Setting 1	Setting 2	Totalt antall (N), gestaltklienter (n)	Behandlingstid	Oppfølging
ute	indiv., gruppe	N 63; n = 22	20 timer	3 + 12 måneder
ute	gruppe	ikke spesifisert	ikke spesifisert	ikke spesifisert
ute	indiv., gruppe	N = n = 56	i.: 20 t.; gr.: 40 t.	nei
ute	indiv.	N = 42; n = 15	3 måneder	4 + 12 måneder
ute	indiv.	N = 30; n = 15	10 timer	nei
ute	gruppe	N = 79; n = 61	57 timer	nei
ute	indiv.	N = 38; n = 19	15-20 timer	nei
ute	gruppe	N = 36; n = 25	45 timer (maraton)	2 uker
ute	indiv.	N = 34; n = 17	15-20 timer	6 + 12 måneder
ute, inne	indiv., gruppe	N = n = 10	i.: ikke spes.; gr.: 5 mnd.	12 måneder
inne	gruppe	N = 123; n = 60	40 timer	1-2 år
ute	gruppe	N = n = 6	10 timer	nei
ute	gruppe	N = 36; n = 18	12 timer	nei
ute	indiv.	N = 23; n = 8	7 timer	nei
ute	gruppe	N = 23; n = 15	10 timer	nei
inne	gruppe	N = n = 142	varierer individuelt	1-9 år
inne	gruppe	N = n = 800	minimum 6 uker	1-3 år
inne	gruppe	N = 56; n = 28	10 timer	6 måneder
ute	gruppe	N = 39; n = 15	46 timer	6 måneder
ute	indiv.	N = 34; n = 17	3 måneder	4 + 12 måneder
ute	indiv.	N = 15; n = 11	varierer individuelt	15 uker
ute, inne	gruppe	N = n = 40	12 måneder	nei
inne	gruppe	N = n = 47	6 måneder	4 år
inne	ikke spesifisert	N = n = 201	varierer individuelt	1-3 år
ute	indiv.	N = n = 431	varierer individuelt	varierer individuelt
inne	gruppe	N = 17; n = 9	2,5 måneder	nei
inne	gruppe	N = 14; n = 7	3 måneder	nei
ute	gruppe	N = 250; n = 100	10 timer	nei
ute	gruppe	N = n = 24	2 måneder	2 måneder
inne	indiv., gruppe	N = 134; n = 94	12 måneder	8 + 30 måneder
ute	gruppe	N = 34; n = 22	22 timer	12 uker

Kolonne Setting 1: inne = innlagt pasient, ute = dagpasient
 Kolonne Setting 2: indiv. = individuell

Litteraturhenvisninger

- Adesso, V. J., Euse, F. J., Hanson, R. W., Hendry, D. & Choca, P. (1974). Effects of a personal growth group on positive and negative self-references. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 11(4), 354-355.
- Angus, L. E. & Rennie, D. L. (1989). Envisioning the representational world: the client's experience of metaphoric expression in psychotherapy. *Psychotherapy* 26(3), 372-379.
- Barrilleaux, S. P. & Bauer, R. H. (1976). The effects of gestalt awareness training on experiencing levels. *International Journal of Group Psychotherapy* 26, 431-444.
- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R. J., Bergan, J., Meredith, K. & Merry, W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(2), 333-340.
- Beutler, L. E., Frank, M., Schieber, S. C., Calver, S. & Gaines, J. (1984). Comparative effects of group psychotherapies in a short-term inpatient setting: An experience with deterioration effects. *Psychiatry* 47, 66-76.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., Engle, D. & Mohr, D. (1993). Differential patient x treatment maintenance among cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration* 3(1), 15-30.
- Beutler, L. E., Mohr, D. C., Grawe, K., Engle, D. & MacDonald, R. (1991). Looking for differential treatment effects: Cross-cultural predictors of differential psychotherapy efficacy. *Journal of Psychotherapy Integration* 1, 121-142.
- Boulet, D. B., Soulière, M. D., Sterner, I. & Nadler, W. P. (1992). Development of a category system of good moments in gestalt therapy. *Psychotherapy* 29(4), 554-563.
- Boulet, D. B., Soulière, M. D. & Sterner, I. (1993). Good moments in gestalt therapy: a descriptive analysis of two Perls sessions. *Canadian Journal of Counseling* 27(3), 191-202.
- Broemer, H., Rosenbrock, H. & Szabo, K. (under trykning / 2007). *ATHERNA: Erfahrungen und Ergebnisse der ambulanten Therapie mit Drogenabhängigen*. Berlin: Drogenhilfe Tannenhof Berlin e.V.
- Brothers, C. L. (1986). The Gestalt theory of healthy aggression in beyond-control youth. *Psychotherapy* 23(4), 578-585.
- Brunink, S. A. & Schroeder, H. E. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt, and behavior therapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47, 567-574.
- Buber, M. (1958). *I and Thou*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Buber, M. (1965). *The knowledge of man: A philosophy of the interhuman*. New York: Harper Torchbooks.
- Butollo, W., Krüsmann, M., Maragkos, M. & Wentzel, A. (1997). Integration verschiedener therapeutischer Ansätze bei Angststörungen: Verhaltens- und Gestalttherapie. I: P. Hoffmann, M. Lux, C. Probst, M. Steinbauer, J. Taucher & H.-G. Zapotoczky (red.), *Klinische Psychotherapie* (s. 274-283). Wien: Springer.
- Butollo, W. & Maragkos, M. (1999). Gestalttherapie und empirische Forschung. I: R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (red.), *Handbuch der Gestalttherapie* (s. 1091-1120). Göttingen: Hogrefe.
- Caffaro, J. (1991). A factor analytic study of deflection. *The Gestalt Journal* 14(1), 73-94.
- Chemin, A., Caron, A. & Joly, A. (1992). Bilan après 15 ans de pratique à l'intervention systématique en A.E.M.O. *Thérapie familiale* 13(1), 55-63.
- Clance, P. R., Thompson, M. B., Simerly, D. E. & Weiss, A. (1994). The effects of the gestalt approach on body image. *The Gestalt Journal* 17(1), 95-114.
- Clarke, K. M. & Greenberg, L. S. (1986). Differential effects of the gestalt two-chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology* 33(1), 11-15.
- Conoley, C. W., Conoley, J. C., McConnell, J. A. & Kimzey, C. E. (1983). The effect of the ABCs of rational emotive therapy and the empty-chair technique of gestalt therapy on anger reduction. *Psychotherapy* 20(1), 112-117.
- Cross, D. G., Sheehan, P. W. & Khan, J. A. (1980). Alternative advice and counsel in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48(5), 615-625.
- Cross, D. G., Sheehan, P. W. & Khan, J. A. (1982). Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50(1), 103-112.
- Czogalik, D., Landerer, W. & Bechtinger-Czogalik, S. (1995). Wirkfaktoren eines gestalttherapeutisch orientierten Kurzzeitgruppentherapiesteseminars für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (nach H. Heidl) aus der Sicht der teilnehmenden Patienten. Heidelberg, Tyskland: Forschungsrapport.
- Esser, P., Bellenhof, E., Groß, A., Nuedenberger, W. & Bommert, H. (1984). Auswirkungen einer erlebnisorientierten Psychotherapie auf Prozeß- und Erfolgsmerkmale unter besonderer Berücksichtigung der Klientenvariable "Experiencing". *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 3, 221-231.

- Felton, G. S. & Davidson, H. R. (1973). Group counseling can work in the classroom. *Academic Therapy* 8, 461-468.
- Frew, J. (1988). The practice of gestalt therapy in groups. *The Gestalt Journal* 11(1), 77-96.
- From, I. (1984). Reflections on gestalt therapy after thirty-two years of practice: A requiem for gestalt. *The Gestalt Journal* 7(1), 4-12.
- Gegenfurtner, N. (under trykking / 2006). Eine empirische Studie zu Arbeitsmethoden und Wirkfaktoren der gestalttherapeutischen Traumarbeit. Upublisert avhandling, Universitetet i München.
- Goldman, R. & Greenberg, L. S. (1997). Case formulation in experiential therapy. I: T. Eels (red.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (s. 402-409). New York: Guilford Publications.
- Goldman, R., Greenberg, L. S. & Angus, L. E. (2000). Results of the York II comparative study testing the effects of process experiential and client-centered therapy for depression. Paper presentert på det 31. årlige møtet i Society for Psychotherapy Research (SPR) i Chicago, USA.
- Grabner, D. (1998). Die Arbeit mit dem Traum in der therapeutischen Praxis. Wahrnehmungs- und Arbeitsweisen verschiedener Therapierichtungen bei einem Traumbericht. Ein Vergleich zwischen Psychoanalyse, Gestalttherapie und Existenzanalyse. *Existenzanalyse* 15(1), 11-15.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (1975). A task analytic approach to the study of psychotherapeutic events (Doktoravhandling, York University). *Dissertation Abstracts International* 27, 4647B.
- Greenberg, L. S. (1980). The intensive analysis of recurring events from the practice of gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 17(2) 143-152.
- Greenberg, L. S. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution in gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 20(2), 190-201.
- Greenberg, L. S. (1984). A task analysis of intrapersonal conflict resolution. I: L. Rice & L. Greenberg (red.). *Patterns of Change* (s. 67-123). New York: Guilford Publications.
- Greenberg, L. S. (1992). Task analysis: Identifying components of intrapersonal conflict resolution. I: S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (red.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (s. 22-50). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Greenberg, L. S. & Clarke, K. M. (1979). Differential effects of the two chair experiment and empathic reflections at a conflict marker. *Journal of Counseling Psychology* 26(1), 1-8.
- Greenberg, L. S. & Dompierre, L. M. (1981). Specific effects of gestalt two chair dialogue on intrapsychic conflict in counseling. *Journal of Counseling Psychology* 28(4), 288-294.
- Greenberg, L. S. & Foerster, F. S. (1996). Task analysis exemplified: the process of resolving unfinished business. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 64(3), 439-446.
- Greenberg, L. S. & Higgins, H. M. (1980). Effects of two chair dialogue and focusing on conflict resolution. *Journal of Counseling Psychology* 27(3), 221-224.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Publications.
- Greenberg, L. S. & Rice, L. N. (1981). The specific effects of a gestalt intervention. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 18(1), 31-37.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York: Guilford Publications.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Publications.
- Greenberg, L. S., Seeman, J. & Cassius, J. (1978). Personality changes in marathon therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 15(1), 61-67.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research* 8(2), 210-224.
- Greenberg, L. S. & Webster, M. C. (1982). Resolving decisional conflict by gestalt two chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology* 29(5), 468-477.
- Hartmann-Kotteck, L. (1979). Schwerpunkt 'Gestalttherapie' im Grenzgebiet der Psychiatrie. *Psychiatrie und medizinische Psychologie* 29, 1-13.
- Heinl, H. (1998). Behandlungsergebnisse bei Integrativer Therapie. I: H. Riedel & P. Henningsen (red.), *Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen – Kongressband zur 6. Fachtagung der Stiftung "Psychosomatik der Wirbelsäule" in Heidelberg*. Blieskastel: Stiftung "Psychosomatik der Wirbelsäule".
- Hill, D., Beutler, L. E. & Daldrup, R. (1989). The relationship of process to outcome in brief experiential psychotherapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology* 45(6), 951-956.
- Jessee, R. E. & Guernsey, B. G. (1981). A comparison of gestalt and relationship enhancement treatments with married couples. *The American Journal of*

- Family Therapy* 9(3), 31-41.
- Johnson, W. R. & Smith, E. W. L. (1997). Gestalt empty chair dialogue versus systematic desensitization in the treatment of phobia. *Gestalt Review* 1(2), 150-162.
- Keller, J. W., Brown, G., Maier, K., Steinfurth, K., Hall, S. & Piotrowski, C. (1995). Use of dreams in therapy: A survey of clinicians in private practice. *Psychological Report* 76, 1288-1290.
- Kemmler, L., Schelp, T. & Mecheril, P. (1991). *Sprachgebrauch in der Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Kimball, R. & Gelso, C. J. (1974). Self-actualization in a marathon growth group: Do the strong get stronger? *Journal of Counseling Psychology* 21, 32-42.
- King, S. (1988). The differential effects of empty chair dialogue and empathic reflection for unfinished business. Upublisert masteroppgave, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Laborde, G. Z. & Brown, G. I. (1981). Die Bedeutung des Introjektkonzeptes für die integrative Erziehung. *Integrative Therapie* 7(1), 3-13.
- Lesonsky, E. M., Kaplan, N. R. & Kaplan, M. L. (1986). Operationalizing gestalt therapy's processes of experiential organization. *Psychotherapy* 23(1), 41-49.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. (D. Cartwright, red.) New York: Harper & Row.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D. & Miles, M. B. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.
- Little, L. F. (1986). Gestalt therapy with parents when a child is presented as the problem. *Family Relations* 35(4), 489-496.
- Ludwig, G. & Vormann, G. (1981). Katamnestiche Untersuchung für die therapeutische Gemeinschaften der STEP-Gem. Gesellschaft für Sozialtherapie und Pädagogik, 1973-1980. *Informationen aus der Therapiekette Niedersachsen* 1, 29-39.
- Mahrer, A. R., Nifakis, D. J., Abhukara, L. & Sterner, I. (1984). Microstrategies in psychotherapy: The patterning of sequential therapist statements. *Psychotherapy* 21(4), 465-472.
- Mahrer, A. R., Sterner, I., Lawson, K. C. & Dessaulles, A. (1986). Microstrategies: Distinctively patterned sequences of therapist statements. *Psychotherapy* 23(1), 50-56.
- Mahrer, A. R., White, M. V., Howard, M. T., Gagnon, R. & MacPhee, D. C. (1992). How to bring about some very good moments in psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research* 2(4), 252-265.
- Mahrer, A. R., White, M. V., Howard, M. T. & Lee, A. C. (1991). Practitioner methods for heightening feeling expression and confrontational strength. *Psychotherapy in Private Practice* 9(2), 11-25.
- Malcolm, W. & Greenberg, L. S. (1998). Relating process to outcome in the resolution of unfinished business in process experiential therapy. Upublisert doktoravhandling, York University, Toronto.
- Mecheril, P. & Kemmler, L. (1992). Vergleich des sprachlichen Umgangs mit Emotionen in Gestalttherapie und Psychoanalyse. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Integrative Therapie* 4, 346-362.
- Mestel, R. & Votsmeier-Röhr, A. (2000). Long-term follow-up study of depressive patients receiving experiential psychotherapy in an inpatient setting. Paper presentert på det 31. årlige møtet i Society for Psychotherapy Research (SPR) i Chicago, USA.
- Moran, M., Watson, C. G., Brown, J., White, C. & Jacobs, L. (1978). Systems releasing action therapy with alcoholics: An experimental evaluation. *Journal of Clinical Psychology* 34(3), 769-774.
- Müller, I. & Czogalik, D. (1995). *Veränderungen nach einer Integrativen Therapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Eine Evaluationsstudie*. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Mulder, C. L., Emmelkamp, P. M. G., Antoni, M. H., Mulder, J. W., Sandfort, T. G. M. & de Vries, M. J. (1994). Cognitive behavioral and experiential group psychotherapy for asymptomatic HIV-infected homosexual men: A comparative study. *Psychosomatic Medicine* 3, 271-288.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. I: A. E. Bergin & S. L. Garfield (red.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (s. 270-376). New York: John Wiley & Sons.
- Paivio, S. C. & Greenberg, L. S. (1995). Resolving 'unfinished business': Efficacy of experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63(3), 419-425.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (1999). Empirische Forschung in der Gestalttherapie am Beispiel eines praxisorientierten Forschungsprojektes. I: R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (red.), *Handbuch der Gestalttherapie* (s. 1137-1160). Göttingen: Hogrefe.
- Pedersen, R. & Greenberg, L. S. (1996). *Verification of a model of the resolution of unfinished business*. Upublisert masteroppgave. York University, Toronto.
- Perls, F. S. (1947). *Ego, hunger, and aggression*. London: George Allen & Unwin.

- Perls, F. S., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- Perls, L. (1992). *Living at the Boundary*. Highland, N.Y.: Gestalt Journal Press.
- Petzold, H. (1979). Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – Eine Untersuchung von 40 'sozialen Atomen' alter Menschen. *Integrative Therapie* 1-2, 51-78.
- Polster, E. & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated*. New York: Brunner/Mazel.
- Rice, L., Koke, C. J., Greenberg, L. S. & Wagstaff, A. K. (1979). Manual for client vocal quality (Bind 1 og 2). Toronto Counseling Development Centre, York University.
- Röhrle, B., Schmölder, H. & Schmölder, H. (1989). Merkmale sozialer Netzwerke als Kriterien zur Nachuntersuchung von Patienten einer therapeutischen Gemeinschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie & Psychotherapie* 37(3). 291-302.
- Rosner, R. (1996). *The relationship between emotional expression, treatment and outcome in psychotherapy*. Frankfurt: Peter Lang.
- Sandweg, R. & Riedel, H. (1998). Gibt es Prädiktoren für den Erfolg bei der Behandlung chronischer Schmerzen? I: H. Riedel & P. Henningsen (red.), *Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen: Grundlagen, Therapiekonzepte, offene Fragen* (s. 171-197). Blieskastel, Tyskland: Psychosomatik der Wirbelsäule.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist* 50(12), 965-974.
- Schigl, B. (1998). *Evaluationsstudie zur Integrativen Gestalttherapie: Wirkung und Wirkfaktoren aus katamnesticer Sicht der KlientInnen*. Wien: Fachsektion für Integrative Gestalttherapie im ÖAGG.
- Schigl, B. (2000). Wirkung und Wirkfaktoren von Gestalttherapie aus katamnesticer Sicht der KlientInnen – Ausgewählte Ergebnisse einer praxisnahen evaluativen Untersuchung. *Psychotherapie Forum* 8, 79-87.
- Serok, S., Rabin, C. & Spitz, Y. (1984). Intensive gestalt group therapy with schizophrenics. *International Journal of Group Psychotherapy* 34(3), 431-450.
- Serok, S. & Zemet, R. M. (1983). An experiment of gestalt group therapy with hospitalized schizophrenics. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 20(4), 417-424.
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome research: A critical appraisal. *Behavioral Psychotherapy* 10, 4-25.
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51, 42-53.
- Sheehan, P. W. & Cross, D. G. (1981). Alternative advice and support provided during and following short-term insight-oriented therapy and behavior therapy. *Academic Psychological Bulletin* 3, 371-385.
- Shiflett, J. M. & Brown, G. I. (1972). Confluent education: Attitudinal and behavioral consequences of confluent teacher training. Internal Report. University Center Michigan.
- Singh, M. & Greenberg, L. S. (1992, juni). Development and validation of a measure of the resolution of unfinished business: Relating session change to outcome. Paper presentert på det årlige møtet til Society for Psychotherapy Research, Berkeley, California.
- Smith, M. C., Glass, G. V. & Miller, T. T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore & London: John Hopkins Press.
- Spagnuolo Lobb, M. S. (1992). Childbirth as rebirth of the mother. *The Gestalt Journal* 15(1), 7-38.
- Strümpfel, U. (under trykking / 2006). *Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Teegen, F., Johannsen, A. & Voght, K.-H. (1986). Modifikation von Beschwerdebauhäufigkeit, -intensität und Medikamentenverbrauch bei Klienten mit funktionellen Bauchbeschwerden. *Integrative Therapie* 1-2, 39-48.
- Templeton, R. L. (1980). Arousal of affect: Gestalt versus cognitive-associative dreamwork. *Dissertation Abstracts International* 40, 7-B, 3426.
- Teschke, D. (1996). *Existentielle Momente in der Psychotherapie*. Münster: LIT Verlag.
- Thomas, G. J. & Schmitz, B. (1993). Zur Effektivität ambulanter Psychotherapien. *Report Psychologie* 18(5-6), 22-25.
- Viney, L. L. (1994). Sequences of emotional distress expressed by clients and acknowledged by therapist: Are they associated more with some therapists than others. *British Journal of Clinical Psychology* 33, 469-481.
- Viola, J. M. & McCarthy, D. A. (1994). An eclectic inpatient treatment model for Vietnam and Desert Storm veterans suffering from posttraumatic stress disorder. *Military Medicine* 159, 217-220.
- Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy* 33(2), 262-274.
- Wheeler, G. (1991). *Gestalt Reconsidered: A new approach to contact and resistance*. Cambridge, MA: GestaltPress.
- Wolf, H. U. (1999). Behandlungsergebnisse ganzheitlicher stationärer Psychosomatik in Bad Zwesten. *Bad Zwestener Hefte zur klinischen Gestalttherapie / Integrativer Therapie* 2. Bad Zwesten: Hardtwaldklinik.

- Wolf, H. U. (2000a). Der therapeutische Ansatz im Gestalt-Klinikum Bad Zwesten. *Gestalt-Zeitung* 13, 9-17.
- Wolf, H. U. (2000b, juni). Evaluation of an in-station-psychotherapy in the gestalt clinic Bad Zwesten, Germany. Foredrag holdt på International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, ICCCEP, i Chicago, USA.
- Yalom, I. D., Bond, G., Bloch, S., Zimmerman, E. & Friedman, L. (1977). The impact of a weekend group experience on individual therapy. *Archives of General Psychiatry* 34, 399-415.

Intervju med Uwe Strümpfel

Av Liv Møklebust

Uwe Strümpfel, Ph.D., er gestaltterapeut og eksperimentell psykolog. I vårnummeret av Norsk gestalttidsskrift 2013 ble deler av intervjuet med Strümpfel presentert. Der viste vi til hans tidligere karriere ved universitetet og den første tiden i praksis etter at han ble utdannet gestaltterapeut. Her forteller han om noe av det som han senere har gjort på forskningsfronten.



*Uwe Strümpfel, Ph.D.,
er gestaltterapeut og
eksperimentell psykolog.*

«State of the Art» i gestaltterapi

«State of the Art» handler om hva vi vet og hva vi gjør i gestaltterapi. Strümpfel forteller at det finnes mye forskning på gestaltterapi, men den er lite kjent. Selv har han helt fra 1990 laget omfattende sammenfatninger og metaanalyser på empiriske data om gestaltterapi. Ved årsskiftet 2010/2011 la han, sammen med Lotte Hartmann-Kottek, en mangeårig kollega, fram et stort dokument for de tyske myndighetene om det som finnes på verdensbasis.

Akkurat nå ligger det en stor metaanalyse fra Elliot og Greenberg og medarbeidere til trykk. Analysen er spesielt basert på forskning på humanistiske terapiretninger fra 2001.

– Forskningen viser at det er ikke slik at de mest aksepterte retningene som atferdsterapi, kognitiv terapi eller psykoanalyse, er de mest virkningsfulle. Det er ikke sant. I de humanistiske retningene gjør vi et svært godt arbeid, og jo mer følelsesmessig fokusering, desto bedre. Forskerne gir til og med mer belegg for å påstå at gestaltterapi har en mer varig effekt enn andre terapiformer, sier Strümpfel.

– *Hva slags forskning gjorde du selv?*

– Jeg samlet andres studier, laget mange oversikter der jeg summerte dataene deres, og gjorde flere metaanalyser på dette materialet.

Men først reanalyserte Strümpfel den største metaanalysen som er gjort noensinne. Det fremkom da at systemiske og humanistiske tilnærminger er blitt veldig undervurdert i tidligere metaanalyser. Hypotesen han kom fram til gjennom dette arbeidet, er at virkningen av humanistiske tilnærminger kanskje er bedre enn for atferdsteoretiske og psykodynamiske tilnærminger.

Ved å sammenlikne resultatene fra eksisterende metaanalyser med vekt på flere faktorer, fant han ut at ved hjelp av stadig nye forskningsmetoder vil effekten av gestaltterapi lettere komme til syne. Han reanalyserte noen få komparative studier som direkte sammenlikner gestaltbaserte terapier med kognitiv behavioristiske terapier. Analysen viser at det er ingen mindreverdige resultater for gestaltbaserte terapier i følgende kategorier: symptomreduksjon, personlighetsendring, og sosial/interpersonlig problemløsning. I denne siste kategorien ser det ut til å være et bedre potensial for gestalt sammenliknet med atferdsteoretiske og psykodynamiske tilnærminger, noe som trengs å bli ytterligere dokumentert med flere forskningsstudier i fremtiden.

Han fortalte at han også har gjort mange flere analyser der han analyserer eldre og statistisk sett mindre sofistikerte studier, for å dokumentere funn og

for å summere enkeltkasus på en systematisk måte. Slik ønsket han å gi fremtidige forskere en base av tilgjengelig evidens for gestaltterapi.

Review-studie eller metastudie

En review-artikkel inneholder vanligvis en lang rekke studier som er listet opp etter hverandre, forklarer Strümpfel. Den ene studien siteres etter den andre. En metaanalyse prøver først og fremst å sammenfatte, syntetisere, gjøre data fra den samme eller tilsvarende situasjon eller setting tilgjengelige. Det en metaanalyse gjør, er å bruke en statistisk metode. Men du behøver ikke bare å gjøre det på en statistisk måte, du kan også gjøre det på en grovere måte. Noen metastudier gir bare et kryss for å påvise om det er en effekt av terapien eller ikke. Og er det en negativ effekt, så skrives et minus. Er det ingen effekt, så skriver en bare et null. Og så teller de kryssene til slutt. Dette er en røff måte, en første form for analytisk arbeid der du kan sammenlikne, men dette er altså samtidig metaanalytisk arbeid.

Hvordan oppnå anerkjennelse

Bakgrunnen for alt forskningsarbeid Strümpfel har gjort, har vært å fremme den vitenskapelige anseelsen til gestaltterapien. Det ble ikke til at det tykke dokumentet fra tre år tilbake ble analysert av myndighetene, for det oppsto en ny bevegelse i Tyskland der alle de ulike humanistiske gruppene gikk sammen for å oppnå anseelse og anerkjennelse.

– Men hør, jeg ønsket virkelig for ti, femten, kanskje tjue, år siden at dette skulle ha skjedd. Den gang tenkte jeg at det var da prosessen skulle ha startet, men den trengte en lenger vei, mye lenger, sier Strümpfel.

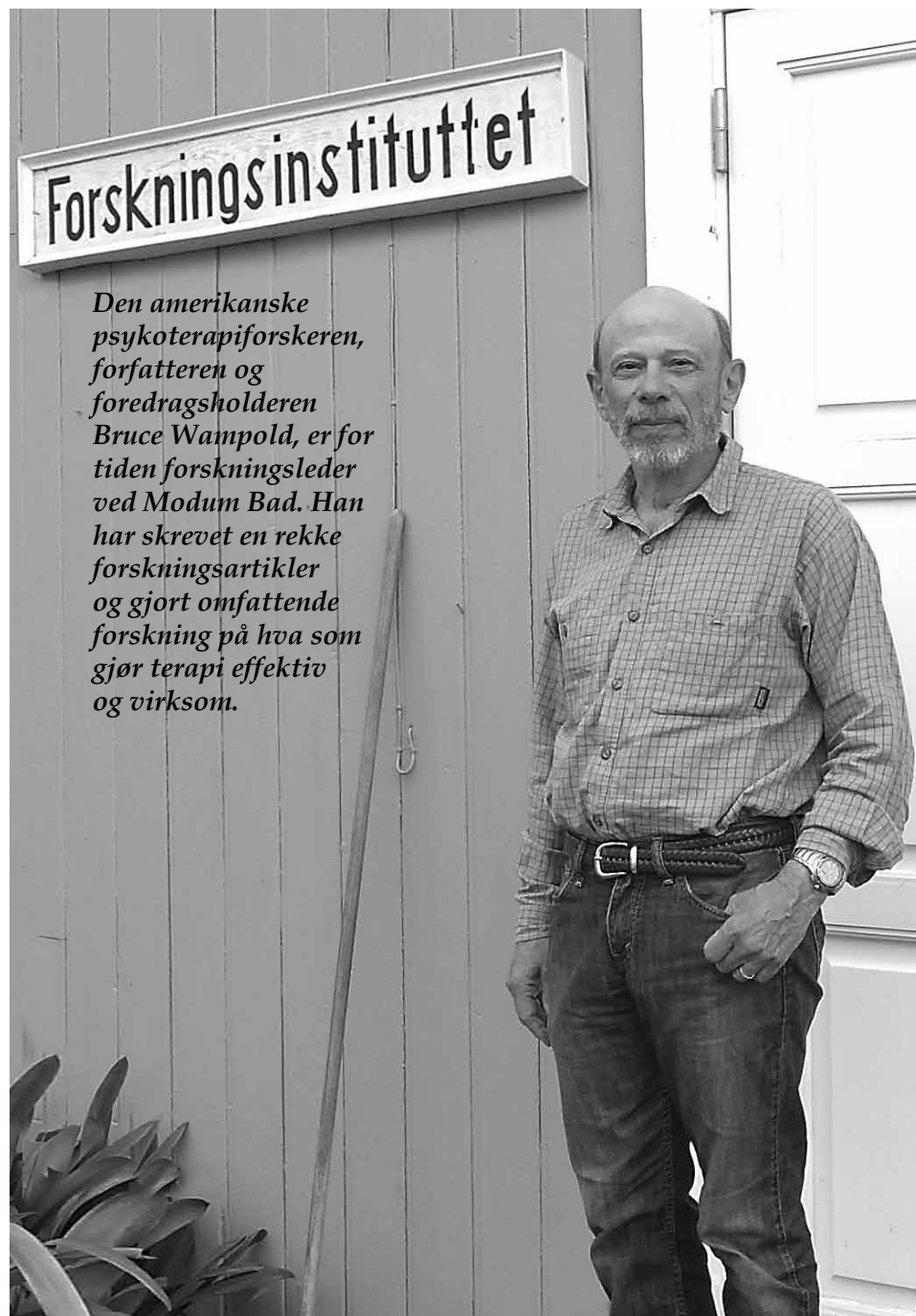
Han mener da både at gestaltsamfunnet kunne vært mer pågående overfor de tyske myndighetene for å oppnå vitenskapelig anseelse og at de ulike grupperingene kunne ha sloss sammen. Det er dette som foregår i Tyskland akkurat nå.

– Og vi vet ikke om det vil lykkes, selv om det er mye forskning, god forskning, gode resultater, både for de humanistiske terapiene generelt og for gestaltterapien spesielt, sier Uwe Strümpfel.

Fungerer terapi? En forskers tanker

Av Helge Sverre Risan

En regntung junidag ankommer jeg Modum Bad, etter motorsykkeltur fra Oslo i øsende regnvær. Jeg skal møte Bruce Wampold, og intervjue ham om noe som opptar meg: nemlig gestaltterapi og forskning, og hvordan vi som psykoterapeuter kan vite at det vi gjør har en effekt. Jeg har en dyp respekt for Wampold, hver gang jeg har møtt og hørt ham har han vært vennlig, forståelsesfull, undrende og raus med sin kunnskap. Verdier jeg selv setter høyt.



Den amerikanske psykoterapiforskeren, forfatteren og foredragsholderen Bruce Wampold, er for tiden forskningsleder ved Modum Bad. Han har skrevet en rekke forskningsartikler og gjort omfattende forskning på hva som gjør terapi effektiv og virksom.

I sin mest kjente bok *The Great Psychotherapy Debate* (2001), beskriver Wampold den pågående debatten innenfor psykoterapifaget. Debatten der den ene siden mener vi må ha spesifikke teknikker og metoder for spesifikke lidelser, mens den andre siden argumenterer for at det er fellesfaktorer som terapeuten engasjement, oppmuntring, støtte, empati og allianse mellom terapeut og klient som er viktig. Wampold mener at det ikke er enten eller, men både og som gir effekt. Wampold er og medforfatter i flere anerkjente bøker, blant annet *The heart and Soul of Change* (2009).

Wampolds kjennskap til gestaltterapi begynte da han var ung, med forelesninger hos gestaltistene og konfluentpedagogene Georg Brown og Stuart Shapiro.

- Psykoterapi har vært en viktig del i mitt liv, og jeg brenner for å se ordentlig på kunnskapen vi har om terapi og ikke ta beslutninger som påvirker terapeuten og klienten, hvis vi ikke har bevis for at det vi gjør virker. Det er bra om man kan vise at det man gjør, gjør at klienten får det bedre, og også viktig å fange opp om det ikke gjør det. Case-studier på psykoterapi viser at folk gjør bemerkelsesverdige endringer i livene sine når de går i terapi, sier Wampold, og legger til:

- De kognitive terapiretningene har vært veldig effektive i å presentere forskningsresultater. De er nesten enerådende når det kommer til det, men det hindrer ikke andre fra å gjøre det samme.

- *I den humanistiske tradisjonen så skapes klient-terapeut møtet her-og-nå, det samskapes i øyeblikket, kan dette være problematisk å uttrykke vitenskapelig?*

- Metoden du bruker er ikke det viktigste, det som er viktig er klientens utbytte av terapien. Jeg er overbevist om at det du som terapeut gjør hjelper klienten, og jeg er ganske sikker på at det er riktig at du hjelper klienten. Utfordringen er å dokumentere at det du gjør fungerer. Hva er det terapeuten gjør som skaper resultater for klienten? Det finnes en stor variasjon i terapitradisjoner som har effekt, men alle mennesker vil ikke ha utbytte av å gå til den samme type terapeut. Vi trenger en diversitet av terapeuter og terapiretninger. Slik som en biologisk diversitet resulterer i et sterkere økosystem tror jeg også psykoterapiens forskjellige retninger kan utfylle hverandre. Med mindre vi kan vise at noe annet er virkelig, virkelig bedre. Og det finnes gode målesystemer som fungerer også for humanistiske terapiretninger, sier han.

Kognitiv terapi har reddet psykoterapifaget

Så hva kjennetegner en akseptert terapimetode? Wampold mener det blant annet handler om hva samfunnet kan akseptere:

- I det viktorianske Wien virket psykoanalyser fornuftig, men vi tenker nå at det å gå tre ganger i uken resten av livet i analyse ikke lenger er akseptabelt. Delvis fordi samfunnet har endret seg og delvis fordi psykoterapi har endret seg. Det er ingen motsetninger mellom det fenomenologiske perspektivet og å måle utbytte. Vi tror at denne behandlingen fungerer, mennesker blir bedre, de rapporterer færre symptomer, mer glede, mer tilfredshet med livet og er mer levende, dette er ting vi kan måle ganske godt. Den humanistiske tradisjonen har hatt en usikker forskning, spesielt kvantitativ forskning, de humanistiske terapeutene tenkte at terapien er mer fenomenologisk. Det er ironisk, for hvem var den første som virkelig studerte psykoterapi? Det var Carl Rogers, han gjorde opptak og analyserte dem, han var den første som gjorde intensive studier på psykoterapi. Rollo May eller Fritz Perls ville ikke gjøre tradisjonell kvantitativ forskning. Og det har konsekvenser for hva myndighetene tenker om denne typen behandlingen, sier Wampold.

De kognitive retningene har vært virkelig effektive i å samle bevis, og de har brukt dem til å overbevise ikke bare myndighetene om at dette er en effektiv behandling, men også ved å påvirke samfunnet. I NPR (den offentlige radiokanalen) i USA snakker journalister om kognitiv terapi som synonymt med psykoterapi. Når man tenker på psykoterapi er det kognitiv terapi. Det skjedde ikke helt spontant, det skjedde ved måten kognitiv gruppene promoterte seg selv, og samlet bevis, de gjorde en fantastisk jobb.

- I USA gjorde bevisene at det reddet psykoterapifaget og de legitimerte psykoterapi i det medisinske systemet. Jeg er usikker på hva som hadde skjedd om ikke de kognitive retningene hadde bevist effekten av psykoterapi, sier han.

- *Jeg vil tro at det finnes krefter i gestaltmiljøet som jobber imot å bli mer «mainstream» og akseptert?*

- Ja og det stammer fra den humanistiske tradisjonen tipper jeg. Men igjen, det jeg sier til grupper som vil være legitime i forhold til psykoterapi er: samle data for å vise mennesker at det du gjør fungerer. Om din organisasjon ville gjøre dette ville det være veldig spennende.

Hvorfor fungerer psykoterapi?

Det er de senere årene forsket mye på psykoterapi og hva som gjør at den fungerer. Det er her Wampold har forsket og skrevet mest, han kaller de ingrediensene som gjør at psykoterapi har effekt for felles faktorer.

Men fellesfaktorer er ikke noe nytt han har introdusert. Allerede i 1936 lanserte den amerikanske psykologen Saul Rosenzweig (1936) tanken om

fellesfaktorer. Jerome Frank omtaler også fellesfaktorer i sin bok *Persuasion and Healing* (Frank og Frank 1993).

- Frank hadde ganske rett ved å si at det finnes noen felles faktorer. Relasjonen og demoralization¹ er nøkkelen, men en av de kritiske ingrediensene var det han kalte en myte, det vi kaller en forklaring til pasienten om deres problemer samt en passende behandling, en aktiv handling, sier Wampold.

Wampolds forskning har oppdatert det Rosenzweig og Frank har skrevet med det vi vet i dag fra antropologi, nevrovitenskap og psykologi. Ifølge Wampold er det viktige momentet at pasienten aksepterer behandlingen og at terapien terapeuten tilbyr er en legitim måte å overkomme sine problemer på. En ting de forskjellige behandlingene har til felles er at de får pasientene til å gjøre noe som er helsebringende.

Hva passer for klienten?

Forsknings sjefen på Modum Bad forteller at han nylig var på en ganske uvanlig konferanse med professor Leslie Greenberg, som handlet om «Når behandling feiler». Vanligvis viser folk frem det de er virkelig gode på. På denne konferansen reiste alle seg og viste frem det de gjorde som ikke var så bra. Professor Greenberg viste selv frem en sesjon med en klient som feilet.

- Vi må rett og slett sørge for at terapien passer for klienten. Og det viktigste for terapien er at klienten aksepterer det du gjør som terapeut. Vi vet hva som skjer når terapien ikke passer. Folk forlater terapien og kommer ikke tilbake, sier han.

Samtidig understreker Wampold at de kvalitative evnene hos terapeuten er avgjørende, for at klienten får det bedre.

- Jeg har sett på data fra en undersøkelse som strakk seg over tre år, med titusenvis av pasienter. Dataene viser at noen terapeuter skaper konsistent

1. «Demoralization betyr demoralisere: å frata en person ånd, mot og forvirre eller avse personen slik at han opplever seg disorganisert eller blir forvirret. Dette beskriver tilstanden hos dem som oppsøker psykoterapi, uavhengig av deres diagnose. Typisk er de klar over at de har mislykkes i å leve opp til sine egne eller andre forventninger, eller at de ikke greier å løse sine problemer. De kjenner seg maktesløse i å endre sin egen situasjon eller seg selv, de kan ikke fri seg selv fra sin egen ubehagelig situasjon. Denne situasjonen beskrives som en krise om den er akutt og som sosialt-sammenbrudds-syndrom om den er kronisk» (Frank og Frank 1993, s. 34).

bedre utbytte for klienten. og noen terapeuter skaper konsistent dårligere utbytte for klienten, forteller Wampold.

De siste tiårene har det kommet forskningsresultater som sier noe om hvilke karakteristikk enkelte terapeuter har, som gjør at de skaper konsistente bedre resultater enn andre terapeuter. Det som utmerker seg hos de gode terapeutene er at de er verbalt sterke og empatiske. De er flink til å se og anerkjenne klientens ekspertise og styrker, de skaper et klima for samarbeid og en enighet om målet for terapien. De har en passende forklaring på klientens problemer. De er flinke til å påvirke og er overbevisende. De monitorer seg selv og progresjonen med klienten, og de unngår ikke vanskelige tema men bruker dette terapeutisk. De kommuniserer håp og optimisme og de er oppmerksomme på klientens kontekst og karakter. De søker etter å stadig forbedre seg gjennom feedback.

Wampold mener ikke det bare er en god ide å se på hvor godt man gjør det, men en nødvendighet.

- Profesjonelle har vanligvis noen måter å bedømme hvor gode utøvere de er. Advokater vinner og taper saker, ingeniører har bruer som blir stående eller detter ned og arkitektens arbeid vises frem slik at alle kan bedømme det. Leger har også konfidensielle relasjoner, men du vet om pasientene lever eller dør. Om kirurgene er dårlige så dør pasienten, det er sykepleiere i rommet med kirurgen og det er mange som ser hva som skjer, men i psykoterapi er det helt annerledes. Du går inn i et rom med klienten, hvor det aldri er noen andre, og ingen utenfor vet hva som skjer, som også er bra, for vi trenger konfidensialiteten. Men, vi bør ha en redelighet omkring hvilken effekt vi har på klienten.

- Det er svært viktig for vår profesjon som psykoterapeuter å virkelig måle og overvåke det vi gjør. Det kommer nok ikke til å bli universelt akseptert å la seg undersøke, men jeg synes allikevel det er viktig, understreker han. Vi vil si til samfunnet at vi hjelper mennesker, så la oss også vise at vi gjør det. Det er viktig å være redelig og kunne si «ikke bare ta mitt ord for det, for her har du bevis!».

Det siste Wampold sier til meg der jeg rusler ned til motorsykkelen er «drive safely!». Og det er vel det det handler om både som motorsykkelfører og terapeut, å være trygg på at det jeg gjør er riktig for meg og andre.

Litteraturreferanser

Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. (2009) *The Heart and Soul of Change*. Washington DC: American Psychological Association.

Frank, J.D., Frank, J. B. (1993) *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Rosenzweig S. (1936) *Some Implicit Common Factors In Diverse Methods of Psychotherapy*. Malden MA: eller San Diego: American Journal of Orthopsychiatry.

Wampold, B. E. (2001) *The Great Psychotherapy Debate – Models, Methods and Findings*. New York: Routledge.

Netthenvising

Wampold, B. E. (2011). Qualities and Actions of Effective Therapists
<<http://www.apa.org/education/ce/effective-therapists.pdf>> [Lesedato: 26.09.2013].

TEORI OG PRAKSIS

Kjønnsidentitet og polaritetsteori En kasusstudie av en samtalegruppe med transpersoner

Av Vikram Kolmannskog¹

For de fleste mennesker samsvarer kjønnsidentitet og uttrykk med kjønn som ble registrert ved fødselen. For transpersoner er det annerledes. I denne artikkelen utforskes kjønnsteori, polaritetsteori og relaterte prosesser i en samtalegruppe med transpersoner. Artikkelen viser hvordan polaritetsteori og arbeid gir mening og skaper endring for deltagerne i gruppen. Denne tilnærmingen er i overensstemmelse med det nyere paradigmet innen transforskning, og utfordrer rådende medisinsk praksis i Norge som baserer seg på en binær og snever forståelse av kjønn.

NØKKELOORD: *transpersoner, kjønnsidentitet og uttrykk, polariteter, kjønnsnormer, introjeksjon*

Denne artikkelen er et bidrag til den gryende forskningen på gestaltterapi og kjønnsidentitet. Problemstillingen er hva polaritetsteori og arbeid kan bidra

1. En spesiell takk går til deltagerne i samtalegruppen og til LLH. I tillegg til å tilrettelegge for samtalegruppen har LLH bidratt med noe finansiell støtte til forskningen. Jeg vil også takke redaksjonen, især Bodil Fagerheim og Gro Skottun, samt to anonyme fagfeller for kommentarer og innspill til artikkelen.

med i forståelsen av, og arbeidet med, kjønnsidentitet generelt og transpersoner spesielt. Tilnærmingen minner om pragmatiske studier (McLeod 2010), siden datamaterialet hentes fra en samtalegruppe der jeg selv var fasilitator og terapeut. Informert samtykke ble innhentet av deltagerne før oppstart av samtalegruppen. (Informasjons- og samtykkedokumentet kan fås ved forespørsel.) Datakildene inkluderer journalnotater, lydopptak og skriftlige tilbakemeldinger fra deltagerne. Deltagerne har også hatt anledning til å kommentere på artikkelutkastet. I analysen av materialet fokuserte jeg på personer og perioder der polariteter figurerte. I det følgende presenteres eksisterende forskning og teoretisk utgangspunkt, bakgrunn for samtalegruppen, kasusbeskrivelser, drøftelse og avslutning.

Eksisterende forskning og teoretisk utgangspunkt

Psykologer finner visse generelle forskjeller mellom menn og kvinner, og har utviklet en rekke forklarende kjønns teorier (Larsen og Buss 2010). For eksempel er menn generelt mer emosjonelt stabile, selvhevdende og aggressive. Maskulinitet og femininitet regnes som ett personlighetstrekk. Visse psykologiske teorier hevder at hormoner er sentralt – for eksempel er jenter med høyt testosteronnivå mer maskuline. Andre fremhever at gutter sosialiseres til å være maskuline og jenter feminine, at kjønnsstereotyper og normer spiller en avgjørende rolle.

For de fleste mennesker samsvarer kjønnsidentitet og uttrykk med kjønn som ble registrert ved fødsel. For transpersoner er det annerledes. Som forklaring viser transforskning til blant annet biologiske faktorer som genetik og prenatal hormonnivåer, tidlige erfaringer, og senere erfaringer i tenårene eller som voksen (APA 2011). En som er registrert som kvinne ved fødselen, men opplever seg selv som mann (og eventuelt har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling), omtales som transmann eller kvinne-til-mann, forkortet til FTM på engelsk – en forkortelse som ofte benyttes i Norge også. Motsatt er det tilsvarende begrepet transkvinne eller mann-til-kvinne, forkortet til MTF på engelsk. Noen ønsker å kalles kun mann eller kvinne. Atter andre anser seg som et tredje kjønn, mann og kvinne, «queer»/skeiv, flytende, eller vil ikke definere seg i kjønnskategorier overhodet.

Fraser (2009) beskriver et paradigmeskifte som har sin opprinnelse i transpersoners egne erfaringer. «The Transsexual Model» handler om at kjønn er stabilt og binært (mannlig/kvinnelig), at transpersoner føler seg fanget i feil kropp og erfarer en psykisk smerte som kun kan lindres ved omfattende hormonell og

kirurgisk behandling. Her benyttes ofte argumenter om natur og biologi. Store deler av det medisinske miljøet i Norge og internasjonalt opererer innenfor denne modellen. Det er her vi finner den medisinske diagnosen av transseksualisme (F.64.0). Det nye paradigmet, «the Transgender Model», ser heller kjønn som et kontinuum, i noen tilfeller flytende over tid, og anerkjenner mangfold og individualiserte tilnærminger. En enkelt forklaring, med henvisning til for eksempel biologi, blir umulig. Det er utviklet ikke-patologiserende og transpositive forståelser av transpersoners erfaring, samt transpositive, terapeutiske tilnærminger (se særlig Fraser 2009).

Innenfor gestaltterapi har det vært lite oppmerksomhet på temaet. Martell (2007) nevner det kort. Det finnes også noe engelskspråklig litteratur som viser relevansen av gestaltteori, herunder feltteori, fenomenologi, «selv» som prosess og polaritetsteori (Bennett 2010; Hawley 2011; Fallon 2012).

Bennett (2010) presenterer en detaljert og vakker kasusstudie der vi følger han selv og transkvinnen «Inocencia» på en terapeutisk reise i USA. Denne reisen ender med at Bennett skriver en uttalelse slik at «Inocencia» kan få en diagnose og kvalifisere til kjønnsbekreftende MTF-behandling. Hawley (2011) som befinner seg i en britisk kontekst, har skrevet en respons til Bennett (2010). Begge kritiserer den patologiserende, transseksuelle modellen, understreker viktigheten av de sosiale felt vi inngår i, og påpeker at patologien egentlig ligger i samfunnets manglende toleranse av kjønsmangfold. Begge understreker videre viktigheten av fenomenologi og at klienters subjektive opplevelse av kjønn står i fokus.

Fallon (2012) beskriver en klient som selv 25 år etter kjønnsbekreftende FTM-behandling er svært redd for å bli avslørt, og øver på å være mann. (De befinner seg i England.) Fallon benytter dramateori som «model acting» så vel som gestaltteori, for å forstå og arbeide med dette. Verken «Inocencia» (Bennett 2010) eller Fallons klient vil imidlertid kunne være helt hjemme i det ene eller det andre kjønn, på grunn av deres forhistorie som henholdsvis registrert mann og kvinne ved fødsel. Fallon (2012) understreker viktigheten av å anerkjenne og gi rom til denne forhistorien, dobbeltheten og relatert sorg. Videre beskriver hun – i likhet med Bennett (2010) og Hawley (2011) – hvordan kjønn kan forstås som en prosess og funksjon av selvet, heller enn noe statisk og binært slik det har blitt forstått i vestlig kultur.

Det videre fokuset i denne artikkelen er hva polaritetsteori kan bidra med i forståelsen av, og arbeidet med, kjønnsidentitet. Zinker (1977) skriver at hver og en av oss er «a conglomerate of polar forces» (s. 196). Ulike krefter eller sider er komplementære og forbundet, ikke dikotomier. De utgjør en helhet

som yin og yang. Polaritetsteori utviser dermed en aksept for mangfold blant mennesker og paradoksale sannheter om en og samme person (Yontef 1993).

Polaritetene farges av personens bakgrunn og opplevelse av seg selv. På grunn av «blind spots» (Zinker 1977, s. 200) – at vi er mindre oppmerksomme på, og identifiserer oss mindre med, visse sider av polariteter – kan vi bli rigide og stereotype. Zinker (1977) nevner femininitet og maskulinitet som eksempel: «If I do not allow myself to be in touch with my femininity, then my masculinity will be exaggerated, even perverse – I will be a hard, tough guy» (s. 202). Videre kan det medføre intrapersonlig konflikt mellom ulike sider, og interpersonlig konflikt fordi vi for eksempel projiserer sider på andre. I sammenheng med kjønnsidentitetstematikk og transpersoner nevner Hawley (2011) eksempler på dobbeltliv, der en person lever som stereotypisk mann offentlig og som kvinne hjemme i all hemmelighet, eller motsatt, og at forfatteren selv foretrekker å integrere sider ved sin personlighet og være det han omtaler som «en feminin mann».

Zinker (1977) hevder at «[t]he healthy person is aware of most of the polarities within him, including those feelings and thoughts which society disallows, and is able to accept himself that way» (s. 200). Dette skjer ved å avdekke de sidene som vi ikke vedkjenner oss og komme i kontakt med disse – «stretching the self-concept» (s. 202). Ved å gå inn i en side, vil også den andre siden av polariteten etter hvert strekkes, noe han omtaler som «around the world' phenomenon» (s. 202).

I utgangspunktet synes gestaltteori generelt, og polaritetsteori spesielt, å passe godt med «the Transgender Model», som baserer seg på et kontinuum og en verdsettelse av mangfold, i motsetning til «the Transsexual Model» som baserer seg på en binær forståelse av kjønn.

Bakgrunn for samtalegruppen

I desember 2012 tok Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) kontakt med meg med en bestilling om å tilby en kortvarig samtalegruppe for transpersoner. De hadde registrert et behov for et komplementært helsetilbud. I dag har noen få psykiatere ved Seksjon for transseksualisme på Rikshospitalet monopol på utredning og behandling. De følger «the Transsexual Model». Kun de som får diagnosen transseksualisme (F.64.0) får ønsket helsehjelp. Et stort flertall avvises og føler seg lite anerkjent, og noen føler seg presset til å lyve for å passe inn i kriteriene (Miljeteig 2011; LLH 2012). Også van der Ros (2013) fremhever at langt flere enn de med diagnosen har behov

for transrelaterte helsetilbud, som veiledning og ulike typer/ grader kjønnsbekreftende behandling. Ros (2013) konkluderer videre at det er lite forståelse for kjønnsidentitetstematikk på alle samfunnsarenaer, noe som medfører transfobisk diskriminering og trakassering, minoritetsstress og skam.

På denne bakgrunn bestemte jeg meg for å opprette en gestaltinspirert samtalegruppe, og markedsførte dette som et tilbud til transpersoner i vid forstand. I utgangspunktet var det seks deltagere. Gruppen møttes til seks to-timers samlinger i lokalene til LLH Oslo i januar og februar 2013. En sluttet etter første samling. Av hensyn til anonymitet er navnene og visse personlige kjennetegn endret.

Presentasjon av deltagerne

«Alex/ Alexander» er i 30-årene, har flerkulturell bakgrunn med en norsk forelder og en utenlandsk, er FTM uten å ha påbegynt noen behandling, og studerer på høyskole/ universitet.

«Arne» er i 20-årene, etnisk norsk, er under utredning for FTM-behandling på Rikshospitalet og arbeider som selger.

«Jo» er i 40-årene, etnisk norsk, har tatt kjønnsbekreftende behandling (FTM) på Rikshospitalet, vært offisielt mann i flere år, er delvis ufør og delvis i arbeid i en frivillig forening.

«Julie/ Olav» er i 50-årene, etnisk norsk, er MTF, lever som mann offentlig og kvinne i skjul hjemme, har sosial angst, bor alene og isolert utenfor Oslo og er ikke i arbeid. Etter to gruppesamlinger slutter hun på grunn av angsten og fortsetter i individualterapi med en kvinnelig terapeut på sitt hjemsted.

«Kennedy» er i 30-årene, innvandrertil Norge og ikke hvit, registrert kvinne ved fødsel, har nylig begynt å definere seg som bifil og «gender queer/ fluid», er student ved høyskole/ universitet og har «trust issues». Kennedy foretrekker å bli omtalt ved navn heller enn han, hun eller hin.

Kasusbeskrivelse I

På tredje samling gjør vi en awareness-øvelse (Stevens 1971; Yontef 1993) der alle holder hender. Etterpå deler Kennedy at Kennedy vet at poenget er at det

skal være avslappende, men at det var vanskelig. Jeg sier at målet kun er å bli bevisst det som dukker opp, ikke noe annet. (Kennedy har allerede avklart at det er ok å snakke engelsk.)

Kennedy: – *I want to hold people's hands. It's just the reaction. I feel uncomfortable even though I want to.*

Terapeut (T): – *It sounds like one part of you wants to hold hands and one part of you does not want.*

Kennedy: – *And that's unexplainable.*

T: – *And that's very normal. Mostly one part wants to do this and one part wants to do that. And it's paradoxical. Can you try saying that I want to hold hands and I don't want to hold hands?*

Kennedy: – *I want to hold hands but I don't want to.*

T: – *Can you try to say «and» just as an experiment?*

Kennedy: – *Oh, I didn't?*

T: – *No, you said «but» and that's what we normally do.*

Kennedy: – *I want to hold hands and I don't want to hold hands ... and I don't want to touch you at all.*

T: – *Does it feel different when you say it?*

Kennedy: – *Yeah, it makes me feel like I have two different sides.*

Jeg klargjør at det handler om utforskning og awareness, ikke kognitiv reprogrammering. Jeg får en idé om at polariteten kan være relatert til Kennedys «trust issues». Jeg velger å gradere, henvende meg til hele gruppen og fortelle mer om polariteter og endring generelt, herunder endringens paradoks (Beisser 1970). Alexander sier at det gir mye mening.

I tilbakemeldingen etter endt gruppe skriver Alexander følgende: «Når Vikram sa at man kan føle en ting OG en annen ting (i stedet for MEN), som vanligvis sees som det motsatte, hjalp dette meg å håndtere opposisjonen mellom kropp og hjerne som jeg opplever hver dag. Også følelsen av å være lykkelig OG sint i denne prosessen. Det andre var når Vikram snakket om forandring og hvordan den skjer når vi ikke prøver å presse oss til en ting eller en annen. Gjennom dette forandret jeg meg til den jeg vil være. Ellers var det følelsen av trygghet gjennom en åpen form for kommunikasjon som var spesielt viktig for meg [...] jeg har lov til å være snill i stedet for kritisk i noen sammenhenger og sette mine egne grenser i andre.»

Her nevnes flere polariteter som lykkelig og sint, snill og sette grenser. En rekke andre polariteter kommer opp i løpet av gruppens gang. Hos Arne

kommer redd og glad opp når vi snakker om Rikshospitalet, og i det følgende beskrives utforskningen av en polaritet hos Jo.

Kasusbeskrivelse II

På tredje samling forteller jeg at Julie har sluttet på grunn av sosial angst og spør om noen kjenner seg igjen. Jo deler at han hadde sosial angst før kjønnsbekreftende behandling, og at han ennå kan kjenne det noen ganger. Mens det før behandlingen handlet om at han ikke var konform i forhold til å være kvinne, er det nå motsatt. Vi snakker også om hvorvidt deltagerne føler at de vil tape, eller har tapt, noe med kjønnsbekreftende behandling. Jo savner å leve ut det kvinnelige. Jeg tenker at vi delvis har å gjøre med kjønnsnormer og introjeksjon (Jørstad 2002). Jeg anerkjenner samfunnspresset og sier samtidig at gestaltterapiens grunnleggere var klare på at det ikke er et mål å tilpasse mennesker til et sykt samfunn (Perls, Hefferline og Goodman 1951). Selv om mange ser noe som passende for menn og noe for kvinner, kan vi kanskje velge å utforske og leve ut flere sider av oss selv.

Jo: – *Jeg kunne godt tenkt meg større frihet når det gjelder å kunne møte opp i et eller annet selskap og være pynta, hvis jeg da pynta meg med noe som, det ville jo antagelig vært noe som var androgynt [...]*

Jeg blir oppmerksom på at Jos klær gir assosiasjoner til militæret eller friluftsliv.

Terapeut (T): – *Kunne du gjort det her?*

Jo: – *Jeg kunne gjort det her, men jeg hadde nok hatt trøbbel på t-banen.*

T: – *Så du kunne ikke gått på t-banen, men hva med at du har det med deg og så kunne skifte her?*

Jo: – *Nå har jeg jo ikke kjøpt noen sånne klær da, for jeg har jo tenkt at jeg ikke får brukt det.*

På fjerde samling forteller Jo at han fant noen klær hjemme. Etter pausen kommer han inn i en fargerik og lang skjorte, øredobber og sandaler.

T: – *Hvordan er det for deg å sitte her sammen med oss? Er det sånn at du har gått i disse klærne?*

Jo: – *Det er mange, mange år siden.*

T: – *Ja.*

Jo: – *Sånn at det er på en måte å hilse på en veldig gammel følelse. Som også er en del av meg. Og det er nok den androgyne delen [...]*

Jo forteller fra sin historie. Etter en stund vil jeg bringe oss tilbake til gruppen og det som skjer her og nå.

T: – *Hvordan er det for deg akkurat her og nå med oss? Vi sitter jo nå her og ser på deg. Hvordan er det det føles ut for deg?*

Jo: – *Det føles som at ... det føles som en glede. Fordi at jeg har den tryggheten med dere her. Til å kunne lissom kjenne igjen, kjenne på den, den følelsen da. Eller på de følelsene. Jeg vet ikke helt hvilke følelser det er. Masse forskjellig.*

Jeg sjekker om det er ok at vi hører med de andre deltagerne. Jeg vil se om han kan oppleve å bli sett med denne siden i gruppen, og hva dette gjør med gruppen.

Alexander: – *Jeg blir glad.*

T: – *Du blir glad.*

Alexander: – *Ja. En ting er bare for jeg at får litt kick av klær og interessante snitt å se på. (Ser på Jo.) Og fordi du smilte.*

Arne og Kennedy deler at de også ble glade.

Jo: – *Jeg blir jo kjempeglad av at noen blir glad av dette da.*

Etter en stund, og etter å ha sjekket om det er ok med mer feedback, deler også jeg noe.

T: – *Det var faktisk også en ting som kom opp i meg da jeg så deg gå i de klærne. Ja, jeg sitter i en rosa genser i dag ... med skjegg.*

Jeg tenker at jeg kan bidra til normalisering. Som mann velger jeg å ha både skjegg og gå i farger som ikke typisk anses som maskuline. Alexander tilføyer deretter at Jo minnet ham om en kamerat, en som også elsker sånne skjorter.

Jo: – *Ja, nei, jeg treffer jo på av og til noen menn som har den stilen her, eller masse fargerike ting, og jeg blir glad av det [...]. Og da skjønner jeg lissom ikke, hvordan kan folk bli sinte og sure, la seg provosere når folk stikker seg ut.*

T: – *Så nå blir du sett også da, Jo.*

Jo: – *Ja, det har jeg blitt hele tiden ellers også da. Denne siden av meg er jo den som har blitt usynlig også da. Ved å bli såpass maskulin så de fleste antagelig bare tenker sånn A4-fyr. Og da forsvinner det som vi snakket om i begynnelsen, den queer-delen av meg.*

T: – *Og nå har det blitt synlig da.*

Jo: – *Ja, den delen er der. Men jeg kan ikke vise den til hvem som helst, holdt jeg på å si. Eller jeg har ikke prøvd å vise den. Jeg kan jo gjøre noen valg senere i livet at jeg viser mer. Og det, det får vi se.*

Kennedy oppfordrer ham til å gå i slike klær ute også. Jo sier at han har noen venner som han kanskje kan gjøre det sammen med. På Skeive Dager føler

han dessuten at han kan utforske disse sidene. Han sier at han på den ene siden er fargerik «disco-queen», som vi ser nå, og på den andre siden militær- og lærinspirert SM-mann. Jeg bringer igjen inn ideen om polariteter, at det å strekke en side gjør at også den andre siden strekkes, at vi kan være hele og fleksible når vi er i kontakt med hele polariteten. Flere deltar og utveksler erfaringer. Alexander klager over norsk konformitet. Kennedy er inspirert av polaritetsarbeidet, og vil utforske, vise frem og akseptere forskjellige sider ved sin kjønnsidentitet mer. Jo forteller at han før kjønnsbekreftende behandling vurderte å fortsette å leve som kvinne og spille på et spekter av kjønnsuttrykk, men følte at han fysisk manglet testosteron. (Det handlet med andre ord ikke kun om kjønnsnormer og introjeksjon.) Her skiller han seg fra Kennedy som ikke ønsker noen behandling.

På siste samling forteller Jo at dette var den viktigste episoden for ham, at det var en opplevelse heller enn kun å snakke om noe. Han forteller videre at han har blitt mer komfortabel med hele sitt kjønne selv og ikke må være en «standardmann».

Drøftelse

I utgangspunktet var episoden med Kennedy ikke konkret relatert til kjønnsidentitet. Den viste hvordan «stretching the self-concept» (Zinker 1977, s. 202) kan innebære språklige eksperimenter, for eksempel å inkludere begge sider av en polaritet med og i en setning, og kjenne etter. Episoden satte et fokus på polariteter hos andre. Som det fremkom valgte jeg å dele noe gestaltteori, en form for psyko-utdanning. Polariteter og endringens paradoks ga mening for flere deltagere. At den psykoterapeutiske teorien eller modellen man arbeider med gir mening for både terapeut og klient, er blant de viktigste fellesfaktorene i all terapi (Duncan et al. 2009).

Polaritetsarbeid kan gi oss en opplevelse av å være mer hele og fleksible (Zinker 1977). En og samme person kan være selvhevdende når det er nødvendig, og omtenksum når det er nødvendig. Alexander nevnte «sette mine egne grenser» og «snill». Personlighetspsykologer hevder disse kvalitetene er henholdsvis typisk maskuline og feminine (Larsen og Buss 2010). Zinker (1977) synes også å forutsette at hard og tøff er maskulint mens mykt er feminint. Fordi begrepsparet maskulin/feminin også har et kjønnsnormativt aspekt og henger sammen med introjeksjon, mener jeg det noen ganger er mer hensiktsmessig å heller benytte mer presise begrepspar som hard/myk, selvhevdende/omtenksom, og så videre.

Alexander nevnte også «opposisjonen mellom kropp og hjerne», som kan henvise til opplevelsen av seg selv som fysisk kvinne og mentalt mann. I løpet av samlingene valgte han for øvrig å starte utredning og behandling i utlandet, der det kunne skje mer på hans egne premisser. Også noen transpersoner som har gjennomgått behandling vil kunne oppleve at de ikke er helt hjemme i verken det ene eller det andre kjønn. Det kan handle om at de har en forhistorie med å være et annet kjønn, slik det også var for klientene til Bennett (2010) og Fallon (2012), at kroppen ikke transformeres fullstendig, eller at de, som Jo, opplever at kjønnsidentitet og uttrykk er et kontinuum og noen ganger flytende. Polaritetsteori og arbeid kan da gi mening.

Episoden med Jo i fokus illustrerte også hvordan polariteter, kjønnsnormer og introjeksjon kan henge sammen. Den viste at en side kan bli undertrykt eller skyggelagt på et tidspunkt i livet som kvinne, og den andre på et annet tidspunkt som mann. I likhet med Bennett (2010), Hawley (2011) og Fallon (2012) viser også dette at lidelse kan ses i lys av svakheter i samfunnet, som manglende toleranse for kjønns mangfold, heller enn individuell patologi.

Wheeler (1991) anser kontaktformene som polaritetspar; motpolen til introjeksjon kan være å «tygge». I arbeidet anerkjente og utforsket vi samfunnspress, valg, brøt kjønnsnormer i en trygg setting, synliggjorde og kjente etter hvordan det var, en slags felles «tygging». En militærinspirert SM-mann kunne også være fargerik «disco-queen». Å strekke den ene siden, gjorde ham dessuten igjen oppmerksom på den andre siden, et «around the world»-fenomen (Zinker 1977, s. 202).

Mens strenge kjønnsnormer kan gjøre det vanskelig å velge, som Hawley (2011) å være «en feminin mann», eller som Jo å være både SM-mann og «disco-queen», viser Jos tilfelle at det heller ikke alltid vil være tilstrekkelig med en slik integrering. Det var klart for Jo at valget om kjønnsbekreftende behandling hadde handlet om noe mer/annet enn normer og introjeksjon, nemlig en opplevelse av å fysisk mangle testosteron. For andre, slik som Kennedy, er utforskning og aksept for hele kjønns polariteten tilstrekkelig.

Gruppen rommet også tvil, redsel og sinne, i tillegg til motpoler som sikkerhet, glede og lykke. Antagelig kjenner mange tvil, redsel og andre vonde følelser i prosesser der potensielt omfattende endringer, slik som kjønnsbekreftende behandling, vurderes. Mange transpersoner føler imidlertid at disse sidene må skjules for å overbevise psykiaterne ved Rikshospitalet og få diagnosen som gir tilgang til behandling. I samtalegruppen var det derimot mulig å være åpen, og dermed kom også motpolene opp, noe som fra et gestaltterapeutisk ståsted er sunnere (Zinker 1977).

Etter hvert var det visse ord som gikk igjen i beskrivelser av gruppen: «mangfold», «frihet», og «her kan jeg være meg selv». Dette antyder at gestaltterapeutisk polaritetsarbeid fungerte godt for denne gruppen og at deltagerne opplevde terapiprosessen som frigjørende.

Avslutning

I denne artikkelen har jeg utforsket kjønnsteori, polaritetsteori og relaterte prosesser i en samtalegruppe med transpersoner. Polaritetsteori og arbeid synes å passe godt med «the Transgender Model» og transpersoners egne erfaringer. «The Transsexual Model» som baserer seg på en binær forståelse av kjønn, er imidlertid ennå rådende innen det offentlige helsesystemet. Tilbud om gestaltterapi kan dermed utgjøre et sårt tiltrengt komplement. Forskning av praktikere selv eller eksterne akademikere, kan skje parallelt for å øke kunnskapsbasen ytterligere rundt kjønnsidentitet og gestaltterapi.

Samtidig viser kasusen hvordan kjønnsidentitetstematikk og lidelse kan være tett forbundet med normer og introjeksjon. Til tross for en stor utvikling i Norge de siste tiårene er det ennå i dag lite toleranse for kjønns mangfold. Og erfaringer, kreativitet og endringer i terapirommet vil ikke være bærekraftig dersom samfunnet stadig krever en annen form for tilpasning (Perls, Hefferline og Goodman 1951). Kanskje noe av intoleransen henger sammen med at enkeltmennesker og grupper projiserer og lar interne konflikter utspille seg interpersonlig eller mellom grupper, for eksempel med transpersoner og andre som bryter kjønnsnormer som beleilig mål. Også disse enkeltmenneskene, gruppene og samfunnet som helhet må heles. Dette krever mer oppmerksomhet. Som gestaltterapeuter bør vi i det minste etterstrebe å bringe transpersoners erfaringer og verdsettelsen av mangfold ut av terapirommene og inn i samfunnet for øvrig. Endring er nødvendig på både intrapersonlig, interpersonlig og et samfunnsmessig plan.

Artikkelen er fagfelleurdert

Litteraturhenvisninger

- APA (American Psychological Association) (2011). *Answers to Your Questions About Transgender People, Gender Identity, and Gender Expression*. 2.utgave. Washington: American Psychological Association.
- Beisser, A. (1970). *Paradoxical Theory of Change*. I: Fagan and Shepherd, red. 1970. *Gestalt Therapy Now*. Harper Colophon.

- Bennett, J.L. (2010). 'Inocencia': case study of a transgender woman without gender dysphoria preparing for gender reassignment surgery. *British Gestalt Journal*, 19(2), ss. 16-27.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. og M.A. Hubble (red.) (2009). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy*. 2.utgave. American Psychological Association.
- Fallon, S. (2012). Sex, Gender, and the Theatre of Self: Acting Theory in (Gestalt) Psychotherapy with a Transsexual Client. *Gestalt Review*, 16(2), ss. 162-180.
- Fraser, L. (2009). Psychotherapy in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and Recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), ss. 110-126.
- Hawley, D.A. (2011). Therapeutic work with gender identity issues: a response to John L. Bennett. *British Gestalt Journal*, 20(1), ss. 14-20.
- Jørstad, S. (2002). Oversikt over kontaktformer. I: Å. Krüger og S. Jørstad, red. 2002. *Den Flyvende Hollender. Festskrift*. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt.
- Larsen, R.J., og Buss, D.M. (2010). *Personality Psychology: Domains of Knowledge About Human Nature*. 4.utg. New York: McGraw-Hill.
- LLH (Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner) (2012). Ang. helsedirektoratets gjennomgang av behandlingstilbudet til transsekuelle og transpersoner (10/5482). 5.november, 2012.
- Martell, B. (2007). *Sex – gløder og skuffelser*. Oslo: Conflux forlag.
- McLeod, J. (2010). *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Perls, F., Hefferline, R., og Goodman, P. (1951/1994). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Gouldsboro: The Gestalt Journal Press.
- Stevens, J.O. (1971). *Awareness: exploring experimenting experiencing*. Moab: Real People Press.
- Van der Ros, J. (2013). *Alskens Folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk*. Oslo: Likestillingssenteret.
- Wheeler, G. (1991). The Resistances Reconsidered. I: G. Wheeler, red. 1991. *Gestalt Reconsidered*. New York: Gestalt Institute of Cleveland Press.
- Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*. Gouldsboro: The Gestalt Journal Press.
- Zinker, J. (1977). *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Random House.

Netthenvising

Miljeteig, M. (2011). – Transpersoner må lyve for å få behandling. NRK [online] 21.november. Tilgjengelig på:
<<http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.7861415>> (Sist sjekket 26. mars 2013).

Gammal dritt!!! Kreativ tilpasning og arbeid med klienter utsatt for langvarig traume

Av Katrine Borgen

Denne artikkelen er en omarbeidelse av eksamensoppgaven min ved NGL. Jeg beskriver hvordan jeg støtter meg på teorien om kreativ tilpasning (kontaktsyklus) når jeg arbeider med en klient som har vært utsatt for langvarig traume, og jeg trekker paralleller mellom Perls' velkjente begrep «unfinished business» og «gammal dritt».

NØKKELOORD: langvarig traume, kreativ tilpasning, heling, vekst og utvikling

I artikkelen beskriver jeg hvordan jeg jobber sammen med en klient som har vært utsatt for langvarig traume som har preget hennes kreative tilpasning. Jeg støtter meg ofte på teorien om kreativ tilpasning, prosessmodellen til Perls, også kalt kontaktsyklus (Perls m.fl., 1951; Philipsson, 2001). Jeg ønsker her å beskrive hvordan Perls' teori gir meg utvidet forståelse av kreativ tilpasning, samt vise hvordan terapeutisk arbeid kan åpne opp for endring og nye valgmuligheter.

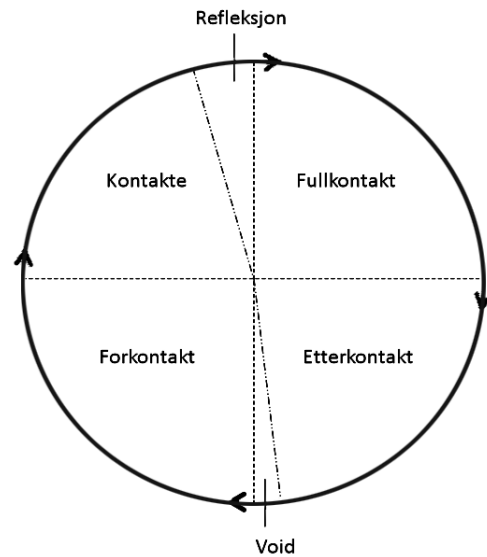
Kreativ tilpasning – kontaktsyklus

Kreativ tilpasning kan ses som handlings- og tankemønstre vi tillærer oss tidlig i livet, som svar på mer eller mindre «næringsfattige» oppvekstsomgivelser og relasjoner. Mønstrene er ofte hensiktsmessig adferd når de utvikles – de gir en grad av mening da, men kan oppleves som begrensninger senere i livet når omgivelsene tillater noe annet. Jeg ser kreativ tilpasning som en overlevelsesmekanisme for å gi mening til tilværelsen, med forskjellig uttrykk avhengig av person og felt/situasjon (Wollants, 2008).

Gestalt kan oversettes med meningsfull helhet, en helhet som inkluderer både en enkelt del (figur), omgivelsene (grunn) og graden av organisering mellom disse to i et felt (figurdannelse) (Moskaug, 2007; Clarkson & Mackewn, 2009). Hva som blir figur for meg avhenger av hva som gir meg mening her og nå, noe som også er påvirket av min historie (grunn). Perls mente at den viktigste uferdige gestalten alltid ville dukke opp først på søken etter avslutning – å danne en meningsfull helhet, og han beskrev dette som «unfinished business» (Clarkson & Mackewn, 2009). Perls støttet seg også på Zeigarnik-effekten, det at folk husker bedre uferdige oppgaver enn de ferdige (Zeigarnik, 1927). Siden vi mennesker har en iboende trang til å organisere sanseinntrykk i meningsfulle helheter (Clarkson & Mackewn, 2009), og søken etter mening har en eksistensiell dimensjon som motpol til meningsløsheten (Masqulier, 2003), tenker jeg det er en nær sammenheng mellom individets kreative tilpasning og mulighetene som finnes for figurdannelse i det aktuelle feltet.

Kreativ tilpasning kan ses som minste motstands vei, å velge noe kjent/trygt fremfor det ukjente, jamfør loven om pregnans (Wertheimer, 1923; Moskaug, 2007). Et eksempel kan være «desensitization» – å numme seg, å stenge kroppens signaler ute, og først og fremst være i hodet og tankene. Slik kan jeg stanse egen følelsesmessig respons på omgivelsene for å unngå å bli såret eller skadet (Perls m.fl., 1951; Kepner, 2008), men slik kreativ tilpasning skjer ikke uten konsekvenser for individet og individualiseringsprosessen (van Baalen, 2008).

Prosessmodellen til Perls, kontaktsyklus, illustrerer teoretisk hvordan et felt organiserer seg i figur og grunn, beskrevet som en fasemodell i fire faser (Perls m.fl., 1951; Philipsson, 2001). Fasene følger etter hverandre og man kommer ikke til neste fase uten å ha vært gjennom den foregående (se Figur). Jeg beskriver kort noen gjenkjennende karakteristika for de ulike fasene.



Figur. Kontaktsyklus, fritt tegnet etter undervisningen ved NGL.

Figurdannelsen starter med forkontakt, for eksempel på starten av en terapi-time når vi snakker litt om løst og fast. Da er kontaktfunksjonene (Polster & Polster, 1974) aktive og det er liten grad av awareness (Stevens, 2007). Feltet er ikke organisert i figur og grunn. Jeg kan kjenne litt på kroppslig uro og spenning over hva som kommer. Overgangen til neste fase (kontakte) starter når noe fanger min oppmerksomhet; en fornemmelse, et behov, en impuls enten utenfra eller innenfra – figur trer frem fra grunn, og idfunksjonen (Müller, 1989) trer i kraft. Som terapeut kontakter jeg figur målrettet (egofunksjonen) (ibid.), på nytt og på nytt, gjerne med eksperimenter – «fattening the figure» (Zinker, 1978), awareness øker og noe nytt oppstår – vi er over i neste fase, fullkontakt. Det er gjerne i kontaktefasen at kontaktformene (Wheeler, 1991; Jørstad, 2008) figurerer og kan bremse den sykliske prosessen for å unngå fullkontakt og ny innsikt. En «refleksjonspause» kan oppstå i kontaktefasen og støtte prosessen til fullkontakt (se Figur).

Fullkontakt oppleves ofte i korte øyeblikk. Klienten får en aha-opplevelse – jeg/vi ser noe på nytt. Fasen kan beskrives som et spontant, enhetlig, «hellig» øyeblikk. Jeg kjenner kroppslig fornemmelse av velvære og ro, og har opplevelsen av at «nå skjer det noe viktig». Fullkontakt kan også beskrives som Jeg/Du-møtet (Buber, 1923), eller som med Perls: «The awareness is at

its brightest, in the figure of the You» (Perls m.fl., 1951, s. 403). Min erfaring er at vi raskt kommer over i etterkontakt – fasen for høsting. Klient og terapeut reflekterer sammen og dette støtter integrering av den nye erfaringen. Denne fasen er også beskrevet som «accomodation and choice» av Korb m.fl. (2002), som understreker hvordan differensiering åpner for innsikt og nye valgmuligheter. Min erfaring er at det på slutten av etterkontakten kan oppstå en tomhet – «a fruitful void» (Almaas, 2000) (se Figur), før en ny kontaktsyklus starter.

Klientarbeid

Klienten i dette arbeidet er en ressurssterk voksen kvinne. Hun er gift og har to barn. Hun har vært utsatt for vold og alvorlig omsorgssvikt under barndom og oppvekst, i en familie der det var svært viktig å opprettholde fasaden. Når hun kommer i terapi er hun sorgtung og føler seg alene med det vonde fra fortiden. Hennes bestilling er å jobbe med gjentakende og vedvarende problemstillinger i livet. Hun har tidligere erfaring med psykoterapi. Mistillit dukker tidlig opp som tema, og hun tviler på sine egne opplevelser. Hennes forventning til omverden kan formuleres som: «Jeg kan egentlig ikke stole på noen og må greie meg selv her i livet». Polaritetene (Zinker, 1978) sterk, selvstendig og utadvent versus liten, sårbar og innadvendt dukker stadig opp. Det blir raskt tydelig for meg at hun har en enorm indre styrke, en overlevelseskraft jeg både ser og hører i møte med henne. Denne livskraften stoler jeg på under arbeidene våre.

Hun har kommet til meg jevnlig i nærmere ett år når vi gjør dette arbeidet sammen. Jeg har valgt å beskrive tre etterfølgende timer siden jeg opplever at det vi gjorde disse tre timene henger sammen i én kontaktsyklus rundt figuren «det vonde fra fortiden». Den første timen ser jeg som kontaktefase der vi kontakter «det vonde fra fortiden» gjennom å arbeide med en drøm der hun er i rettsak mot ekskjæresten (jeg kaller ham Petter). Hun kommer i kontakt med sterke følelser fra langt tilbake – en dødsangst vi også tidligere har jobbet med. Innsikten hun delte på slutten av denne timen var: «Det at jeg valgte å gå fra ham oppleves som at jeg valgte å leve fremfor å dø ...».

Verbatim som følger er fra timen uken etter, skrevet ned direkte etter møtet med klienten, basert på min erindring. Jeg beskriver kort fenomener jeg blir klar over, mine intervensjoner og hva jeg tenker i forhold til dem, samt synliggjør de ulike fasene av kontaktsyklusen vi befinner oss i. Klienten

er anonymisert og har gitt tillatelse til bruk av arbeidet.

Klient (K): – *Jeg har tenkt mye på det som skjedde sist ...*

Terapeut (T): – *Ja ...*

K: – *Jeg er sinna på menn.*

T: – *Er du sinna på alle menn?*

K: – *Neeiii, jeg er sinna på faren min og Petter.*

Vi snakker litt om hennes forhold til menn (forkontakt), inkludert hennes forhold til ektemannen, som blir figur for meg.

T: – *Hmmm ... Jeg hører du sier at du holder deg tilbake, at du ikke må elske mannen din for høyt for da blir du maktesløs og sårbar ...*

K: – *Ja ... jeg er redd han en dag skal vise sitt sanne jeg ... at han skal bli et monster ... så jeg holder hele tiden litt igjen, tør ikke hengi meg hundre prosent ... Jeg må lik-som passe på meg, i tilfelle ...*

T: – *Hmmm ... Jeg tenker det er den lille jenta som har så stort behov for å bli holdt, og samtidig er så redd. Det er hun som har blitt sveket og utnyttet.*

Den lille jenta blir figur for meg.

K: – *Ja, svik er vesentlig her ... jeg har opplevd svik på så mange fronter ... puh!* (puster ut)

T: – *Ja, det er den lille jenta som ble sveket og som er så redd for å gi seg hen og stole hundre prosent på noen mann ...*

Klienten blir stille, tårene renner, hun trekker seg inn i seg selv, stirrer rett fremfor seg ned i gulvet. Oppmerksomheten min går til kroppen; hvordan jeg sitter i stolen, kontakten mellom meg og underlaget, og spesielt føttens kontakt med gulvet. Jeg kjenner meg trygg og rolig. Jeg blir oppmerksom på klientens litt sammensunkne, fremoverbøyde sittestilling i stolen og at føttene hennes bare delvis har kontakt med gulvet.

T: – *Kan du kjenne føttene dine?*

K: – *Hmmm ... ja ...* (lukker øynene).

T: – *Kjenn kontakten mellom føttene og gulvet ... kjenn hvordan du sitter ... kan du kjenne stolen under deg ... at du kan hvile i den ... Stolen bærer deg ...*

Mens jeg snakker rolig ser jeg at klienten slipper seg bakover og ned i stolen, hun lener hodet forover, øynene er lukket. Føttene er plassert ved siden av hverandre på gulvet. Vi sitter og puster sammen. Etter noen minutter opplever jeg at hun har forsvunnet litt fra meg, og tolker at hun er inne i noe vondt og vanskelig alene. Jeg tenker at det er noe hun har mye erfaring med, og jeg ønsker at hun nå skal få en erfaring med å ikke holde ut det vonde alene, at jeg er der sammen med henne uten å ta henne ut av det hun er i. Jeg får en impuls om å sitte nærmere henne og på en eller annen måte ha fysisk kontakt,

for å bekrefte min tilstedeværelse, samtidig som jeg ikke vil gjøre noe som får henne til å føle seg invadert.

T: – *Nå setter jeg meg på gulvet foran deg ...* (setter meg ned med føttene hennes mellom beina mine uten at de berører hennes) ... og jeg legger hendene mine på føttene dine (håndflatene mine hviler mot vristene hennes).

K: – (Sitter og puster med lukkede øyne).

T: – (Etter cirka ett minutt) *Hvordan er det å ha hendene mine på føttene dine?*

K: – *Det er veldig godt. Det blir en tyngde nedover.* (puster ut).

T: – *Hmmmm ...* (puster ut).

Jeg kjenner lettelse over det hun deler. Jeg fortsetter å sitte på gulvet med hendene godt rundt hennes føtter, som en slags omfavnelse. Jeg flytter litt på meg og finner en så behagelig stilling som mulig. Jeg puster dypt og kjenner at jeg kan sitte slik en god stund. Klienten sitter i stolen med lukkede øyne, puster dypt og tårene renner. Vi sitter sånn sammen i rundt 10 minutter. Så begynner hun å snakke, med øynene igjen. Vi er fortsatt i kontaktefasen, og tar en pause med refleksjon uten å ha vært i fullkontakt.

K: – *Det er så rart, jeg er nær her og samtidig fjern i fortiden ... Jeg ser meg selv i miniatyr, som i et slags febrilsk forsøk på å roe meg selv ... Jeg sier: «det går bra, det er bare å glemme alt som har skjedd, det går over, bare gå videre, stå på og vær sterk».*

T: – *Hmmm ...*

K: – *På den andre siden ser jeg meg selv som en gammel kone – jeg kjenner meg som 90 år, ryggen er krokete etter alt den har båret ... Hehehe ...* (ler litt).

T: – *Hmmm ... Jeg hører du sier du er nær her og samtidig fjern i fortiden ... og at du kjenner deg som 90 år gammel og krokete i ryggen etter alt du har båret. Nå trenger du ikke bære det alene. Du tar det frem her hos meg. Du er ikke lenger alene om den tunge børen.*

Vi sitter i stillhet. Klienten har fortsatt lukkede øyne og puster dypt. Etter en god stund bryter jeg stillheten.

T: – *Dette gir veldig mening til meg.*

K: – (Tårene renner ... så åpner hun øynene og ser på meg). *Jeg vil så gjerne parkere denne fortiden min. Går det an å bli kvitt den og sette den fra seg?*

T: – *Ja ... og jeg tenker det er det du holder på med nå.* (Jeg ser opp på henne fra min posisjon på gulvet, fortsatt med hendene på føttene hennes).

K: – *Det er ikke min dritt!!* (hun ser direkte på meg, jeg møter blikket hennes).

Klienten får en aha-opplevelse. Vi er i fullkontakt.

T: – *Nei, det er ikke din dritt! Kan du si det en gang til?*

K: – *Det er ikke min dritt!*

T: – *Nei, det er helt sant.*

K: – *Da blir det jo enklere når jeg vet at det ikke er min dritt ... Det er lett å sette fra seg andres dritt! Hahaha ... (ler og smiler).*

T: – *Ja, det stemmer!* (smiler og flytter hendene mine spontant opp på knærne hennes). *Nå setter jeg meg tilbake i stolen min, jeg.*

Setter meg i stolen, vi ser på hverandre. Vi er over i etterkontakt.

K: – (Strekker seg og beveger seg i stolen) *Oj, dette er rart, jeg har en fysisk fornemmelse av at jeg er rettere i ryggen ... det er noe som har løsnet bak der (peker mot skulderpartiet), jeg vil liksom strekke meg og det kommer innenifra, ikke fra en slags ytre formaning om at jeg må rette meg opp ... Så rart!*

T: – *Ja, så spennende! Jeg ser også at du sitter rettere i ryggen enn da du kom, og jeg kjenner at jeg strekker ryggen selv og er åpen i brystet* (retter meg opp og beveger meg i stolen).

Jeg er opptatt av å bekrefte hennes her-og-nå-opplevelse, også i kroppen – jeg tenker det støtter integrering av den nye erfaringen.

K: – *Hmmm, så rart ...* (beveger seg i stolen og særlig i øvre del av ryggen).

T: – *Hmmm ...* (puster ut).

K: – (Stillhet) *Jeg vil sette det fra meg her.*

T: – *Vet du hva det er du vil sette igjen her?*

K: – *Det er arvesøpla! Den skal stå igjen her.* (Tydelig og bestemt).

T: – *Å ja! Arvesøppel – det er det det er. Ja, bare la det stå igjen her!*

K: – *Ja, det er en diger full søppelsekk som står her* (illustrerer med armene til venstre for stolen hun sitter i) *og den skal få stå igjen her.*

Jeg tenker hun har vært i kontakt med noe helt essensielt fra fortidens traumer og at den kroppslige erfaringen ga en ny dimensjon. Vi har jobbet mye med «det vonde fra fortiden» på ulike vis tidligere. Nå tenker jeg det ble plassert i arvesøppelsekken, i terapirommet.

Når hun kommer tilbake en uke senere åpner hun med utsagnet: «Jeg har hatt det så fint, helt bekymringsløst liksom ... Det er akkurat som om det er en avstand mellom meg og den sekken ... mellom meg og de greiene.» Hun tegner seg selv og de greiene – en meget sterk tegning som vi høster fra sammen – vi er i etterkontakt. På slutten av timen deler hun innsikten: «Nå er det som om jeg er tydeligere for meg, det er en fysisk avstand mellom meg og de andre, og jeg kan lettere se det.» Vi er stille sammen i flere minutter, som om vi sitter og tar inn det vi har vært med på ... Jeg opplever at noe virkelig er avsluttet, det er ikke noe mer å si. Vi er i void.

Drøfting

I arbeid med klienter som har vært utsatt for langvarig traume er jeg først og fremst opptatt av å bygge tillit og skape trygghet i den terapeutiske relasjonen, slik blant andre Crocker (1999) og Staemmler (2007) beskriver. Jeg støtter klientens egen opplevelse, både i her-og-nå og av fortiden. Jeg bekrefter henne og tenker hun trenger erfaring med en relasjon der hun tåles, med hele seg, også med historien som er mer eller mindre fortrenget. Arbeidshypotesen min er ofte «å tåle», «å gå bakom» og se hva som dukker opp i feltet mellom oss. Gradvis utfordrer jeg både klienten og meg selv – jeg «vipper på stolen» – for eksempel når jeg kontakter den lille sårbare jenta. Jeg følger mine impulser både i ord og handling, og bruker awareness som navigeringsinstrument, for eksempel når jeg setter meg på gulvet og kontakter klientens føtter med hendene. Jeg arbeider ut fra tanken om at jeg ikke trenger å vite detaljer om det hun har opplevd for å kunne hjelpe – vi jobber med «det vonde fra fortiden». Jeg tror på at heling kan skje i her-og-nå, gjennom ny erfaring i en trygg relasjon, – jeg understreker at jeg er med henne: «Nå trenger du ikke bære det alene. Du tar det frem her hos meg. Du er ikke lenger alene om den tunge børen.»

I arbeid med denne klienten har jeg ofte registrert figurer som jeg har latt gå i grunn, enten uten å kontakte dem i det hele tatt, eller etter forsøk på kontakt som ikke ga gjenklang hos henne. Verbatim illustrerer dette. Første figur jeg kontakter er «forholdet til ektemannen». Så dukker «den lille sårede jenta» opp, og når jeg kontakter denne figuren et par ganger blir klienten taus, tårene renner og hun forsvinner litt fra meg – jeg tolker at en viktig prosess er i gang, og kropp blir neste figur jeg velger å kontakte. Slik får den lille jenta oppmerksomhet og tid – vi bare er sammen. Jeg tenker nettopp gjennom å øke indresone awareness kan hun få kontakt med traumene som fortsatt sitter i kroppen og gamle sår kan få mulighet til å heles. Jeg opplever at potensialet for heling først og fremst ligger i fullkontakt, men at etterkontakten er helt avgjørende for at det helende øyeblikket skal kunne gi mening til og integreres i klienten, slik at endring blir mulig (illustrert ved tredje time).

I flere måneder etter dette arbeidet var klienten opptatt av alt annet enn fortiden – hennes entusiasme for jobben, egen kreativitet, opplevelse av anerkjennelse og å ta mer plass enn før. Jeg støttet henne i dette nye – den modne voksne kvinnen trådte tydelig fram i motsetning til det lille sårede barnet som lenge hadde figurert under arbeidene våre. Jeg blir her fristet til å sammenligne Perls' «unfinished business» med «gammal dritt» – arvesøpla som klienten satte fra seg. Gammal dritt kan ses som kreativ tilpasning som ikke

lenger er hensiktsmessig, – noe som sitter fast, tetter igjen og blokkerer for nye erfaringer i «næringsrike» relasjoner. Så kan vi nå si at hennes uavsluttede gestalt (Clarkson & Mackewn, 2009; Korb m.fl., 2002) fra fortiden er lukket? Jeg tenker at å lukke gestalter slik at de ikke åpner seg igjen er en myte. Jeg ser det mer som at noe uavsluttet har fått oppmerksomhet og gått i grunn i en bestemt relasjon eller situasjon – gestalten lukkes her og nå, men den samme gestalten vil kunne dukke opp igjen som uavsluttet i en ny situasjon eller relasjon og bli figur på nytt. Jeg tenker det helende ved å «avslutte» gestalter kan være den nye erfaringen vi kan ta med oss fra en relasjon til en annen. Slik blir det mulig å velge annerledes og oppleve noe nytt – en ny kreativ tilpasning kan langsomt ta form.

Avslutning

Å arbeide med klienter som har vært utsatt for langvarig traume er tidkrevende og møysommelig – tillitt er helt essensielt. Eksistensiell avvisning har vært drivkraft for valg i de fleste situasjoner – virkelighetsoppfattelsen er rokket ved og trenger å bygges på nytt. Atferd som oppleves å hindre livsutfoldelse i voksen alder, ble oppfattet som livsviktig da den ble utviklet. Kreativ tilpasning som har oppstått i barndommen sitter dypt forankret både i kropp og sjel – opprettholdelse, men også endring krever mye energi, og det er mye angst forbundet med å slippe det gamle, kjente og prøve ut noe nytt. Traumatiske hendelser, fortrenget fra bevisstheten, blir værende i kroppen, som dermed er en nøkkel i endringsprosessen. Å kontakte kropp i terapi kan være kraftfullt, slik jeg viser i dette arbeidet, men det må gjøres med varsomhet og awareness siden faren for retraumatisering alltid vil være til stede.

Min erfaring er at kraften som ligger i Jeg/Du-møtet – i fullkontakt – åpner opp for å bli meg selv – på nytt. Jeg blir til i møte med deg. Det gamle kan få ny mening. Slik kan en trygg terapeutisk relasjon være helende i seg selv, – et sted hvor klienten og terapeuten sammen oppdager sammenhenger og utforsker klientens muligheter for å tilpasse seg kreativt på nytt, her og nå, i en ny relasjon. Gammal dritt gjør seg faktisk best utenfor organismen. Da kan den omgjøres til næringsrik gjødsel som fremmer vekst og utvikling – noe nytt skapes og livskraften kan få spillerom.

«To heal a suffering one must experience it to the full. [...] Thus by being what one is – fully – one can become something else.»

(Beisser, 1970)

Litteraturhenvisninger

- Almaas, A.H. (1986). *The Void: Inner Spaciousness and Ego Structure*. Berkeley, CA: Diamond Books.
- van Baalen, D. (2008). Gestaltdiagnoser. I S. Jørstad & Å. Krüger (red), *Den flyvende hollender. Festskrift* (s. 26–69). Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Clarkson, P. & Mackewn, J. (2009). *Fritz Perls*. London: Sage Publications.
- Crocker, S.F. (1999). *A Well Lived Life*. Cleveland: Gestalt Institute of Cleveland Press.
- Jørstad, S. (2008). Oversikt over kontaktformer. I S. Jørstad & Å. Krüger (red), *Den flyvende hollender. Festskrift* (s. 128–139). Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Kepner, J.I. (2008). *Body process: A Gestalt Approach to Working With the Body in Psychotherapy*. USA: GestaltPress.
- Korb, M.P., Gorell, J. & Van De Riet, V. (2002). *Gestalt Therapy: Practice and Theory*. USA: The Gestalt Journal Press, Inc.
- Masquiel, G. (2003). *Gestalt therapy: Living Creatively Today*. Taylor & Francis Ltd. USA.
- Moskaug, K. (2007). *Selv. Norsk Gestalttidsskrift*, 4(2), 16–27.
- Müller, B. (1989). Isadore From's Contributions to Gestalt Therapy. *Gestalt Journal*, 19(1), 57–82.
- Perls, F.S., Hefferline, R. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement & Growth in the Human Personality*. New York: Julian Press.
- Philipsson, P. (2001). *Self in Relation*. USA: The Gestalt Journal Press, Inc.
- Polster, E. & Polster, M. (1974). *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory & Practice*. New York: Vintage Books.
- 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.
- Wollants, G. (2008). *Gestalt Therapy: Therapy of the Situation*. Turnhout, BE: Faculteit voor Mens en Samenleving.
- Zinker, J. (1978). *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Vintage Books.
- Zeigarnik, B. (1927). Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen (On the persistence of finished and unfinished tasks). *Psykologische Forschung*, 9, 1–85.

Nettreferanser

- Beisser, A. (1970). Paradoxical Theory of Change. Tilgjengelig fra:
<<http://www.gestalt.org/arnie.htm>> [Lesedato: 6. oktober 2013].
- Buber, M. (1923). Tilgjengelig fra:
<http://www.brainyquote.com/quotes/authors/m/martin_buber.html>
[Lesedato: 6. oktober 2013].
- Wertheimer, M. (1923). Laws of Organization in Perceptual Forms. Tilgjengelig fra:
<<http://psychclassics.yorku.ca/Wertheimer/Forms/forms.htm>>
[Lesedato: 6. oktober 2013].

Ser du deg i meg? Arbeid med barn med psykisk utviklingshemning; projeksjon og empati

Av Annemette Nilsen

I denne artikkelen viser eg korleis evna til empati (Staemmler, 2012) heng saman med evna til å ta projeksjonar tilbake. Eg har brukt ein heuristisk utforsking, som eg viser til i to verbatim. Artikkelen er ei omarbeiding av mi avsluttande oppgåve ved gestaltstudiet. Klienten er anonymisert, og foreldra har gitt tillating til å publisere arbeidet vi har gjort saman.

NØKKELOORD: *projeksjon, empati, barn, sjølvbilde, awareness*

I mitt arbeid med eit barn med psykisk utviklingshemning og lite verbalspråk, har eg erfart at projeksjon har vore ein stadig tilbakevendande figur i våre møter. Relasjonen vår har vore avhengig av at eg har tolka han, verbalt og non-verbalt, slik at vi saman har funne forståing og mening. Eg har hatt som mål å sjå han, slik at han har kunna utvikle sitt sjølvbilde. Når nokon gir meg ein adekvat respons på det som bekreftar mi sanning, utviklar eg den subjektive opplevinga av sjølv (Stern, 2010). Eg har eigne erfaringar på korleis eg har vokse og blitt kjent med meg sjølv ved å ha blitt bekrefte, og kor forvirra og feil eg har følt meg når projeksjonane frå omverda ikkje har stemt overens med mi sanning. For at eg som omsorgsperson skal greie å møte og bekrefte barnet, som det har eit grunnleggande behov for, treng eg å ta ansvar for projeksjonane (Korb, Gorell og Van der Riet, 2002).

The paradox of the human spirit is that I am not fully myself till I am recognized in my uniqueness by another – and that the other person needs my recognition in order to fully become the unique person she or he is. We are inextricably intertwined. (Hycner & Jacobs, 1995, s. ix).

I starten av vår relasjon var det mykje frustrasjon i feltet, og i mange situasjonar, fråvær av empati. Med det meiner eg at vi hadde lite forståing for kvarandre. Det var vondt og kaotisk for meg, og det trur eg det var for barnet også. Ved å tilbringe mykje tid saman, og ved å dele felles oppmerksomheit, blei vi kjente, og vi såg kvarandre. Stern (2010) kallar dette området empatisk kommunikasjonsprosess (affektinntoning): Hovudessensen i dette begrepet handlar om ein ikkje-verbal formidling, som inneberer at omsorgspersonen tonar seg inn på barnets opplevingstilstand.

Projeksjon

Projeksjon betyr å «kaste noko fram eller ut» (Jørstad, 2008). Det er ein kontaktform som oppstår på kontaktgrensa, som betyr at det er noko vi gjer saman, det er ikkje ein eigenskap til enkeltindivid (Kokkersvold og Mjelve, 2009). Projeksjon er eit enormt felt å utforske, fordi det er gjennom projeksjon eg tolkar, ser, forstår, vurderer og dømmar verden. Alt eg ser er projeksjon, fordi eg kun evner å sjå det eg har kjennskap til. Samtidig er ingenting rein projeksjon, fordi våre indre opplevingar er farga av vårt miljø (Zinker, 1978). Kvar og ein av oss skaper ein personleg livsverden som er unik (Korb, Gorell og Van der Riet, 2002).

Projeksjon blir i litteraturen delt inn i to hovuddelar, og eg vel å bruke begrepa hensiktsmessig og lite hensiktsmessig projeksjon (Wheeler, 1991 og Wollants, 2012).

Lite hensiktsmessig projeksjon er lite bevegeleg. Den oppstår i ein situasjon som avgir ein respons, som eg ikkje har mulegheit å ta ansvar for, eller integrere til nokon grad (Zinker, 1978). Gjennom projeksjon oppfattar eg verden i mitt bilde, og forvrenger oppfatningar av folk og hendingar, i samsvar med eigen tru, holdning og følelsar (Korb, Gorell og Van der Riet, 2002). Bak projeksjon ligg ofte eit introjekt, som «blander» seg i korleis eg kontaktar verden, og ved hjelp av projeksjon kan eg unngå å ta tak i bodskapen til introjektet. Projeksjon utan awareness, ansvar og openheit for ny informasjon, fører til fornektning av viktig sensorisk informasjon, og erstattar den informasjonen med eigne idear eller fantasiar (Korb, Gorell og Van der Riet, 2002).

Hensiktsmessig projeksjon er bevegeleg. Den som projiserer evner å ta projeksjonane tilbake. Den er hensiktsmessig og kreativ når den som projiserer veit at ho har skapt sine projeksjonar i dialog med seg sjølv, og at denne dialogen har blitt konkretisert (Zinker, 1978). Alle mulege kreative aktivitetar er avhengig av våre evner til å projisere, og gir oss mulegheit til å sjå nye og uventa sider av oss sjølv. Det er ved midlar av projeksjon at vi er i stand til å føle empati, sympati, å identifisere oss med, og forstå andre (Korb, Gorell og Van der Riet, 2002).

Når barn lærer seg å differensiere, og å bestemme sjølv, legg det grunnlaget for å utvikle evna til å projisere. Når barnet opplever å vere Eg, åtskilt frå Du, begynner barnet å projisere uoppdaga deler av seg sjølv inn i ein betydningsfull annen. Evna til projeksjon gjer at barnet blir nysgjerrig og interessert i den andre, og for at denne evna skal bli godt utvikla er barnet avhengig av at mor (omsorgspersonar) er villig til å fungere som projeksjonsskjerm (Hosstrup, 2009).

Empati

Empati (Staemmler, 2012) er ein eigenskap som heng tett saman med projeksjon, og som utviklar seg i tråd med evna til å projisere. (Korb, Gorell og Van der Riet, 1989; Jørstad, 2002; Kokkersvold og Mjelve, 2009). Empati er fundamentet i alle nære relasjonar (Staemmler, 2005). I eit gestalthistorisk blikk, er det likevel ein mykje omdiskutert terapeutisk eigenskap. Perls (1973) og Zinker (1978) fråråda terapeutar til å vere empatiske med sine klientar, da dei såg på empati som synonymt med konfluens. Staemmler (2012) tek eit nytt standpunkt i forhold til definisjon og betydningen av empati i det terapeutiske møtet. Han seier:

[...] the more two people are able to relate empathically to each other, the more probable it is that the relationship between them will be successful and endure. Without empathic understanding, there is no closeness (s. 2). [...] it is through empathic contact that the human connectedness that derives from our fundamental similarity and equality and thus defines our very existence becomes clearly perceptible (s. 5).

Kasus

Klienten min, eg vel å kalle han A, er ein gut under skulealder, som eg har jobba med ein til ein over ein lang periode. Han har ein moderat psykisk

utviklingshemning, og ligg no kognitivt om lag på nivå til ein treåring, språkleg omtrent på nivå til ein toåring. Relasjonen vår er avhengig av at eg tolkar han verbalt, slik at vi kan finne meining saman gjennom samtale (Stern, 2010).

Den første tida vi var saman, hadde barnet så å seie ikkje verbalspråk, men eit godt utvikla kroppsspråk. Kognitivt var han på nivået til ein eitt- til toåring. Det var i vatn-og sandleik han var konsentrert og der det var mest samspel mellom oss. I grupper utagerte han ofte, både på barn og vaksne. På denne tida var eg veldig ofte frustrert saman med han. Ofte lukta han vondt og var skitten. Eg lurte veldig, projiserte og fantaserte om kva som føregjekk heime. Eg var sint på dei vaksne i familien hans, og tenkte nok at eg gjorde ein betre jobb med sonen deira enn dei gjorde sjølve. Eg trengte å ta tilbake desse projeksjonane og fordommane, i møte med mor og far, for å kunne fortsette å samarbeide på ein god måte. Eg kunne ta tilbake ein del av desse projeksjonane, ved å sjå nærmar på korleis eg møtte guten. Dette fekk eg anledning å gjere i veiledning. Da kom eg til å innsjå at eg ikkje alltid var like stolt av mine reaksjonar i møte med han. Det var vondt å ta inn at eg kunne møte han med manglande empati. Ved å sjå nærmare på mine eigne usympatiske sider, tok eg tilbake projeksjonane eg hadde på han, om at han var slem og vanskeleg. Denne innsikta gjorde at eg følte på ein større openheit og empati i forhold til både dei vaksne og til barnet, og eg kunne sjå eit større og meir nyansert bilde av feltet; eg såg også kor kjærlige, sterke og gode mor og far var.

Verbatim – «No er han liten»

Eg dekker på lunsjbordet, og A vil vere saman med meg og hjelpe til. Han begynner i staden å dekke av igjen og tulle. Eg blir irritert og tenker at han har ein «dårleg» dag. Eg seier at han kan leike på dukkerommet. Eg høyrer han tømme ei heil korg med kjøkkenleiker på golvet, og tenker igjen at han er uroleg.

A: – *Hjelpe!*

Han kjem stormande ut mot meg.

T: – *Da må du rydde først.*

Eg vil han skal forholde seg til reglene vi har, og ikkje springe frå ein plass til ein annan.

A: – (Går «på» meg, bestemt). *Nei!*

Eg tek han i armen og går inn på dukkerommet. Han kaster seg ned på golvet og græt, hulkar. Eit «nei» kan utløyse ein voldsam reaksjon. Impulsen min er å seie «nå må du slutte å tulle!» – og å bli streng. Eg kjem i kontakt med

introjektet «slik får han ikkje oppføre seg», og eg projiserer at han no er han irriterande og dum. Når eg blir klar over tankane mine, skjer det ein endring i meg. Antipatien forandrar seg til empati. Eg tenker: «No er han ein baby. Den reaksjonen kjem av at han er sliten og forkjøla». Eg får lyst til å vere god, og følgjer impulsen til å holde han i fanget, eg held han som ein baby.

T: – (Roleg, mild stemme). *Kva er det du er lei deg for?*

Eg vil vise at eg forstår han har det vondt.

A: – (Græt, stille, kniper augo saman).

T: – *Kan du si kva du er lei deg for?*

Eg har behov for at han skal komme «ut» til meg. Det vil vere godt for han å sjå meg. Eg set han meir opp i fanget, han opnar augo så vidt.

T: – *A, sjå på meg* (mild og blid stemme).

Eg ønskjer meir kontakt med han.

Han ser meg inn i augo, dei er våte av tårer, augo græt. Eg tenker han vil at eg skal sjå kor vondt han har det. Det er godt å sjå han, og at han ser på meg. Eg smiler med augo mine, ønskjer å vise at eg bryr meg om han. Vi held blikkontakten ei lang stund. Han sluttar å gråte.

T: – (Framleis mild stemme). *A, du veit at du må rydde etter deg når du er ferdig å leike. Slik er det alltid! Skal eg hjelpe deg?*

Eg ønskjer å møte han på ein kjærlig måte, og likevel utfordre han, sette grenser.

A: – *Nei!* (Lei-seg-stemme).

No handlar det om grensesetting, og det vil vere hensiktsmessig å ikkje bøye av.

T: – *Enten må du rydde sjølv åleine, eller så hjelper eg deg. Du må rydde! Så skal vi ete etterpå.*

Han treng å ha noko positivt å sjå fram til, for å bli med på det eg ber han om.

A: – *Nan!*

T: – *Ja, vi kan sjå om vi har banan, etter at vi har rydda. Vil du det?*

A: – *Ja! Nå!*

T: – *Rydd først!*

Eg har han framleis ikkje heilt med på laget. Det vil vere lurt å bruke humor.

T: – *Neimen, sjå A, du har jo kasta alle leikene på golvet! Kva?! Sjå, så mange leiker!*

Eg bruker den leikestemma eg veit han syns er morosam; overraska, sjokkert. A ler. Eg reiser oss opp. Han begynner å leike igjen, «lager graut».

T: – *Ikkje leike nå, rydde!*

Eg er utålmodig. Han treng litt meir tid og rom, eg treng ikkje stresse.

T: – *Ok A, nå ryddar vi!*

Eg tek opp ei leike og gir ho til han. Han treng at eg hjelper han.

T: – *Kor skal denne være?*

A legg leika på rett plass.

T: – *Og denne?*

Vi ryddar saman og er ferdige i tide til å starte måltidet med resten av gruppa.

Refleksjon

I verbatimet overfor, projiserer eg at han har ein «dårleg dag», på bakgrunn av observasjonane; han «tuller», tømmer alle leikene på golvet og vil ikkje rydde etter seg. Projeksjonane blir bekrefta når han kastar seg ned på golvet og gret; han har det vanskeleg. Eg intervensjonerer ved å sjekke ut projeksjonen om at han er «baby», ved å holde han som ein baby, og deretter observere. Eg gjer ein ny intervensjon ved å be han om å sjå på meg, på bakgrunn av projeksjonen om at det vil vere godt for han å sjå meg. Eg sjekkar ut på nytt ved å observere kva som skjer.

Eg projiserer kor mykje støtte han treng for at han skal rydde rommet, og korleis eg skal bruke humor for å få han med på laget.

Måten eg sjekkar ut på er oftast gjennom observasjon (ny projeksjon). Eg har erfart at når eg projiserer at han trenger stor grad av nærheit, og at eg av ein eller annan grunn vel å vere ein annan plass, går det «galt», i form av utagering. Feltet treng at eg tek projeksjonane på alvor.

Eg bruker stemma mi bevisst som ein måte å kontakte han på. Tonefall og stemmebruk er ein kontaktfunksjon, som eg opplever har stor effekt og påverknadskraft.

Verbatim – «Nokon gonger kan eg bli så sint!»

Det er overgang frå leike-gruppe til samlingsstund. Eg er frustrert fordi A er veldig uroleg, trassig, vil ikkje dele med dei andre barna et cetera. Eg ser på klokka og tenker at nå treng A å tisse, så eg tek han med på toalettet. Han har tissa på seg (noko han gjer ofte, og som er eit «problem»).

A: (Blir stille og ser ned).

T: – *Blei du lei deg no?*

A: – *Ja.*

Eg blir trist.

T: – *Det gjer ingenting, det går bra! Du kan ta av deg kleda mens eg hentar nye.*

Eg vil ikkje at han skal føle seg dårleg, eg får behov for å trøste. Han står

heilt i ro utan å seie eller gjere noko, og eg tenker han har behov for stor grad av nærheit. Eg hjelper han av med buksene, og går for å hente nye. Idet eg går tilbake til han, seier ein av dei andre gutane: «Se, A!» og fniser. A står i døroppinga, utan bukse, med eit lite, skeivt smil og eit blikk som eg tolkar som undrande. Eg tenker at han ikkje forstår heilt kva som skjer, og at han tenker; «Kva er morosamt?» Eg tek han med meg tilbake inn på toalettet for å kle på. Så ser eg han stikke fingeren opp i rumpa, mens han ser på meg.

T: – *Ikkje stikke fingeren opp i rumpa.*

Eg følger på ubehag. No er han ekkel! Han stopper ikkje. Eg kjenner at eg blir sint. Eg tenker at «slik går det ikkje an å oppføre seg!».

T: – *Viss du klør, kan du ta litt papir.*

Eg vil oversjå oppførselen hans og forholde meg minst mulig til den.

A: – (Stikk fingeren opp i rumpa igjen). *Ehhh ...*

A ser meg inn i augo, og har «ertete» stemme. Så tek han fingeren opp framfor munnen og let som han skal slikke på den. Han ønskjer å provosere meg. Eg blir så sint! Det kjennes som eg skal eksplodere!

T: – *Æsj!*

Eg tek han hardt i armen og dreg han med meg bort til vasken. Vaskar hendene grundig, fort, og bit tenna hardt saman. Eg må roe meg ned! Eg pustar djupt nokon gonger. Set meg ned på huk framfor han. Ser strengt på han, kjenner korleis eg trekk augnebryna saman.

T: – *Du må ikkje stikke fingeren i rumpa og så slikke på den! Du kan bli sjuk i magen!*

Eg vaskar hendene våre, og hjelper han på med buksene. Eg kjenner at eg pustar djupare, blir roleg. Eg blir trist. Eg får dårleg samvit for at eg blei så sint. Eg stopper opp og ser han inn i augo. Er han trist? Eg held armene ut mot han og spør om eg kan få en klem. Han klemmer meg og det er så godt å holde han.

T: – *Eg er ikkje sint på deg.*

Eg klemmer han hardt, vogger han raskt. Han begynner å le. Eg kiler han over heile kroppen. Eg får masse energi, eg kiler og han ler.

A: – *Ølegge! Tar! (Rynker bryna, smiler. Sint leikestemme).*

Han seier at han skal øydelegge gitaren. Han vil at vi skal leike!

T: – *Å nei du, du får ikkje øydelegge gitaren! (Sint leikestemme. «Tek» han).*

Vi gjentar leiken fleire gonger, tuller og ler ei lang stund. Eg er roleg og har det godt, og eg projiserer at A også er roleg og glad.

Refleksjon

Eg projiserer at han har behov for å tisse, og korleis eg skal få han til å gå på toalettet, utan at det utløyser konflikt.

Eg projiserer at A er lei seg, når han blir stille og ser ned. Dette sjekkar eg ut med han.

Når A bekreftar at han er lei seg fordi han har tissa i buksa, og eg får behov for å trøste, seier eg at «det gjer ingenting», og «det går bra!». I etterkant ser eg at ein meir hensiktsmessig måte å intervensere på ville vere å støtte han der han var, i den tristheiten han følte, i staden for å prøve å gjere det betre ved å bagatellisere han si oppleving.

Eg projiserer at han får vondt, då guten fniser og peiker på han, men eg sjekkar ikkje ut med guten kva han fniste av, eller med A kva han følte. Eg tenker han syns det er vondt, fordi eg har opplevd det har vore vondt å bli peika på og ledd av. Eg tenker at måten han reagerte på ved å provosere meg, kan vere ein indikator på at han også opplevde det som vondt å bli peika på og ledd av.

Etter eg hadde kjent på og reagert på sinnet, blei eg roleg, og kom i kontakt med tristheit. Først da tenkte eg at måten han hadde oppført seg på kunne vere eit resultat av at han var lei seg og frustrert. Der og da hadde eg ingen awareness på det, men i ettertid ser eg at introjekt som; «slik kan man ikkje oppføre seg!», låg bak projeksjonen min på at han var ekkel. Og eg tenker det er vanskeleg for meg å kjenne på og akseptere den delen av meg sjølv som er ekkel.

Eg spør om å få ein klem, fordi eg har lyst å klemme han, eg vil seie unnskyld, og vise at eg ikkje er sint lenger. Eg projiserer at han lurar på om eg framleis er sint, på grunn av måten han ser på meg på, som eg tolkar som granskande og spørjande. Da eg seier til han at eg ikkje er sint, hjelper eg han å sjekke ut projeksjonen sin.

Når A seier «ølegge, tar», projiserer eg kva han meiner, at han ønskjer å leike. Leiken er projeksjon, og eg opplevde at vi bearbeida det som hadde skjedd.

Oppsummering

I denne artikkelen har eg vist korleis eg har lent meg på teorien om projeksjon i arbeid med ein gut med psykisk utviklingshemning, og korleis evna til å ta ansvar for projeksjonane og til å føle empati har utvikla seg saman i våre møter.

Ved at eg projiserer på han det som stemmer med han si sanning, vil han kunne gjenkjenne seg i meg, og utvikle sjølvbilde. Dette trur eg på fordi eg har erfart at når andre har projisert på meg, det som har gitt gjenklang i meg og som eg har gjenkjent som sanning, har eg opplevd støtte og bekreftelse, til å vere meir av meg.

Når eg har awareness på at eg projiserer på barnet, tek eg ansvar for feltet, på den måten at eg blir klar over at han er så mykje meir enn det eg kan sjå; Eg kan sjå i han det eg gjenkjenner i meg sjølv, og han er så mykje meir enn det. Når eg er klar over mine projeksjonar og eg ser på desse delane i meg sjølv, blir eg kjent med meg sjølv på nytt, samtidig som eg kan skape eit rom for han å vere, akkurat slik han er.

Erfaring frå dette arbeidet har vist meg at eg treng å ta projeksjonane på alvor, for eksempel at eg gir han meir nærheit, når eg ser at han har det vanskeleg og er uroleg, slik at vi unngår situasjonar kor han utagerar og skader. Med tida lærer eg meg lettare å tolke når han har dette behovet for meir nærheit og ro, meir empati. Ved å bli møtt på ein måte der han føler seg bekrefta, der han blir projisert på på ein måte som han gjenkjenner som sitt, lærer han seg å projisere og å utvikle empati. Eg tenker at det at han utviklar seg på denne måten, har stor betydning for framtida; for at han skal kunne behandle andre på ein måte som gjer at dei ikkje er redde for han, og at han ikkje skal komme i situasjonar som vil gi svært alvorlege konsekvensar for han og omgivnaden hans. Eg projiserer at han kan få eit godt liv, der han kan vere bevisst seg sjølv når han er aleine og i fellesskap.

Litteraturhenviingar

- Hostrup, H. (2009). *Gestaltterapi. Indføring i gestaltterapiens grundbegreper*. København: Hans Reitzels forlag.
- Hycner, R. & Jacobs, L. (1995). *The Healing Relationship In Gestalt Therapy. A Dialogic/Self Psychology Approach*. Gouldsboro: The Gestalt Journal Press, Inc.
- Jørstad, S. (2008). Oversikt over kontaktformer. I S. Jørstad og Å. Krüger (red.), *Den flyvende hollender. Festskrift* (s. 128-139). Oslo. Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Kokkersvold E. & Mjelve, H. (2009). *Mellom oss. Trening i kommunikasjon i gestaltperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Korb, M.P., Gorell, J. & Van De Riet, V. (2002). *Gestalt Therapy: Practice and Theory*. Gouldsboro: The Gestalt Journal Press, Inc.
- Perls, F. S. (1973). *The gestalt approach & Eye witness to therapy*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

- Staemmler, F.M. (2005). On Macaque Monkeys, Players, and Clairvoyants: Some New Ideas for a Gestalt Therapeutic Concept of Empathy. *Studies in Gestalt Therapy* 1(2), 43-63.
- Staemmler, F.M. (2012). *Empathy in Psychotherapy. How Therapists and Clients understand Each Other*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Stern, D.N. (2010). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wheeler, G. ((1991). *Gestalt Reconsidered: A New Approach to Contact and Resistance*. New York: Gardner Press, Inc.
- Wollants, G. (2012). *Therapy of the Situation*. London: SAGE Publications Ltd.
- Zinker, J. (1978). *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Vintage Books.

Kaos og kjærlighet

Av Unni Mollerud

I artikkelen følger vi en kvinnelig kursinstruktør i en gruppe for dem som trenger hjelp til å finne arbeid eller til å komme videre i livet. I gruppen er det en mannlig deltaker som hun allerede ved det første møtet får en helt spesiell kontakt med. Hun fortsetter med å coache ham i individuelle samtaler. Han har både problemer med arbeid og helse, er permittert fra bedriften han jobber på og er sendt på kurs av NAV. I et møte fullt av kaos og nærhet loser coachen sin klient til klarhet gjennom handling. Artikkelen er en omarbeidet eksamensoppgave ved gestaltcoachstudiet ved Norsk Gestaltinstitutt.

NØKKEWORD: *coaching, impasse, konfluens, empati, kjærlighet*

Innledning

Som coach, veileder og rådgiver har jeg bistått mennesker i deres endringsprosesser individuelt og i gruppesammenheng gjennom mange år. Jeg er også kursinstruktør for større grupper som har behov for hjelp til å komme tilbake til et yrkesaktivt liv, eller som trenger andre type tiltak som kan hjelpe dem på vei videre i livet. Det var på et av disse kursene jeg møtte «Bjørn» som jeg bruker som kasus i denne artikkelen og som er bakgrunn for valg av overskriften kaos og kjærlighet. Kasus er anonymisert.

Første kursdag

Jeg har lagt spesielt merke til en mann på første rad. Jeg ser et hode uten hår, et ansikt jeg ikke kan se fordi det vender ned i bordet. Hodet sitter på to brede skuldre som luter litt fremover, og som igjen er forbundet med en stor kropp som også er litt fremoverlent. Han er lang, nesten to meter høy, kraftig bygget og kan være rundt 30 år gammel. Det er noe med han som påvirker meg. Ut fra måten han sitter på, *projiserer* jeg (Jørstad 2002) en sårbarhet og oppgitthet. Jeg opplever en følelse av omtanke og ømhet for denne mannen og tenker at jeg blir *konfluent* med ham (Jørstad 2002).

Alle kursdeltakerne har krav på individuelle coachingsamtaler. På slutten av dagen setter jeg opp forslag til timer for førstkommende uke. Jeg avtaler time med Bjørn allerede dagen etter kl. 13:00.

Coaching med Bjørn

Jeg definerer meg selv som Coach C og Bjørn som B.

Bjørn har fortsatt den lute, litt sammensunkne sittestillingen som dagen før, og jeg kan høre han sukke noen ganger. Det er vanskelig å få øyekontakt med han. Han ser mye ned.

Jeg innleder alltid den første coachingsamtalen med å informere om kontrakt (Joyce og Sills 2001), da dette gir en forutsigbarhet og forventningsavklaring også før eventuelle videre samtaler. Etter at vi har snakket om, og blitt enige om, en muntlig kontrakt spør jeg Bjørn om hva han ønsker å ta opp eller snakke om ...

B: – *Jeg vet ikke helt. Alt er bare kaos oppi hodet mitt.*

Bjørn rister på hodet når han sier kaos, og gnir hånden over den blanke issen.

C: – *Kaos.*

Jeg nikker sakte. Gir feedback ved å speile, det vil si gjentar, det coachee sier. Inni hodet mitt dukker teorien om impasse (Perls, Hefferline, Goodman 1951) opp, men jeg tenker at det må jeg sjekke ut mer da det er tidlig i samtalen, og at det kan være en projeksjon. Jeg velger derfor å kontakte, ved å stille spørsmål om kaoset.

C: – *Fortell meg om kaoset, Bjørn.*

B: – *Jeg vet ikke hvor jeg skal begynne ...*

C: – *Det vet ikke jeg heller.*

Stille. Føler meg rolig og trygg i situasjonen, for nå tenker jeg at dersom Bjørn

ikke selv finner en begynnelse, vil jeg hjelpe han i form av spørsmål. Bjørn ser fortsatt ned i bordet, og etter en stund velger jeg å komme meg ut av den utålmodigheten jeg etter hvert føler, ved å stille spørsmål. Utålmodigheten gjør meg litt stresset.

C: – *Nå er du på kurs hos meg. Hva er historien bak at du sitter her akkurat nå?*

Bjørn forteller at han er utdannet tømrer og har jobbet i samme bedrift siden læretiden. For cirka ett år siden ble han permittert fra bedriften og sendt på kurs av NAV, fordi han mottar dagpenger, og fordi NAV har vurdert han som en reell jobbsøker.

C: – *Er du en reell jobbsøker Bjørn?*

Bjørn rister sakte på hodet og sukker.

B: – *Nei, vet ikke, alt er bare kaos. Jeg vet ingen ting lenger.*

Jeg blir påvirket når han sier kaos og vet ikke lenger. Jeg blir oppmerksom på at pusten min sitter høyt oppe i brystet, føler meg svimmel og får litt problemer med å konsentrere meg. Jeg tenker igjen impasse og velger å støtte Bjørn i prosessen. Velger derfor å dele hva jeg tenker og føler for å støtte oppunder det Bjørn forteller og kjenner.

C: – *OK, Bjørn. Jeg hører du sier at alt er kaos og at du ikke vet noen ting lenger. Jeg kan også kjenne litt uro og en følelse av kaos når du forteller meg det. Jeg tolker det som du sitter litt fast. Jeg har behov for å forsøke å sette ting litt i perspektiv så du og jeg sammen kan utforske kaoset, se på hva det er og kanskje finne ut hva det består av. Er det ok for deg om jeg stiller deg noen spørsmål slik at vi kan forsøke å plukke kaoset litt fra hverandre?*

B: – *Ja, det veldig fint. Jeg er ikke så god til å fortelle om meg selv.*

C: – *Hva vet du om din arbeidsgivers økonomiske situasjon per i dag?*

B: – *Jeg tror det går bedre nå, men har ikke hørt noen ting fra sjefen min. Permitteringen går ut om fire uker, og jeg vet ikke om jeg har jobb mer eller hva som skjer.*

Bjørn nesten hvisker og ser ned i bordet igjen når han forteller. En kvalm ekel følelse kommer til meg. Plutselig er jeg satt noen år tilbake i tid og kjenner meg igjen i det å være uten jobb. Den lammende følelsen av å ikke ha tiltakslust, og en hjelpeløshet og maktesløshet med tanke på å ta tak i min egen situasjon. Er det denne fornemmelsen jeg har kjent så godt med Bjørn? Dette er vanskelig. Jeg vil ut av rommet. Jeg kjenner motstand mot å være i feltet sammen med Bjørn, men samtidig et behov for å vise omsorg. Tenker at dette er *polarisering* (Zinker 1978). Jeg blir påvirket av det han forteller (jeg er konfluent). Jeg tar meg i å nesten ligge fremover på bordet, lent mot Bjørn. Dersom jeg skal hjelpe Bjørn, må jeg forsøke å *differensiere* (motpol til å være konfluent, se Jørstad 2002) fra disse følelsene. Jeg setter meg derfor tilbake i

stolen, legger bena over hverandre og fokuserer på pusten. Nå vil jeg sjekke ut. Jeg skal jo liksom være profesjonell og vite hva som skjer i feltet.

C: – Bjørn, jeg kjenner at jeg blir påvirket av det du forteller, og hvordan du beskriver din egen situasjon. Jeg kan kjenne meg igjen i det du forteller. Jeg har selv vært i samme situasjon og kan her og nå kjenne på min egen fortvilelse fra den gangen.

Jeg velger å dele for å forklare overfor meg selv hvorfor jeg reagerer som jeg gjør, og hvorfor jeg blir så påvirket. Jeg blir også klar over at jeg har satt meg bakover i stolen, fordi jeg ønsker å differensiere meg litt fra hans påvirkning og ikke minst mine egne følelser fra fortiden.

Bjørn løfter på hodet. Ser meg i øynene og nikker.

C: – Hva tenker du om at du ikke har hørt noe fra sjefen din?

B: – Jeg tror ikke han vil ha meg tilbake. Sikkert en enkel måte for han å bli kvitt meg på. Bare la permisjonen utløpe. Mye enklere enn å si meg opp.

C: – Du tror han ikke vil ha deg tilbake. Hvorfor tror du det?

Bjørn retter seg litt opp i stolen, trekker stolen nærmere bordet og legger armene på bordet foran seg.

B: – Jeg forsov meg veldig mye. Det var spesielt en gang som jeg var på et bygg. Jeg skulle begynne på jobben kl. 07.00 om morgenen, men jeg forsov meg og var ikke på jobben før kl. 12.00 den dagen. Og da hadde rørleggeren ventet på meg siden kl. 07.00. Sjefen ble fly forbanna.

Jeg kjenner jeg har lyst til å smile. Ser det humoristiske i akkurat denne situasjonen, men Bjørn smiler ikke, og jeg kjenner en liten mørk klump bre seg i magen. Tenker at det er rart å få sparken av å forsove seg én gang, og at jeg vil utforske dette litt mer.

C: – Jeg hører du sier at du forsov deg veldig mye.

Bjørn titter ned igjen, fortsatt med armene liggende på bordet. Så løfter han hodet og ser rett på meg.

B: – Jeg forsov meg ofte to-tre ganger i uken. Og det var ofte flere timer hver gang. Skulle være på jobben kl. 07.00 om morgenen, men kom gjerne kl. 10 og 11.

Kjenner jeg blir litt irritert, og tenker inni meg at det må da gå an å stå opp om morgenen. Da må han legge seg tidligere da.

C: – Hva tror du årsaken kan være til at du forsov deg to-tre ganger i uken?

B: – Jeg visste ikke det da, men de siste månedene har jeg gått til utredning og fått en diagnose hvor de vanligste symptomene blant annet er søvnforstyrrelser. Jeg har nylig begynt med medisiner, men jeg vet ikke om de har begynt å virke enda.

Jeg blir glad. Lettet. Engasjert. Det er en forklaring. Men samtidig kjenner jeg sorg og redsel, en sorg når jeg tenker hva denne diagnosen kan ha forårsaket av problemer for Bjørn og en redsel for hvor mye dette kan hemme

hans videre karriere.

C: – Vet sjefen din noe om dette?

B: – Nei, jeg har ikke snakket med han på nesten ett år.

C: – Hva er årsaken til det Bjørn?

B: – Neeeee, tiden har gått og så har jeg grudd meg veldig til å ringe ham. Har bare utsatt og utsatt det. Og så synes jeg at han kunne ringt meg hvis han ville at jeg skulle begynne igjen. Og har jeg ikke hørt noe, så regner jeg med at han ikke vil ha meg tilbake.

C: – Du sier regner med at han ikke vil ha deg tilbake. Har du behov for å vite om han vil ha deg tilbake?

B: – Ja, det hadde vært greit å vite da, for sånn som det er nå, så vet jeg ikke om jeg har jobb eller om jeg må søke en annen jobb.

C: – Og du gruer deg til å snakke med han. Hvorfor gruer du deg?

B: – Jeg er redd for at han skal si at jeg ikke har jobb der lenger. Det blir så pinlig.

C: – Hva er verst? Gå rundt å gruble og være usikker, eller å få en avklaring slik at du vet hva du har å forholde deg til uansett hva slags svar du får?

B: – Jeg VET at jeg må ta den telefonen. Men jeg vet ikke om jeg orker.

Jeg må holde tilbake, for jeg kjenner at jeg får lyst til å tilby meg å ringe for ham. Men dette er Bjørn sin prosess og jeg tenker at det er viktig for hans følelse av mestringssevne å gjøre alt selv.

C: – Hva trenger du for å få tatt den telefonen?

Bjørn lener seg litt bakover i stolen og legger armene i kors over brystet. Han ser litt ned igjen, og jeg tolker det som han funderer på spørsmålet. Etter en pause ser han opp på meg.

B: – Jeg trenger å vite hva som skjer videre hvis jeg ikke får komme tilbake, og hjelp til å finne ut hva jeg skal si når jeg ringer.

Jeg vurderer nå alternative eksperimenter (Zinker 1978). Jeg tenker at stolarbeid kanskje ikke er riktig for Bjørn. Han er stor og tung, og jeg tenker at han ikke vil være komfortabel med å bytte stoler. Jeg tolker (projiserer) at han mangler den energien som skal til for å delta aktivt i det eksperimentet. Men jeg ønsker at han finner ut av ting selv, og hva han vil si i sin samtale med sjefen. Så jeg velger derfor å forsøke et «stolarbeid light», et gradert eksperiment (Zinker 1978). Bjørn skal i første omgang ikke møte sjefen sin, men ringe. Jeg ber han derfor ta frem sin egen mobiltelefon og legge den på bordet.

C: – Hva er viktigst for deg å få avklart akkurat nå?

B: – Jeg har utsatt å ringe så lenge, og det er det jeg tenker på hele tiden Det hadde vært ok å vite.

C: – OK. Så det er det Å VITE som er viktig og opptar deg nå?

Bjørn nikker og slipper pusten sakte ut. Jeg har nå sjekket ut med Bjørn og fått en bekreftelse på at svar fra sjefen er tydelig figur, og at jeg vil forsøke å utforske figuren med et eksperiment. Jeg ønsker at Bjørn skal bli oppmerksom (aware) på hva han kjenner, her og nå slik at han oppnår endelig kontakt (Perls, Hefferline, Goodman 1951) og at hans awareness kan føre til handling.

C: – *Hvis du skulle ta opp telefonen din og ringe sjefen nå, hva ville du si til han?*

B: – *Neeei, da ville jeg kanskje sagt noe sånt som «Hei det er Bjørn. Jeg har ikke hørt noe fra deg og lurer på om jeg fortsatt har jobb hos dere når permisjonstiden har gått ut».*

Bjørn er mer urolig. Han vugger forsiktig på stolen, og jeg hører han beveger bena under bordet. Jeg synes også at han er litt blekere og sperrer opp øynene mer. Jeg tolker det slik at dette er vanskelig for han, og vil sjekke ut om hva han kjenner akkurat nå for å øke hans awareness, slik at han bedre kan forstå seg selv og sitt eget behov.

C: – *Bjørn, jeg ser du beveger deg litt mer på stolen og hører du rører på bena. Hva skjer med deg når du «ringer» til sjefen og spør om du får komme tilbake?*

B: – *Jeg er fryktelig nervøs. Liker det ikke i det hele tatt. Dette har jeg grudd meg for i snart ett år.*

Bjørn ser meg rett i øynene, og jeg tolker det som han ber meg om hjelp. Og igjen må jeg holde tilbake. Hjertet mitt slår fortere, og jeg ser ned på telefonen hans som ligger på bordet. Jeg har heller ikke lyst til å ta i den. For meg representerer den også nå redsel og usikkerhet.

C: – *Hvor i kroppen din kjenner du at du er nervøs? Hva skjer fysisk med deg?*

B: – *Jeg er svett i hendene.*

Han gnir hendene mot bukselårene.

B: – *Hjertet slår fortere, og det suser litt i ørene.*

C: – *Hva med pusten din Bjørn? Hvordan er den?*

Han retter seg opp og trekker skuldrene litt bakover. Jeg hører at han trekker luft inn og ser brystkassen heve seg.

B: – *Jeg glemte å puste.*

Han smiler. Jeg smiler også og får følelsen av at det blir litt varmere og lysere rundt oss.

C: – *Er det lettere nå når du kjenner at du puster?*

B: – *Ja, jeg slapper litt mer av når jeg puster.*

Jeg kunne ha utforsket redselen og nervøsiteten til Bjørn ytterligere, men jeg kan fornemme en positiv energi i meg selv (vi smiler til hverandre, og Bjørn har reist seg litt mer opp i stolen), så jeg vil utnytte den energien til å forsøke å få han videre.

C: – *Ja, det kan ofte være en fordel å puste. Og nå vil jeg at du fokuserer på pusten samtidig som du tar opp telefonen din. Uten at du ringer, så vil jeg at du sier det samme en gang til mens du holder telefonen inntil øret.*

Bjørn tar sakte opp telefonen og legger den inntil øret. Han snur seg litt i stolen og ser inn mot veggen. Etter flere forsøk med oppmuntrende nikk og feedback fra meg forteller Bjørn at han kjenner seg sikrere på hva han skal si til sjefen sin, og at han nå kjenner seg mye roligere. Samtidig som Bjørn har øvd på sin telefonsamtale med sjefen, har jeg tenkt på hva jeg vil gjøre for å påvirke han slik at han vil slå nummeret og faktisk ringe. Jeg tar derfor sjansen på å stille han et lukket spørsmål og kommer samtidig med en påstand for å mobilisere ytterligere energi med tanke på handling (Zinker 1978). Jeg tenker at dette kan være et eksperiment. Dersom Bjørn ikke vil ringe, så går vi bare tilbake og jobber mer med å øke hans awareness.

C: – *Jeg tenker at du er klar for å ta den samtalen nå, Bjørn. Vil du at jeg skal være til stede når du ringer til sjefen din, eller vil du at jeg skal jeg gå ut så lenge?*

B: – *Jeg vil helst være alene når jeg ringer.*

Bjørn flakker litt med blikket. Jeg tolker situasjonen slik at han fortsatt er litt nervøs og kanskje har lyst til å utsette samtalen, men jeg har oppfattet hvor viktig det er for Bjørn å få en avklaring, slik at han kan komme seg videre. Jeg reiser meg derfor fort opp og går mot døren.

C: – *Flott Bjørn. Da kommer jeg tilbake om ti minutter, og da kan vi snakke om telefonsamtalen.*

Jeg smiler mot han og går ut av døren.

På vei mot kjøkkenet for å hente meg en kopp kaffe, tenker jeg på Bjørn og hva som skjer inne på mitt kontor akkurat nå og hva som har skjedd. Jeg tenker gjennom *Staemmlers endringsmodell* (Staemmler 1994) og tenker at Bjørn har vært gjennom *stagnasjonsfasen* ved ikke å ta ansvar for egen situasjon. Han har i lengre tid vært i *polariseringsfasen* når han har vært usikker, ubesluttsom og redd for å ringe. Inne på mitt kontor har han vært i *impassefasen*, hvor kaos, det å sitte fast og det å ikke vite, har vært figur.

Jeg er spent og nervøs. Ikke for resultatet av telefonsamtalen, for uansett resultat vil jeg ha både tid og engasjement til å bistå han videre i hans prosess. Det som opptar meg, er spørsmålet om han faktisk tør å ringe. Jeg tenker at for Bjørn kan dette være et vendepunkt i hans liv akkurat nå. Han kan enten fortsatt befinne seg i *impasse*, eller han har i løpet av disse ti minuttene vært gjennom en *sammentrekning* i tråd med *Staemmlers modell* over, med følelsen av panikk og hjelpeløshet, eller han kan akkurat nå være på vei mot *utvidelse*, ved faktisk å gjennomføre den telefonsamtalen.

Etter ti lange minutter lukker jeg opp døren og går inn på kontoret til Bjørn igjen. Telefonen ligger ved siden av han på bordet, og Bjørn sitter med hendene flettet i hverandre og armene strukket langt inn på bordet. Hodet henger, og jeg kan ikke se om han har øynene igjen eller om de er åpne.

Jeg setter meg ned i stolen, og tenker at nå skal jeg sitte stille og vente på hva som skjer. Pulsene min går fortere. Kjenner at jeg er veldig utålmodig og at jeg bruker mye energi ved å *retroflektene* / holde igjen (Jørstad 2002).

Etter en stund løfter Bjørn hodet og ser på meg. Jeg klarer ikke å tolke hva som har skjedd. Han er alvorlig og puster i lange drag, men jeg kan også se at han er roligere i kroppen. Ingen små bevegelser, flytting av bena eller små rykninger i armene og skuldrene.

B: – *Jeg får komme tilbake til jobben.*

Noe eksploderer inni meg. Jeg kjenner en intens energi spruter ut i armene og en god varme spre seg i magen. Jeg smiler og har lyst til å rope jippi. Samtidig ser jeg et stort smil hos Bjørn, og øynene hans blir fylt av tårer. Han legger hodet i hendene, og jeg hører han gråter. Hele store Bjørn rister i gråt. Jeg tolker av gråten og kroppsspråket at Bjørn har oppnådd det gjennombruddet han trengte. Jeg kjenner også gråten komme pressende på. Tenker at jeg skal være profesjonell og ikke la meg påvirke, men jeg klarer ikke å holde igjen. Tårene mine renner, og jeg føler en stor takknemlighet over å få være en del av feltet og dele denne stunden med Bjørn.

Under telefonsamtalen med sin sjef fortalte Bjørn om sin diagnose, og at han hadde begynt på medisiner. De ble enige om at Bjørn skulle begynne i jobben igjen i månedsskiftet, med en måneds prøvetid.

For Bjørn var starten på prosessen ensbetydende med slutten, og slutten på prosessen starten på resten av hans liv.

Avslutning

Noen ganger møter jeg klienter som påvirker meg mer enn andre, og som jeg blir mer konfluent med og dermed også opplever mer kaos og kjærlighet i forhold til. Jeg har spurt meg selv flere ganger hvorfor jeg ble mer konfluent med Bjørn enn med noen av de andre på kurset. I mine refleksjoner etter kursslutt får jeg svar på mitt spørsmål. Jeg sitter og skriver rapporter for hver enkelt kursdeltaker. Når jeg kommer til Bjørn sin rapport, legger jeg merke til at jeg smiler og at det brer seg en varm god følelse i hele meg. Nesten som å være forelsket. Ikke en fysisk, men åndelig kjærlighet.

Med sin holistiske felttenkning legger gestaltterapien både til rette for å

utvikle menneskets kjærlighet til seg og til andre, og for å utvikle åndelig kjærlighet (Berg 2006).

Bjørn ble min første bevisste åndelige kjærlighet i coachingrommet.

Litteraturhenvisninger

Berg, M., (2006), *Gestaltterapi og kjærlighet – en del av et større hele*, I S. Jørstad og Å. Krüger (red.), *Gestaltterapi i praksis*, Norsk Gestaltinstitutt as 1986–2006. (s. 103–128).

Joyce, P. og Sills, C., (2001), *Skills in Gestalt Counselling & Psychotherapy*. London: SAGE Publications Ltd.

Jørstad, S. (2002). *Impassemodeller – en oversikt*, NGI Coachingutdanning, kompendium klasse 2010/2011 (s. 100–102).

Jørstad, S., (2002), *Oversikt over kontaktformer*, I S. Jørstad og Å. Krüger (red.) *Den flyvende hollender. Festskrift*. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt as (s. 128–139).

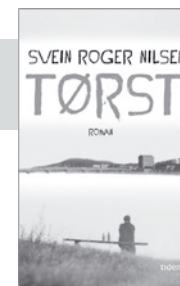
Perls, F., Hefferline, R. og Goodman, P. (1951), *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*, New York: The Julian Press Inc.

Staemmler, F.-M. (1994), *On Layers and Phases: A Message from Overseas*, NGI Coachingutdanning, kompendium 1. klasse 2010/2011 (s. 159–170).

Zinker, J., (1978) *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Vintage Books.

BOKOMTALE

Klarer «Tussi» å slutte å drikke? En roman om paradoksal endring



TØRST

Av Svein Roger Nilsen
Tiden, Drammen, 2010, 244 sider
Anmeldt av Hege Dahl

I «Tørst» beskrives fattige folk som drikker mye. «Fyllikene». De som, til forskjell fra alkoholikeren, «problemdrekkere» og «normaldrekkere», står utenfor samfunnet.

Hovedpersonen Tussi er en femtittre år gammel mann fra Drammen. Han sover under ei bru, i et parkeringshus eller på Natthjemmet, men bor ingen steder. Når han er i dårlig form, og frakken lukter for sterkt av urin, slipper han ikke inn på bussen, puben eller Vinmonopolet. Da må han gå dit han skal, drikke utendørs (noe han stort sett gjør uansett), og be andre kunder handle for han på polet. Han må ofte spørre mange før én sier ja.

Tussi har drukket mye de siste 30 årene. Nå vil han slutte, som så ofte før. Denne gangen *må* han, legen har gitt han kort tid igjen. Spørsmålet er hvordan, han har prøvd alt: Behandlinger og institusjoner, medisiner, psykologer, psykiatere, sosionomer, prester og Anonyme Alkoholikere.

«Jeg trukke jeg kan bli edru ved å sitte og snakke om fylla jeg har vært i. [...] Og jeg kan'ke bli edru ved å snakke om å bli edru heller.» (s. 176).

Tussi må finne frem til sin egen metode. Samtidig vet han ikke helt hva metoden går ut på. Det ser ut til at han lar seg lede av «awareness», skritt for skritt. Mellom drikking og ikke-drikking, med fokus på her og nå, utforskers og utvides Tussis verden. Han endrer mønstre og gjør nye erfaringer – som fører til at han får kontakt med «Greven». Greven drikker minst like mye som Tussi, men bor i et herskaps hus, holder aviser, lager ordentlige måltider og lytter til jazz og klassisk musikk. Han blir viktig for Tussi, også på måter jeg ikke forstår. Åpenbart er imidlertid at Tussi opplever å bli møtt og anerkjent på en ny måte sammen med Greven, og dette påvirker ham.

Ved grava til vennen Knegg tar Tussi bestemmelsen, og sverger på å slutte å drikke. «Noen timer seinere var jeg dønn søkke dritings» (s. 8). Det var imidlertid noe nytt som hadde skjedd: «Jeg slutta ikke, men jeg mente det og det var da jeg skjønnte at det var mulig for jeg kunne kjenne at jeg mente det» (s. 14).

Paradoksal endring

I sin teori om paradoksal endring sier Arnold Beisser at endring først kan skje når man blir det man er, ikke når man prøver å bli noe man ikke er. Tussi sier det på denne måten: «Kunne jeg ikke bli edru ved først å bli edru, så skulle jeg bli edru ved å være full først og så bli edru» (s. 45). Tussi skjønner at dette kan virke forvirrende: «Du tenker kanskje at et avhold er den rette måten å starte et edruskap på, men det kan hende du tar feil.» (s. 44).

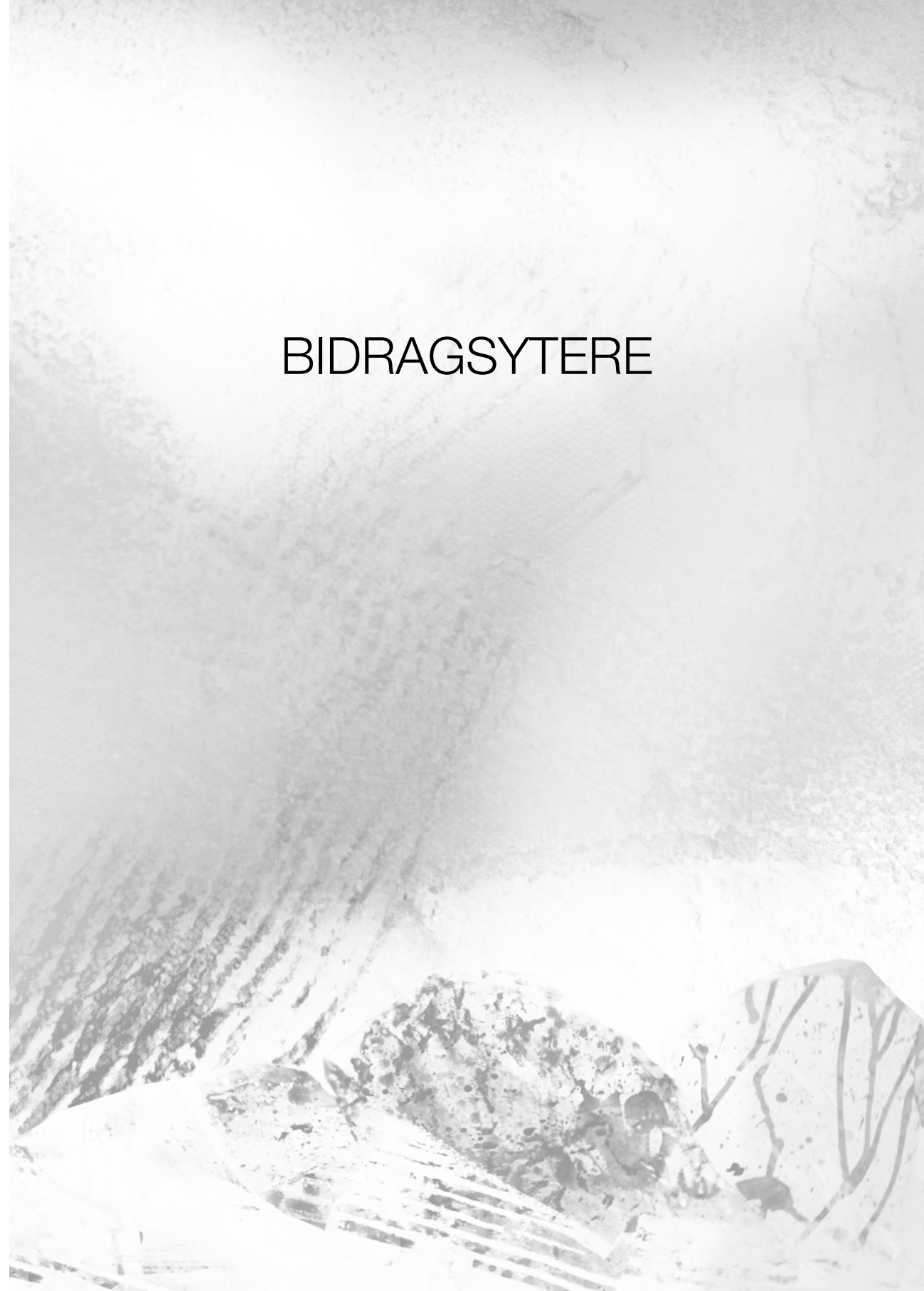
Forfatteren Svein Roger Nilsen har jobbet som sosionom i rusomsorgen, og har videreutdanning innenfor rus og psykiatri. Under lesing av boka tenkte jeg at forfatteren måtte ha førstehåndskjennskap til det å være «tørst», siden han skriver så overbevisende. Jeg kjenner i liten grad til denne gruppen av mennesker fra før (i den grad mennesker kan grupperes), men gjennom fortellingen blir valgene deres mer rasjonelle, mer til å forstå og respektere.

Dette er også ei ruspolitisk bok; i relasjon til hovedpersonene speiles omgivelsene; behandlere, vektere og politi, ansatte på Natthjemmet. Romanen er etter min mening relevant for forståelse av all type rusavhengighet. Et budskap er, slik jeg oppfatter det, at det kan være lurt å finne frem til sin egen metode ved avvikling av rusmiddelbruk.

Boka kan leses som eksempel på en paradoksal endringsprosess, som det er spennende å følge. Men romanen er først og fremst en god historie.

Som Tussi ofte sier: «Fabelaktig».

BIDRAGSYTERE



Bidragstere i dette nummeret

Katrine Borgen

er gestaltterapeut fra NGI med egen praksis i Oslo. Hun har fulgt flere kurs ved MultidiMens i Nederland og begynner høsten 2013 den toårige utdanningen «Developmental Somatic Therapy» hos Ruella Frank i New York. Fra tidligere har hun veterinærmedisinsk grunnutdanning og doktorgrad ved Norges veterinærhøgskole. Hun har mange års erfaring fra forskning, veiledning og undervisning, både nasjonalt og internasjonalt, hovedsakelig innen folkehelseområdet.

Hege Dahl

er gestaltterapeut fra NGI i 2010 og driver en egen terapipraksis i Stamsund, Lofoten. Hun har mastergrad i pedagogikk med rus som spesialfelt (2009). Under studiene jobbet hun som miljøterapeut ved behandlingssklinikker med ulike tilnærminger. Hun jobber nå som lærer i grunnskolen, hvor hun tidligere har hatt funksjoner som leder og terapeut. Det siste i et prøveprosjekt hvor Barnevernstjenesten var oppdragsgiver.

Vikram Kolmannskog

er student på siste året av terapiutdanningen ved NGI. Han har hatt privat praksis som studentterapeut siden sommeren 2012. Han er utdannet som, og arbeider som, selvstendig menneskerettighetsjurist (LL.M. fra Universitetet i Oslo, LL.M. in Human Rights fra London School of Economics), han er humanist og samfunnsviter (cand.mag. og B.A. med idéhistorie, spansk, psykologi og religionshistorie fra Universitetet i Oslo). Han har omfattende skrive-, forsknings- og undervisnings erfaring fra blant annet Universitetet i Oslo.

Unni Mollerud

har lang erfaring som veilder, coach og rådgiver. De siste ti årene har hun bistått mennesker som har falt utenfor arbeidslivet på grunn av sykdom, sosiale utfordringer eller oppsigelser. Det siste året har hun jobbet med omstilling og coachet/veiledet ansatte i bedrifter som er rammet av nedbemanning. Hun er

utdannet gestaltcoach fra NGI 2012 og har sin bakgrunn fra logistikk-, HR-, og rekrutteringsbransjen, med prosjektledelse som spesialfelt.

Annemette Nilsen

er utdannet gestaltterapeut fra NGI i 2013, og har egen terapipraksis i Oslo. Hun er utdannet fysioterapeut fra Fontys Hogescholen i Nederland, og har de fire siste årene jobbet med barn. Hun har tidligere erfaring fra arbeid på skole og innen geriatri.

Helge Sverre Risan

er gestaltterapeut og familierapeut med egen praksis i Oslo. Han arbeider med Klient og resultatstyrt praksis (KOR) og emosjonsfokuset individual- og parterapi. Risan holder mestringskurs ved ME/CFS-senteret på Aker Sykehus, og er også konfliktmekler i Konfliktrådet Oslo/Akershus.

Uwe Strümpfel

er gestaltterapeut og eksperimentell psykolog. I 1989 initierte han en arbeidsgruppe for empirisk forskning i den tyske gestaltforeningen. Denne gruppen ga opphav til mange publikasjoner, fra den gang til nå. Som terapeut har Strümpfel arbeidet på ulike områder, først og fremst med mennesker med dødelige sykdommer, i tillegg til mennesker med avhengighetsproblematikk, med gatebarn i Brasil og vært terapeutisk leder for en rusklinikk i Berlin. Siden 1996 har han vært fagbokforfatter og gestaltterapeut i privat praksis.

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

Internett: www.britishgestaltjournal.com

INTERNATIONAL GESTALT JOURNAL

PO Box 1045

Highland, NY 12528-0990

USA

E-post: tgjournal@gestalt.org

Internett: www.igjournal.org/subscribers

GESTALT REVIEW

Gestalt International Study Center

PO Box 515,

South Wellfleet,

MA 02663

USA

E-post: GestaltStudyIntl@aol.com

Internett: 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 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 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

Forskning på gestaltterapi – del 2

Av Uwe Strümpfel

Oversatt av Line Sofie Adams

Intervju med Uwe Strümpfel – del 2

Av Liv Møklebust

Fungerer terapi? En forskers tanker

Av Helge Sverre Risan

TEORI OG PRAKSIS

Kjønnsidentitet og polaritetsteori

En kasustudie av en samtalegruppe
med transpersoner

Av Vikram Kolmannskog

Gammal dritt!!!

Kreativ tilpasning og arbeid med klienter
utsatt for langvarig traume

Av Katrine Borgen

Ser du deg i meg?

Arbeid med barn med

psykisk utviklingshemning; projeksjon og empati

Av Annemette Nilsen

Kaos og kjærlighet

Av Unni Møllerud

BOKOMTALE

Tørst

Svein Roger Nilsen

Omtalt av Hege Dahl

BIDRAGSYTERE

AKTUELLE ADRESSER

INFORMASJON

ISSN-1503-8912