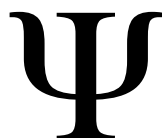




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Pasientens ubevisste plan
- et teoretisk holdbart og klinisk meningsfullt begrep?*

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

**Jan-Martin Berge
Martin Lindgren
Espen Wasshaug**

Vår 2008

Veiledet:

Per Einar Binder

Forord

Først og fremst takk til Per Einar Binder for inspirerende, fleksibel og munter veiledning. Vi ønsker også å takke forlaget Thompson Learning for supplering av litteratur. Videre takker vi John Curtis for stimulerende diskusjoner samt San Francisco Psychotherapy and Research Group for åpenhet og faglige bidrag. Til slutt takk til Hilde, Jannicke, Jens Peder, Ove og Anita. Dere har alle bidratt med støtte og kjærighet.

Abstract

The assumption that patients enter therapy with an unconscious plan puts Control-Mastery theory in a unique position within psychodynamic theory. This paper discusses to what extent and in what way the plan concept is theoretically sound and clinically meaningful. The paper aims to address the foundation principles of the theory and how it applies to the plan concept. First, we examine and discuss how a “plan” for the psychic healing process can be understood as unconscious. By integrating Zeddies’ concept of the “relational unconscious” and Stolorow and Atwood’s “three realms of the unconscious”, we claim that these perspectives can contribute to a greater depth in Control-Mastery’s view of the unconscious. We conclude that the unconscious within Control-Mastery theory can be viewed as relational, fluid and contextualised. Then we explore the foundations for an unconscious plan. We argue that adaptation and relation seeking are strong motivational factors. In the last section, we discuss how the clinical implications of the plan concept relate to the theorizings of Rogers, Bohart, and Mitchell. We conclude in this paper that the plan concept is a significant contribution to psychodynamic theory, particularly its empirical support and its implications for both past, present, and future in the therapeutic encounter.

Sammendrag

Antagelsen om at pasienten kommer til terapi med en ubevisst plan setter kontrollmestringsteori i en særstilling innen psykodynamisk teori. I oppgaven diskuterer vi i hvilken grad og på hvilken måte begrepet og antagelsen om en ”ubevisst plan” er teoretisk holdbar og klinisk meningsfull. Vi søker å redegjøre for premissene og antagelsene i kontrollmestringsteori som ligger til grunn for planbegrepet. Først presenteres teorien og dens empiriske støtte, deretter undersøkes og diskuteres hvordan en ”plan” for den psykiske helingsprosessen kan sies å være ubevisst. Ved å benytte Zeddies` konsept om det ”relasjonelle ubevisste” og Stolorow og Atwoods ”tre domener av det ubevisste” hevder vi at disse teoretikerne kan tilføre kontrollmestringsteori teoretisk dybde i synet på det ubevisste som relasjonelt, flytende og kontekstualisert. Videre gjøres det rede for hvilke grunnantagelser om menneskelig motivasjon som ligger til grunn for antagelsen om en ”ubevisst plan”. Vi argumenterer for at tilpasning, i tillegg til relasjonell kontakt er sentrale motivasjonsfaktorer. Til sist drøftes styrker og begrensninger planbegrepet har for den terapeutiske samhandling. Her belyses begrepet i forhold til Rogers, Bohart og Mitchell sine psykoterapiteorier. Vi argumenterer for at planbegrepet er et betydningsfullt bidrag innen psykodynamisk teori. En særlig styrke er dets empiriske støtte og perspektiv på både fortid, nåtid og fremtid i den terapeutiske samhandling.

Forord	I
Abstract	II
Sammendrag	III
Innledning	1
Grunntrekk ved kontroll-mestringsteori sitt syn på endringsmotivasjon i terapi	3
Tidlige relasjoner – en grobunn for utvikling av psykopatologi.....	4
Hvilke erfaringer er det pasienten søker i terapirelasjonen?.....	6
Hva er pasientens bidrag i endringsprosessen?.....	8
Overføringstest og passiv-til-aktiv-test.....	11
Hvordan formidler pasienten sin ubevisste plan for terapeuten?.....	14
Hva er terapeutens bidrag til endringsprosessen?.....	16
Hvordan kan en ”plan” for den psykiske helingsprosessen sies å være ubevisst?	19
Freuds tanker om ubevisst kognisjon er en forutsetning for antagelsen om ubevisste planer.....	19
Antagelsen om en ubevisst plan kan forklare sekvenser av atferd	21
Det ubevisste har røtter i det relasjonelle.....	22
Ubevisste planer har relasjonelle aspekter.....	23
Språk kan mediere ubevisste erfaringer.....	25
Det ubevisste kan både være flytende og ha struktur	28
Hvordan kan man integrere Stolorow og Atwoods modell med kontroll-mestringsteori?.....	29
Hvilke grunnleggende antagelser om menneskelig motivasjon ligger til grunn for antagelsen om den ubevisste plan?	32
Den ubevisste plan som vekstmotiv.....	32
Selvpsykologi: mennesker søker å fullføre selvutviklingen	34
Planbegrepet forutsetter mental representasjon av målscenario	36
Patologiens konserverende kraft.....	38
Adaptasjon som grunnleggende motiv.....	39
Pasientens egeninnsats	40
Planbegrepet er teoretisk holdbart – er det klinisk meningsfullt?.....	41
Hvilke styrker og begrensninger vil antagelsen om den ubevisste plan ha som forståelsesmodell for den terapeutiske samhandling?	42
Planbegrepet i historisk kontekst	43
Hva er terapeutens bidrag til den terapeutiske samhandling?.....	45
Pasientens bidrag i terapiprosessen – en aktiv selvheler?.....	47
Relasjonell psykoanalyse.....	50
Syn på den terapeutiske samhandling.....	52
Plan vs. tolkning	52
Kontroll-mestringsteori – en relasjonell teori?	56
Styrker og begrensninger ved planbegrepet.....	60
Avsluttende bemerkninger	63
Referanser	68

Pasientens ubevisste plan: En begrepsanalytisk og teoretisk undersøkelse

Hva motiverer pasienten til endring og vekst? Kan pasienten ha en ubevisst plan for endringsprosessen? Kontroll-mestringsteori (Weiss, 1986, 1993; Silberschatz, 2005) postulerer at pasienter kommer til terapi med en ubevisst plan for hvordan endringsprosessen skal foregå. Psykopatologi stammer ifølge Weiss (1993) fra ubevisste patogene antagelser som dannes med bakgrunn i tidlige traumatiske erfaringer. De patogene antagelsene er emosjonelt smertefulle og hindrer oppnåelse av viktige utviklingsmessige mål. Pasienten er derfor sterkt motivert for endre disse antagelsene og arbeider etter en ubevisst plan i den terapeutiske samhandlingen for å avkrefte sine patogene antagelser i relasjon med terapeuten.

Idéen om en ubevisst plan er utledet av forskningen fra San Francisco Psychotherapy Research Group og basert på grunnleggende antagelser om at pasienter er motivert for bedring og at mennesker ubevisst kan gjøre avanserte mentale operasjoner. Planbegrepet utgjør dermed et svært tydelig skille og løsrivelse fra Freuds klassiske analyse, ved å implisere vekstmotiv og ubevisst planlegging.

Vi finner antagelser om menneskelige vekstmotiv også i humanistiske og selvpsykologiske psykoterapiteorier. Videre finner vi også antagelser om at relasjoner er helende i både humanistisk terapi, selvpsykologi og relasjonell psykoanalyse. Weiss sammenlignet sin teori i hovedsak med Freud, og var i liten grad opptatt av å posisjonere og sammenligne kontroll-mestringsteori i forhold til samtidens teorier. Det vil være interessant å undersøke premissene og antagelsene i kontroll-mestringsteori som ligger til grunn for planbegrepet i lys av samtidige psykoterapiteorier fra et humanistisk, relasjonelt og selvpsykologisk ståsted. Kan disse kaste nytt lys over planbegrepet? Vil kontroll-mestringsteori skille seg klart fra disse, eller kan vi finne fellestrekk?

Vi vil foreta en begrepsanalytisk og teoretisk undersøkelse, hvor vi med utgangspunkt i kontroll-mestringsteori og beslektede terapiteoretiske tilnærminger skal undersøke og drøfte: *I hvilken grad og på hvilke måter er begrepet og antagelsen om en "ubevisst plan" teoretisk holdbar og klinisk meningsfull?*

Vi skal her drøfte og undersøke dette i forhold til følgende terapiteoretiske områder:

(1) *Hvordan kan en "plan" for den psykiske helingsprosessen sies å være "ubevisst"?*

Vi vil her sammenligne det syn på forholdet mellom det ubevisste og det bevisste som ligger til grunn for Weiss sin teori med Freuds klassiske analyse og samtidens selvpsykologiske og relasjonelle perspektiv på det ubevisste representert ved Stolorow og Atwood og Zeddies.

(2) *Hvilke grunnantagelser om menneskelig motivasjon ligger til grunn for antagelsen om den ubevisste plan? Hvilke styrker og svakheter har denne antagelsen i forhold til beslektede teorier om pasientens motivasjon? Vi vil her drøfte det syn på menneskelig motivasjon som ligger til grunn for kontroll-mestringsteori i forhold til Freuds klassiske analyse; den humanistiske psykoterapiteoriens antagelser om menneskelige vekstmotiv (Rogers) og pasientens egeninnsats i terapiprosessen (Bohart); selvpsykologiens syn på pasientens utviklingsmotiv i terapi (Kohut og Tolpin); og den relasjonelle psykoanalytikerens Stephen Mitchells syn på hvordan mennesker er motivert for å både bevare og videreutvikle sin "relasjonelle matrise".*

(3) *Hvilke styrker og begrensninger vil antagelsen om den ubevisste plan ha som forståelsesmodell for den terapeutiske samhandling? Vi vil her undersøke og drøfte det syn på terapeutisk samhandling som vi finner i kontroll-mestringsteori i forhold til Freuds klassiske psykoanalyse; Carl Rogers (om terapeutens bidrag) og Boharts (om pasientens bidrag) humanistiske psykoterapiteorier; Paul Wachtels kritiske syn på kontrollmestringsteori; og Stephen Mitchells antagelse om hvordan den "relasjonelle matrisen" manifesterer seg i terapirelasjonen og hvordan endring må skje "innenfra" objektrelasjonene.*

Hva menes så med ”kontroll-mestringsteori”? Vi vil først gjøre rede for grunntrekkene ved kontroll-mestringsteoriens syn på endringsmotivasjon i terapi, i lys av følgende problemstillinger: Hva har skjedd i personers liv når de trenger terapeutisk hjelp? Hvilke erfaringer er det pasienten søker i terapirelasjonen? Hva er pasientens bidrag til endringsprosessen? Hva er terapeutens bidrag til endringsprosessen?

Grunntrekk ved kontroll-mestringsteori sitt syn på endringsmotivasjon i terapi

Kontroll-mestringsteori ble utviklet av Joseph Weiss i midten av forrige århundre. Som psykoanalytiker fant han at Freuds modell ikke kunne predikere eller gjøre rede for endring hos enkelte av hans pasienter. Han begynte derfor å studere terapiene med disse pasientene for å bedre kunne forstå den terapeutiske prosessen. I 1972 dannet Weiss sammen med Harold Sampson Mount Zion Psychotherapy Research Group (nå San Francisco Psychotherapy Research Group) som arbeidet med å utvikle teorien. Weiss sin teori beskriver hvordan psyken fungerer, hvordan psykopatologi utvikles, samt hvordan pasienten arbeider i terapi for å få bukt med sine problemer. Weiss hevder at mennesket utøver betydelig *kontroll* over ubevisst mentalt materiale og er grunnleggende motivert til å *mestre* sine konflikter og psykiske traumer. Derav navnet kontroll-mestringsteori (Rappoport, 2002; Silberschatz, 2005; Weiss, 1986, 1993, 1998). I motsetning til mange psykodynamiske teorier har kontroll-mestringsteori betydelig empirisk støtte. San Francisco Psychotherapy and Research Group sine studier tar alle utgangspunkt i hypotesen om at vi ubevisst kan gjøre komplekse operasjoner som beslutninger, vurderinger og planlegging, noe som står i kontrast til klassisk analyse slik Freud formulerte den. Weiss utviklet kontroll-mestringsteori nettopp fordi han oppdaget en rekke fenomener i terapiprosessen som ikke kunne forklares av Freuds tidlige ideer (Rappoport, 2002).

Tidlige relasjoner – en grobunn for utvikling av psykopatologi

En grunnleggende antagelse i kontroll-mestringsteori er at mennesket gjennom evolusjonen er predisponert til å tilpasse seg sitt miljø. Et grunnleggende vilkår for tilpasning og overlevelse er stabile og reliable bånd til foreldre eller andre omsorgspersoner. En viktig faktor for tilpasning hos mennesker er å utvikle en pålitelig oppfatning av virkeligheten, det vil si indre kart over den fysiske og interpersonlige verden. Denne prosessen begynner tidlig i spedbarnsalderen og foregår gjennom å utvikle og teste hypoteser om hvordan verden fungerer. For å tilpasse oss vårt miljø utvikler vi antagelser om vår familie, våre relasjoner, vår omverden og oss selv. Selv om våre indre kart i hovedsak er hensiktsmessige kan enkelte av disse virke mot sin hensikt ved at de forhindrer tilpasning og oppnåelse av viktige mål senere i livet. Slike maladaptive kart kalles innenfor kontroll-mestringsteori patogene antagelser (Silberschatz, 2005).

Hva har skjedd i personers liv når de søker terapeutisk hjelp? Weiss beskriver at patogene antagelser er den hovedsakelige grunnen til psykopatologi og at disse vanligvis utvikles i tidlig barndom gjennom traumatiske erfaringer med foreldre eller søsken. De patogene antagelsene dikterer hvordan individet kan tillate seg å oppfatte seg selv, andre og sin interpersonlige virkelighet, og de kan være ekstremt kraftfulle (Weiss, 2002). Grunnen til at de er så kraftfulle er at de er utviklet i relasjoner med andre som barnet oppfatter som absolutte autoriteter. Foreldrene er helt avgjørende for overlevelse, derfor er barnet sterkt motivert for å utvikle og vedlikeholde stabile relasjoner til disse. Videre har barn ingen forkunnskaper om menneskelige relasjoner og er henviste til å bruke foreldrenes atferd og vurderinger som modeller (Weiss, 1993). Barn kan feilaktig anta at en hendelse inntraff fordi de prøvde å oppnå visse mål eller viste en viss atferd.

Ubevisst og bevisst skyld er sentrale komponenter i dannelsen av patogene antagelser. Skyldfølelse kan sees på som en primær reaksjon når man tror man har traumatisert nære andre. Irrasjonell skyld kommer fra feilaktige slutninger om årsakssammenhenger, grunnet i barnets umodne kognisjon. Barn har en tendens til å påta seg ansvar for det som skjer med dem selv og deres nærmeste, og kan derfor oppleve skyldfølelse for noe som egentlig har en ytre årsak. Traumatiske hendelser i tidlig barndom er derfor en potent kilde til ubevisst skyld (Bush, 2005). Barn er sterkt motiverte til å beholde sine tilknytningsbånd til sine foreldre. For at dette skal være mulig er det nødvendig at de tror på sine foreldres versjoner av virkeligheten og at måten de blir behandlet på er riktig. For eksempel kan et barn som blir neglisjert utvikle den patogene antagelsen at han fortjener dette. Han *burde* neglisjeres, ikke bare av foreldrene men også av andre. I en studie av Beres (1958) fant man at barn i fosterhjem antok at foreldrene hadde avvist dem og at dette var fortjent. Videre fant man at antagelsen om at de fortjente å bli avvist også regulerte senere relasjoner. Det var ikke bare slik at de hadde blitt og kunne bli avvist, men de burde bli det. Barn tar ansvar og dette kan skape ubevisst skyld i voksen alder.

Hvilke negative hendelser har skjedd i pasienters liv når de søker terapeutisk hjelp?

Weiss (1993) beskriver at patogene antagelser i hovedsak utvikles gjennom langvarig belastning, såkalt stresstraume, eller gjennom en plutselig traumatisk hendelse, såkalt sjokktraume. Som eksempel på et stresstraume nevner han en gutt hvis far sjelden snakket til ham. Gutten utviklet en patogen antagelse om at han ikke fortjente å bli snakket til. Et eksempel på et sjokktraume kan være en akutt hendelse som en ulykke, plassering utenfor hjemmet eller lignende, som barnet selv tar på seg skylden for. Patogene antagelser er ikke tørre teoretiske konstrukter, men kraftfulle, emosjonelt ladede strukturer som kan forårsake emosjonell smerte. I tillegg er de ofte ubevisste. Individet er ofte ikke bevisst de kognitive

aspektene av sine patogene antagelser, men opplever emosjonell smerte som bunner i disse. Et naturlig spørsmål å stille er hvorfor disse antagelsene består når de er så smertefulle. Silberschatz (2005) fremhever at patogene antagelser utvikles i forsøk på å håndtere fare tidlig i livet, og holdes på plass av individets persepsjon av fare senere. Pasienten er emosjonelt overbevist om at de patogene antagelsene er knyttet til fare som bunner i tidlige tilknytninger. Ved å føle eller oppføre seg på en viss måte opplever pasienter at de truer tilknytning til eller er illojal mot viktige andre. Pasienten er redd for å utfordre sine antagelser som denne oppfatter som sanne. Det kreves derfor multiple avkrefte opplevelser i terapiforløpet før pasienten tør å tvile på deres validitet (Silberschatz, 2005).

Ifølge kontroll-mestringsteori stammer altså pasientens problemer fra ubevisste maladaptive antagelser som begrenser pasientens livsutfoldelse og hindrer måloppnåelse. Pasienten er derfor sterkt motivert til å avkrefte sine patogene antagelser og jobber i terapien etter en ubevisst plan for å nå sine mål. Hvilke mål er det pasienten prøver å nå og hvordan er det mulig å jobbe etter en ubevisst plan? Dette er spørsmål som er sentrale i kontroll-mestringsteori og som best besvares gjennom å se nærmere på den terapeutiske prosess.

Hvilke erfaringer er det pasienten søker i terapirelasjonen?

Kontroll-mestringsteori beskriver den terapeutiske prosessen som et samarbeid der pasient og terapeut arbeider mot felles mål (Weiss, 1993). Pasientens ubevisste plan beskrives som et hypotetisk konstrukt som kan forklare et bredt spekter av pasientatferd i terapiprosessen. Planbegrepet inneholder de tre relaterte komponentene; mål, patogene antagelser og tester (Silberschatz, 2005). Planen organiserer hvordan pasienten arbeider i terapi for å få avkrefte sine patogene antagelser. Samtidig innebærer planbegrepet at pasienten veileder terapeuten ved å avsløre viktige aspekter ved disse komponentene og antyde hvordan terapeuten best kan bruke disse i sitt arbeid (Bugas & Silberschatz, 2000).

Planbegrepet støtter seg på omfattende forskning blant annet fra miljøet i San Francisco Psychotherapy Research Group. Flere av disse studiene støtter antagelsen om en sammenhengende og målrettet ubevisst mental fungering, som ubevisst planlegging, beslutningstaking og kontroll. Planen guider og organiserer pasientens atferd i terapi, i hovedsak hvilke problemer som skal takles i en viss fase og hvilke som kan vente til lengre ut i terapiforløpet. I tillegg omfatter planen ubevisst kjennskap til de farer som de patogene antagelsene beskytter mot og den følelsesmessige smerte de medfører. Pasienter tar også hensyn til realiteten i den terapeutiske situasjonen og vurderer terapeuten. For eksempel kan pasienter ubevisst ”velge” å begynne med å utfordre lette problemer og vente med mer vanskelige til senere når de er tryggere (Weiss, 1993). Silberschatz (2005) illustrerer planens organiserende funksjon med et kasus der en pasient kommer til terapi på grunn av depresjon og angst. Pasienten hadde en dement mor og bar på en patogen antagelse om at hun var egoistisk, uansvarlig og ondskapsfull hvis hun tok vare på seg selv og sine egne behov. Hennes ubevisste plan i terapien var å komme over denne patogene antagelsen, slik at hun kunne plassere moren i et passende pleiehjem i stedet for å pleie henne selv. Hennes plan organiserte hvordan hun oppfattet terapeutens intervensjoner, holdninger og tolkninger, og organiserte progresjonen i terapiprosessen. Kunne hun for eksempel kritisere moren uten at terapeuten tok morens parti? Ville terapeuten se henne som egoistisk hvis hun satte egne behov foran andres?

Ifølge kontroll-mestringsteori kommer altså pasienter til terapi med en ubevisst plan for hvordan de skal bli bedre. Planen organiserer hvordan pasienten arbeider i terapi, og pasienten er motivert til å søke relasjonelle erfaringer som kan avkrefte de patogene antagelsene. Dette impliserer at den terapeutiske endringsprosessen er et samarbeid mellom pasient og terapeut, og det blir naturlig å undersøke hvordan pasienten selv bidrar til denne prosessen.

Hva er pasientens bidrag i endringsprosessen?

Kontroll-mestringsteori beskriver den terapeutiske prosessen som et samarbeid mellom pasient og terapeut. Pasienten bidrar til denne prosessen på flere måter. Begrepene coaching og testing illustrerer hvordan pasienten ses på som en aktiv deltaker i den terapeutiske samhandlingen. Begge disse begrepene er utledet fra grunnpremissene i kontroll-mestringsteori: Pasienten har betydelig kontroll over ubevisst materiale, og er motivert til å mestre sine problemer. Hvordan kan pasienten utøve ubevisst kontroll, og hvilke implikasjoner gir dette for pasientens bidrag i den terapeutiske samhandlingen?

Pasienten har ubevisst kontroll over fortrenget materiale. Kontroll-mestringsteori antar at vi ubevisst kan gjøre komplekse operasjoner som beslutningstaking, vurdering og planlegging. Dette medfører blant annet at pasienten utøver ubevisst kontroll over fortrenget materiale og kan ”velge” å slippe opp på fortrenkningene etter en ubevisst vurdering av trygghet. Ifølge Weiss er en slik åpenbaring av fortrenget materiale derfor ofte udramatisk og ikke preget av konflikt. I en studie (Gassner, Sampson, Weiss & Brumer, 1982) lot man uavhengige dommere lese transkripsjoner fra 100 terapisesjoner med en pasient. Etter at dommerne var blitt enige om hvilket fremkommet materiale som tidligere hadde vært fortrenget, eliminerte man det som hadde fremkommet etter tolkning. Avhengig av teoretisk posisjon kunne man gjøre ulike prediksjoner av pasientatferd etter at fortrenget materiale var blitt bevisst. Hvis antagelsen var at fortrenget materiale kom frem når det på grunn av frustrasjon presset gjennom forsvaret, var prediksjonen forhøyet angstnivå hos pasienten. Hvis antagelsen var at fortrenget materiale kom frem på grunn av at det i forkledd form ikke ble gjenkjent av forsvaret, var prediksjonen lavt angstnivå og lav opplevelse av det nye materialet målt med Experiencing scale (Weiss, 1993). Hvis antagelsen var at det ubevisste

materialet kom frem fordi pasienten hadde gjort en ubevisst vurdering av at dette var trygt nok, var prediksjonen lavt angstnivå og høy opplevelse av det nye materialet. Gjennom å bruke uavhengige dommere og anerkjente skalaer for å vurdere pasientens angstnivå og nivå av opplevelse av det fortrenge materialet når dette kom fram, fant man solid støtte for den siste antagelsen (Gassner et al., 1982). Disse funnene var statistisk signifikante og gir støtte til kontroll-mestringsteori i antagelsen om at pasienten har ubevisst kontroll over fortrenge materiale, og at pasienten kan slippe frem dette uten hjelp av tolkninger. Kontroll-mestringsteori beskriver at pasienten kontrollerer fortrenge materiale på grunnlag av vurderinger om trygghet og fare. Pasienter lar fortrenge materiale forbli ubevisst hvis de opplever at innholdet i dette utgjør en fare, men kan velge å slippe opp på fortrengeingene hvis de vurderer at innholdet trygt kan oppleves (Weiss, 1995). Weiss peker på at pasienten gjennom sine tester får sine patogene antagelser bekreftet eller avkreftet, men får samtidig også verdifull informasjon om hvor trygt det er å bringe frem fortrenge materiale. At pasienten tester terapeuten for å avkrefte sine patogene antagelser står i kontrast til klassisk psykoanalyse som understreker at pasientens atferd i terapien først og fremst bunnar i forsøk på å tilfredsstille ubevisste impulser og ønsker. Empiriske studier gir imidlertid støtte til hypotesen om testing som forsøk på endring fra pasientens side.

Ifølge klassisk analyse var pasientens innsiktsnivå avhengig av terapeutens tolkninger. I lys av Weiss sin antagelse om at pasienten ut fra en vurdering av trygghet utøver ubevisst kontroll over fortrenge materiale, hva har dette å si for synet på pasientens innsikt?

Pasienten regulerer ubevisst nivå av innsikt i terapiforløpet. I en studie av Edelstein (1992) fant man at pasienter som på forhånd visste at de skulle gjennomgå et terapiforløp med et bestemt antall timer syntes å ubevisst regulere nivå av innsikt. Studien ble gjennomført ved å la uavhengige dommere studere transkripsjoner av fire korttidsterapier bestående av 16

timer, intervjuer før og etter terapiene og oppfølgingsintervjuer 6 måneder etterpå. Dommerne ble også utstyrt med formuleringer av den respektive pasients plan. Funnene av studien viser en statistisk signifikant U-kurve over nivå av innsikt. I begynnelsen av terapiforløpet viste pasientene høy grad av innsikt. Innsikten minsket gradvis til midten av terapiforløpet og økte deretter. I den siste timen og i oppfølgingsintervjuet 6 måneder senere viste pasientene igjen høy grad av innsikt. Weiss forklarer dette med at pasientene i startfasen ga terapeuten informasjon om sine planer for at det skulle være mulig for denne å hjelpe. Etter hvert som terapeuten bestod testene ble pasientene tryggere og testet mer intenst gjennom å komme med utspill som var mer antiplan med håp om at terapeuten skulle avkrefte disse. Når terapiforløpet nærmet seg slutten turde pasientene imidlertid ikke å teste så intenst ettersom de ikke ville avslutte terapien med liten eller ingen innsikt i sine mål. Terapiens utfall ble målt 6 måneder senere av uavhengige dommere som ikke hadde fått informasjon om forløpet. Studien peker på en nær sammenheng mellom plankompatible tolkninger, grad av innsikt hos pasienten etter terapien og terapiens suksess (Weiss, 1993). Weiss peker også på at studien støtter plankonseptet i at pasienten tester terapeuten gjennom hele terapiforløpet og at testingen utføres etter en ubevisst plan. Ifølge kontroll-mestringsteori trenger altså pasientens minskende innsikt i terapiforløpet ikke bety at terapeuten gjør en dårlig jobb. I motsetning kan dette indikere at han er på rett spor (Weiss, 1993).

I kontroll-mestringsteori antar man altså at pasienten yter et betydelig bidrag i den terapeutiske samhandlingen. Det er særlig i utprøvingen av patogene antagelser at pasientens aktive rolle er fremtredende. Hvordan går pasienten frem for å teste ut sine patogene antagelser?

Overføringstest og passiv-til-aktiv-test

Det finnes flere måter en pasient kan teste sine patogene antagelser på. Dette kan skje verbalt, for eksempel hvis en pasient har en patogen antagelse om at han blir straffet hvis han opplever stolthet, kan han teste denne gjennom å verbalt uttrykke stolthet med et håp om at terapeuten ikke kritiserer ham for dette. Patogene antagelser kan også testes nonverbalt i atferd. En pasient som har en patogen antagelse om at hun ikke fortjener omsorg eller behandling kan for eksempel la være å komme på noen terapitimer, eller true med å slutte i terapi, med håp om at terapeuten vil overtale henne om at hun fortjener hjelp (Weiss, 1993). Ved å teste gjenskaper pasienten de traumatiske opplevelser fra oppveksten som har vært med på å danne de patogene antagelsene. Kontroll-mestringsteori beskriver to typer tester, overføringstester og passiv-til-aktiv-tester. Overføringstest refererer til det som dynamiske terapeuter tenker på når de bruker termen overføring. Pasienten plasserer seg her i den rolle han hadde i forholdet til sine foreldre eller andre omsorgspersoner. Her prøver pasienten å finne ut om han er akseptert som han er. Vil terapeuten traumatisere ham på samme måte som foreldrene gjorde? I den andre typen test, passiv-til-aktiv, setter pasienten seg i samme posisjon som foreldrene hadde i oppveksten. Ved å behandle terapeuten på samme måte som han selv ble behandlet, håper pasienten at terapeuten ikke skal bli traumatisert på samme måte. Ved for eksempel å avvise eller sjikanere terapeuten som han selv ble i barndommen håper pasienten at terapeuten vil hevde seg mot slik behandling, noe som var forbundet med fare for pasienten. Hvis terapeuten klarer denne testen viser han at sunne relasjoner er mulige samtidig som pasienten føler seg tryggere på å hevde seg selv på egne vegner (Rappoport, 2002). Weiss (1993) beskriver at pasienten gjennom å planlegge sine tester prøver å samle bevis mot sine patogene antagelser med en minimal fare. Iblant genererer pasienten gjennom nøye ubevisst planlegging sekvenser av gradvis vanskeligere tester.

Weiss (1993) beskriver et kasus av en pasient i tyveårsalderen. Hun var i sin oppvekst traumatisert over tid av sine foreldres depresjoner og krevende holdninger. Hvis pasienten ikke var enig med foreldrene, eller hvis hun ikke stilte opp for dem til enhver tid, anklaget de henne for å være inkompetent og egoistisk. Pasienten utviklet den patogene antagelsen at hun var ansvarlig for sine foreldres ulykke og at hun var en egoistisk og verdiløs person. I begynnelsen av terapiforløpet testet hun terapeuten med overføringstester gjennom å anklage seg selv for å være egoistisk, verdiløs og destruktiv i håp om at han ville være uenig. Senere i forløpet gikk hun over til passiv-til-aktiv-testing ved å behandle terapeuten som hun selv ble behandlet som barn. Hun klagde over at terapeuten ikke viste henne respekt, ble fornærmet hvis han ikke var enig med henne, og uttrykte at han var verdiløs som terapeut. Ifølge kontroll-mestringsteori tester alle pasienter sine terapeuter gjennom hele terapiforløpet enten gjennom overførings- eller passiv-til-aktiv-testing. En implikasjon av planbegrepet er at terapeutens tilnærming er kasusspesifikk, ettersom pasientens plan er individuell og bunnar i den spesifikke pasientens patogene antagelser. Ulike pasienter går derfor ulikt frem i terapiforløpet (Weiss, 1995). Noen pasienter er komfortable med å gi overføringstester helt fra starten, mens andre føler seg tryggere i å begynne med passiv-til-aktiv-tester. Noen pasienter opplever passiv-til-aktiv-tester som tryggere ettersom en da plasserer seg i rollen som aggressor og ikke løper så stor risiko for selv å bli traumatisert. Andre pasienter opplever denne typen testing farlig ettersom de risikerer å traumatisere terapeuten som da ikke kan hjelpe (Weiss, 1993). Ved å forstå pasientens mål med terapien og hvilke patogene antagelser som hindrer disse, kan terapeuten utlede pasientens plan og samarbeide med pasienten for å gjennomføre denne (Curtis, Silberschatz, Sampson & Weiss, 1994). Terapiprosessen betraktes som et samarbeid der terapeuten og pasienten er medspillere i å gjennomføre pasientens plan, det vil si å avkrefte de patogene antagelsene og nå viktige mål i livet.

I en studie av Silberschatz og Curtis (1986) fant man støtte for plankonseptet og for at pasienten i første rekke tester for å få hjelp til å avkrefte sine antagelser. Silberschatz lot her to erfarne terapeuter lese transkripsjoner fra 100 terapisesjoner med en pasient. Terapeutene var tilhengere av to ulike retninger, den ene kontroll-mestringsteori, den andre tradisjonell freudiansk analyse. Disse skulle identifisere passasjer i teksten der pasienten enten testet terapeuten eller prøvde å få tilfredsstilt ubevisste impulser. Deretter beholdt han de passasjer der det forelå overlapp mellom de to posisjonene mens han ekskluderte resten fra studien. Silberschatz studerte disse pasient-terapeutinteraksjonene gjennom å la to sett med dommere som var tilhengere av de ulike posisjonene bedømme hvor godt terapeutens responser enten frustrerte pasientens impulser eller bestod dennes tester. Deretter lot han en tredje gruppe dommere blindt vurdere graden av pasientens modighet, angst, avslapning og positive følelser, etter interaksjoner som av de ulike posisjonene enten ble sett på som frustrerte en impuls eller bestod en test. Han fant at pasienten etter disse interaksjonene med terapeuten ble mer avslappet, mindre angstfull, og modigere, noe som indikerer at pasienten ikke ble frustrert men lettet (Silberschatz & Curtis, 1986). Dette tyder på at pasienten testet sine patogene antagelser i terapirelasjonen og at hun ble lettet og mindre angstfull når disse ble avkreftet. I lys av Gassners studie (Gassner et al., 1982) gir dette støtte til hypotesen om at pasienten har kontroll over ubevisst materiale og kan velge å slippe frem dette, ikke på grunn av terapeutens tolkninger, men etter en vurdering av økt trygghet når terapeuten bestod testen (Weiss, 1993). I et større perspektiv gir disse studier støtte til antagelsene i kontroll-mestringsteori om at pasienten kan gjøre vurderinger og beslutninger som ledd i en ubevisst plan for hvordan gjøre fremskritt i terapi. Kontroll-mestringsteori antar at pasienten gjennom hele terapiforløpet arbeider med terapeuten etter en ubevisst plan for å avkrefte sine patogene antagelser. Som vi har sett kan pasienten gjøre dette gjennom å teste ut sine antagelser i terapirelasjonen. Pasienten kan også bruke terapeutens tolkninger for å bli bevisst sine

patogene antagelser og innse at disse er maladaptive. Empiriske studier viser at intervensjoner som er plankompatible, enten disse er tolkninger eller beståtte tester, har positive effekter for pasienten, på både kort og lang sikt.

I arbeidet med å avkrefte de patogene antagelsene er det viktig for pasienten at terapeuten har en implisitt eller eksplisitt forståelse av den ubevisste planen. Pasienten er derfor sterkt motivert til å gi terapeuten informasjon om sin ubevisste plan. Hvordan foregår dette?

Hvordan formidler pasienten sin ubevisste plan for terapeuten?

Kontroll-mestringsteori bruker begrepet coaching for å belyse pasientatferd som har til hensikt å formidle informasjon til terapeuten som er nødvendig for å forstå viktige komponenter av planen. Dette omfatter informasjon om hvilke mål pasienten ønsker å oppnå, om patogene antagelser og om hvilke intervensjoner og holdninger fra terapeuten som sannsynligvis er mest hjelpsomme (Bugas og Silberschatz, 2000). Bugas og Silberschatz beskriver at pasienten kan coache terapeuten når som helst i terapien, men at dette ofte inntreffer i begynnelsen av terapien, før og under viktige tester, eller når pasienten trenger en endring i den terapeutiske relasjonen. Ved å coache terapeuten i begynnelsen av terapien gir pasienter indirekte informasjon om hvordan de ønsker at terapeuten skal jobbe med dem, om viktige mål og om patogene antagelser som forhindrer dem å nå sine mål. Bugas og Silberschatz gir et eksempel der en kvinne i begynnelsen av terapiforløpet fortalte hvor dum og uintelligent hun var. Samtidig fortalte hun i forbifarten at hun var akseptert til et anerkjent universitet, men at hun hadde avslått dette fordi hennes mor syntes hun var for dum til å studere. Etter morens ønske holdt hun seg på hjemstedet for å bli frisør, til tross for at hun selv ikke hadde noen interesse i dette. Gjennom overdrivelser og motsigelser hjalp pasienten

her terapeuten å forstå hvordan hun satte sine egne mål til side på grunn av lojalitet og skyldfølelse overfor moren.

Pasienten kan også coache terapeuten før og under en viktig test, for å gi informasjon om hvordan terapeuten skal bestå testen. Bugas og Silberschatz (2000) gir et eksempel der en pasient under en terapitime fortalte om sin uønskede tendens til å trekke seg fra relasjoner han hadde utbytte av. I timen etter erklærte pasienten at han hadde tenkt å slutte i terapi, og dermed trekke seg fra nok en nyttig relasjon, men ble oppmuntret til å fortsette da terapeuten foreslo at de skulle bruke tid på å undersøke hvorfor han plutselig hadde bestemt seg for å slutte.

Coaching forekommer også når pasienten har behov for å endre den terapeutiske relasjonen. For å komme videre med sin ubevisste plan har pasienten noen ganger behov for at terapeuten endrer atferd. Bugas og Silberschatz nevner et eksempel der en pasient fortalte en lyttende terapeut om sine opplevelser i en kjærlighetsrelasjon. Når dette temaet var over begynte pasienten å fortelle om sin manglende evne til å forfølge sine ambisjoner om å studere film. Han presenterte også nytt materiale om hvordan han i barndommen opplevde foreldrene som neglisjerende og likegyldige, før han fortsatte å snakke om sine hemninger mot å forfølge sine ambisjoner. Fra å ha vært en lytter ble nå terapeuten en aktiv samtalepartner og oppmuntret pasienten til å jobbe mot sitt mål om å bli en filmregissør. Bugas og Silberschatz beskriver hvordan pasienten her coachet terapeuten om sitt behov for oppmuntring i å utfordre de patogene antagelsene. Han hadde på grunn av sine foreldres likegyldighet overfor hans interesser sluttet at disse var farlige å etterstrebe. Gjennom å guide terapeuten til å vise en støttende og oppmuntrende holdning viste han hva som trengtes for å hjelpe ham (Bugas og Silberschatz, 2000).

Med begreper som testing og coaching blir pasienten i kontroll-mestringsteori sett på som en aktiv deltaker i den terapeutiske samhandlingen. Hva blir da terapeutens bidrag til endringsprosessen? Hvordan skal terapeuten respondere til pasientens testing?

Hva er terapeutens bidrag til endringsprosessen?

Terapeuten og pasienten er medspillere i den terapeutiske prosessen. Den terapeutiske relasjonen innebærer et samarbeid. På den ene siden kommer pasienten til terapien med en strategi for hvordan avkrefte sine patogene antagelser. På den andre siden prøver terapeuten å respondere på pasienten slik at denne får sine antagelser avkreftet. Avhengig av terapeutens responser gjør pasienten en ubevisst vurdering av hvor trygt det er å utfordre sine problemer og strekke seg etter sine mål i terapisisituasjonen. Videre kan pasienten guide terapeuten når det gjelder hvilke responser som er best hjelpsomme i gjennomføringen av sin plan. Silberschatz (2005) beskriver at pasienten i hovedsak kan bruke terapeuten på tre måter for å gå frem med sin plan. Den ene måten som vi har beskrevet er gjennom å teste sine antagelser direkte, enten verbalt eller gjennom atferd. Den andre måten er gjennom å bruke terapeutens tolkninger og den tredje er å bruke den terapeutiske relasjonen per se for å avkrefte sine patogene antagelser. Det terapeutiske forholdet kan i seg selv være et kraftfullt middel for å avkrefte patogene antagelser. For eksempel kan en pasient som i sin oppvekst utviklet en patogen antagelse om at hun fortjener å bli neglisjert og dårlig behandlet, bruke de personlige egenskapene til en varm, empatisk, og vennlig terapeut for å avkrefte sin antagelse. Silberschatz (2005) beskriver også hvordan terapeuten gjennom kunnskap og innsikt kan gjøre tolkninger som pasienten kan bruke for å gå videre med sin plan. Han illustrerer dette med en pasient som hadde som mål å både overvinne sin sterkt overdrevne ansvarsfølelse overfor sin alkoholiserende og krevende mann, og å forlate ekteskapet. Pasienten kunne bruke tolkningen om at hun hadde det samme emosjonelle bånd til sin ektemann som til sin mor,

som under pasientens oppvekst også hadde vært svært krevende og avhengig av pasienten. Denne tolkningen hjalp henne å forstå sin overdrevne ansvarsfølelse overfor sin mann i lys av relasjonen til sin mor. Pasienten kan altså utfordre sine patogene antagelser på flere ulike måter i terapirelasjonen samtidig som terapeuten kan hjelpe pasienten å fullføre sin plan på ulike måter. Et viktig poeng som Weiss (1998a) fremhever er at pasienten er spesielt følsom for intervensjoner som relaterer seg til planen. Hvis terapeuten responderer på en måte som er pro-plan reagerer pasienten med å bli mer avslappet, mindre angstfull og mer utfordrende i forhold til sine patogene antagelser. Når terapeuten ikke består en test, det vil si responderer på en måte som ikke er i tråd med pasientens plan, blir pasienten engstelig og forknytt, og den terapeutiske progresjonen hemmes. Pasienten observerer altså terapeuten nøye og vurderer om dennes holdninger, tolkninger og atferd bekrefter eller avkrefter patogene antagelser (Bugas & Silberschatz, 2000).

Plankompatible intervensjoner har positiv effekt på kort og lang sikt. I en studie av Fretter (1984) fant man umiddelbar positiv respons hos pasienten etter proplantolkninger, men ikke etter antiplantolkninger. Man ga uavhengige dommere transkripsjoner og planformuleringer fra tre terapiforløp for å rangere terapeutens tolkninger etter hvor plankompatible disse var. Deretter gav man et annet sett med dommere oppgaven å vurdere graden av opplevelse i pasientens stemme umiddelbart før og etter tolkningene. Dette ble gjort for at dommerne ikke skulle kjenne til tolkningene eller vite om de lyttet på pasienten før eller etter tolkingen var gjort. Fretter korrelerte nivå av opplevelse før og etter tolkningene med i hvor stor grad tolkningene var plankompatible. Funnene var signifikante og viste at jo mer plankompatible tolkingene desto høyere var pasientens opplevelse av disse (Fretter, 1984). I en studie av Broitman fant man at høyere grad av plankompatibilitet i terapeutens tolkninger

korrelerte med høyere nivå av innsikt hos pasientene målt med Morgan patient insight scale (Broitman, 1985, ref i Weiss, 1993).

Etter intervensjoner som er plankompatible, enten disse er beståtte tester eller tolkninger, ser man altså positive responser hos pasienten. Vi har sett at disse kan være økt innsikt, lavere angstnivå, større vilje til å utfordre sine problemer og lavere spenningsnivå. I en studie av Fretter fant man at plankompatible intervensjoner også har mer langsiktige effekter. Gjennom å korrelere prosentandel plankompatible intervensjoner med kliniske intervjuer og måleinstrumenter fant man interessante sammenhenger. I de terapiforløp som inneholdt størst andel proplanintervensjoner ble utfallet av terapien vurdert som best. I de forløp med nest størst andel proplanintervensjoner ble utfallet vurdert som nest best, og i de forløp med minst andel proplanintervensjoner ble utfallet av terapien vurdert som dårligst (Fretter, 1984). Dette gir sterk støtte til plankonseptet og understreker også betydningen av å utlede pasientens plan for å kunne gjøre hensiktsmessige intervensjoner. Andre studier støtter plankonseptet i at de indikerer at pasienten nøye planlegger hvor stor grad av innsikt denne har i terapien, basert på sin vurdering av terapeuten og terapiforløpet.

Kontroll-mestringsteori forutsetter at pasienten er motivert for å tilpasse seg virkeligheten og danner hypoteser som testes i relasjonen med terapeuten for å utfordre sine maladaptive hypoteser. Videre antar man at pasienten har en strategi eller en plan for hvordan organisere denne prosessen. Weiss har hentet mange viktige konsepter fra Freuds senere teoretiseringer og testet disse empirisk i flere kontrollerte forsøk. Man ser at kontroll-mestringsteori har en velfundert teoretisk bakgrunn og støtte i empiri. Likvel er det rettet kritikk mot både plankonseptet og de premisser som bygger opp under dette. Vi vil se nærmere på disse premissene som ligger til grunn for planbegrepet, og i første omgang undersøke synet på det ubevisste i kontroll-mestringsteori. Dersom pasientens plan for terapien skal kunne sies å være ubevisst, hvilke implikasjoner har dette for synet på ubevisst

fungering? Hvordan kan vi forstå planbegrepet i lys av interpersonlige og relasjonelle teoretiseringer om det ubevisste?

Hvordan kan en ”plan” for den psykiske helingsprosessen sies å være ubevisst?

For å besvare dette spørsmålet vil vi undersøke synet på forholdet mellom det ubevisste og det bevisste som ligger til grunn for kontroll-mestringsteori, og sammenligne dette med beslektede psykoterapiteorier.

Antagelsen om en ubevisst plan hviler på flere premisser. De viktigste av disse har sine røtter i egopsykologien og Freuds senere teoretiseringer. En konseptualisering om ubevisst fungering slik kontroll-mestringsteori fremstiller den får ikke bare teoretiske implikasjoner, men også kliniske konsekvenser for blant annet hvordan man forklarer det relasjonelle samspillet i terapisisituasjonen. Kontroll-mestringsteori passer fint inn i et relasjonelt teoretisk rammeverk blant annet på grunn av hvordan man beskriver ubevisste elementer og prosesser som konstituert av interpersonlig samhandling. En kritikk mot en slik tilnærming har vært at man neglisjerer det ubevisste. Vi skal se hvordan man kan møte denne kritikken og samtidig kaste lys over på hvilke måter planer kan sies å være ubevisste. For å forstå dette må vi dog først se på grunnlaget for antagelsen om ubevisste planer.

Freuds tanker om ubevisst kognisjon er en forutsetning for antagelsen om ubevisste planer

Kontroll-mestringsteori har hentet flere konsepter fra Freuds senere teoretiseringer, men står i kontrast til hans tidlige. Det ubevisste som Freud beskriver i ”Papers on technique” (1911-1915) er regulert av ubevisste impulser og forsvar. Freud skisserer her opp et ubevisste som ikke tar hensyn til tanker eller antagelser men heller fungerer i en automatisk manér drevet av lystprinsippet og upåvirket av virkeligheten (Weiss, 1993). Weiss samler disse

teoretiseringer under beskrivelsen "Automatic functioning hypothesis" (AFH) og beskriver at de står i kontrast til både kontroll-mestringsteori og Freuds senere theoretiseringer. Kliniske erfaringer som tvang Freud til å tenke annerledes var at mange pasienter syntes å repetere opplevelser som ikke var behagelige, men som tvert imot var traumatiske. Freud forkastet aldri AFH men antok at mennesker også guides av ubevisste motiver som ikke er regulert av lystprinsippet og kortsiktige mål, men av høyere mentale funksjoner og langsiktige mål (Weiss, 1993). Weiss beskriver Freuds theoretiseringer av et ubevisste drevet av realitetsprinsippet som "Higher mental functioning hypothesis" (HMFH). HMFH beskriver et ubevisste som kan utføre mange av de samme funksjonene som det bevisste og legger en hjørnestein for kontroll-mestringsteori i antagelsene om ubevisst tenking, beslutningstaking og planlegging. HMFH forklarer pasientens gjentakelse av traumatiske opplevelser som et ønske om å mestre disse fremfor en søken etter behovstilfredsstillelse (Weiss, 1993), noe som ligger helt i kjernen av kontroll-mestringsteori og støtter antagelsen om at pasienten arbeider med terapeuten for å løse sine problemer. HMFH bidro også til rekonseptualisering av kliniske fenomener og ga nye perspektiv på pasientatferd i terapisisituasjonen. Selvdestruktiv atferd kan for eksempel beskrives som å springe ut av skyldfølelse over å lykkes bedre enn foreldrene. Pasienten med en overdreven ansvarsfølelse kan prøve å reparere terapeuten når den tror denne er såret fremfor å søke behovstilfredsstillelse (Weiss, 1993). Dette peker på ubevisste mentale prosesser som ligner bevisste, der tenking og beslutningstaking er regulert av en orientering mot mestring. I kontroll-mestringsteori ser vi sterke paralleller som kan forklare for eksempel selvdestruktiv atferd eller selvoppofring basert på patogene antagelser.

Marshall Bush beskriver for eksempel et kasus der en ung mann konsekvent presterte dårligere enn sitt potensial i skole og arbeid, basert på ubevisste skyldfølelser overfor sin familie som ikke lyktes i livet (Bush, 2005). Weiss (1993) beskriver at sentrale konsepter i kontroll-mestringsteori, som ubevisste ønsker om mestring, ubevisste identifikasjoner med

tidlige tilknytninger, ubevisst tenking og maladaptive antagelser om virkeligheten, har sine røtter i HMFH. Idéen om ubevisste planer hviler helt på disse premissene og forutsetter en ubevisst fungering som opererer etter langsiktige mål og et ønske om å mestre sine problemer. Konsekvensene av en høyere mental fungering i det ubevisste, i kombinasjon med en motivasjon for endring, peker i retning av en mestrende pasient som ikke bare kan lage ubevisste planer, men også endre eller røpe disse for å nå sine mål. En ubevisst bevegelighet eller fleksibilitet ser ut til å være et kjennetegn for ubevisste planer om endring. Hva blir implikasjonene av en slik fungering, og hvordan kan man med bakgrunn av kliniske erfaringer si at en plan for endring kan være ubevisst?

Antagelsen om en ubevisst plan kan forklare sekvenser av atferd

Kontroll-mestringsteori beskriver en ubevisst fungering som retter seg fremover i tid gjennom å ha mål og lage planer for å nå disse. Samtidig strekker det ubevisste seg bakover gjennom å bruke hypoteser, enten disse er maladaptive eller ikke, som er blitt dannet i tidlige erfaringer med andre mennesker (Curtis, Silberschatz, Sampson & Weiss, 1994). En viktig implikasjon av en ubevisst fungering slik kontroll-mestringsteori beskriver den er fleksibilitet. Weiss (1998a) fremhever at pasientens ulike manøvrer i terapien ser ut til å reflektere en ubevisst planmessig fungering. Som vi har sett tidligere kan pasienten enten endre teststrategi eller guide terapeuten hvis ikke denne består testene. Weiss (1998b) beskriver at terapeuten som behandlet pasienten fru C først ikke bestod hennes tester ved at han ikke oppmuntret hennes utsvevende atferd. Pasienten endret da sin måte å teste på gjennom å stille urimelige krav til terapeuten i håp om at han ikke skulle gi etter for disse. En forklaringsmodell der man antar at pasienten bare gjentar gamle mønstre har ifølge Weiss problemer med å forklare denne skiftningen i atferd. Han mener at antagelsen om en planmessig ubevisst fungering har en styrke i at den kan forklare sekvenser av atferd eller interaksjoner heller enn enkeltepisoder

(Weiss, 1998b). Et eksempel på dette er såkalt coachingatferd som vi har beskrevet tidligere. Hvis pasienten opplever at terapeuten trenger informasjon for å kunne agere i tråd med den ubevisste planen, kan pasienten på ulike måter kommunisere dette. Vårt tidligere kasus beskrevet av Bugas og Silberschatz (2000), der en pasient først vil slutte i terapi men som etter vag respons fra terapeuten legger til at han ofte gjør ting han angrer etterpå, kan tjene som et godt eksempel. Plankonseptet maler opp et bilde av et ubevisste som er i stand til å kommunisere sitt innhold. Denne kommunikasjonen betyr både en interpsykisk og en intrapsykisk samhandling og peker på et ubevisste som er mer flytende og relativt mindre avgrenset enn hva som rommes i AFH. Vi har hevdet at pasienten kan formidle ubevisst innhold til terapeuten. Vi har også antatt at pasienten kan ”velge” å bli bevisst ubevisst materiale hvis relasjonen med terapeuten oppleves som trygg nok. Dette indikerer at grensen mellom ubevisst og bevisst ikke er absolutt og at det foregår en ”forhandling” om denne. Pasientens vurderinger av trygghet i terapirelasjonen antyder også at terapeuten er med i denne forhandlingen og at relasjonelle faktorer har betydning for hva som blir bevisst eller ubevisst. Hvordan er det ubevisste knyttet til det relasjonelle? En teoretiker som beskriver noen interessante perspektiver på dette er Timothy Zeddies, som blant annet fremhever hvordan grensen mellom bevisst og ubevisst er flytende og bestemt av det interpersonlige.

Det ubevisste har røtter i det relasjonelle

I artikkelen ”Within, outside and in between” skisserer Timothy Zeddies (2000) et ubevisste som i høy grad er influert av relasjonelle prosesser. Han introduserer ”det relasjonelle ubevisste” og beskriver dette fra tre ulike men overlappende aspekter. For det første fremhever han at mening og forståelse primært er samskapt og ikke medfødt eller produsert av et isolert sinn. Kunnskap fremkommer i en relasjonell erfaring noe som impliserer at hva terapeuten vet om pasienten hverken kan skilles fra hans egen deltakelse

eller hans teoretiske forståelsesramme. For det andre mener Zeddies at grensen mellom ubevisst og bevisst opplevelse er flytende og intersubjektivt mediert. Dette betyr at det ubevisste materialet som trer frem i terapirelasjonen er kontekstuel og består av både intrapsykiske og interpsykiske prosesser hos terapeuten og pasienten i deres spesielle relasjon. På den ene siden er det ubevisste ikke et produkt av et isolert sinn og på den andre siden kan ingenting forstås dersom relasjonen ikke tillater dette (Stern, 1998). Konsekvensen av en slik tenking er at det ikke bare er et overlapp mellom det intrapsykiske og det interpersonlige, men at de faktisk danner og omformer hverandre (Zeddies, 2000). Zeddies tredje poeng er at språket har en grunnleggende betydning for menneskelig erfaring og ubevisst fungering. Hva som er tillatt å uttrykke eller erfare er bestemt av normer i den sosiale nisje man lever i. Det ubevisste er altså konstituert av dialogen og inneholder både uttrykk som kan true båndet til gruppen og en fortrenget lengsel etter å uttrykke seg spontant og fritt. Zeddies sitt syn på og inndeling av det ubevisste gir interessante perspektiver på hvordan man kan forstå plankonseptet innenfor kontroll-mestringsteori. Samtidig reiser den viktige spørsmål som retter seg direkte mot hva som konstituerer en ubevisst plan og på hvilken måte denne kan sies å være ubevisst. Er en ubevisst plan grunnleggende relasjonell og hvilken rolle spiller relasjonelle faktorer i patogene antagelser?

Ubevisste planer har relasjonelle aspekter

Zeddies sin konseptualisering av det ubevisste bidrar med nyttige begreper som vi kan bruke for å forstå ubevisste planer og patogene antagelser innenfor kontroll-mestringsteori. Hvis benytter patogene antagelser som eksempel er disse skapt i et interpersonlig samspill med andre. Samtidig kan vi forstå disse som strukturer som gir mening til relasjoner. De er hypoteser om seg selv, andre og relasjoner til disse, og sier noe om hva personen kan forvente i interaksjoner med andre (Curtis et al., 1994). De er også med på å utforme samspillet med

andre, noe som vi ser i terapirelasjonen. Tydeligst er dette ved tester der pasienten direkte spiller ut sine antagelser i det relasjonelle rommet for å få respons på disse. Zeddies sitt syn på det ubevisste bidrar til vår forståelse av patogene antagelser som relasjonelt forankret, dels fordi de sier noe om relasjoner, og dels fordi de dannes, forsterkes eller løses opp i relasjoner. Forskjellen fra Zeddies sitt perspektiv er subtil, men likvel tydelig. Ifølge kontrollmestringsteori bringer pasienten sine patogene antagelser til terapien og bruker relasjonen med terapeuten for å bringe frem og utfordre dem. Terapeutens betydning for å avkrefte de patogene antagelsene er stor, men han bidrar lite til deres innhold og mening for pasienten. Zeddies vektlegger i større grad enn kontrollmestringsteori hvordan det som kommer frem i terapi er samskapt, det vil si et produkt av både pasient og terapeut. Derimot har terapirelasjonen stor betydning for å definere det ubevisste med de planer, antagelser og erfaringer som finnes i dette. Zeddies mener at grensen mellom det ubevisste og det bevisste er flytende og interpersonlig mediert. Innen kontrollmestringsteori ser man at relasjonelle faktorer har stor betydning for hva som blir bevisst eller ikke. En trygg relasjon kan alene, uten tolking, bidra til at pasienten tør å bli bevisst tidligere ubevisst materiale som for eksempel minner, traumatiske opplevelser eller mål som denne ønsker å oppnå (Silberschatz, 2005). Dette peker i retning av et ubevisste som er relasjonelt forankret og at grensen mellom det ubevisste og bevisste er interpersonlig mediert slik Zeddies antar. Men også her ser vi subtile forskjeller i forhold til kontrollmestringsteori. På samme måte som med patogene antagelser bringer pasienten ubevisst materiale til terapirummet. Som vi har beskrevet tidligere legger Zeddies større vekt på både pasientens og terapeutens subjektive deltakelse og hvordan begge er med på dannelsen av ubevisst materiale som kommer frem under terapi. Ifølge Zeddies er det som kommer frem i terapirelasjonen samskapt og kan ikke helt skilles fra terapeutens eget materiale (Zeddies, 2000). Både Weiss og Zeddies ville nok hevde at det ubevisste har sterke relasjonelle forankringer, men på litt ulike måter. Weiss sitt ubevisste er

relasjonelt på den måten at det delvis dannes i tidlige relasjoner men at terapirelasjonen i stor grad er med på å plassere dette i forhold til det bevisste. Zeddies sitt ubevisste er derimot relasjonelt på den måten at det også er et samskapt produkt mellom pasient og terapeut. Hvis vi prøver å integrere antagelsene bak ”det relasjonelle ubevisste” med kontroll-mestringsteori ser vi noen interessante poenger. Blant annet kan vi forstå pasientens ubevisste plan som relasjonelt konstituert. Vi har sett at pasienten utformer sin plan i høy grad ut fra relasjonen med terapeuten. Silberschatz (2005) peker på at pasienten dels kan tilpasse teststrategi til terapirelasjonen men samtidig også gjennom coaching influere terapirelasjonen for å passe planen. Relasjonelle faktorer ser altså ut til å ikke bare ha betydning for å definere det ubevisste, men også stå i et resiprokt forhold til pasientens plan. Et viktig element i dette forholdet er hvordan dette samspillet medieres. Ifølge Zeddies (2000) har språket en grunnleggende betydning for menneskelig erfaring og ubevisst fungering. Blant annet beskriver han at det ubevisste er konstituert av dialogen og at dette inneholder uttrykk som kan true bånd til viktige andre. Hvordan kan vi bruke Zeddies sin vektlegging av språklige variabler for å forstå ubevisste planer innenfor kontroll-mestringsteori?

Språk kan mediere ubevisste erfaringer

Zeddies (2000) beskriver at språket er med på å henvise erfaring til det ubevisste. Gjennom sosiale krefter defineres hva som er tillatt eller ikke tillatt å uttrykke språklig. Det som ikke er tillatt blir ifølge Zeddies henvist til det ubevisste. Han henviser blant annet til Stern (1998) som beskriver det ubevisste som ”uformulert erfaring”, det vil si erfaring som ikke er sammenhengende eller organisert nok til å nå det bevisste eller til å uttrykkes verbalt. En konsekvens av dette er at ubevisst materiale forblir ubevisst så lenge det ikke kan formuleres språklig, og at en viktig oppgave for terapeuten er å finne et språk for å artikulere tanker og erfaringer (Zeddies, 2000). Ifølge kontroll-mestringsteori kan patogene antagelser

avkrefte på flere måter, via tester, tolkninger eller terapeutens nonverbale væremåte i relasjonen (Weiss, 1998a). Selv om kontroll-mestringsteori ikke eksplisitt formulerer språkets betydning for det ubevisste spiller dette imidlertid en rolle i teorien. Det språklige samspillet kan for eksempel være med på å både danne og avkrefte patogene antagelser. Samtidig bruker pasienten ofte språket, selv om dette ikke er nødvendig, for å teste terapeuten. Parallellen til Zeddies ligger i at språket kan spille en rolle i utvikling av psykopatologi eller mediere erfaringer som pasienten trenger for endring. Forskjellen ligger i at man innenfor kontroll-mestringsteori ikke tenker rundt uformulert eller uorganisert erfaring som primært innhold i det ubevisste. Tvert imot ser man på patogene antagelser som i høyeste grad organiserte i at de knytter ønskede mål til opplevelse av fare. De orienterer pasienten i forhold til verden i at de organiserer dennes opplevelser av seg selv, andre og relasjonen til disse. Videre ser man på den ubevisst planen som en organisert fremgangsmåte for å avkrefte patogene antagelser (Silberschatz, 2005). Ved å fokusere på artikulert språk kan Zeddies synes å ha et mer snevert syn på språk enn kontroll-mestringsteori, som i høyere grad vektlegger språk som intersubjektivt konstituert mening. Selv om kontroll-mestringsteori ikke beskriver hvordan språklig artikulering er bestemmende for å plassere ubevisst og bevisst erfaring til hverandre, vekker tanken interessante spørsmål om hvordan erfaring medieres. Samtidig kan vi i Zeddies sin beskrivelse av språket som grunnlag for ubevisst erfaring se den største forskjellen mellom ”det relasjonelle ubevisste” og antagelser om det ubevisste innenfor kontroll-mestringsteori. Innen kontroll-mestringsteori kommer pasienten til terapi for å få nye erfaringer og terapirelasjonen er rommet hvor denne utfordrer gamle. Imidlertid tenker man at patogene antagelser dannes på grunn av negativ erfaring som oppfattes å true bånd til viktige andre. Selv om patogene antagelser ikke nødvendigvis trenger å være verbalt formulert, er det ikke språket som er avgjørende for om erfaring blir bevisst eller ikke bevisst. Derimot har emosjoner mye større betydning ved at patogene antagelser knytter fare til erfaringer som

pasienten trenger for å utvikle seg (Weiss, 1998a). I terapirelasjonen er det heller ikke språklig artikulering av erfaring som vektlegges men heller ny erfaring av emosjonell karakter. Et relevant begrep i denne sammenhengen er Alexander og French (1946) sitt begrep ”korrigerende emosjonell erfaring”. Med dette menes at pasienten får en erfaring i terapi som bryter med dennes emosjonelle forventning. Wachtel og DeMichele (1998) peker på at Alexander og French sitt begrep er sentralt for endring innenfor kontroll-mestringsteori ettersom avkrefning av patogene antagelser kan forstås som en korrigerende emosjonell erfaring. Denne erfaringen kan imidlertid medieres verbalt såvel som nonverbalt. Videre streber ikke terapeuten innenfor kontroll-mestringsteori etter å formulere erfaring, men kanskje heller å reformulere erfaring. Plankompatible intervensjoner fra terapeuten, enten disse er tolkninger eller avkrefninger på tester, kan heller ses på som reformulering av pasientens tidligere erfaring. Det er imidlertid ikke den språklige reformuleringen per se som avkrefter den patogene antagelsen, men den emosjonelle respons denne vekker. Dette er en parallell til Daniel Stern (1998) sin teoretisering om ”implisitt relasjonell kunnskap”. Gjennom terapirelasjonen erverver pasienten en form for prosedural heller enn deklarativ relasjonell kunnskap.

Zeddies sin konseptualisering av det ubevisste bidrar med viktige aspekter for hvordan man innen kontroll-mestringsteori kan beskrive ubevisste planer og patogene antagelser. Fremfor alt ser man at hans teoretiseringer beskriver et ubevisste som er kontekstuel og mediert av relasjonelle prosesser. I lys av dette kan man innen kontroll-mestringsteori forstå pasientens ubevisste planer som et produkt av samspill mellom mennesker og ikke av et isolert sinn. Dette kan plassere kontroll-mestringsteori innenfor en relasjonell teoretisk ramme. Kritikere av relasjonell tilnærming har lagt frem at man i stor utstrekning neglisjerer det ubevisste innenfor dette rammeverket. Selv om plankonseptet i høy grad belyser ubevisste prosesser rammer kritikken til dels kontroll-mestringsteori ettersom denne vektlegger det

ubevisstes innhold men i mindre grad dets struktur. Med innhold menes her på den ene siden innholdet i patogene antagelser og ledsagende følelser, og på den andre siden traumatiske minner fra barndommen som har vært med på å danne disse. Man legger dog ikke så stor vekt på å beskrive strukturelle aspekter ved det ubevisste som sier noe om hvor det er plassert i forhold til resten av det mentale apparatet, som man for eksempel ser hos Freud.

Et ambisiøst forsøk på å beskrive strukturelle aspekter ved det ubevisste innenfor et intersubjektivt rammeverk ser vi hos Stolorow og Atwood. I artikkelen ”Three realms of the unconscious” møter Stolorow og Atwood (1998) kritikken mot den påståtte neglisjeringen av det ubevisste innenfor de relasjonelle og intersubjektive perspektiv gjennom å vise hvordan dette både kan ha en indre struktur og likevel være kontekstuel. Samtidig kaster deres konseptualiseringer lys over hvordan man kan forstå ubevisste planer innenfor kontrollmestringsteori.

Det ubevisste kan både være flytende og ha struktur

Stolorow og Atwood (1999) utfordrer myten om det isolerte sinn ved å beskrive et ubevisste som i høy grad er kontekstuel og influert av relasjonelle faktorer. Samtidig beskriver de et ubevisste som er strukturert i tre ulike men relaterte domener: det prerefleksive, det dynamiske og det uvaliderte. Det prerefleksive ubevisste består av organiserende prinsipper som former og tematiserer opplevelser. Det dannes i tidlige relasjoner og utvikles ut fra barnets opplevelse om hva som skal til for å opprettholde tilknytningsbånd til viktige andre. Det dynamiske ubevisste består av affekttilstander som har blitt avverget på grunn av angst for retraumatisering. Stolorow og Atwood (1999) tenker at det dynamiske ubevisste består av materiale som knyttes til fare eller konflikt. Når opplevelser eller følelsetilstander ikke blir møtt med inntonet respons av viktige andre tenker de at barnet oppfatter disse tilstandene som en trussel mot viktige tilknytningsbånd og

henviser dem til det dynamiske ubevisste. Det tredje domenet av ubevissthet Stolorow og Atwood beskriver er det uvaliderte ubevisste. Til forskjell fra det dynamiske ubevisste som inneholder materiale som er blitt avvist eller dårlig respondert til, inneholder det uvaliderte ubevisste materiale som ikke har blitt møtt i det hele tatt. Dette har aldri blitt artikulert på grunn av at det ikke vekte validerende responser hos omgivelsene. De tre domene er interrelaterte med den fellesnevneren at de alle er formet i en intersubjektiv kontekst. Konseptualiseringene til Stolorow og Atwood beskriver et ubevisste med både form og innhold som gir mening til kontroll-mestringsteori. Lar disse modellene seg integrere? Vi skal undersøke hvordan Stolorow og Atwoods modell kan bidra til en utdypet forståelse av det ubevisste innenfor kontroll-mestringsteori.

Hvordan kan man integrere Stolorow og Atwoods modell med kontroll-mestringsteori?

Vi ser for oss at de organiserende prinsipper som Stolorow og Atwood (1999) beskriver i det prerefleksive ubevisste kan forklare hvordan patogene antagelser er med på å forme hvordan pasienten persiperer verden. Det prerefleksive ubevisste kan beskrive et strukturelt aspekt av patogene antagelser ved at de bidrar til å organisere hvordan pasienten persiperer sine opplevelser. Dette peker på hvordan patogene antagelser bidrar til en ubevisst fungering som er rigid og lite tilgjengelig for alternative måter å organisere sin erfaring på. Vi tror derimot at det dynamiske ubevisste i større utstrekning enn det prerefleksive gjenspeiler det syn på det ubevisste som kontroll-mestringsteori beskriver. Vi ser for eksempel at det dynamiske ubevisste i høy grad kan forstås å representere innholdssiden av patogene antagelser. Hvis vi prøver å integrere modellene kan det dynamiske ubevisste reflektere viktige aspekter av patogene antagelser. Det finnes flere likheter mellom modellene. Vil vi her finne paralleller til en ubevisst plan?

Stolorow og Atwood (1999) beskriver at det dynamiske ubevisste består av affekttilstander som har blitt avverget på grunn av at de ikke har blitt møtt optimalt og at disse representerer en trussel mot tilknytningsbånd til viktige andre. På samme måte beskriver Weiss (1993) at patogene antagelser dannes av traumatiske opplevelser og at disse bærer med seg en opplevd trussel mot viktige tilknytningsbånd. Begge modellene beskriver et selv som har utviklingsmål, men som holdes tilbake av en opplevd trussel mot kontakten med viktige objekt i personens liv. Stolorow og Atwood beskriver primært hvordan noe fortrenses fordi det oppleves truende. Planbegrepet innebærer dog i tillegg representasjoner av ønskelige scenarier og hvordan disse kan oppnås. Dette belyser en viktig side ved plankonseptet. Vi tenker at ønskelige scenarier må være en forutsetning for en plan om å avkrefte patogene antagelser. Selv om traumatiske opplevelser ligger til grunn for patogene antagelser må pasienten også ha gode opplevelser, det vil si en erfaring av noe annet, for å kunne ha en plan om å avkrefte disse. Med andre ord tenker vi at patogene antagelser og ubevisste planer forutsetter at pasienten på ene siden har traumatiske opplevelser i sin historie, men også gode erfaringer som representerer noe ønskelig i pasientens mentale verden. Vi har funnet at det lar seg gjøre å integrere Stolorow og Atwoods prerefleksive og dynamiske ubevisste med planbegrepet. Når vi skal forholde oss til det uvaliderte ubevisste, vil vi da finne motstykke til patogene antagelser?

Vi ser ikke den klare parallellen til kontroll-mestringsteori sitt begrep patogene antagelser i Stolorow og Atwoods tredje domene, det uvaliderte ubevisste. Hvis pasienten ikke har blitt møtt forstår vi det som at forutsetningene for både patogene antagelser og plankonseptet som helhet faller bort ettersom pasienten ikke har noen indre representasjoner dette kan hvile på. Vi ser det som at Stolorow og Atwoods modell har en noe bredere beskrivelse av den menneskelige erfaring enn kontroll-mestringsteori. Denne kan sies å mangle begreper for å forklare hva som skjer hos svært depriverte mennesker som ikke har

blitt valdiert i det hele tatt. Vil en person som aldri har opplevd validering og bekreftelse kunne ha indre representasjoner av et ønsket scenario å jobbe mot i terapi? Det kan virke som planbegrepet forutsetter at pasienten har opplevd en viss validering, selv om denne ikke har vært helt optimal.

Kontroll-mestringsteori kan godt integreres med Stolorow og Atwoods modell, særlig deres beskrivelse av det prerefleksive og dynamiske ubevisste. Selv om kontroll-mestringsteoriens konseptualiseringer av det ubevisste og patogene antagelser ikke kan integreres like lett i Stolorow og Atwoods alle tre domener deler de et viktig premiss, nemlig en grunnleggende motivasjon for vekst.

Som beskrevet tidligere ser vi at planbegrepet er utledet av de to grunnpremissene som har gitt navn til kontroll-mestringsteori: mennesker kan utøve ubevisst kontroll og er motivert til å mestre sine problemer. Som vi har sett er det mye empiri som understøtter det første premisset og antagelsen om komplekse mentale operasjoner i det ubevisste. Vi har også sett at synet på det ubevisste i kontroll-mestringsteori komplementerer og lar seg integrere med synet på det ubevisste hos Zeddies og Stolorow og Atwood. Vi mener derfor at Weiss i sin kontroll-mestringsteori har belegg for å hevde at pasientens plan kan være ubevisst. Hva med det andre premisset bak planbegrepet? Det at pasienter er motivert til å mestre sine problemer impliserer vekstmotiv og utgjør dermed en parallell til humanistiske og selvpsykologiske psykoterapiteorier. I lys av disse modellene vil det være interessant å undersøke grunnantagelsene om motivasjon som ligger bak planbegrepet. Kan den ubevisste planen forstås som en selvaktualiseringstendens? Hvordan forholder planbegrepet seg til selvutviklingsbehov?

Hvilke grunnleggende antagelser om menneskelig motivasjon ligger til grunn for antagelsen om den ubevisste plan?

Antagelsen om en ubevisst plan hviler tungt på et grunnleggende syn på menneskelig motivasjon: Mennesker er sterkt motivert til å løse sine problemer (Weiss, 1993). Dette innebærer at pasienter kommer til terapi med en ubevisst plan som er grunnnet i et motiv for bedring. I Freuds klassiske analyse observerte man at pasienter viste motstand mot endring, og mye av det terapeutiske arbeidet bestod i tolke på og bryte ned dette forsvaret. Vi vil her drøfte hvilke grunnsyn på motivasjon som ligger til grunn for denne løsrivelsen fra Freuds klassiske analyse. Weiss har klare paralleller til humanistiske motivasjonsmodeller når han implementerer vekstmotiv i kontroll-mestringsteori. Ved å sammenligne kontroll-mestringsteori med selvpsykologiske og relasjonelle psykoterapiteorier vil vi belyse to sentrale spørsmål: hva er det mennesket søker å vokse mot? Hvordan kan man forstå psykopatologi og utviklingsmessig stagnasjon ut fra en modell med vekstmotiv?

Den ubevisste plan som vekstmotiv

Planbegrepet innbefatter tre hovedkomponenter (Silberschatz, 2005): viktige mål pasienten ønsker å oppnå, patogene antagelser som hindrer pasienten i å oppnå målene, samt en forståelse av hvordan pasienten kan arbeide for å avkrefte disse patogene antagelsene og dermed nærme seg måloppnåelse. Det sentrale motivasjonelle aspektet ved planbegrepet er dermed at pasienten søker noe som kan hjelpe en å oppnå sentrale mål, pasienten søker med andre ord vekst og personlig utvikling. Ved å gi vekstmotiv en sentral rolle stiller Weiss kontroll-mestringsteori i skarp kontrast til Freuds klassiske analyse. Drivreduksjon, lystprinsippet som sentrale motiv, samt fiksering som kompromissløsning av indre konflikter, fører til at pasienten i terapi vil vise motstand mot endring gjennom massivt forsvar og

overføringer. Problemløsning og vekst som sentrale motiv, samt stadig utprøving av patogene antagelsers gyldighet, fører til at pasienten er an aktiv deltaker i den helende prosessen. Ved å løsrive seg fra og avvise Freuds drivreduksjonsmodell, ser vi klare paralleller til blant andre Carl Rogers og Heinz Kohut.

Rogers (1961) mente at mennesket grunnleggende sett, og det innerste laget i personligheten, var positivt og søkte personlig vekst. I et miljø av empatisk varme, forståelse og aksept vil mennesket bevege seg mot selvaktualisering: voksetendensen blir ”actual rather than potential” (Rogers, 1961, s. 35). Menneskelige vekstmotiv tar dermed den sentrale posisjonen i grunnleggende motivasjon, som erstatning for drifter.

Kohut (1977; Kohut, Goldberg & Stepansky, 1984) erstattet drifter som sentrale motiv med grunnleggende utviklingsbehov. Dette kan også forstås som vekstmotiv: mennesker vil søke vekst gjennom å fylle bestemte utviklingsbehov som tidligere ikke har blitt møtt på en tilstrekkelig god måte.

Menneskelige vekstmotiv er altså ikke noe nytt som Weiss introduserer, men de gir grobunn for viktige spørsmål og problemstillinger. Kan planbegrepet sidestilles med selvaktualiseringstendens eller vekstmotiv? Satt noe på spissen kan vi spørre, er mennesket som en blomst som gitt riktige miljømessige og fysiologiske betingelser vil vokse? Rogers legger fram viktige miljøbetingelser som fordrer vekst, men disse betingelsene ses fra terapeutens perspektiv. Hva er det pasienten søker? Ideen om en ubevisst plan fordrer at pasienten aktivt søker opplevelser og erfaringer som er kompatible med planen. En ubevisst plan vil derfor innebære noe mer enn kun selvaktualiseringstendens eller driv mot vekst, planbegrepet innebærer også en planmessig søken etter vekst. Hvilke opplevelser og erfaringer søker pasienten? Hvordan kan pasienten ha ubevisst kunnskap om hvilke erfaringer som vil være helende?

Selvpsykologi: Mennesker søker å fullføre selvutviklingen

Vi kan søke svar på dette ved å se på en annen sentral grunnleggende antagelse Weiss deler med Kohut; at relasjoner kan være helende. Kohut vektla at pasienter som kommer til terapi søker relasjonelle erfaringer som kan møte utviklingsmessige behov som tidligere ikke har blitt møtt på en tilstrekkelig måte. Kohut (1977) identifiserte disse utviklingsbehovene som speiling, idealisering og tvillingskap. Den selvpsykologiske tankegangen (Kohut, 1977) er at mangelfulle eller maladaptive relasjonelle erfaringer fører til at utviklingen stagnerer, og pasienten vil derfor være motivert for å fullføre utviklingen. Marian Tolpin (2002) viderefører Kohut og hevder at mennesker har en sterk iboende kraft til å fullføre sin utvikling. Dette drivet etter å fullføre utviklingen fører til at pasienter søker relasjonelle erfaringer som hjelper dem. Dette innebærer for eksempel at sider ved selvet som ikke er validert søker validering.

Denne tankegangen finner vi også i Stolorow og Atwoods intersubjektivitetsteori: pasienter søker nye validerende relasjonelle erfaringer, på bakgrunn av tidligere mangelfull inntoning og validering. Dannelsen av det dynamiske og det uvaliderte ubevisste innebærer at pasienten er motivert til å søke validerende erfaringer.

Dersom pasienter søker relasjonelle erfaringer de trenger, innebærer dette at de må ha en ubevisst representasjon av hva de trenger. På en eller annen måte må de "vite" hvilke relasjonelle erfaringer som kan gi trygghet, vekst og selvutvikling, enten gjennom å ha opplevd slike erfaringer selv eller gjennom vikarierende erfaringer. Dette kan imidlertid by på teoretiske problemer for planbegrepet. Dersom en tenker seg et menneske som totalt mangler validerende erfaringer, hvordan kan denne ha en representasjon av hvilke validerende erfaringer en trenger og dermed være motivert for å oppsøke? Kan denne personen sies å ha en ubevisst plan?

Medfødt plan? Migone og Liotti (1998) forsøker å integrere kontroll-mestringsteori med evolusjonspsykologi. Ut i fra at pasientens plan består av mål, testing og patogene antagelser, knytter de Lichtenbergs (Lichtenberg og Hadley, 1989) motivasjonssystemer opp mot planbegrepet. Migone og Liotti beskriver dermed målkomponenten som medfødte disposisjoner og verdier mot ulike tilstander av interpersonlig samhandling, som for eksempel tilknytning, omsorgsgivning, konkurranse og seksualitet. Patogene antagelser kan da ses på som et resultat av objektivt traumatisk svik av medfødte verdier, likegyldighet overfor sosialt validerte moralske verdier, eller feiltolkning av mindre traumatiske interpersonlige erfaringer på grunn av utviklingsmessige begrensninger av kognitiv prosessering i barndommen, som for eksempel magisk tenkning, egosentrisme eller mangelfull theory of mind. Pasienter vil være sterkt motiverte til å overvinne sine patogene antagelser, fordi disse hindrer oppnåelse av måltilstander de har medfødte representasjoner av.

Å hevde at tendensen til en ubevisst plan skal være medfødt byr imidlertid på unødvendige epistemologiske utfordringer. Pasienten kan ha en ubevisst representasjon av nødvendige relasjonelle erfaringer uten at disse skulle være medfødte, eller være utledet fra utviklingsbehov som ikke er møtt. Weiss viderefører den selvpsykologiske tankegangen ved at han vektlegger at traumatiske erfaringer mellom barnet og omsorgsgiver er sentrale for dannelsen av psykopatologi. Men i stedet for å fokusere på stagnert utvikling, vektlegger Weiss at traumer i tidlige relasjoner fører til dannelsen av patogene antagelser. Dette innebærer at det ikke er mangelfulle utviklingsbehov som motiverer pasienten, innholdet i den traumatiske erfaringen spiller også en rolle. Pasienten søker relasjonelle erfaringer som kan avkrefte en patogen antagelse, fordi denne hindrer en i oppnå viktige mål. Ved at den traumatiske erfaringen danner en patogen antagelse, har pasienten dermed også en ubevisst representasjon av hva som søkes: en erfaring som avkrefter den patogene antagelsen. Et viktig spørsmål gjenstår imidlertid ubesvart – hvordan kan pasienten vite hvilke relasjonelle

erfaringer som virker helende? Hvordan kan pasienten ha ubevisst kjennskap til hvilke erfaringer som vil avkrefte den patogene antakelsen?

Planbegrepet forutsetter ubevisst representasjon av målscenario

Kontroll-mestringsteori postulerer at det pasienten søker i sin ubevisste plan er relasjonelle erfaringer som kan avkrefte den patogene antagelsen. Men hvordan kan pasienten vite på forhånd hvilke erfaringer som vil være avkrefteende? I følge kontroll-mestringsteori vil pasienten drive en form for hypotesetesting av sine patogene antagelser. Kan man si det så enkelt som at målet med den ubevisste planen består i at pasienten stadig utprøver og tester validiteten av sine patogene antagelser? Dette resonnementet faller igjennom av minst to grunner. For det første vil en form for blind utprøving av patogene antagelser ikke innebære planmessighet. Famling i blinde etter avkrefteende relasjonelle erfaringer kan ikke forstås som en overordnet plan. For det andre vil en slik blind utprøving ikke kunne forklare den målrettetheten vi finner blant annet i coachingatferd.

Å kunne hevde at atferd er organisert etter en plan forutsettes av at det er planmessighet i atferden. Med andre ord, for at vi skal anta at pasientens søken etter relasjonelle erfaringer som kan avkrefte patogene antagelser skal være en plan, må søkingen være planmessig og ikke innebære prøving og feiling. Det holder ikke at den ubevisste planen simpelthen er å teste ut og forhåpentligvis avkrefte patogene antagelser. Vi vil derfor hevde at planbegrepet må innebære en ubevisst representasjon av et målscenario. Dette målscenariet som pasienten søker mot kan være en relasjonell erfaring som vil hjelpe pasienten i å avkrefte en patogen antagelse. Dette kan eksemplifiseres i lys av den tidligere nevnet pasienten i 20-årene beskrevet av Weiss (1993). Hun hadde en patogen antagelse om at hun var ansvarlig for foreldrenes ulykkelighet, og at hun var en egoistisk, verdiløs person. I terapien testet hun sine patogene antagelser blant annet ved overføringstester som terapeuten bestod ved å støtte

henne og oppmuntre henne til å ivareta egne behov. Her kan vi anta at pasientens målscenario var at hun skulle oppleve at hun ikke var ansvarlig for terapeutens lykke og velvære, det vil si en relasjonell erfaring som avkrefter hennes patogene antagelse. For å kunne gå inn i denne testingen av sine patogene antagelser må hun ha hatt en ubevisst representasjon av dette målscenariet, for å vite hva hun skulle søke mot og hva hun skulle jobbe mot i relasjonen til terapeuten.

Hvordan erverver pasienten en slik mental representasjon av sitt målscenario? Dette kan belyses gjennom å se på prosessen for hvordan patogene antagelser dannes. Patogene antagelser dannes ved traumatiske relasjonelle erfaringer. Men de fleste mennesker vil også oppleve positive erfaringer i de tidlige relasjonene. Disse kan da i lys av de patogene antagelsene oppleves som forbudte eller truende, og dermed også bli forvist til det ubevisste. På denne måten kan en tenke seg at den ubevisste representasjonen av målscenario knyttet til en patogen antagelse dannet. Dette vil sannsynligvis bety at pasienten må ha opplevd en slik positiv relasjonell erfaring for å kunne søke dette i terapien. Hvis vi går tilbake til Weiss (1993) sin pasient i 20-årene, kan vi anta at hun noen ganger opplevde at det var greit å ikke mestre og være sårbar, og at dette ble møtt med trøst og aksept. For å bevare sin selvopplevelse og viktige relasjonsbånd, ble denne nye relasjonskonfigurasjonen imidlertid opplevd som truende og forvist til det ubevisste.

Denne problemstillingen om hvorvidt planbegrepet innebærer en ubevisst representasjon av et målscenario reiser nye interessante spørsmål. I denne sammenheng er det relevant å løfte frem Tolpins (2002, 2007) begreper ”forward edge” og ”trailing edge”. Med forward edge mener Tolpin sunne utviklingstendenser hos mennesket, mens trailing edge refererer til hemmende elementer i utviklingen. Dersom planbegrepet forutsetter indre representasjoner av ønskede målscenarier, vil det også bety at patogene antagelser er ledsaget av positive, men truende, antagelser om relasjonskonfigurasjoner? Kan slike eventuelle

positive, men truende, antagelser forholde seg til Tolpins begrep om forward edge, slik patogene antagelser forholder seg til trailing edge? Vil et slikt planbegrep bedre belyse pasientens motivasjon, eller vil det støte på andre problemer? Vi ser at disse spørsmål strekker seg utenfor rekkevidden av vår oppgave, men vi finner at det planmessige i pasientens søken etter avkrefte relasjonelle erfaringer synes å implisere en ubevisst representasjon av et ønsket målscenario.

Planbegrepet er altså grunnet i et syn på motivasjon som vektlegger vekstmotiv. Pasienten er motivert til å løse sine problemer, og har en ubevisst representasjon av hvordan den kan gjennomføre det ved å avkrefte patogene antagelser. Pasienten er derfor motivert til å søke relasjonelle erfaringer som kan avkrefte patogene antagelser. Hvorfor er da terapi nødvendig? Pasienten har en ubevisst plan for å bli bedre, og er sterkt motivert til å følge planen. Hvordan kan man da forklare at mennesker igjen og igjen opplever psykisk smerte?

Patologiens konserverende kraft

Stephen Mitchells begrep om relasjonell matrise kan belyse hvorfor man gjentar uheldige relasjonsmønstre til tross for at disse er smertefulle. Ifølge Mitchell (1988) definerer den relasjonelle matrisen hvem vi er som person, hvilken person vi føler oss og opplever oss som. Vi utvikler oss til å bli den personen vi er i interaksjon med spesifikke andre, og måten vi føler det er nødvendig å være i forhold til andre blir den personen vi tar oss selv for å være. Dette gir den relasjonelle matrisen et selvorganiserende element. Vår relasjonelle matrise blir dermed nødvendig for vår identitet og følelse av selv. Hengivenheten til ens relasjonelle matrise reflekterer dermed en frykt for å tape selvfølelse og miste tilhørigheten til viktige andre. Man danner derfor på nytt og på nytt sin matrise på samme måte, i lojalitet til den interpersonlige verden, som, uansett hvor smertefull, tillot en å utvikle seg til å bli den personen man er. En relasjonell matrise er altså et viktig element i selvbildet, og dette gjør at

det er vanskelig å komme utenom den, skape en annen matrise, selv om den inneholder konflikter.

Weiss (1993) vektlegger her tilpasning til omgivelsene som en forklarende faktor. I et forsøk på tilpasse seg sine omgivelser, danner barnet antagelser om verden. Disse antagelsene, selv om de er patogene, skaper forutsigbarhet og stabile forventninger til hvordan en kan forholde seg til den relasjonelle verden. Weiss henter her støtte fra Stern (1985) om at barn er motivert til tilpasning i sin interpersonlige verden, samt Bowlbys (1969) mening om at det mest sentrale behovet for barn er tilpasning i sin interpersonlige miljø. I de første leveårene er overlevelse fullstendig avhengig av tilknytning til omsorgspersoner. Barn søker tilknytning og er lojal mot sine omsorgsgivere, og styrken i denne lojaliteten formulerer Fairbairn elegant: "It is better to be a sinner in a world ruled by God than to live in a world ruled by the devil" (Fairbairn, 1952, s. 66-67). Det vil derfor være adaptivt å holde på sine grunnleggende antagelser om verden, selv om de skulle være patogene antagelser.

Adaptasjon som grunnleggende motiv

Weiss (1993) hevder at det grunnleggende menneskelige motiv er adaptasjon. I en evolusjonspsykologisk motivasjonsmodell vil man kunne se det som adaptivt både å danne stabile antagelser om omverdenen, ha evne til problemløsning og å søke menneskelig kontakt og relasjonelle erfaringer. Weiss viser på denne måten hvordan vekstmotiv er utledet fra det mer grunnleggende motivet for tilpasning.

En kan imidlertid stille spørsmål om hva som skjer med vekstmotivet når all menneskelig motivasjon blir redusert til et motiv for adaptasjon. Kan man hevde at adaptasjon er et vekstmotiv? Slik adaptasjon er formulert i moderne evolusjonspsykologi, ser man at den menneskelige organisme er biologisk preprogrammert til å tilpasse seg omgivelsene. Vi har medfødte disposisjoner til å handle på bestemte måter, som tjener både vår individuelle og

kollektive tilpasning og overlevelse (Bjorklund & Pellegrini, 2000). Som et viktig ledd i denne tilpasningen søker vi allerede fra fødselen av kontakt med viktige andre (Fairbairn, 1952). Trygge, stabile relasjonsbånd er fullstendig nødvendig for overlevelse de første leveårene. Ut fra dette kan vi slutte at mennesket er disponert for å søke relasjonelle erfaringer som stimulerer til personlig utvikling og vekst. Hvordan stemmer dette overens med observasjoner i klinisk praksis? Kan pasientens motivasjon i terapi kaste lys over dette synet på menneskelig motivasjon?

Pasientens egeninnsats

Antagelsene om menneskelig grunnleggende motivasjon som ligger til grunn for planbegrepet er at mennesker fra fødselen av er motivert for medmenneskelig kontakt, mennesker er motivert for å løse sine problem, og mennesker er motivert til personlig vekst og utvikling. Motiv for relasjon, og motiv for vekst og utvikling, er imidlertid fundert i et mer grunnleggende menneskelig motiv: tilpasning.

Pasientens vekstmotiv gir seg uttrykk i pasientens plan: Pasienten kommer til terapi med ønske om bedring, og med en plan om hvordan pasienten skal arbeide for å oppnå dette. Dette innebærer et syn på pasienten som en aktiv deltaker i den terapeutiske samhandlingen. Bohart (Bohart & Tallman, 1999) vektlegger pasientens egeninnsats i terapi. Dersom terapeuten tilbyr pasienten de tilstrekkelige betingelser (i tråd med Rogers, 1951), som trygghet, støtte og positiv relasjon, vil pasientens veksttendens aktualiseres. I kontrollmestringsteori ses også pasienten som en aktiv deltaker: pasienten jobber etter en plan. Ettersom pasienten er sterkt motivert til å avkrefte sine patogene antagelser, er det viktig at terapeuten har innsikt i og forståelse av disse. Pasienten vil derfor være sterkt motivert til å ”avsløre” sentrale deler av sin ubevisste plan for terapeuten (Bugas & Silberschatz, 2000). På

denne måten coacher pasienten terapeuten til å arbeide plankompatibelt sammen med pasienten.

Ved testing av patogene antagelser i relasjon til terapeuten er også pasientens egeninnsats tydelig. Pasienten oppsøker aktivt interpersonlige transaksjoner som kan gi avkrefning av patogene antagelser, og dermed bidra til personlig vekst og fremgang.

Pasientens motivasjon til egeninnsats kommer tydelig frem, ikke bare ved testing og coaching, men også i overføringen. Freud så på overføringen som utenfor pasientens kontroll, og basert på repetisjonskompulsjonen og driftstilfredsstillelse. Basert på et radikalt annerledes syn på det ubevisste ser vi hos Weiss et syn på overføringen som motivert fra pasientens side. Overføringen har i kontroll-mestringsteori en funksjon, nemlig å teste ut patogene antagelser. Mitchells begrep om relasjonell matrise kan kaste interessant lys over det synet på overføringen som vi finner i kontroll-mestringsteori. Ifølge Mitchell er mennesker motivert til å opprettholde sin relasjonelle matrise. I tillegg har mennesker en tendens til å invitere andre inn i vår relasjonelle matrise. Dette innebærer, som en parallell til overføringen, også gjentakelse av tidligere relasjonsmønstre. Vi vever inn den andre inn i vår relasjonelle matrise, og skaper dermed mening til selvopplevelsen og til samhandlingen med andre. Patogene antagelser fører til rigiditet i relasjonsmønstre og gir en tendens til gjentakelse for å unngå retraumatisering. Her kan vi se på patogene antagelser som en tilstivet og rigid del av den relasjonelle matrisen.

Planbegrepet er teoretisk holdbart – er det klinisk meningsfullt?

Vi ser altså at planbegrepet er basert på en antagelse om menneskelige vekstmotiv. Samtidig innebærer planbegrepet noe mer enn bare en selvaktualiseringstendens. I vår undersøkelse av de grunnleggende antagelsene som ligger bak planbegrepet finner vi at en ubevisst plan forutsetter en ubevisst representasjon av et ønsket målscenario. I lys av

drøftingen av et relasjonelt syn på det ubevisste, finner vi at denne representasjonen må være dannet gjennom interaksjon med andre, på en tilsvarende måte til hvordan patogene antagelser er dannet. Dette innebærer at muligheten for en ubevisst plan forutsetter at pasienten også har opplevd positive tidlige interaksjoner. Dette igjen innebærer at det ikke er gitt at alle pasienter har en ubevisst plan. Men vi mener vi kan slutte at alle har en disposisjon til å erverve en ubevisst plan, siden vi fant at det er belegg for å si at pasientens plan kan være ubevisst, samt at vi har sett at vi i lys av selvpsykologi og evolusjonspsykologi har belegg for å si at mennesker har en medfødt disposisjon til å søke relasjonelle erfaringer som stimulerer til vekst og utvikling. Så med disse modifikasjonene og nyanseringene finner vi grunn til å hevde at det teoretiske grunnlaget for planbegrepet står relativt stabilt.

Vi har også sett at begreper som coaching, testing og overføring kan forklares på en god måte i lys av antagelsen om en ubevisst plan. Dette gjør at planbegrepet fremstår som en nyttig konseptualisering på flere plan: det belyser grunnleggende antagelser om menneskelig fungering og kan forklare viktige prosesser i den terapeutiske samhandlingen. Ut fra dette vil vi hevde at planbegrepet er et nyttig og meningsfullt teoretisk begrep.

Hva med planbegrepets betydning i en klinisk sammenheng? For at planbegrepet skal fungere som et helhetlig begrep bør det også ha en betydelig klinisk forklaringsverdi og nytteverdi. Kan planbegrepet i kontroll-mestringsteori benyttes som klinisk verktøy i forståelsen av terapeutisk prosess?

Hvilke styrker og begrensninger vil antagelsen om den ubevisste plan ha som forståelsesmodell for den terapeutiske samhandling?

Hypotesen om at pasienten jobber ut fra en ubevisst plan i terapi er kontroversiell innen psykodynamisk teori (Curtis, 1993), samtidig som den er empirisk dokumentert (Weiss,

1986, 1990). Kontroversiell fordi hypotesen bryter radikalt med Freuds libidoteori (Rosbrow, 1993) beskrevet i klassisk psykoanalyse. I denne tekstens siste del ønsker vi å diskutere kliniske implikasjoner av et ubevisst planbegrep. Vi vil her først kontekstualisere planbegrepet i lys av Freud og Bandura, for så å sammenligne begrepet i forhold til Carl Rogers sitt fokus på terapeutens bidrag, Arthur Bohart sin forståelse av pasientens vekstmotiver, og relasjonell psykoterapiteori sitt samhandlingsperspektiv. Til slutt vil vi drøfte hvilke styrker og begrensinger antagelsen om en ubevisst plan kan ha for den terapeutiske samhandlingen.

Planbegrepet i historisk kontekst

Som vi tidligere har presentert er det ubevisste i Freuds "Papers on technique" regulert av ubevisste impulser og forsvar (Freud, 1911-1915). Weiss beskriver Freuds teoretisering under betegnelsen "Automatic Functioning Hypothesis" (AFH). Når mennesket er motivert til å unngå smertefull selvkunnskap, og sunn atferd er en funksjon av gode forsvarstrategier, følger det at terapeutens jobb er å analysere motstanden og overføringen med mål om å gi pasienten innsikt. Innsikt om de ubevisste konfliktene vil føre til symptomreduksjon. I kontroll-mestringsteori (Weiss, 1993) har man en antagelse om at alle mennesker har ønsker og intensjoner om å nå viktige utviklingsmessige mål. Som tidligere nevnt bygger Weiss dette på "Higher Mental Functioning Hypothesis" (HMFH). Weiss postulerer at pasienten vil komme til terapi med en ubevisst plan for nå sine utviklingsmessige og hensiktsmessige mål. I idéen om at pasienten har en ubevisst plan for terapi kan vi se paralleller til Albert Bandura sitt begrep "Self Efficacy" (Bandura, 1997), som vi kan oversette med "subjektiv mestringsforventning". Dette innebærer at mennesket jobber aktivt for å nå sine mål. I denne påstanden ligger det et iboende vekstmotiv hos Bandura. Mennesker vil grunnleggende sett være motivert til å forholde seg proaktivt og ambisiøst i forhold til sine

mål. Et slikt syn vil ikke være i tråd med Freuds klassiske analyse, men en forlengelse av hans senere skrifter, der han beskriver mennesket som motivert til å mestre sine problemer (Freud, 1920). Vi kan hevde at en plan er en subjektiv mestringsforventning knyttet ikke bare til spesifikke situasjoner slik Bandura hevder, men også til globale, utviklingsmessige oppgaver og mål. Gitt at pasienten kommer til terapi med en ubevisst agenda, hva er det da som regulerer dens uttrykk?

Rappoport (1997) hevder at en av kontroll-mestringsteori sine styrker er å sette fokus på trygghet som organiserende prinsipp. Kartlegging av trygghet og fare regulerer og organiserer pasientens ubevisste plan ved at pasienten iakttar sin terapeut og hvor trygg terapirelasjonen oppleves. Trygghet blir dermed en essensiell komponent i den terapeutiske relasjonen. Grad av trygghet vil ifølge Rappoport regulere og bestemme grad av testing. Jo tryggere pasienten føler seg, jo modigere og tøffere vil pasienten søke å få avkreftet sine patogene antagelser. Graden av traumatisering vil bestemme graden av patologi og hvor mye testing som vil skje i terapi for at denne pasienten vil føle seg trygg og dermed kunne jobbe med sin ubevisste plan.

Planbegrepet bryter med Freuds konservative syn på mennesket, men står i stil med nyere teoretikere som for eksempel Bandura sitt menneskesyn. Carl Rogers var en sentral klinisk forsker vi i det neste ønsker å rette fokus mot. Rogers var en pionér innen psykoterapifeltet og introduserte ”de nødvendige og tilstrekkelige betingelser for terapi” (Rogers, 1957). Hvordan kan vi forstå Rogers i lys av kontroll-mestringsteori? Rogers hevder at terapeuten bidrar med å legge forholdene til rette for terapeutisk samhandling, mens kontroll-mestringsteori hevder at terapeuten bidrar med en ekte relasjon til disposisjon for pasienten i tillegg til planformuleringsmetoden (Curtis, 1986; Weiss, 1986) som legges til grunn for en kasus-spesifikk tilnærming.

Hva er terapeutens bidrag til den terapeutiske samhandling?

Rogers beskrev i 1957 ”de nødvendige og tilstrekkelige betingelser for terapeutisk endring”. Med dette mente han at det måtte være psykologisk kontakt mellom partene i terapi, hvor terapeuten må uttrykke aksept, betinget positiv aktelse og presis empatisk forståelse ovenfor pasienten. Det er sentralt at det er pasienten som må oppleve terapeuten som empatisk og aksepterende (Rogers, 1957). Rogers sitt bidrag har vært sterk innen psykoterapifeltet og har stimulert til mye psykoterapiforskning (Silberschatz, 2007). I likhet med Rogers deler kontroll-mestringsteori antagelsen om at mennesket har en selvaktualiserende tendens. Det er viktig at terapeuten søker å skape betingelser som gjør at denne tendensen kan utfolde seg. Rogers kan synes å undervurdere pasientfaktorer og kompleksiteten i terapi idet hans klientsentrerte fokus fremhever terapeutens ansvar for de ”tilstrekkelige og nødvendige betingelser”. Pasienter er ulike i grad av motivasjon, affektregulering og realitetstesting. Kontroll-mestringsteori deler Rogers sitt grunnsyn på pasientens vekstmotiv og selvaktualiseringspotensial, men vi kan hevde at Rogers står i fare for å tillegge terapeuten for stort ansvar i og med at terapeuten skal sørge for at ”de nødvendige og tilstrekkelige betingelser” er til stede i den terapeutiske samhandlingen. Kontroll-mestringsteori hevder at terapeutens intervensjoner betinges av pasientens plan og mål. Én pasient trenger mye varme og støtte, mens en annen kan trenge grensesetting og autoritet. Som en konsekvens av en slik kasusspesifikk tilnærming, vil en innen kontroll-mestringsteori se nødvendigheten av god kartlegging av pasientens historie. Man formulerer kasus ved bruk av planformuleringsmetoden (Curtis, 1986, 1994; McWilliams, 1999) for å utlede pasientens plan. Dette er ment som hjelpemiddel for terapeut og pasient der man prøver å få utledet hvilke patogene antagelser pasienten har, hvilke traumer pasienten har blitt utsatt for, hvilke innsikter pasienten vil profitere på og hvilke mål pasienten har for terapiprosessen. Planformuleringen er ment å guide terapeuten slik at terapeuten kan fasilitere pasientens plan

ved å avkrefte patogene antagelser og bestå tester. Ulike terapiretninger tilbyr terapimanualer (se for eksempel McCullough, 2003; Salkovskis, 1996) hvor oppskriften på den terapeutiske samhandlingen er angitt. Kontroll-mestringsteori tilbyr ikke manualisert behandling, men heller en kasusspesifikk tilnærming. Betyr dette at man kun følger pasienten uten mål og mening? Innen kontroll-mestringsteori følger det ikke logisk at man kun "følger pasienten" til tross for antagelsen om at pasienten har en ubevisst plan og er grunnleggende sett motivert for å avkrefte sine patogene antagelser. Kontroll-mestringsteori er i mindre grad teknikkstyrt, men heller en pragmatisk, kasusspesifikk og holdningsorientert terapiretning (Sampson, 1994). Den samme intervensjonen kan være heldig for én pasient, men retraumatiserende for en annen. Det er terapeutens jobb og ansvar å utlede hva det er pasienten trenger og hjelpe pasienten med å utføre sin plan. Sett i forhold til Rogers, som hevdet at mennesket hadde medfødt selvaktualiseringstendens, vil vi kunne se likheter til kontroll-mestringsteori. I det følgende vil vi diskutere hvordan Rogers og kontroll-mestringsteori sammenfaller.

I forlengelsen av Rogers vil en kunne si at det vil være lettere å empatisere med pasienten som person heller enn til en primitiv instans. I så måte er planbegrepet et historisk viktig teoretisk og empirisk bidrag innen psykodynamisk teori. Et bidrag som impliserer en positiv tro på menneskelig ubevisst tenkning og beslutningstaking. Vi kan hevde at kontroll-mestringsteori er en forlengelse av Rogers sitt klientsentrerte perspektiv og at den hviler på idéen om menneskets iboende vekstpotensial, men at teorien utfyller Rogers ved å sette fokus på det kasusspesifikke elementet i terapeutisk samhandling. Rogers og kontroll-mestringsteori enes om at terapeutisk endring skjer i en relasjon. Kontroll-mestringsteori vil i tillegg til de nødvendige og tilstrekkelige betingelser rette fokus på hvordan dette kan gjøres. "En varm, empatisk og ubetinget anerkjennende terapeut" er ikke en terapeut alle pasienter vil profitere på ifølge kontroll-mestringsteori. Rogers synes ikke å ta høyde for det kasusspesifikke og det unike i pasientens komplekse og sammensatte psyke. Kontroll-mestringsteori tilbyr en

forlengelse og et klinisk nyttig supplerende språk for terapeutisk interaksjon. Kontrollmestringsteori tar dermed høyde for mangfoldet og ulikhetene i terapeutisk virksomhet. Dette betyr med andre ord at en terapeut ikke bare vil ”følge pasienten” eller at man kun er ”støttende og vennlig”, men at man inntar en terapeutisk holdning som er i tråd med pasientens ubevisste plan.

Rogers synes å ha et ensidig fokus på terapeutens bidrag, mens begrepet ubevisst plan tar høyde for at pasienten er en viktig bidragsyter i terapi. En teoretiker som argumenter for pasientens sentrale posisjon i terapi er Arthur Bohart. Vi vil nå presentere Bohart sitt syn og se hvilke implikasjoner dette har for terapeutisk samhandling.

Pasientens bidrag i terapiprosessen – en aktiv selvheler?

Bohart (Bohart & Tallman, 1999), inspirert av Rogers, hevder også at mennesket har en iboende veksttendens som i terapi er den sentrale endringsaktøren. Bohart hevder at pasientfaktorer har blitt undervurdert i psykoterapilitteraturen. Han peker på at pasientens involvering er den viktigste endringsagenten i terapi, mens kontrollmestringsteori vil hevde at det er samarbeidet og pasientens involvering også er sentralt for utfallet av terapi. En klinisk implikasjon av Bohart sitt syn på den terapeutisk samhandling vil være at man som terapeut kan slappe mer av, forsøke å skape en støttende og positiv relasjon som innebærer noe struktur hvor man muligens kan gi noen verktøy til pasienten (Bohart & Tallman, 1999). Ifølge Bohart handler terapi primært om å fasilitere pasientens iboende potensial: ”Therapy is most basically the provision of a supportive context wherein individuals’ naturally occurring self righting and self healing capacities can once again operate” (Bohart & Tallman, 1999, s. 18).

Bohart støtter seg på ulike forskningsfunn som tilsier at pasienten er selvhelende. Blant annet viser ”dodoeffekten” (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975) at ulike

terapiretninger har like stor effekt. Bohart viser til at mennesker endrer seg uten psykoterapi og i tillegg hviler han seg på forskningsfunn som hevder at klinikerens antall år med erfaring ikke påvirker terapiutfall. Alle disse data impliserer ifølge Bohart at det er pasienten selv som står for endringen, ikke terapeuten. Wampold viser også til ”dodoeffekten” i sin forskning, men i tillegg viser Wampold til funn som tilsier at det er stor forskjell på terapeuter og at det er ikke hvilken teoretisk orientering som predikerer terapiutfall. Heller, hevder Wampold, viser forskningsfunn at det er terapeutens personlighet og sensitivitet som er kritisk i forhold til utfall av terapi (Wampold, 2001). I og med at det er stor forskjell på hvor god effekt ulike terapeuter har med sine terapier, viser Wampolds funn at terapeutfaktoren kan være viktigere enn hva Bohart argumenterer for. Dette impliserer at terapeuten synes å ha en viktig funksjon og at terapeuten ikke er overflødig. Hva sier så pasientene selv?

Flere studier viser at pasienter rapporterer ikke-tekniske faktorer som viktigst i terapi. Eksempelvis rapporterer pasienter momenter som å ha en som lytter over tid, et eksternt perspektiv, motivering og bekreftelse som de viktigste faktorene i terapi (Wampold, 2001). Det som vil stå sentralt i avgjørelsen om bruk av teknikker eller andre tilnærminger til terapi, vil være det kasusspesifikke elementet som står sentralt i kontroll-mestringsteori.

Pasienten – terapeutens beste veileder? Kontroll-mestringsteori postulerer ikke at man nødvendigvis kan ”slappe mer av” i rollen som terapeut og gir i så måte et korrektiv til Bohart sitt syn på terapeutisk teknikk og ståsted som for mange klinikere er mer erfaringsnær. Terapi kan oppleves krevende og man kan ikke nødvendigvis kun ”slappe av”. I kontroll-mestringsteori vil en søke en større og bredere forståelse av pasientens psykodynamikk samtidig som man ser pasienten som grunnleggende motivert til vekst og endring. Bohart betegner pasienten som en aktiv heler i streben etter ”self righting”, mens kontroll-mestringsteori ser på pasienten som en aktiv og vital samarbeidspartner der pasienten har en

ubevisst plan. Mens man hos Bohart kan undres om terapeuten er overflødig vil man i kontroll-mestringsteori sitt perspektiv ha et metaperspektiv på pasientens psykopatologi og fokus på hvordan dette utspiller seg i den terapeutiske relasjon.

Menneskets iboende vekstpotensial (Rogers, 1961), selvhelende kraft (Bohart & Tallman, 1999), eller pasientens plan (Weiss, 1993) er alle beslektede begreper, men har noe ulike kliniske implikasjoner. Bohart kan synes å tillegge pasienten mye ansvar for endring, mens Rogers vil legge større vekt på terapeuten bidrag. Kontroll-mestringsteori vil i forlengelsen av et rogeriansk syn hevde at den komplimenterer det klientsentrerte perspektivet (Rogers, 1951, 1957). Silberschatz (2007) hevder at ”de nødvendige og tilstrekkelige betingelsene” er grunnleggende i terapi, men at de nødvendigvis ikke alltid er tilstrekkelige. Rogers valgte å se bort fra teknikker, mens det i et kontroll-mestringsteoretisk perspektiv vil være rom for bruk av ulike terapeutiske hjelpemidler deriblant teknikker. Hvorvidt ulike terapeutiske hjelpemidler blir brukt i terapi beror for en kontroll-mestringsterapeut om hjelpemiddelet vil hjelpe pasienten å utføre sin plan.

Mens Bohart kan synes å vektlegge pasienten all kraft, vil kontroll-mestringsteori hevde at hver pasient er unik, at kasusspesifikk tilnærming er nødvendig og at terapeuten oppgave er å hjelpe pasienten å utføre sin plan (Weiss, 1986, 1993). I den kliniske praksis kan dette ha ulike uttrykk. Felles for alle kontroll-mestringsterapeuter er at klinikerer forsøker å bidra med plankompatible intervensjoner for å fasilitere pasientens ubevisste vekstmotiver. Bohart påpeker pasientens egeninvolvering som hovedfaktor for positivt terapiutfall og mener at denne tendensen er så sterk at terapeuten rolle er begrenset. Kontroll-mestringsteori vil utdype hvilke betingelser og hvordan man kan skape trygghet nok til at pasienten kan få avkrefte sine patogene antagelser og utføre sin plan. Bohart presenterer et syn på pasienten som er i samsvar med kontroll-mestringsteori. Men et rendyrket syn på pasienten som den eneste faktoren for terapeutisk endring, vil være å unngå viktige relasjonelle faktorer som

synes å være sentrale ingredienser for suksess i terapi. Det synes for oss at den empiriske tyngden planbegrepet har fått gjør sitt til at man vanskelig kan se bort fra planbegrepets betydning for den terapeutiske prosessen.

Vi kan altså hevde at kontroll-mestringsteori kan sees på som en forlengelse av og utdypning av rogeriansk tilnærming til terapi. Kontroll-mestringsteori deler syn med Rogers og Bohart om at pasienten bidrar til terapirelasjonen med ubevisste vekstmotiver og plan, men at kontroll-mestringsteori sitt planbegrep impliserer en kasusspesifikk tilnærming skreddersydd etter pasientens plan. Psykoterapiforskning synes å vise at pasienter har god nytte av terapi ubetinget av terapeutens teoretiske orientering. Dette synes ikke å lede til konklusjonen om at terapeuten er overflødig. Forskning viser at det er stor forskjell på hvor god effekt terapeuten oppnår i sine terapier, noe som indikerer at terapeutfaktoren er viktig for terapeutisk utfall.

Tidligere i teksten har vi hevdet at den relasjonelle teoretikeren Zeddies (2000) gir nyttige perspektiver på konseptualisering av det ubevisste i forhold til relasjon og at et slikt syn kan implementeres i kontroll-mestringsteori. Kontroll-mestringsteori forsøker å bevege seg bort fra klassisk analyse sine antagelser om psykisk fungering, og begrepet om ubevisst plan har vært kontroversielt i analytiske miljøer. Det blir dermed naturlig å spørre seg hvorvidt kontroll-mestringsteori kan sies å være en relasjonell teori. I det følgende vil vi presentere Mitchells relasjonelle syn på terapiprosessen, for så å diskutere begrepet ”plankompatibilitet”, for til slutt å drøfte påstanden hvorvidt kontroll-mestringsteori kan sies å være en relasjonell terapiteori.

Relasjonell psykoanalyse

Forskjellen mellom relasjonell tilnærming og klassisk analyse er blant annet at den relasjonelle terapeuten må forholde seg aktivt i relasjon til pasienten. Mitchell (1997)

betegner dette som ”å jobbe innenfra pasientens relasjonelle matrise”. Dette oppleves ikke som et valg for terapeuten, men en konsekvens av møtet mellom to mennesker. Freuds ideal om abstinens og nøytralitet (Freud, 1912) er ifølge relasjonell psykoanalyse umulig og uoppnåelig (Hoffman, 1998). Pasienten vil alltid oppfatte elementer av terapeutens følelsesliv og personlighet, uansett hvor godt terapeuten forsøker å skjule disse. Mitchell hevder at i søken etter å opptre ”objektivt” og ”abstinent” vil man kun bli tildelt andre roller i pasientens matrise. Hvilken betydning har et slikt syn på terapeutisk samhandling?

Det relasjonelle synet på terapeutisk samhandling impliserer ikke at terapeuten kan slappe av og kun være subjektiv. Det er i streben etter å komme ut av rollene i den relasjonelle matrisen endringen ligger. Det er altså ikke så mye hva terapeuten gjør, men hvordan han gjør dette. Gjennom samarbeid for å forstå de relasjonelle mønstrene kan terapeut og pasient finne andre måter å oppfatte terapirelasjonen på. Denne langsomme prosessen innebærer en pendling mellom nye og gamle måter å relatere seg til hverandre på. Å jobbe ”innenfra” betyr konkret at terapeutens opplevelse er formet av pasientens relasjonelle strukturer (Mitchell, 1997), og er en forutsetning for vellykket terapi. Dette impliserer at terapeuten følelsesmessig går inn i pasientens matrise og oppdager at han spiller roller i denne. Terapeuten tilstreber en terapeutisk holdning eller reflekterende posisjon som er ment å gi pasienten perspektiver, nyanseringer og endringsmuligheter. Denne holdningen er ikke gitt i kraft av én spesifikk væremåte. En annen måte å beskrive ”jobbe innenfra” er at partene i terapien stadig er inne i en overføring-motoverføringsrelasjon, som de sammen reflekterer over og som terapeuten prøver å komme seg ut av.

Relasjonell psykoanalyse bryter med klassisk analyse på flere områder og setter spesifikt fokus på at terapeuten må jobbe ”innenfra” pasientens relasjonelle matrise. Kontrollmestringsteori fokuserer også på terapeutisk samhandling, men antar at pasienten har en

ubevisst agenda. Hvilket syn har kontroll-mestringsteori på den terapeutiske samhandling og hvordan kan man som terapeut møte pasientens ubevisste plan?

Syn på den terapeutiske samhandling

Kontroll-mestringsteori ser på pasienten som medspiller og samarbeidspartner i terapi. Dette skiller seg fra Freud som hadde fokus på konserverende krefter i individet. Pasienten blir på sett og vis sett på som en motstander for endring. Pasientens plan om å nå sine mål, føle en økt, ekte og dypere festet følelse av sitt eget selv (Mitchell, 1988) blir søkt oppnådd gjennom den terapeutiske samhandlingsprosessen. Fretter et al. (1994) hevder at planbegrepet er relatert til overføringsbegrepet ved at planbegrepet spesifiserer hvordan alle patogene antagelser overføres og testes i relasjon til terapeuten. Den klassiske definisjonen på overføring er at den henviser til en måte å møte nye mennesker på, som er farget av libidinale forventninger basert på tidligere relasjoner med omsorgspersoner. Forventninger og antakelser om sammenhenger og relasjoner blir generalisert til fremtidige relasjoner, og blir dermed også gjentatt i relasjonen med terapeuten (Tolpin, 2002). Planen kan sees på som en skreddersydd formulering for å adressere overføringer på en mer omfattende måte.

Plan vs. tolkning

I en studie av Fretter (1984) fant man at overføringstolkninger alene ikke førte til bedring hos pasienter, mens plankompatible intervensjoner predikerte bedring. I så måte er planbegrepet mer omfattende og har større prediktiv verdi enn det tradisjonelle overføringsbegrepet da det impliserer pasientens håp og intensjon. Planbegrepet omfatter pasienters overføringer til alle i den relasjonelle matrisen, ikke bare overføringer i terapirelasjonen. Pasienten er ifølge Weiss sterkt motivert til å avkrefte sine patogene antagelser og det ligger i så måte en intensjon bak overføringen. En intensjon om avkrefting

av patogene antagelser. Fretter hevder at en av styrkene til planbegrepet er at man kan avkrefte patogene antagelser som gjentas i overføringer til viktige andre utenfor terapirelasjonen og man trenger ikke tolke kun på pasient-terapeut overføringen.

Fretter et al. (1994) har vist at pro-plan tolkninger har større terapeutisk gevinst enn tradisjonelle overføringstolkninger. I forlengelsen av dette kan vi spørre hvordan terapeuten skal møte overføringen på en plankompatibel måte? For å besvare dette spørsmålet retter vi blikket mot selvspsykologien.

Ifølge Freuds automatic functioning hypothesis (AFH) foregår overføringen utenfor pasientens kontroll. Ubevisst repetisjon i overføringen av barndomserfaringer sees da som regulert av lystprinsippet og repeteringskompulsjon (Freud, 1911-15). Overføringen har som funksjon å tilfredsstille ubevisste drifter. Ifølge Mariann Tolpin er dette synet problematisk. Et slikt klassisk analytisk syn vil ifølge Tolpin (2002) implisere psykoterapi som kurering av psykopatologi heller enn å reaktivere normal vekst. Videre hevder hun at fokuset blir entydig på patologi og fortid. Overføring blir sett på som noe sykt i den klassiske analysen. Dette hindrer terapeuten å se positiv utvikling hos pasienten. Tolpins alternativ er overføringer som hun betegner som ”forward edge” og ”trailing edge”. Dette er vekstoverføringer som gir terapeuten informasjon om hvilke sunne behov pasienten har. Dette kan være patogene antagelser (trailing edge) og positive sunne vekstmotiv (forward edge). Disse behovene er sunne og potensielle og som vi i kontroll-mestringsteori sitt språk kan hevde inngår i pasientens ubevisste plan. Begrepet deler flere kjennetegn med Rogers sitt begrep ”selvaktualisering”, men Tolpin introduserer det i terapeutisk kontekst og som sentralt i den terapeutiske samhandlingen. Tolpin følger Heinz Kohut (1977; Kohut, Goldberg, & Stepansky, 1984) sin antagelse om grunnleggende menneskelig vekstmotiv. Kohut (1977) hevdet at psykopatologi består av mangeltilstander der terapeuten oppgave er å gi påfyll til selvutviklingen der den har vært mangelfull. Tolpin videreutvikler Kohut med begrepet

”forward edge” som henspeler på sunne normale utviklingsbehov. Tolpin beveger seg dermed i retning av ”noe” potensielt og framtidig i lik linje med kontroll-mestringsteori sitt planbegrep. Ved å sette fokus på sunne utviklingsmål (Tolpin, 2002) og pasientens ubevisste plan (Weiss, 1998a) beveger man seg bort fra et syn som kun fokuserer på fortid, traumer, stagnasjon og konflikt innen psykodynamisk teori.

Tolpin introduserer vekstmotiv innen selvpsykologien til å kunne gjelde patogene selvobjektmangler i form av ”trailing edge”, men også positive og potensielle sunnhetsbehov i ”forward edge”. Hvordan sammenfaller Tolpins begreper med kontroll-mestringsteori sin idé om ubevisst plan?

Tolpins syn kan komplettere kontroll-mestringsteori. Pasienten blir sett på som en aktiv agent som har en kraft og et driv mot fullføring av utvikling. Pasienten er derfor motivert til å søke korrigerende erfaringer og kontroll-mestringsteori vil hevde at det er det ubevisste som søker vekst og avkrefting av patogene antagelser. Dette manifesterer seg gjennom pasientens ubevisste plan. Det er terapeutens oppgave å oppdage disse overføringene og bruke de i pasientens tjeneste, ettersom reaktivering av pasientens behov potensielt er endringsfremmende. Behovene og terapeutens responser til dem kan revitalisere selvet og gjenopprette drivet til å fullføre utviklingen. Det er dette som for Tolpin er terapiens mål. Terapi kan utnytte menneskets iboende kraft til selvutvikling gjennom arbeidet med vekstoverføringene. Sett i lys av kontroll-mestringsteori vil en overføringstest kunne være en ”trailing” overføring eller en ”forward” overføring der pasienten underliggende tester sine patogene antagelser som en del av en plan for å oppnå en sunn og normal utvikling. Forward edge er et mer omfattende begrep enn planbegrepet da det omfatter utviklingstendenser i personligheten på et generelt nivå. Gitt at pasienten har en ubevisst plan i terapi, kan overføringen sies å ha et mål i seg selv for eksempel å teste en patogen antagelse. Overføring kan ikke sees utelukkende som en tvangsmessig repetering av barndomspatologi og et uttrykk

for motstand mot endring. I lys av planbegrepet har overføringen i tillegg formål og retning. For pasienter er overføringstesting en risikabel handling da de kan stå i fare for å bli retraumatisert. Om man tenker at trygghet regulerer planen, vil en tenke at grad av trygghet vil ha betydning for testingen.

Selvpsykologi og Tolpins begreper ”trailing edge” og ”forward edge” kan sies å belyse spørsmålet om hvordan man skal møte pasienten plankompatibelt. I tillegg til å kartlegge og avkrefte patogene antagelser vil pasientens ubevisste plan inneholde sunne vekstmotiv som Tolpin kaller ”forward edge”. Det er denne delen av overføringen, i tillegg til de patogene antagelsene i ”trailing edge”, vi hevder at terapeuten søker å møte gjennom plankompatible intervensjoner, da vi kan hevde at disse overføringene er uttrykk for vekstmotiv i pasientens ubevisste plan. Selvpsykologi har også inspirert relasjonell psykoanalyse, og vi vil i det følgende diskutere hva relasjonell psykoanalyse kan tilby kontroll-mestringsteori.

I et relasjonelt perspektiv vil en ha stort fokus på det samskapte og kontekstualiserte møtet mellom pasient og terapeut (Mitchell, 1988; Greenberg, 1991). Stephen Mitchells antagelse om hvordan den ”relasjonelle matrisen” manifesterer seg i terapirelasjonen, og hvordan endring må skje ”innenfra” objektrelasjonene, impliserer at terapeuten ikke kan være en utenforstående observatør, men heller en deltager (Mitchell, 1997). I forholdet mellom relasjonell psykoanalyse og kontroll-mestringsteori vil en kunne hevde at sistnevnte har et mindre rikt språk for gjensidigheten og det samskapte i den terapeutiske relasjonen. Et eksempel fra nyere relasjonell psykoanalyse, som vi ikke finner i kontroll-mestringsteori, er Benjamins begrep om terapeutisk tredjehet (Benjamin, 2004). Dette beskriver hvordan det intersubjektive møtet både kan være samskapt men samtidig ha referanser utenfor terapirelasjonen.

Kontroll-mestringsteori – en relasjonell teori?

Relasjonell psykoanalyse vil i likhet med kontroll-mestringsteori hevde at pasienten ikke vil motsette seg endring slik klassisk analyse postulerer, men pasienten frykter trussel mot egne relasjonelle bånd og retraumatisering. Dette oppleves for pasienten som konfliktfylt. Pasienten er motivert for å heles, og terapeuten søker å alliere seg med pasientens utviklingsfremmende krefter. Pasienten søker i terapirelasjonen en ny relasjonell erfaring, men erfarer nye opplevelser etter gamle mønstre. Terapeuten kan gjennom å erfare terapisisituasjonen sammen med pasienten, hjelpe denne til å utvikle troverdige alternativ til sin gamle måte å oppleve relasjonen på. Dette er dog en gradvis prosess som veksler mellom nye og gamle måter å oppleve relasjonen og verden på. Poenget er ikke å ta bort noe gammelt, men å gi troverdige alternativ og løse opp gamle relasjonelle mønstre. Dette kaller Mitchell ”å utvide den relasjonelle matrisen”, hvilket betyr at pasienten kan oppleve seg selv på nye måter i relasjon til andre. Kontroll-mestringsteori vektlegger et metaperspektiv på hvordan psyken og psykopatologi fungerer, og står i fare for å ikke være nyansert i forhold til hva som skjer mellom pasient og terapeut. Relasjonell psykoanalyse kan tilby kontroll-mestringsteori et begrepsapparat og en bredere forståelse av det terapeutisk samskapte og intersubjektive.

Patogene antagelser i den relasjonelle matrisen? Det som skjer mellom terapeut og pasient er samskapt i relasjonell penneføring. Dette får konsekvenser for et begrep som tolkning. Tolkning ifølge klassisk analyse betyr en avdekking av sannheten fra et objektivt ståsted, mens det ifølge relasjonell tilnærming betyr at terapeuten posisjonerer seg selv i forhold til pasienten. Sannhetsinnholdet er ikke det vesentligste, heller fokuserer man gradvis på de historier pasienten benytter i sin relasjonelle verden. Interessante spørsmål et slikt syn reiser er ”hva er da en plan” eller ”hva er en patogen antakelse”. Er disse også i noen grad samskapte? Er terapeutens avkreftelser viktige i den forstand at de utvider matrisen og gir

pasienten mulighet til å se på seg selv annerledes i relasjonen til andre? Er avkreftelsen i seg selv viktig eller gir den bare nye perspektiv på relasjonen?

Kontroll-mestringsteori beskriver en terapirelasjon basert på samarbeid der pasienten presenterer sitt materiale mens terapeuten forholder seg til dette på en plankompatibel måte. Relasjonell psykoterapi teoretiserer rundt terapirelasjonen mer eksplisitt enn kontroll-mestringsteori. Ved å sette fokus på det unike og det "samskapt" bidrar relasjonelle perspektiv til å kunne forklare mer av et intersubjektivt samspill enn kontroll-mestringsteori sitt metaperspektiv. Til gjengjeld står relasjonelle teoretikere i fare for å miste metaperspektiv gjennom en høyere grad av vektlegging av det kontekstuelle i den terapeutiske samhandlingen.

Patogene antagelser står hos Weiss som sentralt i psykisk lidelse, mens hos Mitchell er tillstivnede, ufleksible relasjonelle representasjoner underliggende psykisk ubehag. Mens Weiss ser patogene antagelser som blokkeringer for sunn utvikling, vil Mitchell hevde at dette er hindringer som er skapt i relasjon og som man i terapi kan endre. Endring må skje gjennom at pasienten får øye på og erfarer alternative måter å handle på. Terapeuten tilbyr nyanseringer og alternativer slik at pasientens relasjonelle matrise blir bredere. I kontroll-mestringsteori søker man å avkrefte patogene antagelser gjennom enten testing, tolkning eller ny relasjonell erfaring. Forsviner så de patogene antagelsene? Ved at man tilbyr alternativer eller avkrefter de antagelsene som skaper psykisk smerte, vil de da forsvinne eller kan det tenkes at de fortsatt er tilstede i pasienten, men uten den kraft de tidligere har hatt?

Uten at man har funnet svar empirisk på dette spørsmålet kan vi hevde at kontroll-mestringsteori kan sees på som en relasjonell teori. I likhet med relasjonelle teoretikere hevder kontroll-mestringsteori at mennesket primært søker relasjon og kontakt. Traumer og patologi oppstår i relasjon og kan også endres og behandles gjennom relasjonelle erfaringer. Kontroll-mestringsteori tillegger et viktig metaperspektiv, men mangler beskrivelser på

interpersonlige prosesser slik som relasjonelle matrise (Mitchell, 1988) eller terapeutisk tredjehet (Benjamin, 2004). Begge retningene beveger seg bort fra psykoanalytisk grunnsyn og viderefører Alexander og French (1946) sitt bidrag om ”korrigerende emosjonell erfaring” som mål for terapi. Vi kan hevde at pasienten søker ny relasjonell erfaring og at det er terapeut og pasient sammen som skaper denne.

Ubevisst konflikt eller ubevisst plan? Indre konflikter oppstår ifølge kontrollmestringsteori i relasjon til omverden. Traumer, det være seg langvarige traumer eller sjokktraumer, har satt en brems for oppnåelsen av viktige utviklingsmål og det er terapirommet og terapiprosessen som er arena for å arbeide med planen og gjenoppta selvutviklingen. Planbegrepet innebærer derfor ikke at man mister konfliktperspektivet. Konfliktene oppstår i relasjoner med bakgrunn i barnets grunnleggende tilpasningsmotiv, og ikke på grunn av utilfredsstilte drifter eller frustrerte impulser (Rosbrow, 1993). Antagelsen om pasientens ubevisste plan støttes av spedbarnsforskning som viser blant annet at spedbarn allerede fra fødselen lager planer for sin egen selvutvikling gjennom å danne og teste hypoteser (Stern, 2002).

Wachtel og DeMichele (1998) retter kritikk mot planbegrepet i at pasienten ikke iverksetter hele terapiprosessen med en plan for selvheling, men at terapeuten hjelper pasienten til gjentagende akkomodering av ny erfaring. Videre hevder de at planbegrepet vil stå i fare for å implisere en nedlatende holdning ovenfor pasienten, da den ubevisste plan er utledet av terapeuten for pasienten. I tillegg innvender de at planbegrepet overser menneskelige motiv, som for eksempel aggresjon og seksualitet, som ikke kjennetegnes av positiv selvaktualisering og oppnåelse av utviklingsmessige mål.

Kontroll-mestringsteori sitt metaperspektiv kan sies å ha en styrke i at den søker forståelse av hvordan psyken fungerer og psykopatologi utvikles. En svakhet kan være at

kontroll-mestringsteori ikke i like stor grad teoretiserer rundt den intersubjektive samhandlingen som relasjonell psykoanalyse. I det følgende vil vi undersøke videre hvordan planbegrepet posisjonerer seg i psykodynamisk diskurs ved å diskutere hvilket epistemologisk grunnsyn som råder innen psykoanalysen.

Hvem sin plan? Det kan innvendes at pasienten ikke har en plan for terapien, men at denne blir positivt overrasket når terapeuten ikke handler som gamle objekter (Wachtel & DeMichele, 1998). Det hviler et stort ansvar på terapeuten om man som terapeut skal utlede en plan ut fra det pasienten forteller i terapitimen. Noen vil hevde at planbegrepet er en selvoppfyllende profeti, ved at terapeuten ser det han forventer ut fra sin forståelsesramme. Sett fra en annen vinkel kan en stille seg spørsmålet: Hvem sin plan er det som er satt i sving? Kan en tenke at det er terapeuten som har en plan for pasienten? I så måte impliserer det ikke et brudd med klassisk analyse sitt en-personsperspektiv (Mitchell & Black, 1995). Flere relasjonelle teoretikere har ønsket å bevege seg bort fra tradisjonell en-personpsykologi og heller fokusere på det interpersonlige, samskapte og intersubjektive (Wachtel, 2007). Et slikt fokus er et forsøk på bevege seg bort fra hva vi kan kalle et historisk gjeldende ”patosentrisk syn” som har rådet innen psykoanalysen. Et ”patosentrisk” syn på pasienten har implisert fokus på indre destruktive krefter og ubevisste impulser. Wachtel (2007) kaller dette synet for ”the default position” noe som indikerer hvor utbredt dette synet har vært i psykoanalysen. Kontroll-mestringsteori forholder seg til en mer grunnleggende sett positiv pasient, hvor pasienten har et iboende driv for vekst og mestring. Planen er ikke en måte å søke infantil gratifisering på, men heller en progressiv guide (Curtis, 1993) for å overkomme hindringer som står i veien for pasientens utviklingsmål.

Kontroll-mestringsteori kan sees på som en relasjonell teori i det den bygger på en antagelse om at mennesker grunnleggende sett søker relasjon og at psykopatologi har sitt

utspring i det relasjonelle. I tillegg vil en viktig del av den kurative komponenten i terapi omhandle relasjonen mellom pasient og terapeut, noe som relasjonell psykoanalyse har kastet lys over i sin teoretisering. I et relasjonelt to-personsperspektiv vil det være avgjørende at terapeuten selv er klar over egen rolle og at terapirelasjonen er et samskapt, intersubjektivt samhandlingsrom.

Styrker og begrensninger ved planbegrepet

Planbegrepet – en tautologi? Plankonseptet har blitt kritisert for å være tørt og bokstavelig i sin språkdrakt, i tillegg til å være mekanistisk og affektløst. Videre kan en kritisere planbegrepet for å være ønsketenkning, utledet av en bestemt gruppe som er opplært innen kontroll-mestringsteoretisk paradigme, der man har filtrert data som gjennom egen modell blir brukt for å rettferdiggjøre modellen. En slik type tautologi vil ikke teoretisk sett øke begrepsvaliditet. San Francisco Psychotherapy and Research Group vil på sin side hevde at planbegrepet er klinisk nyttig og empirisk begrunnet (Silberschatz & Curtis, 1986, Curtis, 1994, Weiss, 1994). Plankonseptet har fått empirisk støtte gjennom å kunne forklare pasientatferd i terapiprosessen (Weiss, 1993). Dette gir planbegrepet faglig tyngde og økt validitet. Man kan være uenig om dette er en støtte for en ubevisst plan eller om funnene støtter andre antagelser som ubevisst håp eller veksttendens. Uansett vil dette være en kritikk av forskningsdesignet og ikke primært dens empiriske funn.

Ved å rette noe av fokus på fremtid og ikke kun fortid vil man kunne se en retning for terapiforløpet og pasientens utvikling. Planbegrepet kan også hjelpe terapeuten å selvregulere ved å gi et perspektiv på den terapeutiske prosess. Ved at terapeuten nevner til pasienten hva denne tror planen er, kan dette ha en terapeutisk effekt. Dette fordi pasienten kan få et mer reflektert og bevisst forhold til sin egen terapeutiske prosess. En innvending mot et slikt argument vil være at selv om man benytter et begrep som plan om noe som skjer i den

terapeutiske prosess, betyr ikke dette nødvendigvis at begrepet eksisterer i seg selv. Selv om pasienter ikke alltid verbaliserer sine planer er dette i seg selv ikke et argument for at en plan eksisterer. Hva er det så kontroll-mestringsteori sitt planbegrep forsøker å belyse?

En har innen kontroll-mestringsteori forsøkt å forklare og beskrive hvordan psykoterapi virker, hvordan psyken fungerer og psykopatologi utvikles. Planbegrepet er et forsøk på å formulere en persons indre dynamikk. Ut ifra personens egen motivasjon, bestrebelse og forsøk på å overkomme traumer, har en utledet planbegrepet.

Stor eller liten plan – et behov for ytterligere integrasjon i kontroll-mestringsteori?

Weiss hadde lite fokus på andres forskningsresultater. Vi vil imidlertid hevde at forskningsresultater fra andre felt kan utdype forståelsen av plankonseptet og den terapeutiske prosess. Her skal vi presentere to forskningsfunn ved Stern (2002) og Beebe og Lachmann (2002) sin spedbarnsforskning

I kontroll-mestringsteori vil planbegrepet implisere en ”stor” plan for terapiprosessen som helhet. I et relasjonelt perspektiv vil en derimot i høyere grad fokusere på hva som skjer fra øyeblikk til øyeblikk i terapi. Ved å innta et makroperspektiv som kontroll-mestringsteori vektlegger, kan man stå i fare for å overse øyeblikkene i terapi. Man kan derimot hevde at det også eksisterer miniplaner kontinuerlig i terapi der pasienten stadig tester sine patogene antagelser i relasjon til terapeuten. Å bestå en test kan sees i sammenheng med Stern sitt begrep ”moments of meeting” (Stern, 2002). Når terapeuten består en test vil pasienten oppleve å få avkreftet sin patogene antagelse og føle seg tryggere. Stern retter fokus på møter i terapien som impliserer små øyeblikk der pasienten vil føle seg møtt og bekreftet. Dette gir grunnlag for endring blant annet ved at pasienten lærer seg nye måter å forholde seg til en annen på. Stern vil hevde at disse møtene representerer noe nytt og samskapt i

endringsprosessen. Et slikt syn vil innlemme kontekst og intersubjektivitet, og vil kunne tilføre kontroll-mestringsteori en mer nyansert og relasjonell dimensjon.

Beebe og Lachmann (2002) sin spedbarnsforskning viser mikroøyeblikk hvor mor og barn påvirker hverandre gjennom gjensidig interaksjon av både selvreguleringsmønster og interaktive reguleringsmønster. Beebe og Lachman (2002) bruker denne forskningen som analogi til psykoterapi med voksne, hvor det er gjensidig påvirkning i terapirelasjonen. Weiss vil hevde at planbegrepet ikke overser øyeblikkene i terapiprosessen og at planbegrepet kan fungere på ulike nivåer. Forskningen som støtter planbegrepet er gjort på bakgrunn av transkriberte terapier og er dermed store planer i sin natur. Kontroll-mestringsteori inntar et metaperspektiv og mister da muligens begreper for mindre øyeblikk i den terapeutiske samhandling. Planbegrepet kan antageligvis også utdypes til å gjelde mikroøyeblikk og ikke bare store planer for selvutviklingen i terapi og i livet. Dette krever imidlertid nye forskningsdesign og operasjonaliseringer.

Vi hevder at kontroll-mestringsteori mangler teoretisering for intersubjektive, relasjonelle mikroprosesser, og at Stern, Beebe og Lachman kan gi verdifulle bidrag til ytterligere forståelse av den terapeutiske prosess. Tolpin gir verdifulle bidrag til psykodynamisk teori ved å rette fokus på sunne utviklingsbehov i individet. Tolpins syn kan integreres og sees på i sammenheng med planbegrepet ved at det utvider fokuset på overføring og terapeutisk samhandling. Fokus for terapi vil ikke kun omhandle tidlig erfaring og traumer, men også framtid, vekst og realisering av behov og potensial. En dreining fra et konservativt, patosentrisk og driftstyrt menneskesyn til en antagelse om vekstmotiv, ubevisst plan og sunne utviklingsbehov synes for oss fruktbart. Kontroll-mestringsteori relaterer seg til en pasient med ubevisste vekstmotiv. Pasienten er resilient og fleksibel, noe som kan forklare at pasienter kan benytte terapeuter fra ulike terapeutiske retninger og fremdeles oppnå terapeutiske gevinster. Kontroll-mestringsteori vil være en empirisk tilnærming i så måte da

en i terapiprosessen kan se hvordan pasienten opplever og reagerer på intervensjoner. Hvis pasienten blir modigere, viser mer affekt, forteller om nytt materiale og blir roligere, vil kontroll-mestringsteori postulere at terapien er på rett vei. Pasienten blir i så måte terapeutens beste veileder. Et slikt syn synes for oss meningsfullt, da det kan gi terapeuten informasjon om retning i terapien. Videre stimulerer dette synet til en empirisk holdning der terapeuten er sensitiv overfor pasientens responser på sine intervensjoner.

Kontroll-mestringsteori sitt planbegrep har flere fordeler. Planbegrepet gir terapeuten en idé om fremtid, vekst og mål hos pasienten. Det har vært uenighet om begrepets gyldighet til tross for planbegrepets empiriske støtte. En begrensning og styrke er planbegrepets metaperspektiv på pasientens terapiprosess. Kontroll-mestringsteori kan sees på som en relasjonell teori, men har i mindre grad eksplisitt språk for interpersonlige prosesser og intersubjektivitet. Nyere spedbarnsforskning kan supplere kontroll-mestringsteori med fokus på interpersonlige og intersubjektive prosesser som ser ut til å være gjeldende for terapeutisk interaksjon.

Avsluttende bemerkninger

Innenfor kontroll-mestringsteori tenker man at pasienten kommer til terapi med en ubevisst plan for hvordan bli bedre. Denne innebærer en løst organisert strategi for hvordan legge forholdene til rette i den terapeutiske relasjonen for å avkrefte patogene antagelser. Patogene antagelser dannes tidlig i livet på grunn av traumatiske opplevelser i relasjoner med viktige andre og kan beskrives som maladaptive hypoteser om seg selv og verden som hindrer pasienten i å nå viktige utviklingsmål i livet. I terapi tenker man at pasienten søker erfaringer som kan avkrefte de patogene antagelsene. Kontroll-mestringsteori vektlegger derfor både pasientens og terapeutens bidrag til endringsprosessen.

Kontroll-mestringsteori har hentet sine mest sentrale premisser fra Freuds funderinger om ubevisst kognisjon, men har i liten grad forholdt seg til andre samtidige teorier. Likevel tenker vi at disse kan gi nyttige bidrag til forståelsen av ubevisst fungering innenfor kontroll-mestringsteori. Timothy Zeddies beskriver for eksempel i sitt begrep ”det relasjonelle ubevisste” et ubevisste som er kontekstuellet og der grensen mellom det ubevisste og bevisste er interpersonlig mediert. Hvis vi integrerer ideene til Zeddies med Weiss sine teoretiseringer, fremstår det ubevisste innen kontroll-mestringsteori også som relasjonelt forankret der ubevisst kontroll over fortrenget materiale, tilpasset testing og coaching eksemplifiserer dette. Kontroll-mestringsteori vektlegger dog i mindre grad enn en relasjonell tilnærming det samskapte mellom pasient og terapeut.

Kontroll-mestringsteori vektlegger ubevisst innhold, men kan kritiseres for å neglisjere hvordan det ubevisste kan plasseres i forhold til resten av det mentale apparatet. Stolorow og Atwood er to teoretikere med en intersubjektiv tilnærming som skisserer en modell som fanger både strukturelle og innholdsmessige aspekter ved det ubevisste. Denne modellen kan godt integreres med kontroll-mestringsteori og viser hvordan man kan plassere organiserende og innholdsmessige aspekter av patogene antagelser i ulike domener av det ubevisste. Stolorow og Atwoods modell beskriver også en ubevisst struktur som inneholder materiale som aldri har blitt validert av betydningsfulle andre. Dette setter fingeren på en begrensning i plankonseptet som forutsetter en form for representasjon av ønskede måltilstander. I arbeid med svært depriverte pasienter ser vi derfor for oss at det kan være vanskelig å tenke psykopatologi ut fra patogene antagelser, eller terapiprosess ut fra ubevisste planer. Derimot tenker vi at Weiss sine antagelser om motivasjon for vekst og selvaktualisering kan være en god grunn å bygge en terapirelasjon på når slike indre representasjoner ikke er til stede.

Man ser klare paralleller mellom motivasjonsteorien hos kontroll-mestringsteori og de humanistiske, relasjonelle og selvpsykologiske modeller. Carl Rogers legger vekt på

vekstmotiver og hevder at pasienten automatisk vil vokse hvis denne blir møtt med nødvendige og tilstrekkelige miljøbetingelser som empatisk varme og aksept. Kontroll-mestringsteori deler Rogers sitt syn på vekstmotiver, men legger til at pasienten søker spesielle erfaringer som fasiliterer vekst i en spesiell retning. Endring krever noe mer enn empati og aksept, noe kontroll-mestringsteori beskriver som spesifikke erfaringer som avkrefter patogene antagelser.

Kohut beskriver hvordan mangel på validering tidlig i livet bidrar til å stanse selvutviklingen på et generelt nivå. Kontroll-mestringsteori legger på sin side mer vekt på innholdet i traumatiske opplevelser, og beskriver hvordan disse er med på å danne patogene antagelser som bidrar til å bremse utviklingen på mer spesifikke områder i pasientens fungering. Tolpin utvider Kohuts teoretiseringer gjennom å beskrive hvordan uvaliderte sider av pasienten søker relasjonelt validerende erfaringer for å fullføre selvutviklingen. Ut fra kontroll-mestringsteori sitt syn blir det dog vanskelig å forklare hvordan pasienter kan søke uvaliderte erfaringer som de muligens ikke har indre representasjoner av.

Migone og Liotti tar utgangspunkt i evolusjonsteori og antar at mennesker har medfødte representasjoner av optimale samhandlingsmønstre og at patogene antagelser er brudd på disse. Dette byr dog på en epistemologisk problemstilling ved at mennesker også kan ha representasjoner som ikke er medfødte, enten disse er erfart personlig eller tilegnet via vikarierende erfaringer, noe som er vanskelig å ta stilling til i denne sammenhengen.

En motivasjonsteori kan også si noe om hvordan pasienten jobber i terapi og hvorfor endring i blant kan være vanskelig å oppnå. Ifølge Mitchells relasjonelle tilnærming er interaksjonelle mønstre, uansett om disse er uheldige eller ikke, med på å organisere selvet. Å gi opp disse er vanskelig ettersom de sier noe om hvordan individet er et menneske. Pasienten gjensker uheldige interaksjoner fordi de gir en følelse av et stabilt selv og tilhørighet til andre. Kontroll-mestringsteori på sin side, beskriver også hvordan pasienter gjentar

maladaptiv atferd, men legger vekt på tilpasning. Antagelser om verden, enten disse regnes som patogene eller ikke, gir en forutsigbarhet og stabilitet. Det primære motivet innen kontroll-mestringsteori er tilpasning, og både pasientens relasjonsbehov, motiv for å vokse og utvikles, og motiv for å løse sine problemer kan utledes fra dette.

Innenfor relasjonell tilnærming legger man stor vekt på det samskapte, det vil si det som kommer frem som et produkt av det relasjonelle samspillet mellom pasient og terapeut. Man tenker at terapeuten ikke kan komme seg ut av overføring-motoverføringsforholdet men at dennes forsøk på å gjøre dette bidrar til endring. Den relasjonelle tilnærmingen legger stor vekt på terapeutens bidrag og har et utviklet språk for å beskrive interaksjonelle prosesser i det terapeutiske samspillet. Etter vår mening kan kontroll-mestringsteori ha en svakhet i at den i mindre grad vektlegger det samskapte og ikke har en velutviklet språkdrakt for prosesser i overføring-motoverføringsforholdet. En styrke med teorien er dog at den har empirisk støtte og at den har stor prediktiv verdi i å forutsi hvilke intervensjoner som gagnar pasienten og hvordan pasienten kan forventes å respondere på disse. Som en forlengelse av dette kan man argumentere for at kontroll-mestringsteori har en korrektiv verdi i at terapeuten ut fra pasientens responser kan evaluere sine intervensjoner.

En annen type kritikk fra Wachtel og DeMichele går på at man like gjerne kan forklare fenomener i terapi ut fra en klassisk konfliktmodell, og at antagelser om en ubevisst plan er overflødig. En slik modell kan riktignok ha samme forklaringsverdi i enkeltepisoder som kontroll-mestringsteori. Planbegrepet har imidlertid en styrke i at det kan forklare sekvenser av enkeltepisoder som innbyrdes kan virke både motsigelsesfulle og usammenhengende. Til tross for at kontroll-mestringsteori ikke går fri fra kritikk hverken ut fra teoretiske eller kliniske grunnlag ser den likevel ut til å gi nyttige bidrag innen psykoterapifeltet. Dels fordi den har empirisk støtte, men ikke minst fordi antagelsene om vekstmotivasjon og ønsker om oppnåelse av spesifikke mål ser ut til å være en kraftfull kombinasjon i å forstå pasientens

bevegelse i terapi. I tillegg kan plankonseptet virke frigjørende for terapeuten i at det stimulerer til en empirisk therapeutholdning, der terapeuten lar seg veilede av pasientens responser på de terapeutiske intervensjonene.

Referanser

- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Roland Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Beebe, B. & Lachmann, F. M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-Constructing Interaction*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.
- Beres, D. (1958). Certain aspects of superego functioning. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 324-351.
- Bjorklund, D. F., & Pellegrini, A. D. (2000). Child development and Evolutionary Psychology. *Child Development*, 71(6), 1687-1708.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: the process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London: Hogarth Press.
- Bugas, J., & Silberschatz, G. (2000). How patients coach their therapists in psychotherapy. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 37(1), 64-70.
- Bush, M. (2005). The Role of Unconscious Guilt in Psychopathology and in Psychotherapy. I G. Silberschatz (Ed.), *Transformative Relationships* (43-67). New York: Routledge.
- Curtis, J. T. (1993). The Plan Concept in Control Mastery Theory. *The Californian Psychologist*, 14, 21-23.
- Curtis, J. T., & Silberschatz, G. (1986). Clinical Implications of Research on Brief Dynamic Psychotherapy I. Formulating the patient's problems and goals. *Psychoanalytic Psychology*, 3(1), 13-25.
- Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1994). The Plan Formulation

- Method. *Psychotherapy Research*, 4(3-4), 197-207.
- Edelstein, S. (1992). *Insight and psychotherapy outcome*. Unpublished Doctoral dissertation, Wright Institute Graduate School of Psychology.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- Fretter, P. (1984). The Immediate Effects of Transference Interpretations on Patients' Progress in Brief Psychodynamic Psychotherapies. *Dissertation Abstracts International*, 46(6a).
- Fretter, P., Bucci, W., Broitman, J., Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1994). How the Patient's Plan Relates to the Concept of Transference. *Psychotherapy Research*, 4(1), 58-72.
- Freud, S. (1911-1915). Papers on technique. *Standard Edition*, 12, 83-171. London: Hogarth Press, 1953.
- Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. *Standard edition*, 7, 115. London: Hogarth Press, 1953.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *Standard Edition*, 18, 3-64. London: Hogarth Press, 1955.
- Gassner, S., Sampson, H., Weiss, J., & Brumer, S. (1982). The emergence of warded-off contents. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 5(1), 55-75.
- Greenberg, J. (1991). *Oedipus and beyond: a clinical theory*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: a dialectical-constructivist view*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H., Goldberg, A., & Stepansky, P. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.

- Lichtenberg, J. D., & Hadley, J. L. (1989). *Psychoanalysis and motivation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- McCullough, L. (2003). *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press.
- Migone, P., & Liotti, G. (1998). Psychoanalysis and Cognitive-evolutionary Psychology: An Attempt at Integration. *International Journal of Psychoanalysis*, 79(6), 1071-1095.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and Beyond*. New York: Basic Books.
- Rappoport, A. (1997). The Patient’s search for safety: The organizing principle in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practise, Training*, 34(3), 250-261.
- Rappoport, A. (2002). How Psychotherapy works: The concepts of control-mastery theory. *Bulletin of the American Academy of Clinical Psychology*, 8(2), 10-14.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person A Therapist’s View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

- Rosbrow, T. (1993). Significance of the Uncouncious Plan for Psychoanalytic Theory. *Psychoanalytic Psychology, 1*(10), 515-532.
- Salkovskis, P. M. (1996). *Trends in cognitive and behavioural therapies*. Chichester: Wiley.
- Sampson, H. (1994). Treatment by attitudes. *Process Notes, 1*(1), 8-11.
- Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships: the control-mastery theory of psychotherapy*. New York: Routledge.
- Silberschatz, G. (2007). Comments on "the necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change". *Psychotherapy: Theory, Research, Practise, Training, 44*(3), 265-267.
- Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1986). Clinical implications of research on brief dynamic psychotherapy II: How the therapist helps or hinders therapeutic progress. *Psychoanalytic Psychology, 3*(1), 27-37.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern D.N. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal, 19*(3), 300-308.
- Stern, D. N. (2002). *The first relationship: infant and mother*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1999). Three realms of the uncouncious. I S. Mitchell & L. Aron (Eds.), *Relational Psychoanalysis: The emergence of a tradition* (365-379). Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Tolpin, M. (2002). Doing Psychoanalysis of normal development: Forward edge transferences. I A. Goldberg (Ed.), *Postmodern Self Psychology* (167-190). NJ: Analytic Press.

- Tolpin, M. (2007). The divided self: Shifting an intrapsychic balance the forward edge of a kinship transference: To bleed like everyone else. *Psychoanalytic Inquiry*, 27(1), 50-65.
- Wachtel, P. L., & DeMichele, A. (1998). Unconscious Plan or Unconscious Conflict? Commentary on Joseph Weiss's Paper. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3), 429.
- Wachtel, P. L. (2007). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Weiss, J. (1986). Part I. Theory and clinical observations. I J. Weiss, H. Sampson, & the Mt. Zion Psychotherapy Research Group. (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations & empirical research* (3-138). New York: Guilford.
- Weiss, J. (1990). Unconscious Mental Functioning. *Scientific American*, 262(3), 103-109.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: process and technique*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (1994). The Analyst Task: To Help the Patient Carry Out His Plan. *Contemporary Psychoanalysis*, 30(2), 236-254.
- Weiss, J. (1995). Clinical applications of control-mastery theory. *Current Opinion in Psychiatry*, 8, 154-156.
- Weiss, J. (1998a). Patient's unconscious plans for solving their problems. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3), 411-428.
- Weiss, J. (1998b). Unconscious plans and unconscious conflict: Reply to commentary. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3), 443-453.
- Weiss, J. (2002). Control-mastery theory. *Encyclopedia of Psychotherapy*, 1, 1-5.
- Zeddies, T. J. (2000). Within, Outside and in Between: The Relational Unconscious.

Psychoanalytic Psychology, 17(3), 467-487.