

Nyhedsbrev 1, januar 2004, 7.årgang

www.gestalt.org

af Hanne Hostrup

Desværre er der kun een gestaltterapeut i Danmark – og det er mig. Sådan ser det i hvert fald ud, når man klikker sig ind på ovenstående webadresse. Her findes nemlig blandt mange links et link til gestaltterapeuter overalt i verden. Men leder man under Danmark finder man mit navn og *ingen andre*. Nu kunne jeg glæde mig over den fri reklameplads uden konkurrence, men – ærlig talt – det er da helt til grin, at jeg repræsenterer Danmark som den eneste veluddannede gestaltterapeut.

GFs medlemmer burde være repræsenterede i den internationale *Directory*! Så... skynd Jer at indregistrere Jer, så Danmark ikke skal figurere som et gestaltterapeutisk u-land.

DEN PARADOKSALE ÆNDRINGSTEORI: MÅL OG METODE.

Udsnit af Gary Yontef,s bog: *Awareness, Dialog and Process*. The Gestalt Journal Press, Inc. P.O. Box 990, Highland, NY 12528-0990. Sidetal: 26-30, 149, 156-157 og 281.

Oversat med forfatterens tilladelse af *Jørgen Groth*.

Jo mere jeg prøver at være, hvad jeg ikke er, jo mere vil jeg vedblive at være den samme. Vækst, der indebærer at kunne modtage kærlighed og hjælp fra andre, kræver selv-understøttelse. At prøve at være, hvad jeg ikke er, er ikke selvunderstøttende. Et vigtigt aspekt af selv-understøttelse er at identificere sig med sin måde at være på nu. At identificere sig, betyder at kende den man er, fx ens faktiske erfaring, oplevelse, adfærd, og

situation. Da ens måde at være på skifter over tid, inkluderer identifikation med sin måde at være på også identifikation med skiftet i væremåde - den ene væremåde skifter over i den anden, hvilket indebærer tro på bevægelse og ændring. Selvunderstøttelse indebærer både selvkendskab og selvaccept. Man kan ikke på en relevant måde understøtte sig selv uden at kende sit selv, sine behov, kapacitet, miljø, pligter etc. At kende noget om sig selv og ikke tage ejerskab, ikke påtage sig ansvar for at det er valgt, men afvise det, er en form for selvbedrag. Sartre omtaler dette som "forkert tro" (eng.: "bad faith"), som man bekender sig til (eng.: confesses) (fx en forkert handling) og i og med en sådan bekendelse, fralægger man sig ansvaret for det, der er blevet bekendt. For eksempel: Jeg udfører en kujonagtig handling og bekender, at jeg er en kujon. Men i den handling, at bekende at være en kujon, bedrager jeg mig selv i den subtile tro, at jeg som bekender, er hævet over at være en kujon. Det er som om den kujonagtige handling ikke var valgt, men noget som "kom til" den person, der bekender.

Når en terapeut "leder" eller "heler" en klient, skubber, presser (eng.: pushing or pressuring) terapeuten faktisk klienten til at være anderledes. Og jo mere klienten er orienteret mod/sigter mod et mål (eng.: aimed towards a goal), jo mere vil hun eller han fundamentalt vedblive at være den samme. At skubbe eller lede (eng.: pushing or aiming) klienten fører til modstand mod at blive ledt. Således har klienten ikke alene sin egen oprindelige modstand mod egen organiske (eng.: organic) funktion, men får nu også modstand mod terapeutens skubben (eng.: intrusion). Den sidstnævnte modstand er sædvanligvis sund, selvom det dog også forhindrer klienten i at arbejde sig gennem den oprindelige blokering, der nødvendiggjorde terapi.

Der er en anden grund til, at en terapeuts skub ikke resulterer i nogen reel bevægelse. En af måderne at undgå kontakt med en

ivrig terapeuts pånøden (eng.: intrusion) er at introjicere. Klienten kan udadtil indordne sig eller gå i mod, men sluger sandsynligvis i begge tilfælde det, som terapeuten argumenterer for: ”Hvis jeg var en kompetent person, ville jeg ønske at gøre det som terapeuten foreslår”, tænker klienten. Hvis personen ændrer sig på baggrund af det skub, forslag, pres, manipulation, overtalelse etc. som terapeuten kommer med, vil det ikke være på basis af autonomi og selvunderstøttelse, og personen har ikke erhvervet sig det værktøj, der er knyttet til selvunderstøttelse og autonomi.

Vigtigst er, at den terapeut som skubber, leder eller målretter en klient, giver følgende budskab: ”Du er ikke nok, som du er”. Dette er et budskab, der skaber skam og/eller skyld. Kort sagt, den terapeut, som skubber, gavner ikke klientens selvunderstøttelse. Sådant en terapeut handler måske ud fra ”gode intentioner”. Dette forbedrer ikke situationen. Jeg tror, at det at skubbe klienten generelt tilgodeser terapeutens behov og ikke klientens. At se hurtig ændring kan være udbytterigt og spændende, men understøtter og beforder det klientens vækst? Jeg tvivler på, om den overføringen og idealiseringen, der skabes herved, er ligeså udbytterig for klienten, som den er for terapeuten. Jeg tror, at klienten er den sidste til at vide, at dette er sandt. At presse kan føre til opdagelse af noget, men også til at stå uden værktøj til at gøre det alene - uden terapeuten. Det bedste dette kan give klienten er evnen til at vedblive at gøre det, som terapeuten skubber klienten til at gøre, hvilket har en begrænset brugbarhed.

Der er også det modsatte af paradokset: Jo mere man prøver at være den samme, jo mere vil personen stivne i relation til det skiftende miljø. Hvordan forholder du dig som terapeut til klienter som sidder fast, dvs. til klienter som prøver at vedblive at være det samme og får det værre i relation til miljøet, hvis vi ikke skubber? Metoden at forholde sig til klienter som sidder fast, uden at skubbe og målrette klienterne, er: dialog, opmærksomhed

og eksperimentering. Dette kræver tålmodighed. Det kræver, at terapeuten har den holdning, at der er ”rum nok” for klienten i verden til at være sådan, som klienten er, og det kræver tro på organisk (eng.: organismic) vækst.

Det er min erfaring, at hvis dette ikke virker, vil det at skubbe heller ikke virke, måske undtagen i det korte perspektiv. At skubbe eller presse er mest farligt i forhold til de klienter, der ikke ændrer sig let. I de usædvanlige tilfælde, hvor det alligevel virker, skaber det mulighed for at fortælle om dramatiske case-stories til kollegaer. Det er mere almindeligt at skub/pres fører til blokering i relationen terapeut/klient. Som regel involverer det, at terapeuten ikke tager ansvaret for sin egen del af interaktionen. Hvis terapeuten er frustreret, er ansvaret for dette terapeutens. Terapeuten er ansvarlig for at finde eller skabe en bedre tilgang/vinkel.

Terapeuten må også kende begrænsningen i håndværket. Alt er ikke muligt. Og vigtigst: terapeuten har brug for at kunne overvåge, kende og arbejde sig gennem sin egen modoverføring.

At respektere klienten.

Mit billede af gestaltterapi er baseret på en horisontal relation. Terapeuten behandler klienten som sin lige i så høj grad som muligt (med opmærksomhed på den forskel, der er i rollerne, på baggrund af den terapeutiske kontrakt). Dette er også sandt, når det drejer sig om en klient, som terapeuten påstår ”yder modstand” (eng.: resisting). Klientens modstand er kun usund, hvis den ikke gives opmærksomhed. Den er en del af organismens kreative justering. At yde modstand mod terapeuten eller gestaltterapien kan være en sund reaktion, også når klienten yder modstand mod sin egen opmærksomhed kan det være sundt.

En pointe i gestaltterapi er at give opmærksomhed til modstanden, således at klientens selvregulering bliver understøttet af bedre kontakt og opmærksomhed. At afslutte et

terapeutisk arbejde, så klienten kan vokse af det, kræver integration af modstanden og ikke ophævelse af den. Klientens forsvar behøver respekt fra terapeuten, ikke angreb eller pyller. Det hjælper at kende og benævne forsvaret eller undgåelsen, at forstå det og tage ejerskab. Hverken et forsøg på at eliminere forsvaret eller give næring til det kan med nogen sandsynlighed resultere i vækst hos klienten. Målet er, at klienten forstår modstanden og tager ansvar for den med fuld opmærksomhed. Og dette må ske i klientens tempo.

Klienten ved bedst. Nogle gestaltterapeuter tillægger klienten hele ansvaret, hele kraften til at gøre sig syg eller rask, men beslutter sig dernæst til at presse klienten ud over dennes forsvar. For mig ser det således ud: Hvis klienterne har en sådan kapacitet, at de er ansvarlige for sig selv (deres liv, deres patologi, deres terapi), så er det også nødvendigt at respektere deres modstand, som noget de vælger, fordi valget understreger et nødvendigt behov.

Historisk set er gestaltterapi blevet forbundet med oprør mod autoriteter og med fremme af non-konformitet. Men bliver vi ikke selv autoriteter, når vi fremstiller os som den person, der beslutter, hvornår et forsvar skal kæmpes ned?

Jeg tror ikke svaret på dette er at være forsigtig (eng.: going easy) med klienter. Det er nødvendigt, at opmærksomhedsarbejdet (eng.: awareness work) bliver gjort, og den terapeut, som beslutter at være "understøttende", og som ikke arbejder med opmærksomhed, respekterer heller ikke klienten og klientens valg. Svaret er i dialogen og klarheden vedrørende det, der foregår.

At respektere klienten inkluderer at kende det selvunderstøttelses niveau, som klienten kan mestre. Det inkluderer at vide, hvad klienten ønsker af det terapeutiske arbejde, hvilket terapeutisk niveau klienten befinder sig på, klientens tilregnelighed,

sammenhængen i selvbilledet (identiteten), klientens intellektuelle niveau etc.

Dette bliver mere kompliceret i grupper, for her er det terapeutens ansvar at observere, anerkende, respektere alles individuelle behov såvel som gruppens som helhed. Den person, der har brug for at bevæge sig langsomt, kan fremkalde pres fra resten af en frustreret gruppe. Gruppepres kan være værre end en terapeut, der skubber. I denne situation har gruppen brug for at lære at forholde sig til frustration uden at være disrespektfuld vedrørende grænser, forskelle og autonomi.

Valget

Den paradoksale ændringsteori er i konflikt med katarsis som den primære intervention. Den er i konflikt med at nedbryde forsvaret og med forsøg på at eliminere modstand. Den er i konflikt med at bruge teknikker eller terapeutens personlighed til direkte at flytte klienten hen mod et forud fastsat mål (eng.: preconceived outcome, "sundhed"). Den paradoksale teori støder også sammen med en forenklet træning af terapeuter. God terapi i relation til den paradoksale ændringsteori fordrer, at terapeuten har en god teoretisk forståelse, en god personlig centrering og en god klinisk forståelse.

Den videre udvikling af gestaltterapi i USA har bevæget sig "hinsides karisma". Erfaring har lært os, at det, der er essentielt i flerfokuseret (eng.: multiple-focused) gestaltterapi teori fx, er: en dialogisk relation og opmærksomhed baseret på respekt for klientens personlige oplevelse og erfaringsmæssige stil (eng.: personal experience and experiential style). Dette kræver et godt kendskab til kliniske mønstre og fornødenheder.

Hvad der ikke er essentielt, og faktisk i modsætning til god træning og terapi, er stjernesystemet blandt terapitrænere og

terapeuter, hvor karisma dominerer. Den nye tilgang kræver hårdt arbejde mere end karisma.

Psykologisk sundhed og maksimering af menneskelig vækst er, ligesom genialitet, 90 % sved og 10% inspiration. (....)

Om modstand

Modstand er del af en polaritet bestående af en impuls og en modstand mod denne impuls. Ses modstanden som en opdeling (eng.: ”dichotomy”) , vil modstand ofte blive behandlet som ”dårlig” eller ”forkert”. Og set i sådan en sammenhæng vil modstanden blive forstået som om klienten bare følger et personligt diktat i stedet for at følge terapeutens diktat.

Ses modstanden som del af en dobbelthed, en polaritet, opfattes modstand uløselig forbundet med sundhed på linie med den impuls, der bliver modarbejdet. Gestaltterapeuter følger både arbejdsprocessen vedrørende klarhed og modstanden mod klarhed. Mange gestaltterapeuter undgår ordet ”modstand” på grund af dettes nedsættende og opdelende bibetydninger, der beskriver processen mellem terapeut og klient som en kamp. Til forskel fra dette, ses fænomenet som en indre konflikt hos klienten, der har brug for at blive integreret i et harmonisk differentieret selv. (....)

At arbejde med modstand

Forståelse for og arbejdet med modstand er et af de vigtigste og uundgåelige aspekter i udførelse af effektiv psykoterapi. På den måde vi her taler om modstand, bliver den behandlet som en handling, der kan undersøges og tales om, fænomenologisk. I dette arbejde finder vi ud af, hvad klienten oplever, når han/hun ”yder modstand”. Vi giver også opmærksomhed til terapeutens umiddelbare fænomenologiske oplevelse. Vi begynder med at sætte vores medbragte meninger i parentes og begynder derfor ikke med den opfattelse, at det, der bliver modarbejdet, er terapien

eller terapeuten. Som en følge af den fænomenologiske fokusering har vi klientens og vores egen oplevelse til rådighed. Ved at bruge begge disse oplevelser kan vi tale sammen, fokusere og eksperimentere. I denne proces kan terapeuten også opnå en øget forståelse for sin egen del af interaktion.

Måder at fokusere klienten

Alle teknikker vedrørende klientens fokusering er uddybning af spørgsmålet: ”Hvad er du opmærksom på (oplever) nu?” og af instruktionen: ”Prøv dette eksperiment og se, hvad du bliver opmærksom på (oplever) nu”. Mange interventioner er så enkle som at spørge klienten, hvad klienten er opmærksom på, eller mere snævert, ”hvad føler du?” eller ”hvad tænker du?” ”Bliv ved det” er en hyppig brugt teknik, som følger efter en beskrivelse af opmærksomhed. ”Bliv ved det” eller ”bliv i følelsen” opmuntrer klienten til at blive i den følelse, der bliver benævnt, hvilket opbygger klientens kapacitet til at fordybe sig og gennemarbejde en følelse til afslutning.

Eksempel:

K: (ser sorgfuld ud)

T: Hvad er du opmærksom på nu?

K: Jeg er ked af det.

T: *Bliv ved det.*

K: (Øjnene løber fulde af vand. Derefter strammer klienten sig op, kigger væk og begynder at se tankefuld ud)

T: Jeg kan se du strammer op. Hvad er du opmærksom på nu?

K: Jeg ønsker ikke at blive ved sorgen.

T: *Bliv ved* ”jeg ønsker ikke”. Sæt ord på ”jeg ønsker ikke”.

(Denne intervention vil sandsynligvis bringe opmærksomhed til klientens modvilje mod at smelte. Måske reagerer klienten således: ”Jeg vil ikke græde her – jeg stoler ikke på dig”, eller

”Jeg er skamfuld”, eller ”Jeg er vred og jeg vil ikke indrømme at jeg savner ham.”)

OPFORDRING – en gentagelse!

Vi inviterer ligesom i sidste Nyhedsbrev medlemmerne til at indsende forslag til overskriften/indholdet på den anden ”**GESTALT-KONFERENCE 2005**”

Alle forslag er velkomne og vil blive offentliggjort i næste Nyhedsbrev og selvfølgelig indgå i konferencekomiteens arbejde.

Send jeres forslag til GF snarest:

haho@get2net.dk

OM KONTINGENT

Af Hanne Hostrup

Det er igen tid til at betale kontingent. Derfor kan I finde et girokort indlagt i dette Nyhedsbrev.

Det vil spare meget tid og vanskeligt detektivarbejde, hvis I skriver jeres navn *tydeligt* på indbetalings kortet eller ved Jeres netindbetaling. Det er ikke nok at skrive en krusse-dulle. **BLOKBOG-STAVEN**, please!

Og så vil det forresten også være dejligt, hvis I betaler i begyndelsen af året, så jeg er fri for at sende rykkere.

BREVKASSEN

Det er nyttigt at udveksle viden med andre gestaltterapeuter. I brevkassen "Indsigt" kan vi bruge hinandens erfaringer. Brevkassen repræsenterer en mulighed for at komme til orde og få gang i en dialog, som gør os alle klogere. Der kan spørges om alt mellem gestalt-himmel-og-jord! De spørgsmål, I indsender, skal dog relateres til gestaltterapeutisk teori eller praksis.

Spørgsmålene må gerne indsendes anonymt og vil blive belyst af et eller flere medlemmer (event. også psykologer/ psykoterapeuter uden for GF), der har særligt forstand på netop dette emne, eller som kan foreslå relevant litteratur om emnet.

Brevkassen styres af en redaktion, som i øjeblikket varetages af Birgit Erichsen. Hun sørger for, at de indsendte spørgsmål bliver belyst så grundigt (og kortfattet) som muligt.

Send Jeres spørgsmål til brevkassens emailadresse inden deadline for indsendelse af stof til Nyhedsbrevet: indsigt@postkasse.net

Læs spørgsmål og svar på hjemmesiden under menuen Litteratur, brevkasse.

KOMMENDE MØDER

Vi har ved sidste møde hørt om "Kognitiv terapi". Nu handler de næste to møder om "Systemisk terapi" set fra forskellige vinkler. Hensigten med at invitere foredragsholdere fra andre terapiretninger er at gøre os klogere på, hvordan Gestaltterapien placerer sig i

forhold til andre etablerede terapiformer og dermed på forskelle og ligheder i teori og praksis.

20.februar kommer cand.psych. *Mogens Holme* og fortæller om "Systemisk terapi":

"Jeg vil beskrive *grundantagelserne*: Socialkonstruktionisme og cirkulær kausalitet. Endvidere lidt om udviklingen fra starten i Palo Alto til hvor vi står i dag, og nogle gæt på hvor vi bevæger os hen.

Forskellige *metoder og teknikker* vil blive beskrevet og illustreret med eksempler fra par/familieterapi, individuel terapi og terapi med incestoverlevende.

Systemisk terapi kan ses som en minimalistisk terapiform, hvor man forsøger at minimere bivirkninger, og med stor opmærksomhed på samfundsmæssige holdninger og værdier. Vi kan diskutere etiske problemstillinger i forbindelse med dette.

Om mig selv:

Chefpsykolog ved psykiatrisk center Stolpegård.

Specialist i psykoterapi og supervision.

I de sidste år specielt erfaring med par/familieterapi, incestgruppeterapi og interesse for at overføre resultaterne fra psykoterapiforskning til klinisk praksis

Publikationer bl.a.

"Fra problem til løsning", Akademisk forlag

"Behandling efter incest". Psykolognyt, juni 1999

"Med klienten ved roret". Psykolognyt 2002 nr. 21

Mere på min hjemmeside: www.moholme.dk
<<http://www.moholme.dk>>

25.maj kommer cand.psych. Birgit Trembacz og fortæller om: "Integreret systemisk teori og metode i.f.t. familier med alkoholproblemer".

Med udgangspunkt i sine tre bøger om familier og alkoholemønstre fortæller Birgit Trembacz om den måde hvorpå hun integrerer forskellige terapeutiske retninger i individuelle samtaler og gruppe- og familierapeutiske forløb med børn, unge, voksne pårørende, samt de der har alkoholproblemer.

Birgit Trembacz (1952) er cand. psych. og familierapeut med egen praksis. Hun er specialist og supervisor i psykoterapi og uddanner familie- og gruppeterapeuter ved Familierapeutisk Center, København. Hun har igennem årene vekslet mellem klinisk arbejde, forskning, kursusvirksomhed samt uddannelse og supervision af tværfaglige behandlere, psykologer, praktiserende læger m.m.

Birgit Trembacz har udviklet Diopollonmodellen, som bygger på en integreret systemisk referanceramme og som inddrager både børn, unge og voksne pårørende i behandlingen af mennesker med alkoholproblemer. Endvidere afholder Birgit Trembacz workshops og foredrag samt skræddersyr forskellige terapeutiske uddannelsesforløb for tværfaglige behandlerteams. Temaerne kan for eksempel være "Inddragelse af forældre som samarbejdspartnere", "Anerkendende kommunikation", "Ændringsteori og motivations-

arbejde”, ”Gruppeterapi for børn og unge samt familiesamtaler”, ”Gruppeterapi for voksne” m.m.

Begge møder bliver afholdt kl.16-18
i København.

Efter foredrag og diskussion holdes et kort
medlemsmøde.

Alle er velkomne – gratis for medlemmer, 50kr for
ikke-medlemmer.