

Modstand

- En opdateret forståelse af begreb og praksisfænomen, samt et perspektiv på tilgangen hertil i psykoterapi.

Rapportens samlede antal tegn
(med mellemrum & fodnoter): 186.606
Svarende til antal normalsider: 78

Maria Andersen: 20101793

Vejleder: Anne Engholm Hedegaard

10. Semester, Psykologi
Kandidatspeciale
UK V

Aalborg Universitet
2. Januar. 2017

Abstract

Resistance – an updated understanding of concept and practice phenomenon as well as a perspective on the approach hereto in psychotherapy. This is the title of this thesis, where the problem statement is as follows:

How can the concept of *resistance* be understood and in what way can the therapist work with this in psychotherapy for the benefit of the client's ability to change?

The focus is on the client's ability to change and improve, because the function of resistance is to protect the individual from change that can threaten the psychological balance and function, regardless of how dysfunctional this balance is. Resistance is activated in therapy through the anxiety connected with change and can be maladaptive in its protection and maintaining of the status quo of dysfunction. No resistance is thereby a sign that the therapy is not progressing, as it is not affecting the client enough to elicit anxiety and thereby resistance. Thereby the therapeutic approach must be concerned with managing the level of resistance, so that this does not limit the effectiveness of treatment by being so overshadowing that no change can occur, or too small which also means that the client is not currently in a change-process.

The thesis is theoretical and the scientific theoretical approach is hermeneutic. I draw mainly on psychodynamic theory and supplement with other schools of theory. I start my study by investigating the psychological research field of resistance; the research methods, the relevant findings and I make suggestions as to further areas of research. I also account for my literature search in the attempt of scientific transparency.

In the thesis I account for the nature of resistance and find that it can be both unconscious, preconscious and conscious as well as an intra- and interpersonal phenomenon. The difference between resistance and psychological defense is also accounted for, alongside with an explanation regarding how resistance can be recognized in therapy, what will influence resistance in psychotherapy, and whether or not it is an adaptive phenomenon for the individual. All of the different categories of resistance is also accounted for, including character-resistance, resistance of the therapist, resistance as a trait of personality and Freud's five classifications. Furthermore, I examine how resistance can be defined, but find that the field of resistance needs a new

up-to-date definition as the existing ones seem to be outdated. Therefore, I gather all of the knowledge I find throughout the thesis and accumulate this. Thereby formulating my own unifying description of resistance as a concept and practice-phenomenon.

The two main discussions each focus on their part of the problem statement. The first discussion will therefore focus on the understanding and views on resistance, hereby examining the discourse, language and theoretical use of the concept, and whether or not the concept should be renamed or rebranded to escape negative associations. The second discussion focuses on how to work therapeutically with resistance. Here I use Gabbards scale of interventions to discuss when a supportive - or expressive intervention style is beneficial, in regards to managing the level of resistance. I also discuss resistance-work in regards to Motivational Interviewing and Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy, and try to understand why these two, so different, approaches are both therapeutically effective. The discussion will also examine what the ideal level of resistance is, and bring forth some empirical findings, that state the importance of matching the intervention-style with the client's level of resistance. On the basis of these findings, I lastly discuss when an expressive and supportive approach seems favorable and how to assess this. Both discussions end in a summation. A further summarizing discussion is brought to further discuss part one and two of the thesis as well as critically evaluate the thesis.

The thesis ends in a conclusion, that will bring an independent unifying description of resistance in order to answer the first part of the problem statement. Part two is answered by bringing forth knowledge about how to work *on the basis of, directly with* and *in proportion to* resistance and resistance-levels in psychotherapy. I also expand the summarizing description of resistance, to include a perspective on how to work in regards to resistance.

Keywords: resistance, definition, psychotherapy, Steven de Shazer, Gabbards scale of interventions, Motivational Interviewing (MI), Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP).

Indholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INDLEDNING | 1 |
| 1.1 | BAGGRUND FOR SPECIALET | 2 |
| 1.2 | PROBLEMFOMULERING | 3 |
| 1.3 | SPECIALETS OPBYGNING OG AFGRÆNSNING..... | 3 |
| 2 | INDBLIK I FORSKNING PÅ OMRÅDET | 5 |
| 2.1 | UDFORDRINGER I FORSKNING PÅ MODSTANDSOMRÅDET | 5 |
| 2.2 | DE ANVENDTE FORSKNINGSMETODER | 6 |
| 2.2.1 | <i>Rating scales</i> | 6 |
| 2.2.2 | <i>Klinisk udtryk</i> | 6 |
| 2.2.3 | <i>Observation</i> | 6 |
| 2.3 | DE EMPIRISKE FUND | 7 |
| 2.3.1 | <i>Modstand og personlighed</i> | 7 |
| 2.3.2 | <i>Modstand og udbytte af terapi</i> | 7 |
| 2.3.3 | <i>Modstand og alliance</i> | 7 |
| 2.3.4 | <i>Modstand og terapeutens indledende respons på klienten</i> | 8 |
| 2.3.5 | <i>Modstand kan observeres i forskellige former</i> | 8 |
| 2.4 | FORSLAG TIL FREMTIDIG FORSKNING | 10 |
| 3 | METODE | 12 |
| 3.1 | DEN ANVENDTE VIDENSKABSTEORETISK TILGANG | 12 |
| 3.1.1 | <i>Hermeneutik</i> | 12 |
| 3.1.2 | <i>Induktiv tilgang</i> | 12 |
| 3.1.3 | <i>Min forforståelse</i> | 13 |
| 3.2 | DET TEORETISKE SPECIALE | 13 |
| 3.3 | SPECIALETS TEORETISKE GRUNDLAG | 15 |
| 3.3.1 | <i>Litteratur anvendt i besvarelse af del 1 af problemformuleringen</i> | 16 |
| 3.3.2 | <i>Litteratur anvendt i besvarelse af del 2 af problemformuleringen</i> | 17 |
| 3.4 | LITTERATURSØGNING | 18 |
| 3.4.1 | <i>Kildekritik</i> | 19 |
| 4 | DEL 1: MODSTAND SOM PSYKOLOGISK BEGREB | 21 |
| 4.1.1 | <i>Definition af modstand</i> | 21 |
| 4.1.2 | <i>Hvordan adskiller modstand sig fra forsvar?</i> | 22 |
| 4.1.3 | <i>Ubevidst og bevidst modstand</i> | 23 |
| 4.1.4 | <i>Er modstand et intra- eller interpersonelt fænomen?</i> | 24 |
| 4.1.4.1 | <i>Intrapersonelt</i> | 24 |
| 4.1.4.2 | <i>Interpersonelt</i> | 25 |
| 4.2 | BEGREBSLIG DISKUSSION..... | 27 |
| 4.2.1 | <i>Findes modstand?</i> | 27 |
| 4.2.2 | <i>Diskurser omkring modstandsbegrebet</i> | 31 |
| 4.2.3 | <i>At omdøbe begrebet</i> | 32 |
| 4.2.4 | <i>Et konstruktivt syn på begrebet</i> | 35 |
| 4.2.5 | <i>Opsamling på del 1 af problemformuleringen</i> | 37 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5 | DEL 2: MODSTAND SOM PRAKSISFÆNOMEN..... | 40 |
| 5.1.1 | <i>Hvordan genkendes modstand i terapi?.....</i> | 40 |
| 5.1.2 | <i>Er modstand gavnlig eller dysfunktionel for individet?</i> | 40 |
| 5.1.3 | <i>Forskellige former for modstand.....</i> | 41 |
| 5.1.3.1 | Freuds klassifikationer..... | 42 |
| 5.1.3.1.1 | Fortrængningsmodstand..... | 42 |
| 5.1.3.1.2 | Overføringsmodstand..... | 42 |
| 5.1.3.1.3 | Modstand grundet sygdomsgevinst..... | 43 |
| 5.1.3.1.4 | Det-modstand..... | 43 |
| 5.1.3.1.5 | Overjeks-modstand | 44 |
| 5.1.3.2 | Modstand som træk ved klientens personlighed | 44 |
| 5.1.3.3 | Karaktermodstand..... | 44 |
| 5.1.3.4 | Terapeutens modstand | 45 |
| 5.1.4 | <i>Hvad påvirker modstand?.....</i> | 46 |
| 5.1.4.1 | Mismatch mellem klient og terapeut..... | 46 |
| 5.1.4.2 | Udefrakommende påvirkning | 46 |
| 5.1.4.3 | Fejl i terapien | 47 |
| 5.2 | DISKUSSION VEDR. ARBEJDET MED MODSTAND I PSYKOTERAPI | 49 |
| 5.2.1 | <i>Gabbards interventionsskala.....</i> | 49 |
| 5.2.2 | <i>Intensiv dynamisk korttidsterapi</i> | 50 |
| 5.2.3 | <i>Motivational Interviewing.....</i> | 52 |
| 5.2.4 | <i>Ekspressive og støttende tilgange til modstandsarbejdet.....</i> | 55 |
| 5.2.4.1 | Ekspressive tilgange | 55 |
| 5.2.4.2 | Støttende tilgange | 56 |
| 5.2.5 | <i>Et ideelt niveau for modstand.....</i> | 57 |
| 5.2.6 | <i>Modstand og et ringere udbytte af terapi.....</i> | 58 |
| 5.2.7 | <i>At matche terapeut-directiveness og modstandsniveauet.....</i> | 59 |
| 5.2.8 | <i>Hvornår er det hensigtsmæssigt at vælge en ekspressiv – eller en støttende interventionsform?</i> | 62 |
| 5.2.8.1 | Hvilken tilgang er gavnlig for den enkelte klient?..... | 63 |
| 5.2.9 | <i>Den ekspressive vs. den støttende tilgang</i> | 65 |
| 5.2.10 | <i>Opsamling på del 2 af problemformuleringen.....</i> | 66 |
| 6 | AFSLUTTENDE DISKUSSION..... | 69 |
| 6.1.1 | <i>Kritisk refleksion over specialets undersøgelse</i> | 69 |
| 6.2 | TRE VIGTIGE SPØRGSMÅL | 71 |
| 6.2.1 | <i>Spørgsmål 1.....</i> | 71 |
| 6.2.2 | <i>Spørgsmål 2.....</i> | 74 |
| 6.2.3 | <i>Spørgsmål 3.....</i> | 77 |
| 7 | KONKLUSION | 78 |
| 8 | REFERENCELISTE | 80 |

1 Indledning

“THERAPIST: Do you want to experiment right now then?
And call her from here? And see what your reaction is?”

CLIENT: Oh, I’d like to do that all right, but I’m not going to.

THERAPIST: How come?

CLIENT: Because I see through your ploy, that’s why.

THERAPIST: Ploy?

CLIENT: I’d be doing exactly what you wanted me to do under the guise of making my own decision about it. I would be doubly humiliated: first, for crawling on my hands and knees to my family begging for forgiveness, and second, for letting myself be manipulated by you into doing it.

THERAPIST: I’m not trying to manipulate you.

CLIENT: Do you deny that you feel it would be good for me to call my daughter? Do you deny that you would feel satisfaction as a therapist if you got me to do this?”

(Basch, 1982, p. 190).

Vignetten illustrerer en terapisisituation, hvori klient og terapeut op til dette punkt har samarbejdet om at klargøre klienten til at genetablere kontakt til sin familie. Klienten udviser nu *modstand* og der er gang i en *overføring* (ibid., p. 189f).

Dette speciale omhandler modstand og hvordan dette begreb og praksisfænomen kan forstås, samt hvordan man som terapeut kan arbejde hermed i psykoterapi. Modstand er en aktiv eller passiv opposition mod forandring (Basch, 1982, p. 188f) der typisk opstår hos klienten under terapi. Dette kan skabe en del frustration hos klient, såvel som terapeut, da klienten jo er kommet i terapi for at få hjælp til forandring, men modstanden modsætter sig dette. Albert Ellis giver i denne forbindelse et eksempel på nogle svære følelser, man som terapeut kan komme til at sidde med: ”*These god-dammed clients don’t really want to change – as they should – and they are lazy people who deserve to keep suffering!*” (Ellis, 1985, p. 179). Disse negative emotioner vedrørende klienter der udviser modstand går, i visse tilfælde, igen i teorien. Som ordsproget lyder; ’kært barn har mange navne’, og dette er i høj grad gældende for modstand, hvilket følgende citat illustrerer: ”*Such patients have been called oppositional, reactionary, noncompliant, intractable, and unmotivated.*” (Beutler et al., 2002a, p. 207). Modstand har altså i visse forståelser fået ’et dårligt ry’, hvilket også er at fornemme i måden hvorpå det i litteraturen beskrives, f.eks. i titlen på Ellis’

bog; *Overcoming Resistance – Rational-Emotive Therapy with Difficult Clients*. Alt-
så overvindelse af modstand hos de besværlige klienter. Ellis (1985) foreslår dog i
bogen, at den mest besværlige klient i terapien faktisk ikke er vores klient men os
selv som terapeut. Herunder at også terapeuten kan have modstand (pp. viii, 165ff).

Men hvad er modstand i virkeligheden et forsvar imod?

Alment kan det forstås at "[...] *resistance resists a change*." (Meichenbaum & Gil-
more, 1982, p. 152). Modstand modsætter sig forandring og har, if. Sandler, Dare og
Holder (1994), en selvbeskyttende funktion, da denne forandring kan virke faretru-
ende, hvormed personligheden og dennes funktionsmåder må beskyttes og i visse
tilfælde indkapsles som en del af det ubevidste (p. 130). Dog er denne beskyttelse
ofte irrationel, og kan holde individet fastlåst i en smertefuld psykisk tilstand (ibid.).
Diderichsen (1998b) fremsætter, at klienten nødvendigvis må opgive modstanden,
hvis han ønsker at blive rask, men at dette føles risikabelt, da modstanden er den ene-
ste sikkerhed han har, og uden den risikerer at blive mere syg. På denne måde er kli-
enten låst fast, og det er her op til terapeuten at hjælpe ham med at låse sig fri igen
(p. 38f). Klienten kan altså være i en pinefuld situation og være meget motiveret for
at udvikle sig, men frygten aktiverer modstanden. Ved netop at tænke på dette fore-
slår Meichenbaum og Gilmore, at man som terapeut kan genvinde empatien for ens
klient og at man må forstå deres modstand ud fra at: "*Trying to change is only going
to risk that very likely possibility of making everything much worse*." (Meichenbaum
& Gilmore, 1982, p. 152). Altså er det modige klienter der kommer og vil forsøge at
udvikle sig, på trods af risici. Selvom det ikke er hensigtsmæssigt at tvinge klienten
til at gøre noget de ikke vil, selv hvis det er at hjælpe ham, så lægger Wachtel (1982)
vægt på, at terapeuten har et ansvar ud over en 'take-it-or-leave-it' tilgang over for
klienten. Man må hjælpe klienten til at træffe de svære valg, og til at tage udfordrin-
gen med terapi op. Klienten kommer netop i terapi fordi han har adfærd der gør det
svært at fungere, og han kan ikke selv ændre denne adfærd (pp. xviii, xix).

1.1 Baggrund for specialet

Min nysgerrighed på begrebet startede i min praktik på Universitetsklinikken, ved
Aalborg Universitet, hvor jeg flere gange oplevede at sidde med mine klienter i en
ukendt fastlåst position. Jeg følte det ene øjeblik at terapien skred godt fremad for så

det næste at stoppe brat op, som var vi løbet ind i en mur. Nogle gange fandt vi frem til hvad denne 'mur' bestod af og den forsvandt, og andre gange virkede der til at være den ene mur efter den anden som ikke ville fortage sig. I supervisionen talte min supervisor om, at min klient i disse tilfælde blev 'modstandspræget', hvilket for mig var et lettere mystisk og generaliserende fænomen. Jeg blev ved med at opdage nye sider af min klients modstand, men det hjalp ikke umiddelbart min forståelse blot at stemple al denne adfærd som 'modstandsadfærd'. Jeg tror grunden til, at jeg har fundet modstand så interessant, er det modsatrettede deri; klienten kommer og ønsker terapi og hjælp til at udvikle sig. Han oplever bl.a., at han ikke selv kan ændre på de smertefulde følelser han går med, den måde han relaterer sig til sin omverden på og den adfærd han har. Han er fastlåst i denne pinefulde position. Men når terapien starter føles det som om at han trækker i håndbremsen og saboterer sin egen bedring. På baggrund af dette problemfelt ønsker jeg at undersøge begrebet modstand med udgangspunkt i følgende problemformulering:

1.2 Problemformulering

Hvorledes kan begrebet *modstand* forstås og hvordan kan man, som terapeut, arbejde med dette i psykoterapi til fordel for klientens udvikling?

1.3 Specialets opbygning og afgrænsning

Der vil indledningsvist præsenteres et overblik over den eksisterende empiri på området med fokus på, hvilke metoder der typisk anvendes, hvilke fund der er gjort, samt tilhørende forslag til videre forskning. Herefter kommer et metodeafsnit der beskriver den videnskabsteoretiske tilgang der er anvendt i specialet, et indblik i hvorfor undersøgelsen blev teoretisk, det teoretiske grundlag, samt en gennemgang af litteratursøgningsprocessen. Derefter forgrenes specialet i to dele, der med hver sin redegørelse og analytisk diskussion undersøger sin del af problemformuleringen, således at:

1. del beskæftiger sig med at forstå modstand, som et psykologisk begreb. Derudover undersøges opfattelsen af begrebet i forhold til de diskurser der er herom. Dette vil undersøges ud fra rationalet om, at opfattelsen og forståelsen af begrebet har indflydelse på hvordan man vil arbejde med dette i psykoterapi-

pi. Centrale diskussioner på området vil belyses og søge at skabe en nuanceret forståelse af begrebet, hvilket munder ud i en opsummering.

2. del søger indblik i modstand som et praksisfænomen, altså hvordan modstand fremtræder i terapi. Dertil også hvordan man som terapeut kan arbejde med modstand, således at denne ikke forhindrer klientens udvikling. For at belyse arbejdet med modstand bringes to forskellige kliniske tilgange i spil, samt en interventionsskala og der afrundes med en opsamling.

Den efterfølgende opsamlende diskussion kritiserer og fremlægger de mest centrale synspunkter og argumenter i undersøgelsen, samt leder op til konklusionen. Konkluderende vil der bringes en samlet nuanceret forståelse af både begreb og praksisfænomen igennem en selvstændig kondenseret definition af modstand, samt indblik i hvordan man, som terapeut, kan arbejde med modstand i terapi til fordel for klientens udvikling. Der bringes ikke en særskilt perspektivering, men flere løbende perspektiver igennem specialet. Herunder kan f.eks. nævnes den diskursive vinkel på modstandsbegrebet (4.2.2) og vinklen med at arbejde i forhold til modstandsniveauet i terapien ud fra Gabbards interventionsskala (5.2).

Afgrænsende er der i specialet hovedsageligt fokus på modstand der opstår i klienten, men dette forstås samtidigt som et interpersonelt fænomen og der bringes også et perspektiv på terapeutens modstand (5.1.3.4). At arbejde med modstand i psykoterapi forstås i specialet både som direkte intervention på modstanden, samt at intervenere i forhold til eller på baggrund af modstanden. Det skal også nævnes, at der i specialet anvendes ordet 'terapeut', dette forstås synonymt med 'psykolog'. For at minimere forvirring vil terapeuten refereres til som værende af hunkøn, og klienten hankøn.

I problemformuleringen benyttes ordet *udvikling*, der kan beskrive en forandring eller udfoldelse over tid, der går fra f.eks. simpel eller dårlig til kompleks eller bedre. Altså en positiv forandring. Poulsen (2007) forklarer, at der dog ikke er konsensus om en definition på udvikling, da der er svært at udgøre en målestok for, hvad en bedre udvikling kunne være. Samtidigt benyttes ordet også til tider om negativ forandring, såsom udvikling af psykisk sygdom (p. 682). I specialet forstås udvikling som en positiv terapeutisk forandring i klientens psykologiske tilstand. Ordet *forandring* kunne ligeledes have været anvendt, hvorfor dette også ofte benyttes.

Der er grænser for hvor omfattende specialet kan blive, og der søges dermed ikke en universel sandhed om modstand, eller at belyse samtlige tilgange til arbejdet hermed. Derimod er det et mål at undersøge et udvalg af teori og empiri på området, herunder synspunkter og diskussioner, for derved at bibringe nye vinkler og skabe en relevant samlet forståelse af modstand og det terapeutiske arbejde hermed. Som Lazarus og Fay udtrykker om modstand og forskning heri: *"To be able to articulate the exact ingredients that lead to failure or success is a worthy but lofty goal that our present knowledge does not even approach."* (Lazarus & Fay, 1982, p. 131). Altså er det umuligt at nå den fulde sandhed om modstand og arbejdet hermed, men dette speciale udgør en del af den samlede forståelse der skubber feltet et skridt videre.

2 Indblik i forskning på området

Dette afsnit har til formål at give en introduktion til modstand som forskningsområde. Her fremlægges hvilke udfordringer der er, hvilke forskningsmetoder der anvendes, hvilke fund der er gjort og lægger til sidst op til forslag til yderligere forskning. Samtidigt rummer afsnittet også flere bud på hvorfor specialet synes at have relevans for psykologien.

Larry E. Beutler, der er Ph.d. og professor emeritus i klinisk psykologi, synes at være en central forsker indenfor dette felt og har i samarbejde med flere forskellige forskere lavet en række metaundersøgelser af forskningen på området. Denne samling af studier har hjulpet til at illustrere en række sammenhænge mellem modstand, og den tilgang man tager hertil i terapi og selve udbyttet af terapien - hvorfor dele af denne forskning først præsenteres senere (5.2.6 & 5.2.7). Derved er det empiriske område altså lidt større end det fremgår af afsnittet.

2.1 Udfordringer i forskning på modstandsområdet

Beutler, Moleiro og Talebi (2002a) beskriver at der indenfor forskningen er forvirring, da der ikke er konsensus om hvordan modstand bør defineres. Således forsker nogle i modstand som noget der opstår i terapi, og andre som et træk klienten har i sin personlighed. Nogle forsker som var modstand et todelt fænomen, der enten er til stede i terapi, eller ej, mens andre mener at modstand altid er til stede men blot svinger i intensitet. Modstand er også et svært fænomen at undersøge, da det har så man-

ge former og udtryksmåder det kan tage, samt at det der ligner modstand kan være udtryk for noget helt andet (p. 209). Med andre ord: ”*Problems of definition plague research on resistance.*” (Beutler et al., 2002a, p. 209). Med dette kommer if Beutler, Harwood, Michelson og Song (2011) et spørgsmål om, hvordan man bør undersøge og determinerer hvorvidt der er tale om modstand – ved at spørge klienten, terapeuten, en observatør, eller flere? (p. 135). Dette taler i høj grad til relevansen af specialiets undersøgelse af, hvordan modstand som begreb og praksisfænomen kan forstås og dermed defineres.

Beutler et al. (2011) beskriver hvordan randomiserede kliniske forsøg længe har været den foretrukne forskning inden for psykologien når forskellige terapitilgange skulle testes. Problemet med dette er når vi søger at forstå hvad der virker i forhold til modstand, da de randomiserede forsøg typisk undersøger forskellige tilganges effekt inden for en bestemt diagnosegruppe. Vi har i stedet brug for at se på bestemte interventioner indenfor en gruppe af modstandsprægede klienter for at kunne sige noget specifikt (p. 134).

2.2 *De anvendte forskningsmetoder*

2.2.1 Rating scales

Flere målemetoder er opfundet for at forsøge at vurdere niveauet af modstanden, herunder The Resistance Scale (TRS; Schuller, Crist-Christoph & Connolly, 1991), Client Resistance Scale (CRS; Mahalik, 1994) og Client Resistance Code (CRC; Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh & Forgatch, 1984). Vi kan altså måle niveauet af modstand gennem skalaer, der også kan fortælle hvilken slags modstand der er tale om (Beutler et al., 2002a, p. 211).

2.2.2 Klinisk udtryk

Igennem den teoretiske litteratur, har jeg flere gange stødt på kliniske beskrivelser eller vignetter omhandlende klienters modstand og terapeutens arbejde hermed. Casestudier er også en form der er dukket op flere gange (Ellis, 1985; Wachtel, 1982).

2.2.3 Observation

Generelt har den teoretiske litteratur på området også rummet en række generelle observationer på baggrund af klinisk praksis, som ofte opsummerer modstands natur

og udtryk i terapi. Ved skabelse af rating scales, herunder specifikt CRS, benyttes tolkning af transskriberede terapisesessioner og observation af videooptagede terapisesessioner til at teste og vurdere skalaens præcision (Mahalik, 1994, p. 61).

2.3 De empiriske fund

Der vil nu gives en opsummering af relevante empiriske fund vedrørende modstand.

2.3.1 Modstand og personlighed

Det er undersøgt og fundet, at nogle individer nemmere bliver modstandsprægede og at disse kan karakteriseres gennem deres træk og forsvarsstil herunder et behov for kontrol, impulsivitet, direkte undgåelse og vrede (Beutler et al., 2002a, p. 212). Altså har nogle klienter en mere modstandspræget personlighed.

2.3.2 Modstand og udbytte af terapi

Beutler, Rocco, Moleiro og Talebi (2001) har gennem metastudier undersøgt modstand i forhold til behandlingsudbyttet og fandt at klientens modstandsniveau korrelerede negativt hermed. Dette tyder på at modstand har en negativ effekt på udbyttet af terapien (p. 433f). Problemet i denne forskning er dog, ifølge Beutler et al., at modstand ofte er defineret ud fra at klienten har fået et ringe udbytte af terapien, altså giver man modstand skylden for noget der kunne tilskrives mange ting. Dermed defineres modstand ud fra ringe udbytte og har ringe udbytte som konsekvens, og der er en vis cirkularitet i gang. Derfor er det nødvendigt at definere udbytte og modstand som separate instanser (ibid., pp. 432, 433f).

2.3.3 Modstand og alliance

Luborsky og Barrett (2006) beskriver, at der i teori og forskning er fundet sammenhæng mellem modstand, dennes hindring mod forandring og en forringet arbejdsalliance (p. 7). De opridser i denne forbindelse forskningsfeltet og fremhæver forskning af Callahan, der i år 2000 fandt, at positivt udbytte af terapi hænger sammen med en god alliance, og at modstand påvirker udbyttet negativt. Patton et al. fandt i 1997 gennem et studie af flere terapisesessioner, at når alliancen stiger gennem behandlingen falder modstanden. Piper et al. fandt i 1999, ifølge Luborsky og Barrett, at en høj grad af modstand øger risikoen for at klienten afslutter terapien før tid (ibid., p. 13). Luborsky og Barrett forklarer at dette kan være en konsekvens af at anvende en mere

styrende tilgange til klienten som kan øge dennes modstand, hvilket påvirker arbejdsalliancen. De nævner i denne sammenhæng et studie af Patterson og Chamberlain fra 1994, hvori de fandt at patologi kunne associeres med højere grad af modstand og at det også på denne baggrund kan være svært at skabe en arbejdsalliance, da alle interventionsforsøg øjeblikkeligt vil blive mødt med modstand (ibid.). Altså synes modstand at gøre det sværere at få en god arbejdsalliance, og forringes alliancen kan dette skyldes modstand.

2.3.4 Modstand og terapeutens indledende respons på klienten

Et studie foretaget af Westra, Aviram, Connors, Kertes, og Ahmed (2012) undersøgte den effekt terapeutens emotionelle respons på klienten havde på klientens modstand. Studiet fulgte fire kognitive terapeuter som havde 8 sessioner på to timer, med i alt 30 klienter (p. 163). Terapeuternes reaktioner på klienterne blev scoret ud fra et selvrapporterings spørgeskema, udfyldt af terapeuterne, med 40 items og en fem punkts skala, hvori disse svar opdeles i positive reaktioner (f.eks. empati, tilknytning, at lide klienten) og negative reaktioner (f.eks. tvivl på egen kompetence, forvirring, overvældethed, kedsomhed, frustration, provokation, magtkampe, føle sig manipuleret med) (ibid., p. 164). Terapeutens reaktioner på klienten blev målt i første og tredje session, og klientens modstand blev målt i femte session ved hjælp af the Client Resistance Code, hvori 11 forskellige slags modstandsadfærd scores. De fandt en sammenhæng mellem positive følelser og reaktioner fra terapeutens side, i starten af behandlingen, og en mindre modstandsgrad hos klienten i session fem, der er over halvvejs i behandlingsforløbet. Samtidigt fandt de også at klienterne havde mere modstand i de behandlingsforløb hvor terapeuten indledende havde haft negative følelser og reaktioner på klienterne (Westra et al. 2012, p. 167). Dette kan tyde på, at klienter kan fornemme terapeutens, om end subtile reaktioner, og de vil måske føle større behov for at beskytte sig imod negative af slagsen. Klienten kan dermed, igennem sin modstand, forhindre at terapeuten kommer for tæt på, og det bliver sværere at opbygge en arbejdsalliance.

2.3.5 Modstand kan observeres i forskellige former

James R., Mahalik (1994) har, ud fra en gennemgang af litteraturen på området, identificeret forskellige typer af modstand der kan opstå i terapi, og hvordan disse typisk tager form. Han anvendte denne viden i udviklingen af the Client Resistance Scale

(CRS) og dannede herfra fem underskalaer: 1) at modsætte sig at udtrykke smertefuld affekt: opleves som et fravær af emotioner. 2) At modsætte sig at genkalde materiale: opleves som vaghed når klienten fortæller, eller han undviger at fortælle. 3) At modsætte sig terapeuten: opleves som en modarbejdelse eller besvær ved at samarbejde. 4) At modsætte sig forandring: opleves som en tøven og handlen-imod. 5) At modsætte sig indsigt: opleves som om klienten har sat sig i en 'ikke-vidende' position. (p. 58ff).

Skalaen kan dermed informere om hvilken slags modstand, eller modstande, klienter har. Det blev under testningen af skalaen fundet, at terapeuten har en påvirkning på graden af modstand der er hos klienten, samt hvilken type modstand klienten griber til. Dette stemmer, ifølge Mahalik (1994), overens med dele af teorien på området, som ser modstand som noget der opstår grundet fejlende samarbejde mellem klient og terapeut og i særdeleshed begges mål for terapien (p. 64). Mahalik fandt i denne forbindelse at de mest effektive terapeutiske interventioner var: minimal opmuntring såsom en anerkendende lyd, fortolkning og åbne spørgsmål. Derimod var lukkede spørgsmål og at tilbyde klienterne information, ringere interventioner idet de øgede modstanden på flere af de fem underskalaer. Det er dog værd at bemærke at CRS udelukkende har koncentreret sig om tydelig observerbare former for modstand (ibid., p. 64f).

Opsamlende kan det siges, at vi kan måle klientens modstand og identificere typen af modstand på forskellige tidspunkter, igennem scales. Vi kan også, ud fra en række indikationer, vurdere om klienten har stor eller lille tilbøjelighed til at blive modstandspræget i forhold til deres personlighed. Vi ved også, at der er en sammenhæng mellem modstand og ringere udbytte og tidligere frafald fra terapien, men vi ved ikke præcist hvorfor. Det vides også, at modstand kan påvirke arbejdsalliancen negativt, og at det bliver sværere at danne en arbejdsalliance hvis der er indledende modstand. Modstand kan også forstås som en beskyttelse af klienten, hvis denne fornemmer at terapeuten ikke bryder sig om ham.

2.4 Forslag til fremtidig forskning

Gennem dette afsnit er det præciseret hvor feltet står i dag. Men hvad mangler vi at undersøge omhandlende modstand?

Det synes værdifuldt at dække de huller der er i den aktuelle forskning, f.eks. hvorfor modstand og udbytte af terapi er negativt korrelerede, hvorfor modstand kan besværliggøre opbyggelsen af en alliance, og hvorfor alliancen skades af modstand. Dertil er det stadig uklart på baggrund af den præsenterede empiriske forskning, præcis hvordan man kan forstå og arbejde med modstand. Beutler, Moleiro og Talebi udtaler: *”Logic should convince us that the more refined our distinctions are among both psychotherapy procedures and patient characteristics, the more likely we will be able to identify ways to customize treatments effectively.”* (Beutler et al., 2002b, p. 130). Altså må vi forske ud fra grupperinger af klienter med modstand, fremfor f.eks. diagnoser. Mahalik (1994) foreslår, at yderligere forskning kunne koncentrere sig om at forstå funktion og struktur af modstand, såvel som den rolle modstandsbegrebet spiller i terapi (p. 65). Vi mangler altså præcision og opsamling på området i forhold til, som tidligere i afsnittet redegjort for, en mere præcis definition af modstand og hvordan man kan arbejde med modstand i psykoterapi, da tidligere forskning primært har fokuseret på modstandens fremtrædelsesformer i terapi. Dette er netop fokus for specialets undersøgelse, hvormed specialet kan siges at have relevans for psykologisk teori og praksis.

På baggrund af forsøget på at afdække forskningsfeltet, og få indblik i hvilken slags forskning der har optaget modstandsområdet, er det min opfattelse at feltet virker tyndt i forhold til hvor vigtigt modstand synes at være i psykoterapeutisk sammenhæng. Arkowitz kommenterer netop på dette i år 2002, da han fremsætter at: *“The concept of resistance is perhaps one of the most important in the entire field of psychotherapy. Nonetheless, it is rather striking how little we actually know about it.”* (Arkowitz, 2002a, p. 135). Der kan stilles spørgsmålstejn ved hvorfor vi ved så lidt. Er vi ikke metodisk udrustet til at forske i området? Hvorfor har der ikke været større fokus på at forstå modstand? Kunne det have sammenhæng med at modstand, if. Sandler et al. (1994, p. 120), er et klinisk begreb frem for et psykologisk? Jeg har ikke svarene på disse spørgsmål, men jeg er på baggrund af specialet af den overbevisning, at den kliniske praksis kunne gavne af en udvidet og nuanceret forståelse af modstand. Dette er i min optik tilfældet, da jeg endnu sidder tilbage med undren og

spørgsmål i forhold til modstand og arbejdet hermed. Hertil vil jeg nu fremsætte en række forslag til yderligere forskning på modstandsområdet:

- Undersøgelse af sammenhængen mellem modstand og diagnoser. Herunder om der er sammenhæng mellem typen af modstand individet tyer til og dennes organisering, på samme måde som det kan være gældende i relation til anvendelse af forsvar.
- Studie eller opsamling af hvad præcist der forøger, sænker og opløser modstand i terapi.
- Indblik i hvordan klienter oplever modstand i terapi.
- Sammenholdning af og tilhørende systematiseret opstilling af praksiserfaringer vedrørende arbejdet med modstand, hvori flere forskellige teoretiske tilgange ytrer og undersøger hvilke elementer der virker og ikke virker inden for netop deres tilgang.
- En faglig diskussion/debat med argumenter i forhold til hvordan der bør arbejdes med modstand. Herunder bl.a. at nedbryde modstand, justere modstandsniveauet, ignorere eksistensen af modstand og at inddrage klienten i modstanden.

3 Metode

3.1 Den anvendte videnskabsteoretisk tilgang

3.1.1 Hermeneutik

Specialet opererer inden for det hermeneutisk paradigme. Hermeneutikken beskæftiger sig med at fortolke mening. Denne er en del af humanvidenskaberne og forskningsområdet er dermed mennesket og dennes meningsfulde aktivitet. Meningen er at finde i det *udtryk*, hvorved vores handlinger fremkommer, dermed må det undersøges hvad mennesket udtrykker og hvad der ligger bag dets handling. Dette kaldes *intentionalitet* og er den mening der ligger bag en handling der kan komme til udtryk på forskellige måder (Pahuus, 2012, pp. 140f). Derudover ligger der også mening i hvilken kontekst der ageres i (ibid., p. 145). Selve fortolkningsdelen som hermeneutikken beskæftiger sig med, forsøger altså at udlede den mening der er bag en form for ageren. Dette kan være de følelser, tanker og den vilje mennesket har. Også menneskets syn eller forståelse af situationen, dennes intentionalitet eller mål med handlingen må findes mening i. Dertil også konteksten, f.eks. kulturen, religionen, tiden, de sociale regler osv., der leder handlingen og som handlingen udspiller sig i (Pahuus, 2012, p. 145). Der er også mening at fortolke ud fra hvilken forståelsesramme man selv som forsker har at gå ind til undersøgelsen med, samt hvad alt dette betyder samlet set i dets helhed (ibid., p. 153).

Specialet er således hermeneutisk i min søgen og fortolkning af mening på modstandsområdet. Gennem specialet er der netop sket en meningsfortolkning, hvor jeg har kondenseret viden, fremhævet pointer, argumenteret, fortolket, videreformidlet, sat teori i spil på nye måder osv. Dermed tages der i specialet udgangspunkt i en hermeneutisk tradition.

3.1.2 Induktiv tilgang

Jeg er i første omgang gået ind til specialet med en bred problemformulering, præget af min manglende viden på området, der lød: hvordan kan man arbejde med modstand i psykoterapi? Således var jeg åben for hvad jeg måtte finde, og min videnskabelige proces var at lade empiri og teori udfolde sig, hvorved jeg kunne danne mig et overblik og finde ind til kernen af min interesse. Herfra blev det muligt på kritisk vis,

at sætte teori og empiri i nye sammenhænge og lade min nysgerrighed på arbejdet med modstand, og selve begrebet, føre mig hen til en række slutninger. Især i et teoretisk speciale er dette netop vigtigt set ud fra Helles og Køppes pointe: ”Hvis man på forhånd låser sig fast til en bestemt betragtningsmåde eller tilslutter sig en bestemt teori, så mister man sin teoretiske sensibilitet og kan for så vidt kun reproducere allerede opnået viden.” (Helles & Køppe, 2012, p. 288). Jeg forsøgte på baggrund af dette at forholde mig åben. Dermed har min metode været induktiv som slutningsregel i forsøget på at indfange nye erkendelser gennem et åbent syn på området, som det fremstår umiddelbart (ibid.).

3.1.3 Min forforståelse

Jeg er dog enig med de eksistentiale fænomenologer der mener, at vi aldrig fuldt ud kan lægge alle vore forforståelser bag os og opnå *epoché* fuldt ud, men at det er vigtigt at forsøge (Langdridge, 2007, p. 17f). Således har det ikke været muligt at gå fuldstændigt forudsætningsløst til arbejdet, da jeg, om end meget uvidende og prøvende, har arbejdet med modstand i terapi under min praktik på Universitetsklinikken. Herunder har min forforståelse været at modstand er svær for klienten at have, at den er svær at arbejde med, svær at forstå og til tider svær for terapeuten at tolerere. Altså en forforståelse om, at modstand kan skabe en del frustration i terapien. Jeg var dog også meget nysgerrig om at komme til at forstå; hvorfor og hvordan klienternes modstand kommer til udtryk, og at få en måde at arbejde med dette på i terapi. Jeg forventede at dette ville mindske den frustration terapeuten måtte have og også øge dennes tolerance for modstand. Jeg har forsøgt at være bevidst om denne forforståelse, og at holde den i mente, således at jeg kunne forholde mig undrende for hvad jeg måtte finde. Et bevidst tiltag i relation til dette var at undersøge andres forforståelse af begrebet. Dette udforsker jeg i den begrebslige diskussion (4.2) og finder at der findes både positive og negative associationer til begrebet.

3.2 *Det teoretiske speciale*

De indledende metodiske overvejelser omhandlede hvorvidt specialet skulle udformes empirisk eller teoretisk. Jeg valgte en teoretisk tilgang til problemstillingen, da dette rent videnskabeligt, såvel som praktisk, synes at kunne producere den form for viden jeg søgte - dette værende et grundigt overblik og forståelse af samtlige dele af

problemformuleringen. Det teoretiske speciale formår at samle op på; viden fra forskellige teoretiske tilgange, empirisk viden og også klinisk viden, hvorved alle disse områder kan sættes i spil og komplimentere hinanden. Dermed skabes et stærkt vidensfelt, hvori vidensdeling kommer til sin ret, og forhåbentligt kan løfte niveauet af forståelse vedrørende modstand. For at undgå at reproducere allerede godtaget viden, som Helles og Køppe (2012, p. 288) advarer imod, har det været et fokus i specialet at stille nye relevante spørgsmål, og forsøge at hjælpe modstandsområdet et skridt videre. Herigennem har jeg undersøgt hvor forskningen, forståelsen og arbejdet med modstand er kommet til den dag i dag, hvilket i sig selv er et bidrag til psykologien. Det er ønsket at specialet skal være tankeprovokerende i forhold til, imellem linjerne, at opfordre læseren til at tage stilling til egen forståelse, og eventuelle arbejde med modstand i terapi, og potentielt at undersøge hvilke fordomme og følelser fænomenet kan vække. Generelt håber jeg, at specialets undersøgelse kan lægge op til refleksion og diskussion, og forøge fokus på dette fænomen, der for mig er omgivet af mystik. Flere gange er jeg faldet over udsagn som erklærer størst vigtighed af alt til at forstå og arbejde med modstand i terapi (Arkowitz, 2002a, p. 135; Blatt & Erlich, 1982, p. 88; Ellis, 1985, p. 1), dog har teksterne om emnet været sparsomme igennem min tid på psykologiuddannelsen, og nyere forskning på området ligeså. Man kunne undre sig over at vi ikke hører mere om modstand, og hvorfor det ikke udgør et større område indenfor psykologisk forskning. Er begrebet gået i glemmebogen? Har det gamle begreb mistet dets relevans? Ved vi alt hvad vi har brug for at vide?

Der synes i visse tilfælde at opstå en slags barriere mellem forskellige teoretiske ståsteder, således at disse erklærer sig uenige på et teoretisk plan, men i virkeligheden synes at sige det samme blot med andre ord. Dette kan være problematisk og hindrende for den forskningsmæssige fremgang. Arkowitz (2002a) stiller sig på lignende vis undrende og kritisk over for den begrænsning der synes, at være inden for det psykologiske felts vidensdeling, hvor vi glemmer at kigge ud over vores egen teoretiske retning og lære af hinanden (p. 135f). Han mener specifikt at vidensdeling omhandlende modstand, tidligere har fokuseret hovedsageligt på den teoretiske, nogle gange abstrakte forståelse, ud fra hver teoretisk retning, frem for det kliniske arbejde med modstand, hvor der måske ville forekomme flere ligheder. Disse ligheder kunne måske hjælpe i forståelsen af fænomenet og hjælpe os til at se ud over teori og forske, og muligvis inspirere terapeuten til at anvende interventioner udenfor egen

tradition (ibid., p. 136). Alt dette har jeg haft i mente og specialet har fungeret som en samling af teori om modstand og praksistilgange hertil. Altså har jeg forsøgt objektivt at udtrække essensen af teoriens syn på området og forsøgt at forstå hvad dette syn hviler på. På denne måde lykkedes det at sætte eksisterende litteratur i en ny sammenhæng, og at skabe en relevant kontekst for dybere forståelse.

Jeg kunne også have valgt at undersøge min problemformulering gennem en empirisk tilgang, ved f.eks. at have interviewet en række erfarne terapeuter med forskellige syn på begrebet, og undersøge deres forståelse af modstand som begreb og praksisfænomen, samt hvordan dette syn påvirker deres terapeutiske arbejde med modstand. Dette havde formodentligt givet et unikt indblik i fænomenet og begrebet der dog ikke ville være generaliserbart. Samtidigt ville jeg ikke have plads i specialet til i dybden at udforske fænomenet og den mere generelle forståelse af modstand, der hersker indenfor psykologien. At tilgå undersøgelsen teoretisk har således været en metode der har båret frugt i forhold til, at opnå et overblik og indblik i dette afgrænsede område. Det blev gennem dette overblik muligt at synliggøre en række sammenhænge mellem, f.eks. forståelsen af begrebet/praksisfænomenet og tilgangen hertil i psykoterapi. En proces med videns kondensering som produkt.

3.3 Specialets teoretiske grundlag

Der vil i dette afsnit redegøres og argumenteres for de teoretiske perspektiver jeg har anvendt i specialet til at undersøge problemformuleringen ud fra. De anvendte teorier, er til fordel for overblikket, inddelt efter hvilken del af problemformuleringen de har været anvendt til at besvare. Indledningsvist kan det nævnes at nummer 58 af *Journal of Clinical Psychology* fra 2002, efter udformningen af problemformuleringen, blev min teoretiske indgang til emnet. Denne udgave var dedikeret til modstand som begreb og klinisk fænomen, og fokus var på at dele viden mellem teoretiske traditioner inden for psykologien. Terapeuter fra forskellige traditioner blev heri inviteret til at beskrive hvordan de forstod begrebet, og ud fra case-materiale, at beskrive den kliniske tilgang de ville tage til modstanden (Arkowitz, 2002a, p. 136). Dette var inspirerende og gav en forståelse af, hvor forskelligt modstand kan forstås og hvordan dette påvirker den tilgang terapeuten søger at tage i terapi.

3.3.1 Litteratur anvendt i besvarelse af del 1 af problemformuleringen

Da begrebet har dets oprindelse i Freuds værker, inddrages en psykoanalytisk forståelsesramme.

Generelt trækkes der i specialet på teori inden for psykodynamisk psykologi der ifølge Olsen (2002) kan defineres som en: ”*Fællesbetegnelse for psykologiske skoledannelser, der baserer sig på psykoterapeutiske erfaringer, og hvis teori fokuserer på samspillet mellem interagerende psykiske kræfter, som både kan repræsentere drifterne og samfundet.*” (Olsen, 2002, p. 647). Ifølge Jacobsen og Mortensen (2013) er noget af det der definerer en psykodynamisk opfattelse, et fokus på forståelse frem for teknik. I forståelsen er en antagelse om betydningen af det ubevidste og at al vores adfærd indeholder mening. Der er også fokus på overføring og modoverføring i terapi, og det antages at det er godt for mennesket at have dybt kendskab til sig selv og sit inderste (p. 20). Denne retning rummer også det psykoanalytiske, der som sagt, er modstandsbegrebets ophav hvormed denne synes ideel. Dertil vil det i specialet fremlægges, modsat den psykoanalytiske forståelse, at modstand er noget som opstår interpersonelt, og de psykodynamiske teorier omhandler netop det interpersonelle. Den psykodynamiske teori tilbyder en bred ramme for forståelse, der vil blive udfordret i diskussionerne ved at bringe synspunkter fra andre skoler.

Steven de Shazer er en central teoretiker i specialet, da han tilbyder mange grundige argumenter i forhold til begrebet, samt dets kliniske anvendelse. Det er værd at bemærke at hans synspunkter kan være kontroversielle. I hvert fald blev hans artikel *The Death of Resistance* fra 1984, afvist 17 gange og revideret 6 gange før den endelig blev trykt (De Shazer, 1989, p. 227). Denne artikel, samt artiklen *Resistance Revisited* fra 1989, og de følgende kritikker og forsvar heraf, er anvendt, da de stiller spørgsmålstegn ved det almindeligt antagende på området, og derved kan tilføre diskussionen flere vinkler. De Shazer bekender sig ikke, mig bekendt, til en videnskabs-teoretisk retning, men i hans holdninger og argumenter fornemmes klart en socialkonstruktionistisk strømning. Dette ser jeg i og med hans fokus ligger på hvilke diskurser der hersker om modstand. I socialkonstruktionismen er sproget, if. Christensen (2011), netop centralt, da mennesket i en interpersonel kontekst konstruerer både virkelighed og identitet gennem anvendelsen af sproglige begrebet og strukturer. Altså er det i denne tradition igennem sproget vi opbygger forståelse og hermed er diskurserne formende for personen (pp. 71-73).

3.3.2 Litteratur anvendt i besvarelse af del 2 af problemformuleringen

I diskussionen vedrørende arbejdet med modstand i praksis, tages udgangspunkt i to konkrete tilgange, der er valgt da de fordeler sig i hver sin ende af Glen O. Gabbards skala over det ekspressive og støttende kontinuum af interventioner. Derved trækkes også på Gabbard der er psykodynamisk orienteret.

Den ene tilgang er *Intensiv dynamisk korttidsterapi*, ud fra Patricia Coughlin Della Selvas beskrivelse. Tilgangen tager afsæt i psykoanalytisk teori og en forståelse af det ubevidstes metapsykologi, men kan siges at være korttidsdynamisk i sin helhed (Della Selva, 2001, p.10). Det kan hertil nævnes at dette blot er en af de mange former for korttidsdynamisk psykoterapi (KDP)¹ der findes. Odd E. Havik (2002) udlægger, at man kan gruppere de forskellige former for KDP ud fra hvor angstprovokerende interventioner de anvender. At udfordre, påpege og konfrontere klientens forsvar, eller at benytte sig meget af overføringsfortolkninger, ligger til den angstprovokerende ende. I den mindre angstprovokerende ende findes interventioner som er angstregulerende og støttende. Tilgangen må vælges ud fra hvad der er passende til klienten, og dermed i forhold til dennes ressourcer og motivation (148f). Dette altså en forståelse der kan sidestilles med Gabbards interventionsspektrum over det ekspressive og støttende. Intensiv dynamisk korttidsterapi placerer sig i forhold til dette i den ekspressive ende af interventionsskalaen, og i den angstprovokerende ende af KDP tilgange.

Den anden tilgang, *Motivational Interviewing* (MI), er valgt da denne tilgang tilbyder et radikalt andet syn på og tilgang til arbejdet med modstand, der placerer sig i den støttende ende af Gabbards interventionsskala. Tilgangen er skabt af William R. Miller, og er videreudviklet i samarbejde med Stephen Rollnick. MI er Rogers inspireret i tilstræbelsen på et ligeværdigt forhold mellem klient og terapeut præget af empati. Dermed et klientcentreret fokus. MI låner også fra læringsteori og adfærdsteori (Moyers & Rollnick, 2002, p. 186, 528), og beskrives af Miller og Rollnick (2009) som værende humanistisk frem for behavioristisk i sin ånd og grundforståelse (p. 134). Specialet bringer derved to meget forskellige tilgange til arbejdet med modstand.

¹ KDP forløb er mellem 10 og 40 timer, 20 timer yderligere kategoriseres som lang korttidsterapi (Havik, 2002, p. 150).

3.4 Litteratursøgning

Metodisk har jeg haft en proces med opsøgning af litteratur, hvilket jeg nu vil beskrive i et forsøg på videnskabelig transparens. Jeg har anvendt systematisk søgning af en række nøglebegreber gennem forskellige databaser, og forsøgt at udnytte databasernes styrker. Hovedsageligt har jeg benyttet AUB's søgemaskine, og herigennem haft adgang til en lang række databaser for tidsskrifter, samt søgemaskinerne PsycInfo og PsycArticles. Jeg startede litteratursøgningen ved at få et kursus i søgeteknikker på Universitetsbiblioteket, for således at forbedre og genopfriske disse; herunder viden om Boolsk logik, trunkering og frasesøgning. Dette hjalp når jeg søgte, da alle ordets former kunne medtages, der kunne søges på sammensatte ord, og værktøjerne kunne hjælpe med at indsnævre søgning ved at frasortere nogle udvalgte emner. Jeg har også benyttet mig af Google, Google Scholar, Bibliotek.dk og det digitale projektbibliotek.

Litteratursøgningen har foregået i faser. Jeg startede med at søge bredt på begrebet modstand, og læste grundbogsmateriale om begrebet, for at udvide min viden og dermed mit søgeområde. Jeg skrev løbende begreber ned, som jeg ønskede at søge videre på. Jeg fandt også et speciale fra Aalborg Universitet af Rasmussen (2012), som dannede grundlag for min forståelse af begrebet. Dertil gav hendes litteraturudvalg et godt søgeudgangspunkt.

Generelt oversatte jeg alle søgeord til engelsk, hvis muligt, for at åbne søgemulighederne. Denne omgang søgte jeg på: modstand, fortrængningsmodstand, overføringsmodstand, over jeg modstand, strategisk modstand, taktisk modstand, modmodstand, modstandsanalyse, Freud, modstandspræget, modstandsadfærd.

Jeg skimmede herefter, eller læste abstracts og konklusioner, for at arbejde mig ind på mit interesseområde. Jeg havde nu en ide om at problemformuleringen skulle indeholde to undersøgelsesområder; en generel forståelse af fænomenet og begrebet, og et indblik i hvordan terapeuten kunne arbejde med modstand i psykoterapi. Søgningen blev således todelt: 1: begreb, definition, historisk udvikling og 2: psykoterapi, terapi, psykologisk praksis, praksiserfaring, psykodynamisk, kognitiv, samarbejde, overføring, modoverføring.

Jeg ejede selv Della Selvas bog om intensiv dynamisk korttidsterapi, og ønskede at finde en tilgang der var anderledes i forhold til denne. Jeg havde deltaget i et kursus omhandlende MI, der forekom mig at kunne tilbyde dette perspektiv. Jeg søgte der-

for på: MI, Motivational Interviewing, Rollnick, Miller. Alt dette derefter i kombination med modstand/resistance.

Jeg har også forsøgt mig med en række kædesøgninger, hvor det gennem sekundære kilder blev tydeligt hvilke primærkilder der oftest var refereret til, eller hvor der f.eks. var tale om en bestemt undersøgelse. Jeg havde nu en stor mængde bøger, artikler, tidsskrifter, opgaver, ordbogsdefinitioner osv. Jeg gennemgik alt materialet og skimmede, læste konklusioner, abstracts, og indledninger for at sortere irrelevant materiale fra. Jeg læste herefter grundbogsstof for hurtigt at få en overordnet forståelse, og herefter kunne jeg læse med mere specifikke fokusområder.

I min tilvælgelse af forskningsområde fulgte generelt også en naturlig fravælgelsesproces. Det blev hurtigt tydeligt, at jeg havde brug for en række eksklusionskriterier. De områder der ikke var af interesse var bl.a.: anoreksi, bulimi, familieterapi, kognitiv terapi, parterapi, biologisk psykologi, modstandsbevægelsen, 2. verdenskrig, krig, lægevidenskab, organisk, organisationspsykologi, ledelse, markedsliberalisme.

3.4.1 Kildekritik

Under litteratursøgningsprocessen, såvel som under specialeskrivningen, har jeg forholdt mig kildekritisk og taget stilling til de anvendte kilder i forhold til:

- Relevans for besvarelsen af problemformuleringen.
- Kildens faglighed; herunder forfatterens faglige baggrund, titler og teoretisk orientering. Om der er belæg for udtalelserne og hvordan de er kommet frem til deres informationer, resultater og fortolkninger.
- Jeg har overvejet hvem er teksten rettet mod og hvad er tekstens formål er, herunder hvad og hvordan der er argumenteret – f.eks. nuanceret, holdningspræget, for/imod, objektivt.
- Jeg har vurderet kildens videnskabelige værdi, herunder de anvendte metoder, den kontekst eller tid der kan påvirke kilden, om der er evidens, validitet, reliabilitet, transparens og generaliserbarhed.
- Jeg har også overvejet hvilket led kilden er af.

På baggrund af dette har jeg bl.a. ekskluderet tekster uden relevans, tekster skrevet ud fra mangelfuld faglig baggrund, eller hvis formål har været et andet end at bidrage til psykologien. Dog finder jeg det nødvendigt at nævne, at jeg gerne ville være mere kritisk i forhold til anvendelsen af undersøgelser der kunne have bedre forskningsde-

signs, være mere gennemsigtige eller hvis resultater er konkluderet på en tyndt grundlag. Dog har jeg i denne forbindelse set mig nødsaget til at inddrage empiri, som jeg under andre omstændigheder havde valgt fra, da jeg ellers ikke ville have noget eftertestet empiri med. Jeg foretog i denne forbindelse en mere specifik søgning og søgte på: empiri, empiriske fund, undersøgelser, forskning, studier, ratingscales, måling, observation, kvalitativ, kvantitativ. Alt i kombination med modstand/resistance.

Denne søgning tilføjede ikke meget. Det skal dog nævnes at der i den store overvægt af teoretisk litteratur har været empiri at finde i form af vignetter, deciderede case/terapi eksempler og detaljeret kliniske erfaring. Det skal også nævnes, at hovedmængden af litteratur er af ældre dato, hvilket ikke nødvendigvis gør det af ringere kvalitet, men det undrer mig, igen på baggrund af hvor centralt begrebet synes at være i den kliniske praksis, at der ikke er vedvarende teoretisk og empirisk interesse i begrebet, hvorved noget af denne litteratur synes at være utidssvarende.

4 Del 1: Modstand som psykologisk begreb

4.1.1 Definition af modstand

Oprindeligt er modstand beskrevet i forhold til psykoanalytisk behandling, men begrebet kan, if. Sandler et al. (1994), uden substantiel ændring udvides til andre kliniske situationer (p. 120). Freud er fader til begrebet og den oprindelige definition lyder: ”*Alt, hvad der forstyrrer det analytiske arbejdes fortsættelse, er en modstand.*” (Freud, 1988, p. 411). Altså en meget omfattende og ikke særlig indsnævrende definition, hvori alt kan siges at være modstand, og dermed kan intet, der går i vejen, siges ikke at være det. Freud kommenterer selv på udsagnet som værende en teknisk regel der må stå som advarsel til terapeuten, og at denne let kan misforstås. F.eks. sker der også hændelser i terapi som man ikke kan bebrejde klienten, måske et dødsfald i familien der gør det umuligt at fortsætte terapien på daværende tidspunkt. Der kan også forekomme begivenheder som klienten ikke har forskyldt, men det er her op til klienten hvor forstyrrende dette vil blive for terapien, og modstanden må findes i hvor villig og overdreven dette udnyttes til at sabotere terapien (ibid., p. 483).

Modstandsbegrebet og dets definitioner er altså af ældre dato. Dog er der siden begrebets oprindelse sket flere nye fund på området og definitionerne er i visse tilfælde derfor ikke længere dækkende, og i værste tilfælde ikke sande. Dette ses tydeligt i og med der findes utallige definitioner af samme begreb der tilmed modsiger hinanden (jf. 4.1.3 & 4.1.4). Jacobsen, Schnack, Wahlgren og Madsen (1999) fremhæver netop vigtigheden af at have en klar og fyldestgørende definition af de begreber man anvender på skrift, såvel som i tale, da man ellers vil kunne misforstå hinanden på baggrund af forskellige opfattelser af samme begreb (p. 123). Formålet ved at have en begrebsdefinition er altså at forbedre og afklare kommunikation (ibid., p. 124).

I relation til modstand pointeres det af Ellis (1985), at ens syn på begrebet, og hvordan man må arbejde hermed, nødvendigvis må afhænge af hvordan fænomenet defineres (p. 6), hvorfor det er et fokus i specialet først at undersøge hvordan man kan forstå modstand. I et forsøg på at få en begrebsforståelse vil forskellige definitioner af modstand være at finde gennem specialet. Disse afspejler hvor forskellige opfattelser der er, og har været af, hvor modstand kommer fra, hvordan det opstår, hvad der påvirker den, samt om det er et inter – eller intrapersonelt begreb. Disse diskute-

res løbende, men det står på denne baggrund klart, at der på området mangler en definition der kan samle de eksisterende definitioner, skære dét fra som vi nu ved ikke er gældende, og tilføje de nye dimensioner og egenskaber ved begrebet, som vi nu har viden om. Jeg søger derfor igennem specialet at nuancere min forståelse af modstand for til slut at kunne kondensere denne viden og udforme en nutidig, opdateret, opsamlende og brugbar definition. Dette er ét af specialets bidrag til psykologien.

4.1.2 Hvordan adskiller modstand sig fra forsvar?

Ved gennemgang af modstandslitteraturen blev det tydeligt at også et andet begreb, nemlig *forsvar*, også ofte dukkede op. Begreberne bruges, if. Blatt og Erlich (1982), næsten synonymt, da både modstand og forsvar har til opgave at beskytte individet mod ydre og indre fare og fungerer på lignende vis (p. 70). Så hvad adskiller de to begreber?

Modstand tilhører, if. Aagaard (2002), psykoterapien og forsvar; personlighedsteorien (p. 491). Olsen og Købbe (1992) fremhæver dog, at alle forsvarsmekanismer har del i modstanden. De tjener at vedligeholde en tålelig tilstand, men i forsvaret af dette modvirker de helbredelse og holder klienten fast i sin ulykke (p.20). Også ifølge Psykologisk Leksikon er modstand et begreb som anvendes når forsvar er aktivt i terapi (Fink, 2005, p. 372). Altså er forsvaret aktivt når der er modstand, og det er forsvaret der skaber selve modstanden. Også hos skaberen af begrebet, Freud, ansås modstand som værende tæt, men ikke udelukkende, forbundet med hele patientens forsvar. Forsvaret mente Freud, if. Sandler et al. (1994), opstod som en måde at håndtere faresituationer på (p. 127). Om forholdet mellem forsvar og modstand skrev Freud ”[...] forsvarsmekanismerne mod fortidige farer under behandlingen vender tilbage som modstande mod helbredelsen. Det munder ud i, at helbredelsen selv behandles som en ny fare af jeg ét.” (Freud, 1937, p. 212). Derved mente Freud, at man ved at undersøge den måde modstanden fremkommer og tager form på, kan blive klogere på det bagvedliggende forsvars organisation (Freud, if. Sandler et al., 1994, p. 127f).

Generelt hersker der altså en forståelse, som hos Greenson (1973), om at forsvaret i terapi vil manifestere sig som modstand (p. 77) og det kan tilføjes, at Rangell, if. Sandler et al. (1994), mener at modstand kan siges at være en del af forsvaret. Modstand vil således aktiveres af jeget, såfremt det eksisterende forsvar er for svagt til at

afværge truslen (p. 130). Det skal dog afsluttende pointeres at: ”*Modstand er ikke identisk med forsvar eller anvendelse af forsvarsmekanismer, selv om modstand antages at være en funktion af forsvaret.*” (Aagaard, 2002, p. 491). Altså er er modstand og forsvar ikke det samme og har ikke samme fremtrædelsesformer, på trods af at modstand er en del af individets forsvar.

4.1.3 Ubevidst og bevidst modstand

Ifølge Diderichsen (1998b) er modstand ubevidst for klienten, der bevidst kæmper for at få det bedre gennem behandlingen (p. 37). Freud mente at klienterne oplevede en indre modstand imod at lade glemte ting, der befandt sig i ubevidstheden, komme op til overfladen, og at terapien var det der skulle hjælpe klienten med; ”[...] *overvindelsen af modstandene mellem bevidst og ubevidst.*” (Freud, 1910a, p. 75). Altså ses modstand hos Freud som en ubevidst mekanisme, som man må bevidstliggøre hos klienten ved at benævne den.

Ellis (1985) mener dog at klienterne har modstand netop fordi de er klar over, eller næsten klar over, at der lige under deres bevidsthedsniveau er en masse skamfulde følelser og tanker, som de nu bliver bedt om at trække frem i lyset (p. 12). Blatt og Erlich (1982) mener at modstand kan være både bevidst og ubevidst (p. 88). Greensons forståelse synes dog at være åben for, at begge tilfælde kan være gældende i forskellige situationer: ”*Resistance may be conscious, preconscious, or unconscious, and may be expressed by means of emotions, attitudes, ideas, impulses, thoughts, fantasies, or actions.*” (Greenson, 1973, p. 59f). Dertil mener han altså også at modstand kan være førbevidst.

På baggrund af dette korte indblik, er det forståelsen i specialet at modstand kan være både ubevidst, førbevidst² og bevidst for klienten.

² Begrebet *førbevidst* henviser til at ubevidste tanker og følelser kan være næsten bevidste, da de ikke er fortrængte men latente og dermed kan gøres bevidste hvis dette er individets ønske (Andersen et al., 2012, p. 170).

4.1.4 Er modstand et intra- eller interpersonelt fænomen?

4.1.4.1 Intrapersonelt

Freud havde, if. Jacobsen og Kjølbye (2009), et intrapersonelt³ fokus i sine teorier, og hans interesse lå indenfor personlighed herunder jeget, overjeget og detet, og dennes forvaltning af drifterne (p. 41). Dette ses tydeligt når Freud (1905) taler om modstand, da han så terapi som en efteropdragelse af klienten til at overvinde den indre modstand (p.71). Heri fornemmes altså en vis placering af skyld hos klienten, eller i hvert fald en forståelse af at modstanden er i klienten (Sandler et al., 1994, p. 122). Freud uddyber at; ”*I bekæmpelsen af disse modstande ligger terapiens opgave.*” (Freud, 1910b, p. 90). Dette må siges at være et udelukkende intrapersonelt perspektiv på modstand, hvori modstand opstår i og stammer fra klienten, og disse må nedkæmpes i terapi. Også Greenson har et meget intrapersonelt syn på modstand, som noget der opstår i og kommer fra klienten der skærmer sig mod alt hvad terapeuten kommer med:

”All those forces within the patient which oppose the procedures and processes of analysis, i.e., which hinder the patient’s free association, which interfere with the patient’s attempts to remember and to gain and assimilate insight, which operate against the patient’s reasonable ego and his wish to change [...]. Resistance may be conscious, preconscious, or unconscious, and may be expressed by means of emotions, attitudes, ideas, impulses, thoughts, fantasies, or actions. Resistance is in essence a counterforce in the patient, operating against the progress of the analysis, the analyst, and the analytic procedures and processes.” (Greenson, 1973, p. 59f).

Et intrapersonelt syn på modstand er dermed en opfattelse af modstand som værende noget der opstår udelukkende inde i klienten, som forsvarer sig mod bevidstliggørelse og forandring, og dette er altså en ældre og oprindelig opfattelse.

³ Begrebet *intrapersonel* henviser til at en psykisk proces foregår inde i individet (Andersen et al., 2012, p. 235).

4.1.4.2 Interpersonelt

Sullivan ser derimod, if. Jacobsen og Kjølbye (2009), terapeuten som en del af interaktionen, hvor denne unægtelig påvirker terapien i det interpersonelle⁴ samspil med klienten (p. 60). Blatt og Erlich synes at være enig, og argumenterer for udviklingen i forståelsen af begrebet, fra en psykoanalytisk, til en mere moderne objektorienteret forståelse:

”Resistance, in this expanded psychoanalytic model, can no longer be viewed as an occurrence exclusively within the patient – as a defense against “gaining access to his unconscious”; instead resistance must be defined in terms of the object relationship – as occurring within the therapeutic dyad, as something between the patient and the therapist that interferes with the flow of the therapeutic process.” (Blatt & Erlich, 1982, p. 70).

Generelt har det senere mere interpersonelle syn på terapi medvirket, at man også ser på de faktorer i terapeuten, der kan have indflydelse på den modstand der opstår i terapien. Her er det af Stone, if. Sandler et al. (1994), fremsat at terapeuten ubevidst kan komme til at opleve en indre fremprovokation af forskellige reaktioner, og projicere sin egen såkaldte mod-modstand over på klienten (p. 135). Altså kan terapeuten tilføre til modstanden i terapien, men også komme til at opfatte en modstand der reelt set ikke er der, men blot er udtryk for terapeutens egen modoverføring. Dette taler ind i Blatt og Erlichs syn på hvad der påvirker modstand i terapi: ”*Resistance occurs in the therapeutic dyad, and is heavily influenced by the therapist’s capacities and limitations, sensitivities and insensitivities, astuteness and blind spots.*” (Blatt & Erlich, 1982, p. 77). Dermed sætter de fokus på, at terapeutens personlige faldgruber, evner og sensitivitet kan påvirke modstandsniveauet i terapi. Når terapeuten påvirker modstanden, må man altså ikke blot undersøge klientens lod heri, men også sit eget. Ferenczi tilføjer et perspektiv og mener if. Diderichsen (1998a), at terapeuten selv kan opleve en modstand i terapi, og at dette kan avle det samme i klienten, eller kan skabe en utryk stemning hvori klienten ikke føler sig forstået (p. 84). På baggrund heraf. mener han at terapeutens egenerapi er nødvendig og vigtig for terapeutens evne til at praktisere (ibid., p. 83).

Ludvig Igra (1990) mener også det er vigtigt at se modstand i lyset af at det er et interaktionsprodukt der vil påvirke klient, såvel som terapeut i deres samspil. Han påta-

⁴ Begrebet *interpersonel* henviser til at noget foregår i et socialt samspil altså interaktion imellem mennesker (Andersen et al., 2012, p. 234)

ler hvor fristende det kan være at tilskrive terapiens langsommelighed til klientens modstand, og se sig selv som terapeut i en bevægelsesfremmende rolle (p. 158). Altså er man som terapeut ikke blot en påvirkende del af interaktionen, men man er også selv påvirkelig, og dette må man have i mente, således at man opdager når man f.eks. fristes til at lægge skylden over på klienten.

Generelt er der altså enighed blandt de teoretikere der ser modstand som et interpersonelt fænomen, om at modstand må forstås som ”[...] *et produkt af interaktionen mellem to personer.*” (Diderichsen, 1998a, p. 85). Beutler beskriver, mere nutidigt vel at mærke, at der er sket et skift i opfattelsen af modstand: ”*While resistance classically has been conceptualized as a client-based, intrapsychic variable, an interpersonal perspective is gaining favor among theoreticians. [...] many theorists have adopted a view of resistance as a process that occurs in interactions among people.*” (Beutler et al., 2002a, p. 210). Vriend og Dryer tilføjer, if. Ellis (1985), til det interpersonelle perspektiv ved at understrege vigtigheden i, at terapeuten undersøger om modstanden er en naturlig del af klienten og dennes personlighed, eller om det er uvant og derfor kan handle om terapien eller terapeuten (p. 177).

Modstand forstås, på baggrund af det redegjorte, som et fænomen der kan opstå både intrapersonelt i klient og terapeut, såvel som i interpersonelt samspil mellem klient og terapeut.

4.2 Begrebslig diskussion

Den kommende diskussion undersøger og belyser første del af problemformuleringen, hvor fokus er forståelse af modstand som et psykologisk begreb.

4.2.1 Findes modstand?

Kritik af modstandsbegrebet dukker op flere gange i litteraturen og har ikke blot en karakter af skepsis, men til tider en decideret mistro til fænomenets eksistens. Udover at stille spørgsmålstegn ved begrebets validitet omhandler kritikken også de begrænsninger der er i begrebet, samt dennes praktiske anvendelighed.

Lazarus og Fay (1982) stiller sig særdeles kritisk over for selve begrebet, som de mener benyttes af terapeuter som en forklaringsmodel, over mislykket behandling: *"The concept of "resistance" is probably the most elaborate rationalization that therapists employ to explain their treatment failures."* (Lazarus & Fay, 1982, p. 115). De er altså skeptiske omkring den måde begrebet kan misbruges i dets anvendelse. De ytrer dog at modstand, som psykodynamisk mekanisme, er uundgåelig, og de anerkender derfor selve eksistensen af modstand (ibid., p. 117). De forklarer yderligere at modstand udelukkende er en funktion af de begrænsninger terapeuten har i sin viden, metode og person (ibid., p. 115). Altså mener de at al modstand der opstår i klienten og i terapien er grundet terapeuten, og at hvis denne var kompetent nok, ville modstanden være om ikke andet, mindre, da denne jo er uundgåelig. Kritikken går således på en tendens til at frasige sig ansvar for behandlingen, da modstand kan gives skylden for ugunstige resultater i terapien. Denne kritik synes at gå igen og kan fornemmes i Turkat og Meyer's definition af modstand: *"Resistance is client behavior that the therapist labels antitherapeutic"* (Turkat og Meyer, if. Ellis, 1985, p. 6). Man kunne argumentere for at de bruger modstandsbegrebet korrekt, da modstand jo netop ligger i adfærd der søger at forhindre behandling. Omvendt kunne man også argumentere for at man skaber et paraplybegreb, ved at se al adfærd hos klienten der ikke umiddelbart er forståelig for terapeuten, der besværliggør terapi eller adfærd som ikke passer ind i terapeutens forventning, som modstand. Herved mister man nogle nuancer og vigtigst af alt, en mulighed for at forstå klientens adfærd.

De Shazer går i denne forbindelse så langt som at sige, at modstand kommer fra terapeutens hoved og at: *"The therapist is reading between the lines, which is always a dangerous hobby because there may be nothing there."* (De Shazer, 1989, p. 230). Jeg forstår, at de Shazer her forsøger at sætte et fokus på at terapeuter måske undervises i at modstand altid er til stede, og at det er vigtigt at identificere og arbejde med dette. Men måske ser man det man leder efter, og fejltolker derfor. Også Lazarus og Fay (1982, p. 117) mener at terapeuter, fordi de forventer at støde på modstand i arbejdet med alle klienter, kan blive mistænksomme når en klient tilsyneladende modstandsfrigt hurtigt oplever en bedring eller udvikling. Dette er for godt til at være sandt og får forklaringen 'flugt ind i sundhed'. Det kan dog siges at være noget af en generaliserende påstand, at alle terapeuter forventer at støde på modstand i arbejdet med en klient.

Jeg bemærker i de Shazers ovenstående, og følgende argumenter, en socialkonstruktivistisk vinkel (som beskrevet i afsnit 3.3.3). Inden for denne videnskabsteoretiske retning gælder det at: *"[...] det anses som muligt at ændre det psykologiske grundlag og rent sprogligt forandre psykologiske omstændigheder."* (Christensen, 2011, p. 72). Altså formoder jeg, at det diskursive har en stor betydning i de Shazers optik, hvorfor hans argumenter kan stå i stærk kontrast til det øvrige, oftest psykodynamiske. Det er også værd at bemærke at De Shazer har været med til at udvikle Solution-Focused Brief Therapy. Hvori der if. de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich og Weiner-Davis (1986) arbejdes med 'the construction of solutions'. Meget forenklet og kort forklaret betyder dette, at de arbejder med hvordan klienten opfatter sine udfordringer og de har fokus på at få klienten til at konstruere og verbalisere ideelle scenarier (pp. 52, 56f).

Endnu en ivrig kritiker på området er Roy Schafer, der omtaler begrebet som værende 'diffust og overflødig' (Schafer, 1996, p. 138). Hertil synliggør han sit ærinde: *"[...] er det her mit formål at sætte spørgsmålstegn ved behovet for begrebet om modstand – et behov der tages for givet – og den måde, det anvendes på."* (Schafer, 1996, p. 138). Schafer opfordrer altså til en kritisk undersøgelse af begrebet og dets anvendelse, i et opgør med en ukritisk klinisk brug af begrebet, hvilket også må siges at være et ærinde for mig igennem specialet. Schafer (1996) kritiserer begrebets oprindelse, og mener at Freud var kommet ind i en generaliseret fjendtlig modoverføring, og at det var ud fra dette at han så modstand i klienterne (p. 138). Dette ser Sch-

afær især tegn på i det militaristiske sprog der anvendes i forbindelse hermed (ibid., p. 151), hvilket vil blive diskuteret nærmere (4.2.2). Schafer (1996) opfatter dertil Freuds tekster, hvori han snakker om at gennemarbejde og overvinde modstanden, som udtryk for at han tilskønnede sine klienter til at fortsætte det analytiske arbejde, på trods af misvilje og utryghed, hvorfor han ikke undersøgte hvad der lå under den såkaldte modstand (p. 138f). Senere blev Freud dog, if. Schafer, klar over at modstanden måtte analyseres, men dette kun som middel til at vise klienterne, at de faktisk var modstandsprægede (ibid., p. 141f). Schafer (1996) beskylder tillige Freud for at miste blikket for skellet mellem overføring og modstand, og til tider stemple en simpel overføring som værende en modstand der må overvindes. Dette begrebsmæssige problem får Freud, if. Schafer, ikke løst, men kun tilført til ved at opfinde begrebet 'overføringsmodstand' (p. 143). Dette er således et argument for, at overføring kan se ud som modstand i terapeutens øjne, hvis denne leder efter det. Også Schlesinger diskuterer, hvorvidt overføring og modstand dækker over det samme, eller i hvert fald over samme område, hvis man ser modstand som forsvar udtrykt i overføringen. Han mener, at der vil være tidspunkter hvor de to begreber vil lappe over hinanden i det terapeutiske arbejde med bl.a. at forstå klienten, men også andre, hvor de to ikke ville være dækkende i sig selv (Schlesinger, 1982, p. 30f). Dermed mener Schlesinger, at der på trods af ligheder mellem overføring og modstand, stadig er brug for begrebet.

Schafer har tillige, if. Hjulmand, der er enig, kritiseret Freud for at beskrive modstand på en måde der fremstillede denne som en selvstændig aktør (Hjulmand, 1996, p. 244). Desuden mener han, at tingsliggørelsen af mennesket må stoppe, og at vi i stedet bør placere mennesket i centrum som agent, med vægt på eget ansvar i behandlingen (ibid., p. 238f). Altså mener Schafer og Hjulmand, at modstand blev forstået og beskrevet, som en selvstændig kraft i den magtesløse klient, for hvem denne var ubevidst. Det kan dog diskuteres, hvorvidt klienten faktisk kan vælge at være mindre modstandspræget, eller om der er ubevidste kræfter på spil der modarbejder klientens egne ønsker. Dette vil komme an på hvorvidt man ser modstand som værende et bevidst eller ubevidst fænomen (jf. 4.1.3).

Hjulmand (1996) mener, at også sproget, hvormed man omtaler og forklarer modstand ud fra, er at kritisere. Freudiansk teori er, if. Hjulmand, præget af tiden den opstår i, hvor den Newtonske fysik dominerede. Derfor måtte teorier for at være 'vi-

denskabelige' tale dette sprog, og heri blev mennesket tingsliggjort, og de psykologiske processer beskrives som fysiske hændelser og energikræfter (p. 238). ”*Det er ikke personen, der gør og ønsker ting, men psykiske agenter og driftsderivater. Resultatet er en forfejlet teori, der afbilder analysanden som et passivt offer for kræfter, strukturer og erindringer.*” (Hjulmand, 1996, p. 238). Jeg tolker ud fra dette, at Hjulmand advokerer for, at vi forlader det forældede syn på hvornår noget er videnskabeligt, og dermed stopper med at benytte det naturvidenskabelige sprog om noget humanvidenskabeligt. Generelt kunne man argumentere for, at begreber der er udformet under disse betingelser bør følge med tiden og den videnskabelige udvikling, og dermed bør oversættes til humanvidenskabelig lingvistik. Hjulmand (1996) forsvare dog psykoanalysen som metateori, og mener den kan være en vigtig reference-ramme. Dertil mener han også, at metapsykologiske begreber må forstås som metaforer og de må anvendes som forklaringsmuligheder og hypoteser, som selvfølgelig må afprøves uden at glemme den centrale person, nemlig klienten. Han mener ikke, at disse begreber kan undværes når man møder og må beskrive så komplicerede fænomener, som opleves i psykoanalytisk psykoterapi (p. 239). Jeg forstår, at Hjulmand her argumenterer for, at begreber generelt ikke må bruges som forklaringer, men skal fungere som arbejdsredskaber, som noget man kan tage udgangspunkt i – og som skal undersøges, frem for blot tages for gode varer. Det primære er ikke benævnelse men forståelse. Schafer (1996) beskriver hvordan moderne analytisk arbejde altid vil koncentrere sig om forståelse, og at en modvilje (ikke modstand) må søges forstået igennem overføringen. I stedet for at betragte det som forhindringer der må overvindes, er de nu invitationer til undersøgelse (p. 147f). Schafer ønsker altså at forlade begrebet modstand, og lade enhver 'modvilje' i terapien være et positivt signal til terapeuten om at der her er noget at undersøge. Han foreslår, at vi helt forlader modstandsanalysen og i stedet fokuserer på at analysere modoverføring, overføring og forsvarsoperationer, som de tre mest afgørende fænomener i psykoanalytisk terapi (ibid., p. 150).

Schafer indrømmer dog at modstandsbegrebet er så indlejret i fagsproget, at det ville være svært at fjerne, og at det har sin hensigtsmæssighed i deskriptiv sammenhæng, men at det er når man benytter begrebet i forklaringsøjemed det bliver farligt (ibid., p. 151). Man kan altså beskrive klientens adfærd som modstandspræget, men det er uheldigt at stoppe der, da det netop er i den modstandsprægede adfærd forklaringen

ligger gemt, og det er der man må begynde sin undersøgelse. Mørch (2005) beskriver hvordan terapi kan forekomme langsommelig og tære på terapeutens tålmodighed, og på baggrund heraf, kan terapeuten fejlagtigt komme til at opfatte klienten som modstandspræget. Her mener han ligeledes, at det er vigtigt at terapeuten får genetableret forståelsen af klienten, og at den dysfunktionelle terapeutreaktion afværges (p. 219). Dette forstår jeg som en advarsel mod at lade modstand være hele forklaringen på klientens adfærd, da dette stopper forståelsen.

4.2.2 Diskurser omkring modstandsbegrebet

Der findes forskellige diskurser⁵ omhandlende begrebet modstand, hvilket kan være mere eller mindre hensigtsmæssigt. Et kritisk perspektiv på dette kan være, at der kan hænge negative associationer ved begrebet modstand, der kan påvirke terapeutens måde at se og arbejde med dette i terapien. Schafer kommenterer på denne negative betoning af begrebet og den nuværende brug af begrebet i praksis, og siger at dette: "[...] medvirker til at rationalisere negative modoverføringspositioner, der reducerer den empatiske koncentration om patientens kompromisprægede stræben i retning af psykisk ligevægt såvel som psykisk forandring." (Schafer, 1996, p. 151). Schafer ligger hertil vægt på, at klienten arbejder på den måde han bedst evner, og at man må tage hensyn til de individuelle forskelle, og anerkende klienten som samarbejdspartner (ibid., p. 154). Ergo mener Schafer, at terapeuten gennem det negative syn på modstand mister empatien med klienten og stopper med at samarbejde. Der kan stilles spørgsmålstejn ved om dette nødvendigvis sker, eller om man som terapeut er i stand til at adskille sine emotioner og holdninger til modstand fra dem man har om klienten. På baggrund af Schafers argument tænker jeg, at terapeutens negative syn på modstand kan opfattes af klienten som negativitet mod ham. Dermed kan argumenteres for, at det kan være en fordel at arbejde med sine negative følelser omkring modstandsfænomenet og -begrebet, således at dette ikke forstyrrer terapi og klient.

Med en opfattelse af modstand som noget negativt, kan det tænkes at der opstår et behov for at placere skyld. Her mister vi muligheden for at modstanden kan opstå grundet noget i relationen, og altså være interpersonel. F.eks. var det at fornemme i

⁵ Begrebet *diskurs* hentyder til de ræsonnementer og holdninger der ligger i vores tale og sprogbrug (Andersen et al., 2012, pp. 99f).

Lazarus og Fays (1982) udtalelser, at de placerer skylden hos terapeuten, da de mener at modstand er en følge af de begrænsninger terapeuten har (p. 115). Winnicott mener, if. Diderichsen (1998a), at modstand er et udtryk for at terapeuten har begået en fejl, og at modstanden vil vedholde indtil terapeuten finder fejlen, forklarer og bruger den terapeutisk (p. 85). Det kan diskuteres hvorvidt det er gavnligt at placere skyld frem for f.eks. ansvar. I kraft af at både terapeut og klient har ansvar for bedringen af klienten, må ansvaret placeres hos begge.

Som nævnt tidligere (4.2.1), mener Schafer (1996), at der hos Freud begyndte et militaristisk sprog omkring modstand (p. 151). Dette er medvirkende til, at farve synet på modstand, som noget der må overvindes eller nedkæmpes. Et eksempel på sproget Freud gjorde brug af i påtalen af modstand er: ”*Den syge henter de våben frem fra fortidens arsenal, med hvilke han forsvarer sig mod fortsættelsen af behandlingen, og som vi må fravriste ham stykke for stykke.*” (Freud, 1914, p. 154f). Lauver, Holiman og Kazama fremsætter i denne forbindelse, at sproget er det primære værktøj terapeuter anvender og at: ”*Counselors and psychotherapists commonly use two rhetorics, a rhetoric of caring and a rhetoric of warfare.*” (Lauver et al., 1982, p. 99). De mener i denne forbindelse at kunne se et uheldigt mønster hvori en positiv diskurs anvendes når terapeuten og dennes arbejde beskrives, men at en negativ anvendes i beskrivelsen af terapi og klient. Dette er if. Lauver et al. (1982) i særdeleshed tilfældet når der tales om modstand, hvor der opstår en krigsretorik. Dette er yderst uhenigtsmæssigt, da sprogbruget påvirker både opfattelse og forståelse og dermed kan klient og terapeut komme til at virke som modstandere, hvilket der intet hensigtsmæssigt er ved i terapiens øjemed. Vi har stadig brug for en måde at omtale det svære på, som ikke udelukkende er positiv, men denne må være mindre fjendtlig (p. 99f). Opsummerende kan det siges, at der ikke er meget at vinde ved at opfatte modstand som primært negativt. Jensen (2005) uddyber videre, at dette kan mindske klientens motivation i behandlingen og skabe nedslåede følelser hos klienten, som man kunne tænke ville påvirke, såvel behandling, som alliancen (p. 193). Så hvad kan vi gøre for at få en positiv diskurs omhandlende modstand?

4.2.3 At omdøbe begrebet

Et bud på at skabe en positiv diskurs om modstand kan være at forlade begrebet og dets tilhørende negative associationer, at omdøbe begrebet eller erstatte dette med et

positivt associeret ord. Et navn helt frit for associationer vil dog kræve at vi opfinder et nyt ord, som ikke giver associationer til andre ord, hvilket i sagens natur er vanskeligt. Erstattes modstand med et positivt ladet ord kan dette muligvis bidrage til en positiv diskurs. Dog kan det tænkes, at det ikke kun er Freuds militaristiske omtalen af begrebet der har skabt de negative associationer, men afspejler, som Mørch (2005) omtalte, at modstand er en svær størrelse at håndtere for terapeuten, og dermed kan en række svære følelser (frustration, irritation, vrede) knyttes til begrebet. En logisk slutning ville på baggrund af dette være, at de samme negative associationer vil knytte sig til begrebet, uanset hvor positive diskurser der i begyndelsen er herom. Lad os dog alligevel dykke længere ned i denne diskussion, hvor de Shazer tilbyder reelle erfaringer med netop dette.

De Shazer beskriver, at have observeret terapigange med klienter der var blevet henvist til hans center fordi de var *meget* modstandsprægede, men som villigt samarbejdede med terapeuten. På denne baggrund mente han selv og hans team, at modstand havde "[...] *outlived its usefulness.*" (De Shazer, 1984b, p. 227f). De 'myrdede' dermed begrebet konceptuelt og begyndte herefter at beskæftige sig med *samarbejde* – ikke som en erstatning for modstandsbegrebet, men som en ny måde at forstå klientens adfærd på (ibid., p. 229) (mere om dette i afsnit 6.2.1). Stewart og Anderson udtaler sig på baggrund af dette:

"We must confess to some initial shock at de Shazer's proclamation that resistance is dead. We thought we had seen it just last week, alive and looking amazingly healthy. If de Shazer's report is not wishful thinking, its death is certainly an untimely one." (Stewart & Anderson, 1984, p. 17).

Altså er begrebet for nogle stadig anvendeligt og uundværligt. Det kan desuden tænkes, at ikke alle har en negativ association ved begrebet. Gennem anvendelsen af det positive term 'samarbejde', var de Shazer i stand til at opleve modstand på en anden måde. De Shazer (1984a) gik fra at opfatte terapien som en tenniskamp, hvor klient og terapeut er på hver sin banehalvdel, til at opfatte dette med samarbejdets briller på, hvor begge er på samme side af tennisnettet, og spiller mod en fælles fjende, nemlig alt det der forhindrer klienten i udvikling (p. 13f). De Shazer anerkender dog, at modstand som fænomen kan forekomme, men foreslår at vi må ændre vores opfattelse, således at adfærden hos klienten kan forstås som noget positivt, samt at undgå at lade modstanden være for altoverskyggende i terapeutens fokus. Ved at forstå kli-

entens modstand som et forsøg på at samarbejde efter bedste evne, ændres terapeutens syn på klienten (De Shazer, 1989, 231). Dette anser Stewart og Anderson (1984) ikke som problematisk og tilføjer at, terapeuten muligvis herigennem bliver mindre defensiv. Dog mener de, at det for terapeuten i realiteten kan være svært at opfatte denne adfærd som værende en form for samarbejde. De eksemplificerer at man som terapeut kan komme ud for modstand der virker ikke-samarbejdende, f.eks. tilfælde, hvor klienten udebliver eller konstant betvivler terapeuten. At opfatte dette som samarbejde kan vise sig krævende (p. 18f). De fortsætter:

”While de Shazer seems to believe resistance would be better tolerated were it allowed to live quietly under an assumed name, it’s more likely that, as Lynman Wynne so charmingly stated, “resistance is a thorn that by an other name pricks as deep” (Stewart & Anderson, 1984, p. 19).

Stewart og Anderson (1984) mener altså, at der er noget der er værd at bevare i begrebet, omend der måske er nødvendighed for modificering (p. 17f). De mener også, at begrebet kan være værdifuldt for terapeuten til at forstå noget af den negative adfærd klienten udviser i terapien (ibid., p. 19). De mener altså ikke at løsningen er at omdøbe modstand til samarbejde, da man som terapeut vil opleve frustration når man møder modstand. Det kan med andre ord være lige godt om terapeuten synes at klienten er umulig i sin modstand eller i sit samarbejde, man kan som terapeut fra gang til gang fejle, uanset sine terapeutiske kompetencer (ibid.).

I modsvar til Stewart og Anderson, vedrørende en omdøbelse af begrebet modstand, sammenligner de Shazer (1984b) dette med Picasso, der fik at vide at det maleri han var hyret til at male af Gertrude Stein ikke lignede hende, hvortil Picasso svarede at det ville det komme til. Ud fra dette forstår jeg, at de Shazer mener, at man måske ikke med det samme kan genkende modstand i navnet samarbejde, men at det kommer an på øjet der ser, og at vi, hvis vi kan vende os til at se på begrebet fra en ny vinkel, vil kunne se de sider vi før ikke så, og så måske genkende begrebet i sit nye navn, med de dertilhørende nye egenskaber (p. 21). De Shazer (1989) forklarer, at uanset hvor anvendeligt et begreb starter ud med at være, bliver det med tiden tingsliggjort, og det mister dets metaforiske værdi. Man starter måske med at sige at det føles som om klienten modsætter sig forandring, så bliver det til at klienten modsætter sig behandling, og til sidst; modstand findes og må elimineres. Nu har begrebet levet længere end dets formål (p. 228). Jeg tolker, at de Shazer ud fra dette mener at rationalisere en slags genfødsel af begrebet, men for at dette kan lade sig gøre, og for

at vi kan se på det med friske øjne, må vi kalde 'barnet' noget nyt. Dette synes efter de Shazers optik at være nødvendigt at gøre flere gange i et begrebs historie, da det løbende tingsliggøres. De Shazer rapporterer om positive, resultater efter dette skift (6.2.1), men spørgsmålet er om dette skift er muligt i teori og praksis.

I forbindelse med diskussion af diskursens magt, samt ud fra følgende citat af Freud, har jeg også fået en positiv association til modstand: ”*Modstandens intensitet veksler nemlig stadig i løbet af en behandling; den vokser altid, når man nærmer sig et nyt emne, er stærkest på højdepunktet af bearbejdelsen af dette, og synker atter sammen, når det er færdigbehandlet.*” (Freud, 1958, p. 237f). Altså vil der være varierende grader af modstand til stede i behandlingen, men man ved som terapeut, at man har ’fat i noget af det rigtige’, når man mærker modstand. Altså kan man ud fra dette syn, se på modstand som et positivt tegn på, at man er på rette vej når man møder dette i terapi. Så noget tyder på, at man kan tilføje til sin forståelse af et begreb, og at der måske både er plads til negative og positive associationer.

4.2.4 Et konstruktiv syn på begrebet

Schafer mener, ifølge Hjulmand (1996), at der er et generelt problem ved, at man fokuserer hovedsageligt på modstandens negative konsekvenser for terapien. Dette var også tidligere sandt for begrebet modoverføring, men dette begreb har gennemgået en revurdering, og man ser nu positive facetter i begrebet, så som at anvende det som en informationskilde – dette mangler endnu at ske for modstand (p. 244). På trods af kildens alder, synes dette argument stadig at være gældende, eftersom en revolution af begrebet endnu ikke har fundet sted. Det synes også relevant at inddrage Hjulmands forslag om, at modstandens positive sider bør være et større fokus:

”Som jeg anskuer det, er der og skal der *altid* være modstand i den terapeutiske proces, den er ikke nogen >>uvelkommen<< eller >>uhensigtsmæssig<< forstyrrelse men en afgørende og *nødvendig forstyrrelse*, som kan give væsentlige meddelelser og signaler. Så længe den analytiske proces forløber uden modstand, er der noget, analytikeren ikke har fået fat på. Den analytiske terapeuts opgave må være aktivt at søge modstanden, for det er herfra, det afgørende forandrende arbejde kan gøres.” (Hjulmand, 1996, p. 244).

At stille spørgsmål til hvad man skal gøre ved modstand når man møder det i terapi er if. Schlesinger (1982), et misledende spørgsmål, da det foreslår at man skal gøre noget, så som at fjerne modstanden, derfor er det måske det forkerte spørgsmål (p.

27). Jeg forestiller mig på baggrund af dette, at Schlesinger ville sætte pris på at man i stedet spørger: 'hvordan kan man forstå og arbejde med modstand i terapi?', hvilket netop er fokus for indeværende speciale (1.2). Dette forøgede fokus på forståelse, frem for kategorisering af adfærd, er et perspektiv Schlesinger støtter op om:

” [...] to the therapist resistance should be no more a nuisance or inconvenience than is pain to a physician when it occurs in the course of a physical examination. Both the resistance and the pain tell the doctor that something important is going on in that area.” (Schlesinger, 1982, p. 27).

Han mener derved ikke blot at modstand ikke er negativt eller i vejen, men at det faktisk er rigtigt nyttigt og informativt.

Miller og Rollnick (2004) beskriver hvordan de har haft det svært ved at bruge begrebet modstand, da de mener, at der er en underforstået tone af usamarbejdsvillighed og generel bebrejdelse af klienten, eller en ide om, at det er klientens patologi der er årsag til de problemer man har. Det uheldige i dette er, if. Miller og Rollnick, at 'problemet' i terapien ikke skabes af klienten alene, men af både terapeut og klient, som en funktion af deres interaktion (p. 70). De valgte dog fortsat at anvende begrebet, men forsøgte at give det nyt liv ved at opfatte modstand interpersonelt. De mener dog, at der mangler et modstykke til modstand, på lige fod med at overføring har et modstykke i modoverføring, hvori man giver terapeuten del i ansvaret for modstanden (ibid.). Det foreslås dermed, at man opfatte begrebet relationelt og at modstand kan være et signal om at noget er galt i relationen (ibid., p. 72).

Det beskrives af Aagaard (2002), at der over de sidste årtier allerede er sket et skift i synet på modstand. En forståelse der før var, at modstand måtte overvindes, til nu, at blive set på som udtryk for klientens synliggjorte indre. Den adaptive funktion af modstand er i dag tydelig, både som en tilpasning til indre ubehag og interpersonel afstemning (p. 492). Der kan dog stilles spørgsmålstegn ved udbredelsen af denne opfattelse, og hvorvidt den nuværende opfattelse af modstand udelukkende er positiv. Jeg har i dette speciale haft svært ved at finde nyere litteratur vedrørende dette positive skift, og dermed svært ved at af- eller bekræfte Aagaards påstand.

Aagaard beskriver tilmed at: *”Modstand er principielt hverken noget negativt eller uønsket; den angiver et varmt sted, en frontlinie hvor det terapeutiske arbejde må foregå”* (Aagaard, 2002, p. 492). I denne beskrivelse skiller ordet 'frontlinje' sig ud

for mig, som værende et ord der kunne have stået i Freuds tekster, der taler ind i den tidligere diskuterede krigsretorik (4.2.2). Dette sprogbrug finder jeg modarbejdende i forhold til den positive opfattelse af modstand. Også hos Sandler et al. (1994), opfattes modstanden som en kilde til information, hvilket er et positivt syn, men han beskriver samtidigt hvordan modstanden skal overvindes gennem analytikerens fortolkninger og interventioner (p. 142). Igen bærer sproget præg af det ældre syn herpå. Sandler et al. har undersøgt den begrebslige udvikling efter Freud og fundt at begrebet, og den centrale betydning, er forblevet uændret (ibid., p. 130). Undersøgelsen er udgivet i 1994, og derfor kunne opfattelsen af begrebet med fordel undersøges igen.

4.2.5 Opsamling på del 1 af problemformuleringen

På baggrund af del 1 af problemformuleringen, var det hensigten at få en forståelse af modstand som psykologisk begreb. Det redegørende dannede grundlag for diskussionen, og rundede hvordan modstand er forskelligt fra forsvar, men at modstand er en del af forsvaret. Samt at modstand kan være ubevidst, førbevidst, bevidst og intra-såvel som interpersonelt. Jeg fandt også frem til, at der mangler en relevant uddybende definition af begrebet. Min selvstændige definition dannes på baggrund af hele den samlede undersøgelse, og vil være at finde i konklusionen (Afsnit 7).

Igennem den begrebslige diskussion har det været centralt at undersøge diskurserne vedrørende modstand, da det er en forståelse i specialet, at terapeutens opfattelse og forståelse af modstand, vil påvirke hendes tilgang hertil i terapi. Ærindet med diskussionen var, at undersøge hvordan modstand kan forstås, og at samle op på begrebets aktuelle status. Hertil kan det opsummeres, at nogle kritiserer begrebets eksistens og den Freudianske opfattelse. Herunder det sprogbrug der er knyttet til begrebet der kan beskrives som militaristisk. Dermed er der en række negative associationer og ofte omtales terapi, hvori man arbejder med modstanden, som en kamp mellem klient og klientens modstand på den ene side, og terapeuten og håbet om bedring på den anden side. Dette mener flere kan hindre terapeutens forståelse og i værste tilfælde hindre dennes empati over for klienten. Det synes også vigtigt at nævne, at modstand kun delvist er bevidst fra klientens side, og at klienten er i terapi fordi de ønsker at få det bedre, og at modstanden er en funktion af klientens frygt for forandring. Altså virker det på baggrund af dette ikke hensigtsmæssigt, at arbejde som om klienten med vilje modsætter sig behandlingen, da han gør sit bedste. I stedet virker det pro-

duktivt at forsøge at samarbejde med klienten og gøre modstanden, ikke til en fælles fjende, men nærmere til et emne for udforskning. Herved kan man forstå modstand som noget der unægtelig vil dukke op, når man arbejder med noget som er vigtigt for klienten, og som rummer vigtig information, som kan værdsættes for sit bidrag til terapien og klientens forståelse af sig selv.

I diskussionen udforskede jeg dog også et perspektiv, hvori nogle decideret har stillet sig kritiske over for selve eksistensen af modstand, og stiller spørgsmålstegn ved om begrebet, mere eller mindre, anvendes af inkompetente terapeuter, der ikke ønsker at tage ansvar for et ringe udbytte af terapien, og derfor skyder skylden på modstand. I den mindre kontroversielle ende af dette argument godtages begrebet, men en tilsyneladende generel tendens beskrives og kritiseres, hvori der synes at være en ukritisk anvendelse af begrebet, som en generel forklaring på alt hvad man ikke forstår. Jeg må erklære mig uenig i argumenterne for at modstand ikke findes. Jeg mener selv at have oplevet dette i min hverdag og i terapi utallige gange, både som terapeut og som klient. Dertil findes en massiv teoretisk fremstilling af modstand, såvel som empirisk undersøgelse af fænomenet. Dog kan jeg nikke genkendende til, at jeg selv i min uerfarenhed flere gange har tænkt, at det jeg sad og mærkede i terapi kunne være modstand, og jeg forklarede dermed for mig selv, det jeg ikke forstod, som modstand. Dog var det ikke her min forståelse stoppede, da jeg ud fra den hypotese om at det var modstand jeg mærkede, så ville undersøge dette. Der vil det være mit håb, at man som terapeut er opmærksom herpå og forsøger at bearbejde dette i egenterapi og supervision, og ikke 'holder fri' under undskyldningen 'modstand'.

En stor del af diskussionen har omhandlet den diskurs der omgiver modstand, hvor nogle mener, at denne kan ændres til en mere positiv diskurs, og andre at diskursen ikke står til at ændre, og at vi derfor bør forlade begrebet for at forlade diskursen. Det foreslås også at vi faktisk kan undvære begrebet, mens andre modsiger dette og mener, at vi har brug for en måde at snakke om modstanden på. Forslaget er her, at vi kan give begrebet et nyt navn og så at sige 'markedsføre' det på en anden mere positiv måde. På baggrund af dette, mener jeg, også i relation til min egen forforståelse (3.1.3), at modstand har fået en uheldig diskurs - i forhold til at et negativt syn på modstand, ikke øger forståelsen eller hjælper i terapien. Dog forstår jeg hvorfor der er negative associationer, da modstand, når den gør sit arbejde for godt, vil forhindre terapien, og dertil beskrives det af flere som værende et svært fænomen at arbejde

med i terapi (Ellis, 1985, p. 196; Della Selva, 2001, pp. 13, 18). Dog er dette kun én side af at forstå modstand. Man kan også forstå begrebet som en selvbeskyttende funktion der gavner individet i visse tilfælde, f.eks. når terapeuten begår fejl. I diskussionen blev der også sat fokus på hvordan vi kan ændre diskursen og vores syn på modstand, og forstå dette som en rig kilde til information om klienten, samt en indikator for, at man som terapeut, er på vej i en retning der rummer stor betydning og udviklingspotentialer for klienten. Altså en meget positiv forståelse af begrebet. På baggrund af dette mener jeg, at det er vigtigt for den terapeutiske kompetence og forståelse at vi, når vi taler om modstand, får hele sandheden med – det negative og svære såvel som det positive og nyttige. Dermed nuanceres vores forståelse og da begrebet rummer godt og ondt kan vi forholde os åbne i forhold til hvad vi støder på, og ikke automatisk forvente noget negativt. Hvis vi derimod havde valgt at afskaffe begrebet, tror jeg, at vi ville komme til at mangle det i flere henseender, og vores forståelse ville gå et skridt baglæns. Valgte vi at omdøbe begrebet for udelukkende at kunne forstå det som noget positivt, tror jeg, at vi ville finde at der mangler noget. Navnet vil ikke passe og vi ville føle os forkerte i vores frustration i arbejdet med modstand, da dette jo nu udelukkende burde være et positivt fænomen. Altså mener jeg ikke, at det gavner os at lade som om modstand ikke har en svær natur. For at denne nuancerede ændring i opfattelsen af modstand kan ske, skal der dog være et øget fokus herpå, og faglig diskussion er at ønske således at der er mulighed for at udvide forståelsen. Hermed også at vi udvikler et sprog når vi taler om modstand, der ikke er præget af militaristiske diskurser. Der mangler som redegjort for (4.1.1) også en konkret opsamling på begrebet, en nutidig forståelse, som kan vise både de negative og positive sider af modstand. Alt dette er specialet forhåbentligt et spædt skridt mod. Hermed kan det opsummeres, at der ikke er enighed på modstandsområdet i forhold til hvordan dette begreb kan forstås, og hvordan man bør tale om det. Det kan på baggrund af dette foreslås, at modstandsbegrebet er kommet til et punkt i sin udvikling, hvor det ville gavne af at gennemgå en mindre revolution, således at der kommer fokus på begrebet både i teori, praksis og forskning. Der synes altså endnu at mangle en opdatering i opfattelsen og forståelsen af modstand, på samme vis som begrebet modoverføring, der kom til sin ret i en nuanceret mere positiv forståelse.

5 Del 2: Modstand som praksisfænomen

5.1.1 Hvordan genkendes modstand i terapi?

Ifølge Greenson (1973) kan al form for adfærd tjene modstandens funktion (p. 60). Herunder er der dog noget adfærd som tydeligt viser modstanden; f.eks. hvis klienten glemmer at komme, kommer for sent, aldrig har drømme, at han opfører sig som om han keder sig, samt al form for *acting out* (p. 67ff). Stemmer affekten ikke overens med det klienten taler om, er kropssproget i modsætning til det klienten taler om, snakker klienten uden om det relevante og 'svære' eller forsøger at undgå visse emner, er der ifølge Greenson også tale om modstand (p. 62ff).

5.1.2 Er modstand gavnlig eller dysfunktionel for individet?

Man kan undre sig over hvorfor der opstår modstand i klienten som netop er kommet i terapi fordi han ønsker at udvikle sig, forstå og ændre de problemer han slås med i sit liv, og som derfor er motiveret. Dette selvsaboterende forhold skaber associationer til udtrykket 'at spænde ben for sig selv'.

Modstand mod terapeutens interventioner ses i gestaltterapi som et udtryk for en sund *self-assertion* (Beutler et al., 2002a, p. 209). Også Ellis (1985) mener at det kan være en sund reaktion at udvise modstand, og tillige normalt at føle en vis modstand i krævende situationer (p. 6). Et eksempel på en sund modstandsreaktion kan forekomme i terapi, hvor terapeuten ser egne 'spøgelse' i klienten. Dette vil ringe hult hos klienten der derfor ikke anerkender disse eller stopper terapien (ibid., p. 7). Modstanden kan også bruges af klienten som en kontrol af, hvor tæt på terapeuten kan komme, og dermed forhindre et kontroltab og uvisse konsekvenser deraf (Sandler et al., 1994, p. 138f). Ellis (1985) mener dog at en af de mest almindelige former for modstand opstår på baggrund af en ringe tolerance for frustration hos klienten (p. 10). Modstand har altså en selvbeskyttende funktion, men er dette produktivt når modstanden beskytter en maladaptiv udvikling hos klienten eller i værste fald patologi?

Ellis (1985) fremhæver netop det uheldige i at klienten der er plaget af sine symptomer og adfærd, finder en slags tryghed heri. Der er noget rationelt i at holde fast i det der trods alt har fungeret i et stykke tid, da man jo ikke kan stole på det bliver bedre ved ændring. Klienten kan ikke fejle hvis han ikke forsøger, og selv hvis han forsø-

ger og har succes, vil succesens medføre risiko for endnu større tab og nederlag (p. 15). Netop denne modstand mod at opgive adaptive løsninger der har været virkningsfulde skal aflæres og dette tager tid. Erikson taler, if. Sandler et al. (1994), om dette som *identitets-modstand*, hvor man beskytter sig mod at miste identitetsfølelsen og billedet af selvet (selv-repræsentationen) (p. 138f). Den sunde side af modstand ses således i psykens forsøg på at fastholde det velkendte og ikke at risikere forværring ved at lave ændringer, mens den usunde side vedligeholder individet i skadelig eller smertefuld adfærd.

Diderichsen (1998a) foreslår at modstand opstår af samme kræfter der har skabt patologien hos individet og at denne altså får en beskyttende funktion heraf (p. 69). Ellis (1985) foreslår i den forbindelse at jo værre forstyrrelsen er, des mere modstandspræget vil klienten være (p. 9). Dette støttes op af Diderichsen (1998a) og Sandler et al. (1994) der mener, at den største modstand opstår hos de regressive klienter, personlighedsforstyrrede eller psykotiske, da disse har et svagere mere hjælpeløst jeg (p. 69; p. 138f). Altså vil modstands niveauet stige for at kunne beskytte individet imod det stigende niveau af truslen. Dette må terapeuten tilpasse sig i sin tilgang og teknik (Diderichsen, 1998a, p. 69). Det er også en pointe at selve terapien, og det at arbejde med de uløste problematikker fra fortiden, kan forværre klientens symptomtilstand. Det kan her virke tillokkende for klienten at fravælge terapien der øjensynligt forværrer hans tilstand. Dertil så Freud (1914) at modstanden kunne misbruge denne åbning til sygeliggørelse ved at svælge i symptomer, og give signal til at stoppe behandlingen (p.157). Som han skrev: ”[...] *forsvarsmekanismerne mod fortidige farer under behandlingen vender tilbage som modstande mod helbredelsen. Det munder ud i, at helbredelsen selv behandles som en ny fare af jeg ét.*” (Freud, 1937, p. 212). Altså må man som terapeut have for øje at selv processer der bedrer individets psyke, opfattes som faretruende. Her må terapeuten være varsom, således at klienten ikke stopper behandlingen og efterlades i en værre forfatning end da han kom.

5.1.3 Forskellige former for modstand

Modstand kommer i flere afskygninger og som Dewald udtrykker: ”[...] *er modstandens manifestationer omskiftelige og højst varierende patienter imellem og også hos den samme patient i analysens forskellige perioder.*” (Dewald, if. Sandler et al., 1994, p. 133). Sandler et al. (1994) kommenterer dertil at det kan være en sand aka-

demisk øvelse at klassificere modstandsformerne, da disse formentligt kan antage uendelige former og omfang. Dermed synes det mere fordelagtigt at beskæftige sig med selve kilderne til modstanden. Disse er mere begrænsede i antal og kan informere om den funktion modstanden har og hvad den forsøger at bremse (p. 132f).

5.1.3.1 Freuds klassifikationer

I det kommende gennemgås Freuds distinktion af fem overordnede former for modstand, hvoraf de første tre former udspringer af jeget, og de næste to af henholdsvis detet og overjeget:

5.1.3.1.1 *Fortrængningsmodstand*

Denne form for modstand opstår grundet klientens behov for at beskytte sig imod at erindringer, emotioner og impulser, bliver bevidstgjort og dermed fremkalder en pinefuld tilstand. Under fri association opfordres det ubevidste materiale netop til at komme op til bevidstheden, hvilket er farefuldt og derfor forstærker fortrængningsmodstanden. Jo nærmere bevidstheden det fortrængte kommer, des større bliver modstanden i et forsøg på at stoppe processen. Terapeuten må gøre det lettere for klienten at tolerere det fortrængte, ved at lave tolkninger derpå som er acceptable for klienten (Sandler et al., 1994, pp. 124, 133). Altså er denne modstand imod erkendelse.

5.1.3.1.2 *Overføringsmodstand*

Denne modstandsform forsøger at forhindre bevidstliggørelse af overføringen. *Overføring* opstår i det terapeutiske forhold, hvor klienten har bestemte tanker og følelser vedrørende terapeuten. Disse er et produkt af klientens ubevidste tendens til at genudleve det han har oplevet i tidligere betydningsfulde relationer (Rosenbaum, 2002, p. 563). Herunder kan også nævnes den tvangsmæssige ageren af det fortrængte, frem for en erindring af dette – *gentagelsestvangen*, som også kan ses som en form for modstand (Diderichsen, 1998a, p. 69f). Freud forklarer gentagelsestvangen som en: ”[...] *trang til at genoprette en tidligere tilstand*” (Freud if. Olsen, 2002, p. 276). Det svære i dette er at tvangen oftest omhandler gentagelse af dårlige oplevelser. Ubevidst gentager individet altså gamle traumer ved at anbringe sig selv i situationen igen, f.eks. i overføringsforholdet til terapeuten. Dette kan forklares som individets ubevidste forsøg på at få erfaringer der kan forhindre dette traume i at forekomme

igen, eller grundet en masochistisk nydelse eller opfyldelse af strafbehov (ibid., p. 276f). Overføringsmodstanden forsøger at forhindre bevidstliggørelse af overføringen og de smertefulde eller fortrængte følelser, infantile drifter, minder eller tanker som overføringen er baseret på. Modstanden kan i denne form komme til udtryk som *negativ overføring*, *overføringskærlighed* eller modstand mod en opløsning af overføringen. Igen er det terapeutens opgave at intervenere på en måde der kan hjælpe materialet frem til klientens bevidsthed, på en tålelig måde (Sandler et al., 1994, pp. 124f, 134).

5.1.3.1.3 Modstand grundet sygdomsgevinst

Denne modstandsform opstår og vedligeholdes grundet en sekundærgevinst, nemlig *sydomsgevinsten*. Jegten opfører sig her som om symptomet ikke kan fjernes, og forsøger derfor at udnytte situationen positivt. Fordele ved symptomer kan være, at man som 'syg' får mere omsorg og medlidenhed, samt en tilfredsstillelse af hævnfulde og aggressive drifter, ved at pålægge andre at tage del i den pinsel sygeliggørelsen udgør. Således kan der opstå tilfælde hvor klienten vedbliver at være syg grundet de sekundære gevinster (Sandler et al., 1994, p. 125). Oplever klienten disse sekundære gevinster ved sygdom må man, if. Ellis (1985), undersøge med klienten hvad der giver den største, mest logiske gevinst (p. 16f). Der kan også forekomme modstand grundet faren for at blive rask, og derfor miste relationen til terapeuten. Dette opleves typisk som tilbagefald eller forværring i klientens tilstand i forbindelse med overvejelser om afslutning af behandling (Sandler et al., 1994, p. 136f). Altså vil modstanden her være imod at opgive gevinster af at være syg, og ikke ønske bedring gennem terapien.

5.1.3.1.4 Det-modstand

Denne modstandsform fremkommer da impulser og drifter ikke ønsker ændring i den form eller måde hvorpå de kommer til udtryk. Disse har en vis træghed over for forandring, da de har fulgt samme mønster længe, og nu har der gennem terapi åbnet sig nye veje som de presses til at følge. Som terapeut kan man ændre impulser og drifters vej ved hjælp af *gennemarbejdning*. Her er der fokus på at tilegne sig nye og hæmme de gamle mønstre, og dermed arbejdes der med modstanden imod at forlade eller aflære funktionsområder og vaner (Sandler et al., 1994, p. 126).

5.1.3.1.5 Overjags-modstand

Denne modstandsform har grundlag i klientens skyldfølelse og ubevidste behov for straf. Skyldfølelsen er konstant grundet det undertrykte og uacceptable i klientens underbevidsthed. Modstanden opstår når en ønsket situation kan komme inden for rækkevidde, men som klienten ikke føler han burde begære. Modstanden fremkommer altså for at forhindre at han fører dette ud i livet. Jo tættere man i terapien kommer på en opfyldelse af det begærede, des mere skyldfølelse vil klienten altså få og han vil have modstand imod at aktualisere sine ønsker (Sandler et al., 1994, p. 126f).

Ud over Freuds femdeling, findes også andre anskuelser af modstand, hvoraf tre præsenteres i det følgende.

5.1.3.2 Modstand som træk ved klientens personlighed

Beutler et al. beskriver at modstand ikke blot er noget der kan opstå i terapi, men også kan være et træk ved klienten, således at nogle individer har en mere modstandspræget personlighed eller større prædisposition for at blive modstandspræget i terapien. Denne distinktion kan kaldes hhv. *state-* og *trait-modstand* (2002a, p. 207f; 2002b, p. 130; 2011, p. 135). Disse former for modstand er konceptualiserede på baggrund af en række undersøgelser som, if. Beutler et al. (2002a), netop fandt at nogle mennesker lettere bliver modstandsprægede, og at disse kan karakteriseres gennem deres træk og forsvarsstil herunder; et behov for kontrol, impulsivitet, direkte undgåelse og vrede (p. 212).

Dette syn på modstand, som værende et træk ved individets personlighed, giver mig associationer til Reichs begreb *karakterpanser* som i det kommende afsnit vil blive redegjort for.

5.1.3.3 Karaktermodstand

Wilhelm Reich mener, at den måde hvorpå klienten gør modstand og det han reagerer modstandspræget på afhænger af hans karaktertræk, heraf *karaktermodstand*. Han udtaler om karaktermodstanden at: "*These derive their special character not from their content but from the specific mannerisms of the person analyzed.*" (Reich, 1990, p. 44f). Altså er det måden hvorpå klienten udviser modstand på der siger noget om hans indre organisering. Individets karaktermodstand kommer til udtryk på baggrund

af det psykiske forsvarsskjold eller panser, originalt *character armor*⁶, som karakteren har skabt (Reich, 1990, p. 43, 52). Skjoldet er fleksibelt og kan trække sig sammen når der sker noget ubehageligt, og løsne sig når der er noget behageligt i vente, på den måde skærmes egoet ikke for det gode. Dog kan et patologisk rigtigt skjold forekomme (Reich, 1990, p. 155f).

I forhold til de fund Beutler et al. ovenfor præsenterer, tænker jeg, at man gennem Reichs karaktermodstand kan forklare hvorfor nogle menneskers modstandsadfærd nemmere fremprovokeres. Dette kan forstås som et udtryk for at deres forsvarsskjold nemmere aktiveres og eventuelt er kronisk. I forhold til at Beutler et al. hævder at nogle individer har en mere modstandspræget personlighed end andre, kan dette forstås ud fra Reichs inddeling efter karaktertræk, hvorved man må søge at forstå, ikke blot i hvor høj en grad af indledningsvis modstand klienten har, men også hvilke slags udtryksformer modstanden tager. De fund Beutler et al. nævner kan også forbindes til det tidligere redegjorte omhandlende modstands gavnlige og maladaptive kvaliteter (5.1.2). Hvorved man i dette perspektiv kan forstå at de klienter der i deres personlighed er mere modstandsprægede, netop er dette grundet en mere patologisk organisering, og altså ikke på baggrund af deres personlighed.

5.1.3.4 Terapeutens modstand

Det fremføres flere gange i løbet af specialet at terapeuten påvirker og kan skabe modstand i klienten eller i det interpersonelle samspil, men ifølge Ellis (1985) er det ikke udelukkende klienten der kan have modstand. Eksempelvis kan man som terapeut have urealistiske forventninger til sig selv, om at have succesfuld terapi med alle klienter, som skal respektere og holde af én og arbejde lige så hårdt som én selv (p. 165ff). Når terapeuten eller klienterne naturligvis ikke kan leve op til de irrationelle forventninger kan der opstå modstand. Ellis foreslår i forbindelse hermed, at terapeuten undersøger sine irrationelle ideer, ligesom hun ville gøre det med sine klienter, eller bearbejde det i terapi, og på den måde skabe større frihed for sig selv og sin terapi (ibid., p. 170).

Udover Ellis kan det nævnes at flere teoretikere tilslutter sig at terapeuten kan have modstand. Herunder f.eks. i MI tilgangen hvor terapeuten kan have modstand imod

⁶ Derfra begrebet *karakterpanser*

klientens modstand, hvilket kaldes at være *counter-resistant* (Moyers og Rollnick, 2002, p. 187). Også Ferenczi mener if. Diderichsen (1998a) at modstand forekommer hos terapeuten og at dette kan skabe det samme i klienten og i den forbindelse at terapeuten må undersøge dette i sin egenterapien (Diderichsen, 1998a, p. 83). Stone mener ligeledes at terapeuten kan have en *mod-modstand* og at denne ubevidst kan blive projiceret over på klienten (Stone, 1973. if. Sandler et al., 1994, p. 135).

Der findes altså flere måder at forstå og inddele modstands kliniske manifestation og årsagerne bag. Jeg må i den forbindelse erklære mig enig med Sandler et al. (1994), i at der helt overordnet set kan skelnes mellem begrebets to betydninger: 1) at modstand kan ses som et udtryk for en indre tilstand der ikke er direkte observerbar, og 2) at den kan tage synlig form gennem adfærd der afspejler den indre modstand. Modstanden kan således tydeligt manifesteres, men det er årsagen bag selve modstandsadfærd der er interessant, da dette fortæller noget om hvad der sker inde i individet (p. 131f). Ergo er modstand forbundet til, og vil komme til udtryk på baggrund af, individets indre strukturer og organisering.

5.1.4 Hvad påvirker modstand?

Der vil i det følgende gennemgås tre faktorer der kan påvirke eller skabe modstand, da dette synes at være vigtig baggrundsviden i forhold til, hvordan man kan arbejde med modstand i psykoterapi.

5.1.4.1 Mismatch mellem klient og terapeut

Modstand kan, if. Ellis (1985), opstå fordi klienten af den ene eller anden årsag ikke bryder sig om terapeuten, og der er et såkaldt mismatch. Modstanden er altså rettet mod terapeutens person. Her kan man som terapeut prøve at undersøge hvad der ligger til grund for dette, eller forsøge at imødekomme klientens ønsker. Måske kommer klienten over disse indledende følelser, eller man kan hjælpe klienten med at finde en anden terapeut (p. 22f).

5.1.4.2 Udefrakommende påvirkning

Ud fra Blatt og Relichs (1982) forståelse af modstand, som værende forvridninger i klientens måde at relatere sig til andre på, må man overveje og hjælpe klienten til at forstå, hvordan han relaterer sig til andre (p. 71). I denne forbindelse kan der også

tales om en form for modstand der fremkommer grundet de vanskeligheder der opstår, som følge af de ændringer der sker i klienten gennem terapien. Dette er typisk ændringer der påvirker vigtige personer i klientens liv eller modstand, grundet de værdier og holdninger klienten har fået gennem sin kultur og opvækst i en bestemt familie. Personer i klientens omgangskreds kan også frygte forandring i klienten og derfor forsøge at sabotere terapien på forskellige måder, hvilket dermed udgør en udefrakommende modstand (Sandler et al., 1994, p. 136; Lazarus & Fay, 1982, p. 127f).

5.1.4.3 Fejl i terapien

Ud fra et interpersonelt syn på modstand er der bred enighed om at fejl fra terapeutens side kan tilføre til og potentielt skabe modstand i klienten og det terapeutiske forhold. Diderichsen (1998a) foreslår at modstand kan skabes af terapeuten, når hun ikke er sensitiv over for den sårbarhed klienten har, og dermed genskaber et traume, ved ikke at skabe et rum hvori klienten kan udfolde sin person. Derudover vil en forfejlet eller ufølsom tilgang til modstand forværre denne og fastlåse situationen (p. 88). Killingmo var, if. Diderichsen, enig i at en mindre empatisk holdning fra terapeuten hos visse klienter kan skabe modstand (ibid., p. 86). Ellis (1985) mener i tillæg hertil, at nogle klienter føler at terapien begrænser deres frihed, på trods af at de har bedt om at få denne terapi. Dette er især tilfældet når terapien er aktiv og styrende (p. 16), her er der altså tale om at der er valgt en 'forkert' tilgang der ikke passer til klienten. Derudover kan en fejl ligge i at klient og terapeut ikke arbejder mod samme mål, hvis f.eks. terapeuten har større ambitioner på klientens vegne end klienten (Ellis, 1985, p. 178). Igra (1990) pointerer at terapeuter ikke er perfekte og har ubevidste motiver, der kan være i modstrid med hvad der bevidst efterstræbes (p. 158). Det er altså nødvendigt at være enige om målet med terapien. Begår terapeuten fejl, kan terapien, if. Sandler et al. (1994), genoprettes hvis fejlen anerkendes af både terapeut og klient. Sker dette ikke, kan dette resultere i terapiens sammenbrud eller terapi på et usikkert grundlag (p. 136). Winnicott mener ligeledes at modstanden vil vedholde indtil terapeuten finder fejlen og forklarer og bruger den terapeutisk (if. Diderichsen, 1998a, p. 85).

Blatt og Erlich foreslår at en alvorlig fejl kan forekomme hvis terapeuten falder i modoverføringsfælden grundet 'blinde vinkler'. De fortsætter: "[...] *it is the therapist's capacity courageously to face his own resistance to growth and to realize his*

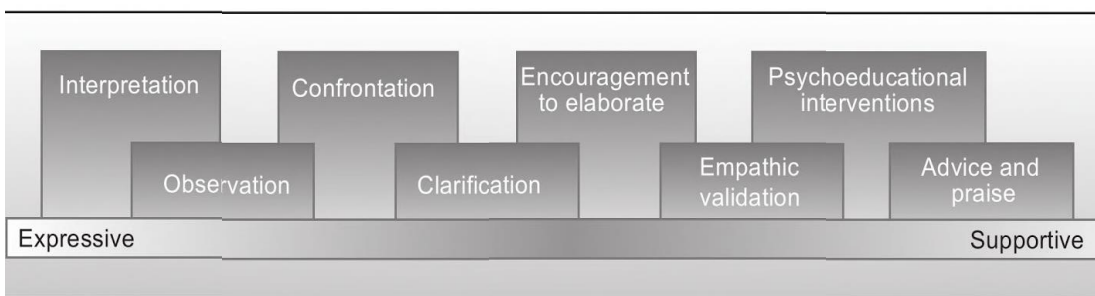
own strengths and limitations that provides the upper limit for the success of any therapeutic undertaking.” (Blatt & Erlich, 1982, p. 77). Altså må man som terapeut arbejde med sig selv for at kunne yde succesfuld terapi. Dette var også en af Freuds pointer da han udtalte: ”[...] *hver enkelt psykoanalytiker kun kommer så vidt, som hans egne komplekser og indre modstande tillader det, og vi forlanger derfor, at han begynder sin virksomhed med en selvanalyse og fortløbende uddyber denne [...]*” (Freud, 1910a, p. 78). Således kan det opsummerende siges, at terapeuten må være opmærksom på sine fejl, og dermed være åben for at modstanden kan være opstået på baggrund af dette. Man må her anerkende sin fejl overfor klienten og bearbejde dette terapeutisk. Dertil må man som terapeut selvfølgelig forsøge ikke at lave fejl, og i den forbindelse virker det logisk at man må ’kende sig selv’ og forsøge at bearbejde dette i egenterapi, således at dette påvirker terapien mindst muligt.

5.2 Diskussion vedr. arbejdet med modstand i psykoterapi

Den følgende diskussion vil på baggrund af det redegjorte, og i forhold til problemformuleringen, undersøge hvordan man som terapeut kan arbejde med modstand i terapi til fordel for klientens udvikling. Der tilbydes en gennemgang af to specifikke tilgange til arbejdet med modstand, nemlig Intensiv dynamisk korttidsterapi og Motivational Interviewing. Udover disse to tilgange, undersøges dermed ikke specifikke teknikker til at håndtere modstand, da der allerede er redegjort for hvordan man kan intervenere direkte på modstanden, hvis man kan gennemskue hvilken slags modstand der er opstået og dermed kender dennes saboterende ærinde nærmere. De to tilgange er valgt da de viser to meget forskellige måder at tilgå, forstå og arbejde med modstand i terapi, og de placerer sig i hver sin ende af Gabbards interventionskala. Denne skala og forståelse af interventionsformer vil fungere som omdrejningspunkt i diskussionen.

5.2.1 Gabbards interventionsskala

For at skabe et billede af hvordan holdningerne til arbejdet med modstand fordeler sig, benyttes Gabbards skala over det ekspressive og støttende kontinuum af interventioner:



Figur 1: Gabbards interventionsskala (Gabbard, 2005, p. 101).

Figuren illustrerer forskellige interventioner der er mere eller mindre støttende – eller ekspressive, og man kan således placere sig mere eller mindre til den ene eller anden side af skalaen ud fra hvilke interventioner man benytter. Interventionerne er oversat og forklares nu kort:

Fortolkning: at gøre noget bevidst for klienten, ved at komme med en forklaring på adfærd, tanker, følelser eller symptom til dens ubevidste mening eller oprindelse. Dog først når dette er tæt på at blive bevidst og klienten kan se sammenhængen (Gabbard, 2005, p. 102).

Observation: at bemærke adfærd, udsagn, mønstre, kropssprog, følelsesudtryk og at invitere klienten til at finde mening i dette (ibid.).

Konfrontation: at adressere noget klienten ikke vil se på, ikke vil acceptere eller noget klienten forsøger at undgå. Konfrontation har en klang af at være ubehagelig eller aggressiv, hvilket er uheldigt, da denne kan være meget blid og omsorgsfuld (ibid.).

Klarifikation: at reformulere eller lave en samling af det klienten har snakket om, for at skabe et mere sammenhængende billede af hvad kernen af det talte er. Dette kan hjælpe klienten med at snakke om og se på det der er svært at få sagt med ord (ibid., p. 103).

Opfordring til at uddybe: at efterspørge mere information om noget klienten taler om, hvilket kan ske gennem åbne eller lukkede spørgsmål, der kan virke afklarende for både terapeutens og klientens forståelse (ibid.).

Empatisk validering: at vise at terapeuten har en empatisk forståelse for klientens indre tilstand, og klienten vil være mere tilbøjelig til at acceptere interventioner hvis han føler terapeuten forstår ham (ibid.).

Psykoedukative interventioner: at dele psykologisk information med klienten, f.eks. viden terapeuten har fra sin uddannelse og erfaring (ibid.).

Rådgivning og ros: at foreslå og forstærke en bestemt adfærd eller handling gennem ros (ibid., p. 103f).

De fleste terapiformer rummer alle disse interventioner i løbet af behandlingsforløbet, men vurderes som primært ekspressive eller støttende, på baggrund af hvilke af interventionerne der hyppigst bruges (ibid., p. 104).

5.2.2 Intensiv dynamisk korttidsterapi

Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP⁷) tilbyder et perspektiv på arbejdet med modstand, som jeg vurderer ligger i den ekspressive ende af Gabbards interventionskala, da denne søger hurtigst muligt at nedbryde modstanden for at muliggøre det

⁷ Forkortelse af det engelske: Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy

terapeutiske arbejde. Dette sker hovedsageligt gennem konfrontation, fortolkning og observation som netop ligger til den ekspressive side af skalaen. Dog skal det pointeres at flere af de støttende interventioner også kan anvendes indenfor tilgangen, men at denne altså overvejende er ekspressiv. Patricia Coughlin Della Selvas tilgang er en videreudvikling af dr. Habib Davanloos terapi, der forkorter og intensiverer terapi-forløbet ved eftersigende at øge kvaliteten frem for mængden af terapi. Tilgangen er psykodynamisk og tager afsæt i psykoanalytisk teori og en forståelse af det ubevidstes metapsykologi (Della Selva, 2001, p. 9f).

Della Selva forklarer om sin tilgang at: ”*Begreberne forsvar og modstand bliver ofte brugt med samme betydning.*” (Della Selva, 2001, p. 75). Der er altså nærmest sat lighedstegn mellem forsvar og modstand. Synet på modstand er her, at dette er det sværeste at håndtere og det der oftest kommer i vejen i terapien. Modstand forstås altså som noget der er i vejen (ibid., pp. 13,18). Den følelsesmæssige konflikt, eller ambivalensen, har i denne forståelse to sider; på den ene side ønsker klienten terapeutens hjælp til at forstå og komme fri af sin lidelse, men den anden side har lyst til at flygte, undgå sorg og smerte der unægtelig vil opstå i terapien. Det er denne sidste side der opretholder modstanden. Davanloo mener, if. Della Selva (2001), at disse to sider; modstand og en arbejdsalliance med terapeuten, er omvendt proportionelle, og at det er terapeutens opgave at skabe en bevægelse væk fra modstand og mod alliance, ved at udfordre klienten til at samarbejde i stedet for at modarbejde processen for at komme over på ’terapeutens side’ så de sammen kan arbejde (p. 31f).

Davanloos teknikker retter sig direkte mod forsvaret og nedbryder dette før det har chancen for at blive til modstand i terapien. Dette medfører stærke blandede følelser i overføringen, og denne konflikt genopliver de gamle konflikter og mønstre fra fortiden. Teorien mener også, at når klienten kan se på det de har forsvaret sig imod og hvordan, da vil de ikke længere have brug for at forsvare sig herimod og jeget genvinder sin autonomi (Della Selva, 2001, p. 30f). Man må altså ifølge Davanloo forlade passiviteten og aktivt som terapeut skabe eller intensivere en intrapsykisk krise hos klienten, da dette vil øge klientens incitament. Samtidigt vil forsvaret ikke være i stand til at rumme de udsædvanligt intense følelser og konflikter der ligger tilgængeligt lige under ’overfladen’. Dermed bliver det ubevidste mere tilgængeligt og dette på kort tid (Davanloo if. Della Selva, 2001, p. 31f). Denne tilgang er således meget direkte og stræber efter at nå frem til sandheden, selv når sandheden gør ondt. Dette er også kaldet ’jernhånden i fløjlshandsken’ (Della Selva, 2001, p. 32). Der kan i

denne tilgang ske 'frontalsammenstød med forsvaret' (ibid., 96), hvor forsvaret altså ikke lægger sig ned, men yder modstand. Her må terapeuten hjælpe klienten til at konfrontere det der fastholder ham i en ulykkelig tilstand, og opfordre den sunde del af jeget til at genvinde styringen. Terapeuten gør det klart, at ansvaret ligger hos klienten og at hun ikke vil gøre arbejdet for ham eller lade ham 'slippe'. Her må man som terapeut være klar til noget af et uvejr i overføringen (Della Selva, 2001, p. 96).

Tilgangen foregår groft inddelt i tre skridt; 1) at hjælpe klienten til at se deres forsvar og modstand, ved at identificere forsvarerne som de opstår. Når klienten er bevidst herom kan funktionen deraf undersøges igennem klarlægning. Her hjælpes klienten til at få indsigt i hvilke måder han har forsvaret sig på og konsekvenserne og omkostningerne heraf undersøges (ibid., p. 78-81). 2) At omstrukturere klientens forsvar og vende jeget herimod. Igennem første skridt begynder jeget at vende sig mod dets forsvar og blive klar over de u hensigtsmæssige følger heraf. Derved opstår valget om enten at beholde eller at forlade forsvaret (ibid., p. 90). 3) At rydde både forsvar og modstand af vejen gennem udfordring og pres. Terapeuten kan her gennem pres og udfordring skabe eller intensivere den intrapsykiske krise der sætter klienten i følelsesmæssig bevægelse. Man lægger altså pres på de u hensigtsmæssige forsvar og udfordrer den sunde del af jeget til at frigøre sig ved at nedbryde forsvar og lade de underliggende følelser komme frem. Der skal herefter arbejdes med at ophæve fortrængningen, at desensitivere jeget i forhold til de følelser og erindringer der nu har frit spil og man tolker og laver sammenhænge på det fremkomne (ibid., p. 90f).

5.2.3 Motivational Interviewing

Motivational Interviewing (MI) tilbyder et perspektiv på arbejdet med modstand, som jeg vurderer ligger til den støttende ende af Gabbards interventionsskala, da denne tilgang anvender empatisk validering, opfordrer klienten til at uddybe, psykoedukerer, roser og i visse tilfælde anvender at komme med råd. Tilgangen gør også i høj grad brug af klarifikation, som ligger nær midten af skalaen, dog til den ekspressive side. Der er altså heller ikke her tale om en tilgang der udelukkende anvender interventioner fra en side af interventionsskalaen, men en tilgang der er overvejende støttende. Det kan i den forbindelse diskuteres hvorvidt der findes tilgange, der udelukkende anvender støttende eller ekspressive interventioner, hvilket diskuteres i afsnit (5.2.8).

MI er udviklet af William R. Miller, Ph.d. og professor i psykologi og psykiatri ved the University of New Mexico, og er videreudviklet i samarbejde med Stephen Rollnick, som er Ph.d. og professor i sundhedspleje kommunikation ved the School of Medicine ved Cardiff University, og har arbejdet i sundhedsvæsenet samt 'mental health'-faget som psykolog i mange år (Miller & Rollnick, 2013, p. vi; Miller & Rose, 2009, p. 527f). MI er en tilgang der benyttes over kort tid. Miller og Rollnick (2009) foreslår, at der kan ske gode fremskridt på blot 15 min. men at det er hensigtsmæssigt at bruge to sessioner, af ca. 50 minutter på at intervenere med MI, og at to til tre timer i virkeligheden er alt hvad klienten vil tolerere (p. 136f; Moyers & Rollnick, 2002, p. 186).

Tilgangen er skabt til at hjælpe klienter der overvejer forandring, men som er hindret af ambivalens. Det er netop når terapeuten fornemmer denne ambivalens, at hun kan sætte ind med MI (Moyers & Rollnick, 2002, p. 185). Ved at støtte og opmuntre klienten når han taler om forandring, *change talk*, kan klienten høre sig selv og forestille sig selv i forandring. Med andre ord, overtaler klienten sig selv til udvikling. Det modsatte af *change talk* er *sustain talk*, altså når klienten taler om adfærd der derved kommer til at vedligeholde problemet. I MI opfattes sidstnævnte som et udtryk for modstand (Miller & Rose, 2009, pp. 133, 528). Jeg opfatter, at når klienten overvejer forandring og dynamikken i MI forstås ud fra den tilstedeværende ambivalens vedrørende forandring, kan *change talk* og *sustain talk* placeres på hver sin side af ambivalensen. Det handler således om at holde balancen på ambivalens-stregen – ikke falde over i modstanden (*sustain talk*), men forsøge at komme over i forandringen (*change talk*). Ifølge Miller og Rollnick er det imod MI's ånd at presse klienten til udvikling; ønsker han ikke at udvikle sig, så presser man ham ikke yderligere (ibid., p. 131). Der skal altså være genuin motivation for udvikling, men det kan diskuteres hvorvidt det er etisk ikke at indgå i terapi og lade klienten forblive i en pinefuld situation, hvis han ikke ønsker eller formår, at holde håbet om forandring. Det vil dog heller ikke være etisk, at presse et individ mod forandring han ikke ønsker.

Modstand kan, if. Miller og Rollnick (2013), opstå som følger af *dissonans* i den terapeutiske relation, en slags disharmoni. De beskriver denne dissonans som en 'brand' i det terapeutiske forhold og modstand er den 'røg' der beretter herom (p. 204f). Dissonans opstår på baggrund af terapeutens reaktion og humør, og sker nemmere når man er træt, stresset, ikke nærværende eller når man er meget investeret i at hjælpe. Det kan også opleves fysisk eller psykisk i terapeuten, f.eks. gennem be-

kymring, irritation og frustration (ibid., p. 206). En indvending herimod kan være, at terapeuten gøres ansvarlig for den interpersonelle modstand, hvilket ud fra afsnit 4.1.4.2 kan kritiseres, da klienten er en del af samspillet, men som ud fra Miller og Rollnicks beskrivelse får en passiv ansvarsfri rolle.

Moyers og Rollnick (2002) forklarer arbejdet med modstand i MI, ud fra en analogi hvor terapeuten i mødet med klientens modstand, er i samme situation som en person i en kajak der følger strømmen. Det vil for terapeuten, såvel som personen i kajakken være svært og hårdt at vende kajakken og begynde at padle mod strømmen/modstanden. Derfor kæmper MI-terapeuten ikke imod klienten og dennes modstand, men bruger den energi klienten kommer med til at styre interaktionen i en anden retning. Dette kaldes *rolling with resistance* (p. 187). Går man i denne forståelse imod modstanden, ved som terapeut, f.eks. at argumentere, være konfronterende eller at forsøge at overtale klienten, ses man som værende *counter-resistant*, altså har man selv en modstand imod modstanden (ibid.). Generelt findes der to måder at 'rulle med modstanden' på; at komme med reflekterende udsagn, eller at reagere på en måde der påvirker klientens refleksion (Miller & Rollnick, 2004, p. 137). MI arbejder altså ikke direkte *med* modstanden, men nærmere *i forhold til* den. Terapeuten må forsøge at formindske modstanden og omdirigere klientens fokus mod forandring.

Miller og Rollnick (2004) mener, at terapeutens stil har indvirkning på hvor meget modstand der opstår i terapien. Dette kan relateres til Gabbards interventionskala og det støttende og ekspressive kontinuum, da de mener at en konfronterende og styrende stil øger modstand hos klienten, hvorimod en støttende og reflekterende stil vil reducere modstand (p. 26). I denne forbindelse henviser de til en undersøgelse af Patterson og Forgatch fra 1985, hvori terapeuten bevidst skiftede mellem disse to stile hver 12 min. Her var det tydeligt at modstanden steg når en konfronterende stil blev benyttet og faldt når en støttende stil blev benyttet (ibid., p. 26f).

Arbejdet i MI kan opsummerende forstås gennem fire centrale principper, paraphraseret fra (Moyers & Rollnick, 2002, p. 186):

- 1) At udtrykke empati ved at lytte refleksivt og vise at man forstår klienten.
- 2) At hjælpe klienten til at se den diskrepans der er mellem hans kerneværdier og hans nuværende adfærd.

-
- 3) At rulle med modstanden ved at møde denne med refleksion frem for konfrontation.
 - 4) At støtte klienten i hans autonomi og følelse af kontrol ved at styrke hans tro på at forandring er mulig.

5.2.4 Ekspressive og støttende tilgange til modstandsarbejdet

MI og ISTDP vil i denne diskussion suppleres af empirisk forskning på området, såvel som teoretikere fordelt på den føromtalte interventionsskala. Hermed skabes en flersidet diskussion, der søger at belyse de fordele og ulemper der kan være ved hhv. en støttende og ekspressiv tilgang til arbejdet med modstand.

5.2.4.1 Ekspressive tilgange

Della Selva (2001) beskriver, som redegjort for, at modstand står i vejen for terapi og derfor må ryddes af vejen (p. 13), men det er langt fra blot inden for ISTDP at det menes at modstand må søges fjernet som noget af det første i terapien. Siden Freud navngav fænomenet, og beskrev hvordan han fandt at dette var en forhindring i det terapeutiske arbejde, har mange, if. Della Selva, ligeledes arbejdet på enten at fjerne eller formindske modstand (ibid., p. 18). Greenson fremsatte at: ”*Modstanden forsvarer status quo i patientens neurose. Modstanden sætter sig imod analytikeren, det analytiske arbejde og patientens fornuftige jeg*” (Greenson if. Sandler et al., 1994, p. 130). Her tales altså om modstand som noget der står i vejen for fremgang i terapien og som derfor må fjernes. Også Diderichsen (1998a) er enig heri, og mener at modstanden kan fjernes ved at gøre klienten bekendt hermed (p. 70). Aagaard (2002) fremsætter ligeledes at modstanden så vidt muligt må fjernes og at der, hvis dette lykkedes, vil være et modstandsfrit ’vindue’, hvor man kan arbejde frit. Modstanden vil dog altid genetablere sig i samme eller ændret form (p. 491). Flere kan altså siges, at være enige i, at terapeuten aktivt bør gå ind og fjerne klientens modstand for at muliggøre det terapeutiske arbejde. At anlægge denne tilgang kan i min optik have en række uheldige konsekvenser, for hhv. klient, terapeut og den terapeutiske relation. Igennem en ekspressiv tilgang, kan klienten opleve forkerthed som følge af sin modstand, konfrontationen og nedbrydelsen af modstanden kan opleves som voldsom, og i denne frustrerende proces risikerer klienten at miste håb og motivation for forandring. Hos terapeuten kan konsekvenserne omhandle, at man i sin iver for at nedbryde modstanden ikke fornemmer, hvor svært arbejdet med modstanden er for

klienten, samt at han arbejder efter bedste evne. Herunder at man glemmer at anerkende dette over for klienten. Dertil kan terapeuten blive blind for egne fejl, som klienten med sin modstand forsøger at forsvare sig imod, da man ikke har arbejdet med at forstå hvad modstanden er en reaktion på. Generelt kan man, når man ikke arbejder med modstanden, gå glip af tilgængelig information om klientens indre tilstand. Endeligt kan denne tilgang have konsekvenser for den terapeutiske relation og alliance, da terapeuten har en rigid agenda i afskaffelsen af modstand, hvori terapeuten til tider arbejder selvstændigt fremfor i samarbejde med klienten. Denne agenda kan også siges at indskrænke bevægelsesfriheden i terapien, da der således kun er én 'rigtig' vej til målet. Denne kritiske refleksive tankegang går igen hos Della Selva, der ud fra sin ekspressive tilgang mener at Davanloo har: "[...] *demonstreret, at der findes en teknik til fuldstændig at overvinde problemet med modstanden [...]*" (Della Selva, 2001, p. 14). Hun påtænker dog samtidigt, at grunden til at metoden ikke er bredere anvendt kan være Davanloos anbefaling om anvendelse af en særdeles konfronterende stil, hvori terapeuten nærmest optræder som klientens modstander, kan føre til at flere terapeuter oplever stilen som værende for voldsom (ibid., p. 13f). Della Selva vægtlægger, i højere grad end Davanloo, opmuntrende og medfølelse ud-sagn til klienten (ibid., p. 15), hvorfor Della Selvas tilgang til modstand er at fjerne denne ved at gå hårdt på og forsøge at nedbryde denne, men uden at virke som klientens modstander. Hendes tilgang rummer altså nogle nuancerede refleksioner over hvor ekspressivt og hårdt man må gå til modstandsarbejdet, samt konsekvenser for en sådan tilgang.

5.2.4.2 Støttende tilgange

En anden tilgang til modstandsarbejde er at arbejde støttende, frem for ekspressivt. Wachtel italesætter, at der inden for arbejdet med modstand har hersket en antagelse om at modstand skulle af vejen, så man kunne komme i gang med den 'rigtige' terapi, men Wachtel (1982, p. xix) fremsætter at:

"Resistance is not something that periodically comes up to disrupt the therapy. It is the track of the patient's conflict about changing, the way in which the sincere desire to change confronts the fears, misconceptions, and prior adaptive strategies that make change difficult."

Ud fra dette forstår jeg, at arbejdet med modstand er den egentlige terapi, da det er herigennem udviklingen finder sted. Ud fra dette syn vil der således ikke være noget

substantielt at arbejde med, hvis modstanden fjernes. Der findes foruden dette synspunkt et alternativt syn på modstandsarbejdet hos Blatt og Erlich (1982), der mener at målet med terapi er at *reducere* modstandens intensitet, og igennem forholdet til terapeuten lade klienten opleve mere modne former for relationer, og gøre ham fri for tvangen til at gentage de tidlige. Klientens frygt for forandring må altså nedbringes således, at han har større frihed til udvikling (p. 91). I denne forbindelse mener de, at fortolkninger når de er gode, og leveres som invitationer til yderligere udforskning, kan hjælpe klienten til at forstå og mindske modstanden. Leveres de derimod 'forkert' kan de vedholde og i værste tilfælde forøge modstanden (p. 89).

Som i foregående afsnit, kan en kritisk stillingtagen, på baggrund af min forståelse af de støttende tilgange, nævnes i forhold til klient, terapeut og den terapeutisk relation. Herunder at det for klienten kan opleves angstprovokerende, frustrerende, nedslående og fastlåst at arbejde med sin modstand, og at have denne med gennem terapiforløbet. For terapeuten kan denne tilgang være yderst krævende, da hun må søge at forstå og arbejde med dette svært håndterbare fænomen, samtidig med at terapien er mindre struktureret, da man arbejder hvor modstanden dukker op. Dertil er der en risiko ved at arbejde med modstand, da denne, hvis håndteret forkert, kan have mange uheldige konsekvenser. Går det galt i håndteringen af modstand, kan dette påvirke relation såvel som alliance negativ, hvorved det kan blive svært at genvinde klientens tillid og få adgang til hans indre igen. Altså kan klienten efterlades i en værre forfatning. Hermed kan det fremstilles, at både de støttende og ekspressive tilgange til modstandsarbejdet har faldgrupper, som terapeuten må have for øje.

5.2.5 Et ideelt niveau for modstand

Ud fra det foregående forstår jeg, at der må være et ideelniveau for modstand. Det er ifølge de støttende tilgange ikke ideelt at fjerne hele modstanden, da man så ikke kan arbejde og forstå gennem klientens unikke modstand, men det er ifølge de ekspressive tilgange heller ikke gavnligt at arbejde i for stor modstand der kan blive altoverskyggende. Derfor må målet være at arbejde på en måde der nedbringer modstanden, hvis denne er for høj, men også at arbejde på en måde der tillader et vist niveau af modstand. Rationalet bag at der skal være noget modstand til stede er, at modstand vil opstå hvis klienten har noget på spil, hvis han er involveret i det han snakker om. Snakker han om noget der ikke har større betydning for ham vil modstand sandsyn-

ligvis ikke opstå, da der ikke er noget der kan starte denne reaktion. Altså må terapeuten balancere og ændre tilgang ud fra det aktuelle niveau af modstand, og enten søge at sænke eller at øge denne. Jeg tænker dog også, at man må være påpasselig med at antage at modstand er en indikation på udvikling, samt at der ikke kan ske udvikling uden modstand. Der arbejdes eksempelvis i de ekspressive tilgange med at gøre modstandsniveauet mindst muligt, men dette forhindrer ikke udvikling. Illustrativt kan dette forstås ud fra en ide om at modstand er det X der markerer hvor 'guld' er begravet, altså hvor der er et vigtigt arbejdsområde for klienten. Dette arbejdsområde med tilhørende udviklingspotentiale forsvinder ikke ved at man fjerner markeringen på dette. I ISTDP øges klientens modstand dog i starten, for at øge involveringen og engagementet i behandlingen, for så at fjerne denne igen så vidt muligt, når klienten har indvilliget i at arbejde (Della Selva, 2001, p. 31f).

5.2.6 Modstand og et ringere udbytte af terapi

Der er altså forskellige meninger og erfaringer i forhold til hvilket niveau, og i hvor varierende grad, modstand bør være til stede i terapien, for at kunne arbejde under ideelle omstændigheder. Men peges der i forskningen på hvorvidt et lavt eller højt modstandsniveau er ideelt i terapi? En undersøgelse af dette er ønskværdig, men eksisterer, mig bekendt, ikke på nuværende tidspunkt. Dog udtaler Beutler et al. at: *"Resistance bodes poorly for treatment effectiveness"* (Beutler et al., 2002a, p. 207). De taler her ud fra deres metastudie af 11 studier der undersøgte effekten mellem modstand og udbyttet af terapi. Heraf fandt 9 studier, at klientens modstandsniveau korrelerede negativt med udbyttet af terapien, og dette støtter hypotesen om, at modstand har en negativ effekt på udbyttet af terapien (ibid., 2001, p. 433f). De konkluderede ud fra metastudiet også, at modstandsprægede klienter vil være mere tilbøjelige til at stoppe behandlingen før tid (ibid., p. 432). På baggrund af dette er de fortalere for at man bør:

"Avoid stimulating the patient's level of resistance. Based on the research reviews, we conclude that there is strong and consistent support for a negative relationship between evoking patient resistance and therapeutic outcome. Although a causal chain cannot be certain, the consistency of the correlational evidence is persuasive." (Beutler et al., 2011, p. 140).

Beutler et al. mener altså, grundet den negative effekt modstand synes at have på udbyttet af terapien, at man bør undgå at øge klientens modstand. De støtter dog

samtidigt op om forståelsen, jeg igennem specialet har fremført, om at der er et ønskværdigt niveau af modstand. Beutler et al. (2002b) fremsætter nemlig at modstand er en normal reaktion på at blive presset, og foreslår at terapeuten forsøger at skabe mindst mulig modstand hos klienten, men stadig søger at få klienten til at udvikle sig, hvilket vil skabe modstand (p. 132).

Der er altså en sammenhæng mellem modstand og et ringere udbytte af terapien, men man kunne stille spørgsmålstegn ved hvad denne sammenhæng rummer - hvor meget modstand er for meget og hvor lidt modstand der er for lidt? Besvarelsen af dette kan måske hjælpe med at afgøre hvilken tilgang terapeuten bør anlægge til modstand.

Dertil har jeg fremlagt et eksempel på en ekspressiv tilgang (ISTDP) og en støttende tilgang (MI) til arbejdet med modstand. Det kan i denne forbindelse undre mig, at to så forskellige, nærmest modsatte tilgange til samme fænomen, begge anvendes og begge synes at virke (Della Selva, 2001, pp. 9f; Miller & Rose, 2009, pp. 529ff). Så hvad er virksomt og hvorfor?

5.2.7 At matche terapeut-directiveness og modstandsniveauet

Beutler et al. (2011) har foretaget et metaanalytisk review, og ud fra dette undersøgt værdien af at matche strategiske interventioner, der har mere eller mindre 'directiveness' med en bestemt klientadfærd, i dette tilfælde modstand. Denne undersøgelse foretog de på baggrund af en hypotese om, at et ugunstigt resultat af terapien kan være et produkt af, at tilgangen der er brugt ikke passer til klienten. Altså at et ugunstigt resultat ikke udelukkende kan forklares ud fra at der opstår modstand i terapien. Samlet bygger hypotesen på præmissen; udbyttet af terapien er afhængig af fittet mellem klientens modstand og terapeutens directiveness i interventionsstil og disse er omvendt proportionelle (pp. 133f, 137). Directiveness forbinder jeg i høj grad med den ekspressive side af Gabbards skala, da dette af Beutler et al. defineres som følger: "[...] *directiveness refers to the degree to which the therapist is the primary agent of therapeutic process or change through the selection of specific techniques and/or the adoption of a specific interpersonal demeanor.*" (Beutler et al., 2011, p. 135). Beutler et al. (2002b) har i denne forbindelse vurderet hvornår en tilgang er mere eller mindre directive. MI er i undersøgelsen kategoriseret som 'non-directive' (ibid., 2011, p. 138). En tilgang kan siges at være mindre directive når der lyttes mere og tales mindre end klienten, og når der gives færre instruktioner (ibid., 2002b, p.

139). Dermed kan argumenteres for at non-directive kan opfattes som den støttende ende af Gabbards interventionsskala.

Undersøgelsen rummede 12 studier, men i alt 1104 klienter. Der blev målt direkte eller indirekte på modstanden og graden af directiveness, og fordelingen af klient til terapi var randomiseret (Beutler et al., 2011, p. 137). Det var muligt, gennem måling, at evaluere det fit der var mellem klientens modstand og terapeutens directiveness. De fandt at op imod 15% af terapiens udbytte havde en sammenhæng med fittet mellem klient og dennes modstand, og terapeutens directiveness. Der var dog forskel på effekten mellem studierne, der foreslår at andet end fit kan være på spil (ibid., p. 139). Jeg finder det i denne forbindelse værd at bemærke, at denne slags metastudier hvori flere undersøgelser bliver samlet, og noget generelt udtrækkes og konkluderes på, kan kritiseres i sin metode, da der anvendes forskellige skalaer til måling og undersøgelserne udføres af forskellige forskere med måske varierende fokus. Dette kan påvirke resultaterne og forringe validitet og transparens.

Dette førte til en relevant metaundersøgelse hvor Beutler et al. tog udgangspunkt i 20 studier, og undersøgte hvordan tilgangens directiveness eller non-directiveness påvirkede udbyttet af terapi hos klienter med mere eller mindre modstand. De fandt i 16 af studierne at en directive tilgang fungerede bedst med klienter der havde lav modstand, hvor klienter med meget modstand profiterede af en mindre directive tilgang (Beutler et al., 2001, p. 434; Beutler et al., 2002a, p. 213f). Alt dette ser jeg, som nævnt tidligere, overførbart i forhold til Gabbards interventionsskala. Derfor finder jeg det relevant i herfra at udbytte *directiveness* med *ekspressiv*, for at undgå forvirring, og ligeledes *non-directiveness* med *støttende*. Beutler et al. konkluderer på baggrund af metastudiet, at man i terapi succesfuldt kan intervenere på støttende måder ved klienter der er modstandsprægede i deres personlighed eller har høj modstand i terapien, hvorimod klienter med lav modstand i personlighed og terapi, kan tilgås med mere ekspressive interventioner (Beutler et al., 2002a, pp. 213, 215; Beutler et al., 2011, p. 135). Man må altså justere og tilpasse sin tilgang afhængig af klientens modstand, og man kan som terapeut styre niveauet af modstand (ibid., 2002b, p. 134).

Jeg undrede mig tidligere over hvorfor ISTDP og MI, der er så forskellige, begge virker. På baggrund af den præsenterede forskning, er det min hypotese, at disse tilgange virker, da de benyttes ved forskellige klientgrupper.

MI benyttes ved klienter der går ind til terapien med forholdsvis høj modstand. Dette kan være klienter der har en del ambivalens omkring at forsøge at nedbringe deres misbrug. Det kunne også være klienter der ikke kan holde et job, ikke tager livsnødvendig medicin, har farlig adfærd, eller på en eller anden måde fører en livsstil der er meget uhensigtsmæssig. Disse klienter er ofte i kontakt med, eller er afhængig af, ydre omstændigheder, såsom at kunne få kontanthjælp eller støtte fra familie osv. Derfor er disse individer måske presset eller tvunget ind i terapi, og kan derfor komme med en høj grad af modstand (Miller & Rose, 2009, p. 529). Ud fra dette, og den tidligere omtalte forskning af Beutler et al., kan det tænkes at MI, som er en støttende tilgang, netop er så virksom fordi denne bruges ved klienter der har høj modstand. Det er fundet at MI virker bedre når den benyttes sammen med en anden aktiv behandlingsform, hvilket kunne foreslå en synergieffekt (Miller & Rose, 2009, p. 529). Jeg tænker, at dette kan hænge sammen med, at samme klient kan svinge i sin grad og form af modstand. Således kan samme klient altså have brug for både støttende og ekspressiv terapi som deres proces forløber og bl.a. deres modstand ændrer sig.

ISTDP benyttes, hvis min hypotese skal være korrekt, ved klienter der er mindre modstandsprægede. Della Selva beskriver, at det ikke er godt at anvende tilgangen hvis klienten har et svagt jeg, da de ikke egner sig til en hurtig afdækning af forsvaret i og med deres jeg ville tage skade. Dog kan man her koncentrere behandlingen om at opbygge mere fleksible jegstrukturer og klienten kan herigennem muligvis klargøres til ISTDP (Della Selva, 2001, p. 48). Dermed er der måske tale om mere velfungerende klienter der kan 'holde til' en ekspressiv tilgang, og hvis modstandsniveau tillader brugen af denne. Eller måske kan en ekspressiv tilgang benyttes fordi ISTDP netop starter med at nedbryde modstanden, og således vil klientens modstand være lav, og klienten vil være modtagelig overfor ekspressiv terapi. Derved har begge tilgange formået at matche tilgangen til den klienttype de arbejder med og deres modstandsniveau, eller terapeuten vælger at anvende en tilgang der passer til klienten.

5.2.8 Hvornår er det hensigtsmæssigt at vælge en ekspressiv – eller en støttende interventionsform?

Det står ud fra Beutler et al.'s forskning klart, at modstand korrelerer negativt med behandlingsudbyttet, men at modstandsniveau kan påvirkes af terapeutens interventioner, hvorved behandlingsudbyttet kan blive bedre. På baggrund af disse fund forstår jeg, at der netop er brug for både ekspressive- og støttende tilgange, da klienterne er forskellige og har brug for adækvate tilgange, i forhold til både deres unikke psyke og modstand. Dermed synes det afgørende, at terapeuter dygtiggør sig inden for begge interventionstilgange. Der kan dog stilles spørgsmålstegn ved hvorvidt en specifik tilgang udelukkende er ekspressiv eller støttende. Dette må i høj grad afhænge af terapeuten der anvender tilgangen. Anvender man en sådan tilgang, der rummer både ekspressive og støttende interventioner, vil balancen således ligge i at fornemme hvor stor klientens modstand er, og på baggrund af dette intervenere på passende vis. Er terapeuten kun bekendt med én tilgang, vil hun måske ikke kunne tilpasse terapien til klientens behov. Beutler et al. (2002b) støtter op om denne forståelse, da de mener, at man nødvendigvis må række ud og lære andre tilgange, hvis der ikke er både ekspressive og støttende elementer i den tilgang man arbejder indenfor. Dermed forøges terapeutens område for effektiv behandling (p. 140). Ellis (1985) advokerer også for, at man ikke kan forvente af blot én teoretisk tilgang, at denne kan forklare og håndtere alle slags modstand fra alle slags klienter. Det kan blive nødvendigt at prøve andre metoder af, og også flere forskellige metoder med samme klient. Dertil må terapeuten være forberedt på at det der virkede i én session, måske ikke virker den næste (pp. 195f). Wachtel (1982) kommenterer ligeledes på fordelene ved at søge ud over ens egen teoretiske tilgang, da man ikke nødvendigvis finder det svar man leder efter, hvis man insisterer på kun at søge ét sted (p. xviii).

På baggrund af dette bliver spørgsmålet så; hvordan kan terapeuten vide hvilken tilgang hun skal tage? Dette må hænge sammen med det tidligere diskuterede ideelle niveau for modstand (5.2.5). Det er ideelt at klienten udvikler sig, og dette skaber modstand, er der ingen modstand har terapeuten altså ikke fat i noget centralt, men modstanden kan også bliver så stor at man ikke kan arbejde. Dermed vil en logisk slutning være at det ideelle niveau ligge mellem høj og ingen modstand, på et moderat niveau. Det giver herudfra god mening, at arbejde med balance i håndtering af

modstand. Altså at arbejde med en støttende tilgang når der er meget modstand, og arbejde med en ekspressiv tilgang når der kun er lidt modstand. Således at klienten kan udvikle sig på trods af modstanden. Det næste spørgsmål bliver så; hvordan kan terapeuten fornemme størrelsen på modstandsniveauet? Dertil også hvorfor det giver bedre udbytte af terapien at intervenere støttende ved høj modstand og omvendt? Dette rundes i den afsluttende diskussion (6.2.2).

5.2.8.1 Hvilken tilgang er gavnlig for den enkelte klient?

Det står altså klart, at terapeuten må vurdere hvilken ende af interventionsskalaen klienten vil gavne af, men Gabbard (2005) fortæller, at det kan være svært at forudsige hvem der har brug for ekspressiv- og støttende terapi (p. 113). Nogle karakteristika hos klienten kan dog hjælpe i vurderingen, og Gabbard foreslår, at klienten vil gavne af en ekspressiv form for terapi når klienten er stærkt motiveret for at forstå sig selv og lider under de nuværende livsforhold i en sådan grad, at der er god motivation for at gennemføre behandlingen. Dertil at klienten er i stand til at give sig hen til processen, kan opgive en del af kontrollen over følelser og tanker, men også en evne til at genvinde kontrollen igen. Disse klienter skal kunne tolerere en vis frustration, og have kapacitet for indsigt, have god realitetstestning, kunne opretholde og skabe betydningsfulde relationer, have rimelig impuls kontrol og evne at have en normal hverdag, hvor de blandt andet kan holde et fast job (ibid., p. 114). Gabbard nævner herudover, at en evne til at forstå metaforer, og at reflektere som respons til en fortolkning, kan være gode indikationer på at klienten vil gavne af terapi der ligger i den ekspressive ende af skalaen (ibid.).

Gabbard (2005) foreslår, at en støttende tilgang skal benyttes ved klienter der har et kronisk svagt eller defekt ego, disse klienter kan have problemer med realitetstestning, har ringe impuls kontrol og tolerance for frustration. Støttende terapi er også relevant ved klienter der grundet, f.eks. skader på hjernen, oplever kognitive dysfunktioner, samt klienter der ikke evner psykologisk tænkning. Har klienten svært ved at indgå i relationer og dermed også at skabe en alliance til terapeuten, er det også vigtigt at vælge en støttende tilgang. Der skal også tilbydes terapi i den støttende ende af skalaen når der er tale om, at et ellers sundt menneske oplever regression grundet en voldsom livsbegivenhed. Her kan egoet være overvældet af traumat og klienten er dermed ikke modtagelig for ekspressiv terapi, dette kan de dog blive efter at have indgået i et støttende forløb, og egoet begynder at kunne slappe af igen (p.

114). Hermed kan man, if. Gabbard, gå denne liste igennem og vurdere hvilken side klienten ligger til, og dermed hvilken ende af interventionsskalaen der med størst sandsynlighed er bedst at anvende ved denne klient:

TABLE 4-1. Indications for expressive or supportive emphasis in psychotherapy

| Expressive | Supportive |
|--|--|
| Strong motivation to understand | Significant ego defects of a chronic nature |
| Significant suffering | Severe life crisis |
| Ability to regress in the service of the ego | Low anxiety tolerance |
| Tolerance for frustration | Poor frustration tolerance |
| Capacity for insight (psychological mindedness) | Lack of psychological mindedness |
| Intact reality testing | Poor reality testing |
| Meaningful object relations | Severely impaired object relations |
| Good impulse control | Poor impulse control |
| Ability to sustain a job | Low intelligence |
| Capacity to think in terms of analogy and metaphor | Little capacity for self-observation |
| Reflective responses to trial interpretations | Organically based cognitive dysfunction |
| | Tenuous ability to form a therapeutic alliance |

Figur 2: Gabbards opstilling over indikationer på klientens behov for hhv. støttende og ekspressive interventioner (Gabbard, 2005, p. 115).

Denne figur anskuer jeg som et arbejdsredskab, til at vurdere hvilken interventionsform der vil være gavnlig, da klienter sjældent udelukkende er egnet til støttende eller ekspressiv terapi. De kan svinge i funktionsniveau, og på forskellige områder, og på forskellige tidspunkter have brug for en varierende tilgang. Gabbard (2005) fremmer at terapeuten kontinuerligt må vurdere hvad klienten har brug for, og i hvilken ende af skalaen terapien må bevæge sig hen (p. 115). Dermed kan terapeuten løbende, ud fra Gabbards opstilling (Figur 2), vurdere hvilken ende af interventionsskalaen klienten vil gavne af. Dog forstår jeg, at det generelt kan siges, at klienter med højt niveau af ego-funktion, der er velfungerende i deres hverdag, er modtagelige for ekspressiv terapi og jeg tænker at de kan 'holde til det' fordi de er relativt sta-

bile og robuste. Dette ville måske være for voldsomt og for udfordrende for klienter der ikke hænger lige så godt sammen, grundet voldsomme livsomstændigheder eller blot har en mere skrøbelige ego-funktion. De ville ikke kunne indgå i terapi på så udfordrende et plan uden at tage skade. Klienter der på forskellige områder af psyken er udfordrede eller svækkede har altså generelt bedst af en støttende terapi hvori de trygt kan kigge på det der skal bearbejdes.

Ud fra disse træk og evner hos klienter, burde terapeuten altså kunne vurdere hvilken interventionsform klienten vil gavne af. Da klienter med høj modstand har bedst udbytte af terapien ved støttende interventioner og klienter med lav modstand har bedst udbytte af terapien ved ekspressive interventioner, kunne det undre mig om der er en sammenhæng mellem disse kvaliteter, hvorudfra Gabbard vurderer interventionsform, og selve klientens modstand. Gabbard kommenterer at hans inddeling kan vurdere hvor godt eller ringe sammenhængende individet er, og at individer med ringe sammenhæng har bedst af støttende, og godt sammenhængende individer har godt af ekspressiv terapi. Men hvad siger dette i forhold til Beutler et al.'s fund om modstandsniveauet? Kan der sættes lighedstegn mellem ringe psykisk sammenhæng og højt modstandsniveau, såvel som god psykisk sammenhæng og lavt modstandsniveau? Dette vil diskuteres i den afsluttende diskussion (6.2.2).

5.2.9 Den ekspressive vs. den støttende tilgang

Der findes, som redegjort for, et helt spektrum af interventionsformer, hvor den ekspressive og den støttende interventionsform ligger i hver sin ende. Det har gennem specialet været at fornemme, at forskellige terapitilgange vælger at placere sig overvejende i den ene eller anden ende af skalaen, som er det tilfældet med MI der benytter støttende interventioner, og ISTDP der benytter ekspressive interventioner. Der er altså en slags opdeling, hvilket Gabbard synes at benævne. Han beskriver nemlig hvordan der har hersket et syn på de to tilgange til terapi, hvori den ekspressive tilgang ses som den bedre. Gabbard citerer Wallerstein: *"Be as expressive as you can be, and as supportive as you have to be"* (Wallerstein, 1986, p. 668. if. Gabbard, 2005, p. 94). Dette har dog ikke hold i konkret forskning og Gabbard beskriver at: *"[...] the changes achieved by expressive psychotherapy have not been proven in any way superior to or more durable than those achieved by supportive psychotherapy."* (Gabbard, 2005, p. 94). Gabbard (2005) beskriver også, at Wallerstein i et studie af

42 klienter har fundet at alle former for psykoterapi netop rummer en blanding af ekspressive og støttende elementer, og at tilgangene var lige virksomme (p. 94), hvilket jo også er fundet i Dodo-effekten. Gabbard (2005) foreslår ud fra dette, at man i stedet for at opfatte de to tilgange som modsætninger, kan forstå psykoterapi som foregående på en mere flydende og varierende skala, som både kan være støttende og ekspressiv, og skifte her i mellem, hvilket er tættere på faktisk praksis. Afhængig af klientens behov vil man så vippe mere eller mindre til den ene eller den anden side (p. 94). Man kan altså forstå en tilgang som støttende-ekspressiv eller ekspressiv-støttende, afhængig af hvilken side denne hælder mest til (ibid.). Man må som terapeut, selv inden for en tilgang der placerer sig helt yderst på skalaen, være fleksibel, da man altid vil få brug for at lave interventioner i den modsatte ende af skalaen (ibid., p. 94f).

Det er på baggrund af det foregående min opfattelse, at der er brug for forskellige interventionsformer, og at én terapiform kan være både ekspressiv og støttende, men at en tilgang typisk vil læne sig til den ene eller anden side. Det synes dog at være en fordel at bruge ekspressive interventioner ved klienter med lidt modstand, og støttende interventioner ved klienter med meget modstand.

5.2.10 Opsamling på del 2 af problemformuleringen

På baggrund af del 2 af problemformuleringen, var det målet at få et indblik i hvordan man som terapeut kan arbejde med modstand i terapi. Det har været et fokus at forstå hvordan man bør håndtere modstand, i forhold til at modstandens ærinde er at beskytte klienten mod at arbejde med det angstfulde materiale, og derved klientens mulighed for at udvikle sig. I undersøgelsen blev det tydeligt, at modstand generelt er en sund selvbeskyttende funktion, men at for meget modstand kan hænge sammen med patolog (5.1.2). Det blev også klart, at der findes flere forskellige former for modstand, og at klienten kan have mere eller mindre modstand i sin personlighed. Der blev også undersøgt, hvad der kan påvirke modstand i terapi, herunder mismatch mellem klient og terapeut, at terapeuten laver fejl og påvirkning udefra.

I diskussionen er frembragt to forskellige tilgange til terapi, ISTDP og MI. Derudover et perspektiv på arbejdet med modstand i forhold til Gabbards interventionsskala, som en måde at forstå hvornår man kan intervenere på mere eller mindre støttende, eller ekspressiv vis, i forhold til det modstandsniveau der er at fornemme i tera-

pien. Der er i specialet altså frembragt en måde at arbejde på, hvor man ikke direkte arbejder med modstand, men modstandsniveauet og intervenserer på baggrund af dette. Dog er nogle specifikke tiltag beskrevet i afsnit 5.1.3.1, hvor det fremstilles, at terapeuten kan intervensere direkte på modstanden, hvis modstandstypen, altså modstandens fremtrædelsesform genkendes, da man så vil kende det specifikke ærinde modstanden har. F.eks. kan terapeuten, når det drejer sig om fortrængningsmodstand eller overføringsmodstand, vide at modstanden forsøger at forhindre indsigt og bevidstliggørelse af materiale. Derfor kan terapeuten komme med tolkninger der gør det nemmere for klienten at tolerere og dermed se på det fortrængte. Ved modstand grundet sygdomsgevinst, må terapeuten hjælpe klienten med at undersøge og forstå dette dilemma, og hjælpe ham til at vælge udvikling. I denne forbindelse må terapeuten også være opmærksom på, at der kan opstå tilbagefald grundet klientens frygt for at miste terapeuten. Det-modstand må håndteres ved gennearbejdning, hvor klienten hjælpes med at tilegner sig nye mønstre og hæmme de gamle. Der har ikke været forslag til hvordan man håndterer overjægs-modstand, der opstår grundet skyldfølelse over en mulig gratifikation, men jeg tænker, at en naturlig håndtering af dette igen ville være tolkninger der hjælper klienten til at acceptere sine ønsker og at snakke om de konsekvenser der kan opstå, og hjælpe klienten til en nuanceret forståelse af sig selv og andre i forbindelse med ændringer.

Der kan altså arbejdes direkte med modstanden ved at intervensere i forhold til typen af modstand, eller man kan, som det flere gange er frembragt igennem specialet, se modstand som en kilde til information (4.2.4 & 5.1.3). Hermed beskæftiger terapeuten sig med kilden til modstanden, der kan informere om hvad modstanden forsøger at forhindre og beskytte, og dermed på hvilke områder der er noget vigtigt og angstfuldt gemt, da modstanden afspejler indre tilstande i klienten.

Det kan være svært at beskrive en generel tilgang til modstandsarbejdet, da ens tilgang vil afhænge af den bagvedliggende forståelse af modstand. Derfor er der i stedet bragt indblik i to specifikke tilgange til modstand, henholdsvis ISTDP og MI.

ISTDP intervenserer ekspressivt og forstår modstand som den del af forsvaret der er sværest at arbejde med, og forsøger derfor at nedbryde forsvaret før der kan opstå modstand. I denne tilgang kan modstand også forstås som den del af ambivalensen der er bange for forandring, og terapeuten må derfor hjælpe klienten til at se på det han har forsvaret sig imod, og hvordan han har forsvaret sig. Derigennem vil han

ikke længere have behov for at forsvare sig og modstanden forsvinder. Arbejdsalliancen ses i denne tilgang som afgørende, i forhold til at få klienten over på terapeutens, og dermed også udviklingens, side så de begge kan arbejde for samme mål, i stedet for at klienten og modstanden er på den ene side og terapeuten og forandringen er på den anden.

MI intervenserer overvejende støttende, og tilgangen er anvendelig når klienten står overfor forandring og ønsker denne, men er hindret af sin ambivalens. Her forsøger terapeuten at få klienten ud af tanker og snak der holder ham tilbage, dette opfattes som modstand, og hjælper ham til at fokusere på udvikling. Går man som terapeut imod modstanden, ved f.eks. at konfrontere, vil dette forstås som terapeutens modstand imod klientens modstand, hvilket ikke er gavnligt, da dette kan forøge modstanden. I stedet må terapeuten 'rulle' med klientens modstand, og udnytte det momentum der er heri, til igen at styre fokus over på forandring. I forhold til arbejdsalliancen ses denne også her som afgørende, og modstand ses i denne forbindelse som en indikation på at der har været et brud i alliancen som klienten reagerer på. I MI arbejder man således ikke direkte med modstand, men forsøger at nedbringe denne og bevæge sig mod forandring.

6 Afsluttende diskussion

Det følgende afsnit vil fungere som en opsamling og diskussion af del 1 og del 2 af specialet, samt en kritisk stillingtagen til specialet generelt.

6.1.1 Kritisk refleksion over specialets undersøgelse

Jeg ønsker kort at runde kvaliteten af undersøgelsen i specialet. Herunder forholder jeg mig til begreberne, *reliabilitet*, *gennemsigtighed*, *validitet*, og *generalisering*, hvorudfra man, if. Kvale og Brinkman (2009, p. 270f), kan vurdere sandhedsværdien af forskning. Målet har været at opnå en hermeneutisk sandhed om, hvordan modstand kan forstås, samt at undersøge nogle måder at arbejde hermed i psykoterapi. Reliabilitet henviser til troværdigheden af undersøgelsen og de tilhørende fund, hvilket ofte vurderes ud fra om disse kan genskabes senere af andre forskere og give samme resultat. Dermed er det vigtigt, at forskningsprocessen er transparent, hvilket betyder at være gennemsigtig i forhold til de handlinger, metoder, tilgange, fravalg osv., som man har foretaget og som har påvirket og ledt til resultaterne. Hermed kan læserne forholde sig kritiske hertil (Kvale & Brinkman, 2009, p. 270f; Tanggaard & Brinkmann, 2010b, p. 491). I forhold til dette har jeg fremlagt min forforståelse, jeg har beskrevet min litteratursøgning og tilhørende fravalg, samt min kildekritik. Dog er litteratursøgningsprocessen beskrevet retrospektivt og jeg har derfor nødvendigvis ikke alle søgeord med. Dertil har jeg anvendt kædesøgning, ud fra den læste litteratur, hvorved jeg har opsøgt primære kilder ud fra sekundære. Derfor kan hele processen ikke dokumenteres præcist. Dog er alle kilder i referencelisten og jeg har forsøgt at være grundig i min kildeangivelse, således at det fremgår tydeligt hvem der mener hvad, og hvornår jeg tolker og reflekterer, og på hvilken baggrund tolkningen er opstået. Dertil har jeg anvendt mange citater, ikke fordi jeg har svært ved at selvstændigt at fremlægge synspunkter, men for præcist at fremlægge holdninger, dertil også ud fra et diskursivt perspektiv, hvor mening også er at finde, ikke blot i det man udtrykker, men også i måden hvorpå man udtrykker sig. Dermed mener jeg, at undersøgelsen er reliabel i den forstand, at jeg har været så gennemsigtig som muligt. Dog kan undersøgelsen nødvendigvis ikke genskabes med samme resultat, da jeg har sammensat, tolket, sat i sammenhæng, analyseret og fremført i mit eget unikke perspektiv, og det har været min faglige interesse der har drevet værket. Dermed er spe-

cialet påvirket af mig og dannet på baggrund af min forforståelse, psykologiske forståelse og tankegang.

Validitet, omhandler hvor pålidelige og gyldige fund er, eller med andre ord sandhedsværdien (Kvale & Brinkman, 2009, p. 270f), altså om der er undersøgt det man søgte at undersøge og om der er produceret videnskabelig viden (ibid., p. 272). I denne forbindelse kan der også stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt en undersøgelses fund kan generaliseres og der er fundet alment gældende viden (ibid., p. 287). Min undersøgelse, mener jeg, har undersøgt det den havde for mål, i og med, at jeg har undersøgt mange forskellige perspektiver på modstand, både som et begreb og praksisfænomen. Dette kondenserede jeg til min egen opsummerende forståelse eller definition af modstand. Dertil har jeg undersøgt forskellige perspektiver på arbejdet med modstand. Her har jeg bragt to konkrete tilgange til modstand (MI og IDSTP), et syn på arbejdet med modstand som værende direkte, hvis man kender modstandstypen og dermed modstandens formål, og et perspektiv på at tage udgangspunkt i modstand som en kilde til information. Dertil har jeg også fremlagt relevant empiri på området og anlagt et syn på modstandsarbejdet ud fra Gabbards interventionsskala. Dette er ikke samtlige måder at arbejde med modstand på, men det var heller ikke målet.

Spørgsmålet er så om der på baggrund af specialet kan siges noget generelt? Jeg mener, at have givet indblik i hvor modstandsområdet er nået til på nuværende tidspunkt, at der mangler en samlende forståelse, og at området har potentiale til at gennemgå stor positiv forandring. Dertil tilbyder jeg min egen opsamlende definition, som kan siges at være gældende ud fra undersøgelsen i specialet og de præmisser jeg har haft herunder. Dog har det vært umuligt at medtage alle delkomponenter i et så nuanceret fænomen, og jeg har naturligvis ikke haft ressourcer til dette. Dertil er der stor uenighed på området, hvorved der ikke er entydige svar eller facit herom. Det skal også nævnes, at jeg bevidst har udeladt flere perspektiver som vil forbindes til specialet ved eksamen. Specialets fund kan på denne baggrund siges at være generaliserbare i den forstand, at specialet kan fungere som en opsamling på området. Dette har værdi og er relevant, da viden i min optik er svær at anvende og tilgå, hvis denne ikke er sat i sammenhæng. Jeg har netop sat et meget stort område i spil, ved at udtrække sammenhænge og fremlægge anvendeligheden der gør denne viden nemt til-

gålig, i teoretisk såvel som i klinisk forstand. Hermed mener jeg at have bidraget til psykologien og have hjulpet modstandsområdet et spædt skridt videre.

6.2 *Tre vigtige spørgsmål*

Som nævnt indledningsvist (3.3) har jeg gennem specialet været inspireret af udgaven af *Journal of Clinical Psychology*, der var dedikeret til modstand. Arkowitz stiller her som opgave til bidragsyderne at de besvarer tre spørgsmål. Jeg finder det relevant i forhold til problemformuleringen i specialet at besvare disse spørgsmål - jeg vælger i besvarelsen dog at tage udgangspunkt i specialet frem for de case-illustrationer der henvises til:

- 1) “*What is resistance?* Discuss how you define resistance and what you observe during therapy (what clients say, do, or feel) that you consider to be resistance. How do the three case examples fit with your view of what constitutes resistance in psychotherapy?” (Arkowitz, 2002a, p. 136).

Del 1 af specialet har netop beskæftiget sig med at forstå modstand, som et psykologisk begreb og praksisfænomen, belyst af psykoanalytisk og psykodynamisk teori, såvel som kritiske perspektiver. Derudover er opfattelsen af begrebet undersøgt i et diskurs perspektiv, da en hypotese i specialet er opfattelsen og forståelsen af begrebet har indflydelse på hvordan terapeuten vil arbejde med dette i psykoterapi.

Jeg har igennem specialet fremvist de vidt forskellige forståelser af modstand der er at finde i teorien på området. Heraf mener jeg, at nogle holdninger ikke har gyldigt grundlag, mens andre, der er modstridende, kan siges at være sande i forskellige tilfælde. Herunder kan det opsummerende nævnes at der er holdninger om at: modstand ikke findes, at begrebet er dødt og har udlevet sit formål. Dette er jeg ikke enig i. Andre mener begrebet skal omdøbes og dermed efterlade de negative diskurser der omfavner begrebet. Dette er jeg heller ikke enig i. Nogle ser modstand som noget der er ubevidst for klienten, andre som noget bevidst eller delvist bevidst. Jeg forstår modstand som værende noget der på forskellige tidspunkter kan være ubevidst, førbevidst og bevidst. Afsluttende mener nogle at modstand kommer fra klienten, andre at det kommer fra terapeuten, og nogle at det kommer i samspillet. Her mener jeg at alle tre muligheder kan forekomme. Der er altså stor splittelse på modstandsområdet og forskellige forståelser. Modstandsområdet virker i dag til at være stillestående, i den forstand at der ikke synes at blive produceret relevant ny forskning eller teori på området indenfor i nyere tid. Der er gennem specialet leveret et kort oprids af empi-

rien på området, samt en gennemgang af den relevante teori i forhold til en besvarelse af problemformuleringen, og altså et samlet overblik over hvordan man kan forstå modstand. Dog ønsker jeg at ekspliciterer denne løbende videns kondensering, og levere et samlet nuanceret billede på hvordan modstand som begreb og praksisfænomen kan forstås. Dermed tilbyder jeg mit syn på modstand som er skabt gennem denne undersøgelse, i form af en opsamlende definition. Denne er at finde i konklusionen.

I forhold til anden del af Arkowitzs spørgsmål, kan det opridsende siges at modstand kan tage mange former, og som Greenson (1973, p. 60) udtrykker, kan al adfærd tjene modstanden. Der findes mere eller mindre åbenlyse former for modstandsadfærd, som redegjort for, hvoraf noget modstandsadfærd aktivt og noget er passivt. Modstand kan også tage flere former, såsom Freuds klassifikationer af modstand: fortrængningsmodstand, overføringsmodstand, modstand grundet sygdomsgevinst, det-modstand og overjægs-modstand. Modstanden kan forstås som et udtryk for klientens indre tilstand og markerer et område hvorfra terapeuten kan arbejde.

I forhold til del 1 og 2 af specialets undersøgelse, ønsker jeg at samle op på et perspektiv. De Shazer har været central i den begrebslige diskussion, men fik ikke plads i diskussionen vedrørende arbejdet med modstand, dog fremsætter han et interessant perspektiv som forbinder begge diskussioner. Han er fortalende for at arbejde med modstand ved, ikke direkte at fjerne denne, men ved at opfatte denne på en anden måde, nemlig som klientens forsøg på at samarbejde. Dette er allerede rundet i begrebsdiskussionen (4.2.3), det interessante er således, at han faktisk har ført sine tanker ud i livet, og har kørt terapi efter dette syn på modstand. De Shazer (1984a) foreslår her at det her er op til terapeuten at skabe en setting og diskurs, hvori positiv forandring forventes (p. 15), og hvor man snakker om *når* det gode sker og ikke *hvis* det gode sker. Terapeuten må finde ud af hvad klienten *gør* når det går godt, og de ikke er plagede af deres problem, og så hjælpe dem til at gøre det noget mere. Nogle gange kan det at forestille sig at miraklet sker, være nok til at finde på tilhørende adfærd der kunne være en løsning på problemet (De Shazer, 1989, p. 232). Efter dette skift er det gennemsnitlige sessionsantal, ifølge de Shazer, faldet over de sidste ni år for både ham selv og hans mange kollegaer, fra 7 gange til 4,5 gange og succesraten (at klienterne når deres mål eller har opnået betydelige fremskridt) er gået fra

72,1% til 80,37% (ibid.). Her er det dog lidt uklart hvordan de præcist har arbejdet i forhold til modstanden. Om de har ignoreret modstand når den er opstået, at den ikke er opstået, eller at de har kaldet det samarbejde når modstand er opstået.

De Shazer (1989) går på baggrund af dette så langt som at udtale, at de mener at have påvist at terapi sagtens kan foregå uden brug af begrebet modstand, og at begrebet teoretisk set er bevist unødvendigt herigennem. Samtidigt mener han at samarbejdsbegrebet har vist sig nyttigt, og at terapien er sjovere når man taler om det positive og det man kan gøre, fremfor om problemet og det man ikke kan gøre (p. 233). Det kan diskuteres hvorfor dette har virket for de Shazer – og om det er gennem en slags suggestion der påvirker både terapeut og klient? Tilsyneladende er der hos de Shazer ikke belæg, ud over det kliniske udtryk, og det bliver ikke gennemsigtigt hvordan og hvor mange tilfælde der er målt. Samtidigt kan det diskuteres om det er et godt argument at terapien bliver sjovere. Jeg tænker også at det er mistænksomt at der ikke har været større udfordringer ved dette skift, og at der ikke har været nogle negative følger, f.eks. når terapeuten må forstå modstanden hun mærker som samarbejde. Hvorom alting er, kan det altså ikke udelukkes at modstand kan overflødiggøres hvis dette erstattes men et andet ord og en anden forståelse. Jeg ser dog ingen grund til dette, da jeg mener at gunstige resultater af terapi følger af mange nonspecifikke indbyrdes påvirkelige faktorer, hvorunder håndteringen af modstand kun er én faktor. Dertil mener jeg, at hvis terapeuten har en tilstrækkelig forståelse af modstand og arbejdet hermed, så bør modstand ikke udgøre mere besvær end så mange andre psykologiske fænomener såsom modoverføring, gentagelsestvang og forsvar. Det forbliver for mig tillige uforståeligt at de Shazer og kollegaer over en periode på minimum ni år, ikke har fundet at de manglede modstandsbegrebet, og i dette perspektiv, hvorfor flere ikke syntes at have fulgt deres eksempel. De Shazers praksis støtter dog op om den fremstillede opfattelse gennem specialet, i forhold til at den måde man forstår og opfatter modstand på, vil have indflydelse på hvordan man mener den terapeutiske tilgang hertil bør være, og hvordan man således arbejder med modstand på.

-
- 2) “*Conceptualizing and working with resistance*. How do you think about resistance, why it occurs, what meanings or functions it may serve, and how do you work with resistance in therapy when it occurs? Refer to the clinical illustrations and examples from your own practice.” (Arkowitz, 2002a, p. 136f).

Undersøgelsen af del 2 af problemformuleringen har netop været rettet mod at finde ud af hvordan terapeuten kan arbejde og intervenere i forhold til modstand, således at denne ikke forhindrer klientens udvikling.

Jeg tænker om modstand som værende en kilde til information om hvad der foregår inde i klienten. Derfor vil noget af arbejdet ligge i at forstå årsagerne til modstanden og at arbejde med dette. Dertil tænker jeg om modstand som værende en selvbeskyttende funktion, der har til formål at beskytte individet og den eksisterende psykiske balance. Herunder kan modstanden opstå som beskyttelse mod bevidstliggørelse af erindringer, tanker og emotioner (fortrængningsmodstand), bevidstliggørelse af overføringen (overføringsmodstand), grundet en sekundærgevinst eller frygt for at miste terapeuten (modstand grundet sygdomsgevinst), grundet trægheden i at efterkomme en ændring (det-modstand) og grundet skyldfølelse og ubevidst behov for straf (overjags-modstand). Modstand kan også fremprovokeres af terapeutens modstand, fejl, mismatch mellem terapeut og klient, samt ved utryghed og grundet ydre påvirkning fra f.eks. familie.

Mine fund og særlige perspektiv på arbejdet med modstand kan kritiseres i forhold til at hovedvægten, ud over det redegjorte, og inddragelsen af det specifikke arbejde med modstand, har været på hvordan man arbejder, ikke direkte med modstand, men nærmere i forhold til den. Dette er en følge af at jeg har arbejdet eksplorativt, og dermed ikke har kunnet vide hvor litteraturen ville føre undersøgelsen hen. Dog kan der argumenteres for værdien i undersøgelsen, da arbejdet i forhold til modstand også påvirker modstanden og i visse tilfælde tager udgangspunkt i heri, hvormed denne kan være værdifuld som tilgang til modstandsarbejdet. Endnu en kritik kunne lyde på at nuancering ville være ønskværdig i specialet vedrørende modstandsniveaue, som enten beskrives som værende højt, lavt eller moderat. Dette bærer præg af at jeg ikke har kunnet finde særskilt information herom, hvorved jeg har været nødsaget til at finde en ukompliceret måde at omtale dette på. Denne manglende viden gør også at jeg stiller spørgsmål ved hvad det ideelle niveau af modstand er i terapi, hvortil jeg

kun kan komme med estimater. Jeg har også forsøgt at frembringe et nuanceret syn på interventionsspektret, således at det fremgår at man ikke nødvendigvis udelukkende kan arbejde i den ene eller anden ende af skalaen. Jeg har for tydelighedens skyld oftest beskrevet interventionerne som enten ekspressive eller støttende.

I forhold til hvordan man som terapeut kan arbejde med modstand i terapi, har jeg allerede opsummeret dette (5.2.10), og vil nu i stedet diskutere hvordan man kan forstå arbejdet *i forhold til* modstand. Ud fra Gabbards vejledning omhandlende fordeling af klient til terapi ud fra en række egenskaber (Figur 2, afsnit 5.2.8.1), kan opstilles en hypotese om at: de klienter der har størst modstand hænger svagest sammen, og at mindre modstandsprægede klienter hænger bedre sammen. Altså vil man ved lille eller stor modstand vide at dette er tegn til at passe ekstra godt på individet, og dermed bruge overvejende støttende interventioner, eller at vide at individet godt kan holde til og vil gavne mest af overvejende ekspressive interventioner. Dette leder tankerne hen på afsnit 4.1.2 i specialet, hvori jeg fandt at modstand ikke er det samme som forsvaret, men at det dog er en del af forsvaret. Så hvis modstand er en manifestation af forsvaret, kunne endnu en hypotese opstilles på baggrund af den første, hvortil: der kan være en sammenhæng mellem de svagere sammenhængende klienter der har størst modstand og en primitiv organisering af forsvaret, og ligeledes en sammenhæng mellem de mere velfungerende klienter der har mindre modstand og en mere moden organisering af forsvaret. Et perspektiv på denne hypotese kunne være om visse forsvarstyper kan sidestilles med visse modstandstyper.

I sammenhæng med disse hypoteser kunne det på kritisk vis overvejes om det altid er tilfældet at stor modstand afspejler et svagere indre, eller om der kunne være omstændigheder som kunne skabe stor modstand selv hos et velfungerende individ. F.eks. hvis ændringen han står overfor kan have store livsændrende konsekvenser. Altså om det kunne forestilles at en neurotisk struktureret klient, der ikke er skrøbelig og har et modent forsvar, stadig kunne være meget modstandspræget. Gabbard nævner i denne forbindelse at støttende terapi også er passende ved velfungerende individer, som er påvirket af en overvældende livsbegivenhed, spørgsmålet er så om denne klient ville have stor modstand. Man kunne måske også forestille sig en psykotisk struktureret klient, der har et primitivt forsvar, men som ikke er særligt modstandspræget.

Ud fra den forståelse jeg har fået på baggrund af Gabbard, kan det altså siges at terapeuten, når der arbejdes ud fra interventionsskalaen, ikke direkte arbejder med modstand, men nærmere vurderer modstandsniveauet og dette er afgørende i forhold til hvilken interventionstype der vælges. Dette er gældende i forhold til at håndtere modstanden på en måde der skaber et ideelt modstandsniveau i terapien, som ikke hæmmer klientens udvikling ved enten at være for stor eller lille. Dertil arbejdes der med interventionsskalaen og modstand i den forstand, at modstanden kan være signal om hvilken interventionsform man bør benytte i forhold til individet generelt, herunder i forhold til klientens tanker, følelser osv. Dertil har der vist sig en sammenhæng mellem bedre udbytte og et match mellem interventionstilgang der fordeler sig som følger: klienter med et lavt modstandsniveau gavner af ekspressive interventioner og klienter med et højt modstandsniveau gavner af støttende interventioner. Dette kan forstås ud fra to perspektiver:

1) At klienter der hænger ringe sammen vil have større modstand for at beskytte denne ringe balance, derfor vil ekspressive interventioner blot forværre modstanden da dette virker truende, og de gavner fra støttende interventioner, da disse kan hjælpe med at nedbringe modstanden. Omvendt at klienter som hænger godt sammen vil have mindre modstand, da deres sammenhæng er bedre og derfor kan tolerere større trusler. Dermed ville deres udvikling måske gå i stå hvis man intervenerede på en støttende måde da dette ikke presser dem videre, som ville være målet med ekspressive interventioner.

2) At klienter har et højt modstandsniveau ikke på baggrund af deres sammenhæng, men fordi de står over for noget angstprovokerende, at de føler sig usikre i terapien, at de er usikre på terapeuten, at der er en ringe arbejdsalliance, at de føler sig pressede, at terapien aktiverer noget fra fortiden, osv. og her er igen gældende, at mere pres i form af ekspressive interventioner vil forøge angsten og forværre modstanden. I dette perspektiv kan et lavt modstandsniveau forstås som udtryk for at klienten ikke er i forbindelse med det der burde være angstfuldt, at klienten er tryk og der er en god arbejdsalliance, at klienten har et godt netværk der kan støtte ham gennem udviklingen, at det er en mindre livsvigtig forandring han står over for, at han bedre tolererer frustration og angst, at terapeuten intervenerer korrekt i forhold til modstandsniveauet osv. Disse klienter kan af forskellige årsager altså tolerere ekspressive interventioner bedre og dette presser dem videre i deres udvikling. Hvilken forståelse man arbejder ud fra er nødvendigvis afhængig af ens syn på de frembragte hypoteser.

-
- 3) “*Therapist reactions to resistance*. What kinds of feelings, thoughts, and behaviors does resistance in your clients elicit in you as a therapist? What might be some reactions you would have towards the three clients, as well as towards some of your own clients?” (Arkowitz, 2002a, p. 137).

Dette spørgsmål er svært for mig at besvare da jeg endnu ikke arbejder som terapeut og dermed ikke har meget erfaring. Dog har jeg i terapeutrollen, under min praktik på Universitetsklinikken, følt modstand i terapien. Jeg har også været i klientrollen, når jeg selv har været i terapi og har også her mærket modstand - således har jeg altså oplevet modstand fra begge synsvinkler. Som jeg har fremlagt det i afsnit 3.1.3, har min for forståelse været præget af mine oplevelser med modstand, og denne havde to sider; den ene side var fokuseret på hvor svær modstand kunne være for alle parter, den anden side var meget nysgerrig på at finde de positive aspekter ved modstand, som jeg forventede ville lette de negative, da de negative sider var præget af ringe forståelse som skabte frustrationen. Jeg fandt netop, som både indledningen i specialet og min undersøgelse af andres opfattelse af modstand afspejler (1 & 4.2), at jeg ikke var alene i dette lettere negative syn, men jeg fandt også at dette oftest var uhen sigsmæssigt og ikke gavnligt for arbejdet eller forståelsen af modstand. Jeg fandt også, som jeg forventede, at nogle havde et positivt syn herpå, og at dette syn tillod en dybere forståelse og belyste hvordan terapeuten kunne arbejde med modstand på en fordelagtig måde. Dog rummer begge forståelser, negativ som positiv, hver sin sandhed om modstand hvormed begge syn har relevans.

I forhold til forståelsen af arbejdet med modstand mener jeg, at Arkowitz mangler et vigtigt perspektiv, da han på intet tidspunkt beder bidragsyderne om at tage stilling til terapeutens modstand og hvilke konsekvenser dette kan have for terapien. Dog finder jeg alle tre opstillede spørgsmål relevante i forhold til at de har potentiale til at løfte en debat og opfordre til refleksion. I særdeleshed rummer spørgsmålene i spørgsmål 3 vigtige emner; hvilke følelser vækker det i os som terapeuter når vi møder modstand i terapi? Hvordan tænker vi om modstand? Hvordan reagerer vi på modstand i terapi? Disse spørgsmål går netop på vores for forståelse og almene psykologiske forståelse. Derigennem ville en besvarelse af spørgsmålene tvinge os til at undersøge disse forståelser og gøre os nysgerrige på fænomenet. Gennem en faglig debat kunne vi således dele disse forståelser og måske, som jeg har igennem specialet, få nuanceret denne således at vi både kunne se de negative og positive sider ved modstand og vigtigst af alt forstå disse sider.

7 Konklusion

Undersøgelsen i del 1 af specialet har søgt at forstå modstand, som et psykologisk begreb og det redegørende fra del 2 søgte at forstå modstand som et praksisfænomen. Jeg fandt at der mangler en opsamlende nutidig forståelse af modstand, hvorfor jeg gennem videns kondensering nu ønsker at bringe min egen selvstændige opsummerende definition på modstand, som svar på første del af problemformuleringen:

Modstand er en selvbeskyttende funktion der udspringer af forsvaret, og som søger at beskytte individet mod trusler inde- og udefra, samt forandring der kan destabilisere den nuværende psykiske balance. Modstanden kan være både ubevidst, førbevidst og bevidst. Den kan opstå intrapersonelt i henholdsvis klient eller terapeut, eller interpersonelt i samspillet herimellem. Modstanden er altid til stede i terapien, men vil variere i styrke og vil stige med niveauet af den opfattede trussel for at kunne beskytte individet. Klientens tolerance for frustration eller trussel bliver svagere jo dårligere organiseret klientens jeg er, da individets psyke så er mere skrøbelig i sin balance. Et for højt niveau af modstand har en saboterende indvirkning på den psykoterapeutiske behandling og processerne heri, da denne påvirker klientens evne til at: få adgang til det ubevidste eller førbevidste, samt at erkende, erindre, undersøge, bearbejde, udtrykke, få indsigt og dertil, kan den anvendes af klienten som kontrol af hvor tæt på terapeuten kan komme. Denne selvbeskyttende funktion kan blive dysfunktionel i sin beskyttelse af det syge. Modstand kan komme til udtryk gennem emotioner, indstilling, ideer, impulser, tanker, fantasier, handlinger og findes i forskellige afskygninger, herunder: fortrængningsmodstand, overføringsmodstand, modstand grundet sygdomsgevinst, det-modstand, overjagsmodstand og karaktermodstand. Modstand kan også være et træk ved klienten, således at nogle individer har en mere modstandspræget personlighed eller har større prædisposition for at blive modstandspræget i terapien. Modstand kan således forstås som udtryk for en indre tilstand, der enten tager direkte observerbar form eller ej.

Undersøgelsen af del 2 af problemformuleringen har været rettet mod at finde ud af hvordan terapeuten kan arbejde og intervenere i forhold til modstand, således at den ikke forhindrer klientens udvikling.

Jeg fandt her, at terapeuten kan arbejde *ud fra* modstand, ved at forstå denne som en afspejling af hvad der sker inde i klienten, samt at den form modstanden tager også kan være en kilde til information. Terapeuten kan dertil intervenere *direkte*, hvis hun kender modstandens specifikke ærinde. Derudover fandt jeg, at terapeuten kan arbejde *i forhold til* modstanden eller modstandsniveauet. Ud fra Gabbards interventionspektrum og forskning af Beutler et al., kan det forstås, at den interventionsform terapeuten vælger, vil påvirke klientens modstand. Det er fundet, at støttende interventioner med fordel kan anvendes ved klienter med stor modstand, samt at ekspressive interventioner med fordel kan anvendes ved klienter med lille modstand – da dette giver bedst udbytte af terapien. Jeg foreslår i denne forbindelse, at dette forhold afspejler interventionernes evner til at regulere modstandsniveauet, således at støttende interventioner kan nedbringe modstandsniveauet, hvor ekspressive interventioner kan øge dette. Jeg fremsætter også en hypotese om, at dette må gøres i forhold til et ideelt niveau for modstand i terapi, der må ligge moderat mellem for høj modstand og for lav modstand der begge vil stoppe terapien. Ud fra denne forståelse kan den opsamlende definition på modstand udbygges, i forhold til hvordan man kan arbejde hermed i terapi, hvilket lyder som følger:

Modstand påvirkes af terapeutens evner, egenskaber, sensibilitet, kløgtighed, blinde vinkler, tanker, følelser og adfærd. Dertil kan terapeutens egen modstand avle det samme i klienten eller øge den eksisterende modstand. Mismatch mellem terapeut og klient, udefrakommende påvirkning så som reaktioner fra kultur, sociale relationer og familie, samt fejl begået af terapeuten, kan ligeledes skabe og forøge modstanden. Terapeuten må tage hensyn til niveauet af modstand i terapi, da for meget modstand vil forhindre udvikling, men for lidt modstand er en indikation på, at den terapeutiske proces ikke er i gang. Dermed må et ideelt niveau for modstand i terapi være moderat. Denne opnås igennem korrekt anvendelse af et kontinuum af ekspressive og støttende interventioner. Høj modstand kan nedbringes gennem støttende terapi og lav modstand kan tilgås gennem ekspressiv terapi.

8 Referenceliste

- Aagaard, S. (2002). Modstand. In: Olsen, O. A. (Ed.), *Psykodynamisk leksikon*. 1. udgave, 1. oplag. (pp. 491f). Redigeret af Gyldendal. København: Nordisk Forlag A/S.
- Andersen, P. Ø., Hansen, M. & Varming, O. (2012). Diskurs, Førbevidst, Interpersonel, Intrapersonel. In: *Psykologisk-pædagogisk ordbog*. 17. udgave, 1. oplag. (pp. 99f, 170, 234f). København: Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.
- Arkowitz, H. (2002). Introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 135-137.
- Arkowitz, H. (2002b). Toward an Integrative Perspective on Resistance to Change. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 219-227.
- Basch, M. F. (1982). Behavioral and Psychodynamic Psychotherapies: Mutually Exclusive or Reinforcing? In: Wachtel, P. L. (Ed.) *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches*. (pp. 187-196). New York: Plenum Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A. & Song, X. (2011). Resistance/Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), 133-142. doi: 10.1002/jclp.20753.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. & Talebi, H. (2002a). Resistance in Psychotherapy: What Conclusions Are Supported by Research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 207-217.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M. & Talebi, H. (2002b). Chapter 7: Resistance. In: J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. (1 eds.). (pp. 129-144). New York, NY: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Rocco, F., Moleiro, C. M. & Talebi, H. (2001). Resistance. *Psychotherapy*, 38(4), 431-436.
- Blatt, S. J. & Erlich, S. (1982). Levels of Resistance in the Psychotherapeutic Process. In: P. L. Wachtel (Ed.) *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches*. (pp. 69-91). New York: Plenum Press.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). Introduktion. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder – en grundbog*. (p. 491). København: Hans Reitzels Forlag.
- Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kavanagh, K. & Forgatch, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 15, 144-155.

-
- Christensen, G. (2011). *Psykologiens videnskabsteori – en introduktion*. 1. udgave, 5. oplag. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag (pp. 71-73, 145).
- Della Selva, P. C. (2001). *Intensiv dynamisk korttidsterapi*. 1. udgave, 4. oplag. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 10-32, 48, 74-102).
- De Shazer, S. (1984a). The Death of Resistance. *Family Process*, 23(1), 11-17.
- De Shazer, S. (1984b). Post-mortem: Mark Twain did die in 1910. *Family Process*, 23(1), 20-21.
- De Shazer, S. (1989). Resistance Revisited. *Contemporary Family Therapy* 11(4), 227-233.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development. Orig. pub. *Family Process* 25, 207–221 (1986). Republished in: *InterAction*, 2(2), 50-76.
- Diderichsen, B. (1998a). Kan terapeuten ændre patientens psyke? København: Dansk psykologisk Forlag. *Psyke og Logos*, 19(1), 68-90.
- Diderichsen, B. (1998b). Psykoanalysens sygdomsforståelse. In: E. Hougaard, B. Diderichsen & T. Nielsen (Eds.), *Psykoteraapiens hovedtraditioner – En indføring i psykoanalytisk, oplevelsesorienteret, kognitiv, systemorienteret og integrativ psykoteraapi*. (pp. 37-67). København: Dansk psykologisk Forlag.
- Ellis, A. (1985). *Overcoming Resistance – Rational-Emotive Therapy with Difficult Clients*. Chapter 1: Introduction. (pp. 1-30). Chapter 9: How to Deal With the Resistance of Your Most Difficult Client – you. (pp. 161-172). Chapter 10: Additional Methods of Overcoming Resistance. (pp. 173-197). New York: Springer Publishing Company.
- Fink, H. C. (2005). Modstand. In: *Psykologisk leksikon*. 2. udgave, 1. oplag. (p. 372). København: Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1905). Om psykoteraapi. In: O. Andkjær Olsen & S. Køppe (Eds.), *Afhandlinger om behandlingsteknik*. (pp. 61-72). København: Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1910a). De fremtidige chancer for den psykoanalytiske teraapi. In: O. Andkjær Olsen & S. Køppe (Eds.), *Afhandlinger om behandlingsteknik*. (pp. 73-84). København: Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1910b). Om >>vild<< psykoanalyse. In: O. Andkjær Olsen & S. Køppe (Eds.), *Afhandlinger om behandlingsteknik*. (pp. 85-92). København: Hans Reitzels Forlag.
-

-
- Freud, S. (1914). Erindren, gentagen og gennemarbejden. In: O. Andkjær Olsen & S. Køppe (Eds.), *Afhandlinger om behandlingsteknik*. (pp. 151-160). København: Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1937). Den endelige og den uendelige analyse. In: O. Andkjær Olsen & S. Køppe (Eds.), *Afhandlinger om behandlingsteknik* (p. 212). København: Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1958). 19. Forelæsning: Modstand og Fortrængninger. In: *Forelæsninger til indføring i psykoanalysen*. (pp. 233-244). København: Hans Reitzel.
- Freud, S. (1988). *Drømmetydning*. 4. udgave, 2. oplag. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 411, 483).
- Gabbard, G. O. (2005). Chapter 3: Psychodynamic Assessment of the Patient. (pp. 69-92). Chapter 4: Treatments in Dynamic Psychiatry. (pp. 93-128). In: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 4 eds. USA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Greenson, R. R. (1973). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. Vol 1. (pp. 59-78, 121f). London: The Hogarth Press.
- Havik, O. E. (2002). Planlegging av korttids dynamisk psykoterapi – noen hovedprinsipper. In: Rønnestad, M. H. & Lippe, A. V. D. (Eds.) *Det kliniske intervjuet*. (pp. 148-166). 1. udgave, 1. oplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helles, R. & Køppe S. (2012). Kvalitative Metoder. In: Collin F. & Køppe S. (Eds.), *Humanistisk Videnskabsteori*, (pp. 277-302). 2. udgave, 8. oplag. Danmark: DR Multimedie.
- Hjulmand, K. (1996). Psykoanalysens nye sprog? En kritisk anmeldelse af det danske Roy Schafer-udvalg. *Psyke & Logos*, 17(1), 235-248.
- Igra, L. (1990). *Psykoterapi på liv og død: om destruktivitet og livsvilje*. København: Hans Reitzels. (pp. 158f).
- Jacobsen, B., Schnack, K., Wahlgren, B. & Madsen, M. B. (1999). *Videnskabsteori*. 2. Udgave, 1. Oplag. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S. (pp. 123f).
- Jacobsen, C. H. & Kjølbye, M. (2009). Det teoretiske grundlag for den relationelle psykiatri. In: S. Broeng (Ed.), *Fokus på relationer – Psykiatri i praksis* (pp. 37-73). 1. udgave, 1. oplæg. København: Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

-
- Jacobsen, C. H. & Mortensen, K. V. (2013). *Psykoteraapeutisk praksis på psykodynamisk grundlag*. 1. udgave, 1. oplag. Forfatteren og Hans Reitzels Forlag. (p. 20).
- Jensen, A. H. (2005). Kognitiv terapi ved somatoforme tilstande. In: M. M. Mørch & N. K. Rosenberg (Eds.), *Kognitiv terapi – modeller og metoder* (pp. 174-196). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview – Introduktion til et håndværk*. 2. ed., 3. oplag. (pp. 270-287). København: Hans Reitzels Forlag.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology – Theory, research and method*. Houts: Ashford Colour Press. (p. 17f).
- Lauver, P. J., Holiman, M. A. & Kazama, S. W. (1982). Counseling as Battleground: Client as Enemy. *Personnel & Guidance Journal*, 99-101.
- Lazarus, A. A. & Fay, A. (1982). Resistance or rationalization? A cognitive-behavioral perspective. In: Wachtel, P. L. (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. (pp. 115-132). New York: Plenum Press.
- Luborsky, L. & Barrett, M. S. (2006). The history and empirical status of key psychoanalytic concepts. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 2, 1-19. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095328.
- Mahalik, J. R. (1994). Development of the Client Resistance Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 58-68.
- Meichenbaum, D. & Gilmore, J. B. (1982). Resistance from a Cognitive Behavioral Perspective. In: P. L. Wachtel (Ed.) *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches*. (pp. 133-156). New York: Plenum Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). *Motivationsamtalen*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 1-78, 135-149).
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 37, 129-140. doi: 10.1017/S1352465809005128.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: helping people change*. Chapter 1: Conversations about Change. (pp. vi & 1-24). Chapter 15: Responding to Sustain Talk and Discord. (pp. 196-211). 3. Udgave. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rose, G. S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527–537. doi: 10.1037/a0016830.

-
- Moyers, T. B. & Rollnick, S. (2002). A Motivational Interviewing Perspective on Resistance in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 185-193.
- Mørch, M. M. (2005). Kognitiv terapi ved personlighedsforstyrrelser. In: M. M. Mørch & N. K. Rosenberg (Eds.), *Kognitiv terapi – modeller og metoder* (pp. 197-224). København: Hans Reitzels Forlag.
- Olsen, O. A. (2002). Gentagelsestvang. (pp. 276f). Psykodynamisk psykologi. (pp. 647-649). In: Olsen, O. A. (Ed.), *Psykodynamisk leksikon*. 1. udgave, 1. oplag. København: Gyldendal. Nordisk Forlag A/S.
- Olsen, O. A. & Køppe, S. (1992). Den psykoanalytiske behandlingsteknik. In: O. Andkjær Olsen & S. Køppe (Eds.), *Afhandlinger om behandlingsteknik* (pp. 16-23). København: Hans Reitzels Forlag.
- Pahuus M. (2012). Hermeneutik. In: Collin, F. & Køppe, S. (Eds.), *Humanistisk Videnskabsteori*. 2. udgave, 8. oplag. (pp. 139-169). Danmark: DR Multimedie.
- Poulsen, A. (2007). Udvikling. In: Bjerg, J. (Ed.), *Gads Psykologi Leksikon*. 2. udgave, 1. oplag. (p. 682). Danmark: Forfatterne og Gads Forlag.
- Rasmussen, C. S. (2012). *Modstand i psykoterapi - en teoretisk undersøgelse af modstand i henhold til et intrapsykisk og et interpersonelt perspektiv, samt en empirisk undersøgelse af psykodynamiske terapeuters forståelse af og tilgang til klienters modstand*. Et speciale fra Allborg Universitet.
- Reich, W. (1990). *Character Analysis*. (3. ed.). New York: Farrar, Straus and Giroux. (pp. 43-45, 52f, 155f).
- Rosenbaum, B. (2002). Overføring. In: Olsen, O. A. (Ed.), *Psykodynamisk leksikon*. 1. udgave, 1. oplag. (pp. 563-567). København: Gyldendal. Nordisk Forlag A/S.
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1994). Modstand. In: *Patienten og analytikeren - Psykoanalysens kliniske struktur*. (pp. 120-142). København: Hans Reitzels Forlag.
- Schafer, R. (1996). Handlesprog og fortælling. In: *Psykoanalytiske tekster til det kliniske arbejde*. (pp. 136-157). Frederiksberg: DET lille FORLAG.
- Schlesinger, H. J. (1982). Resistance as Process. In: Wachtel, P. L. (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches*. (pp. 25-44). New York: Plenum Press.

-
- Schuller, R., Crits-Christoph, P. & Connolly, M. B. (1991). The Resistance Scale: Background and Psychometric Properties. *Psychoanalytic Psychology*, 8(2), 195–211.
- Stewart, s. & Anderson, C. (1984). Resistance Revisited: Tales of my death have been greatly exaggerated (Mark Twain). *Family Process*, 23(1), 17-20.
- Wachtel, P. L. (1982). Introduction: Resistance and the process of therapeutic change. (pp. xiii-xx). In: Wachtel, P. L. (Ed.) *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches*. New York: Plenum Press.
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A. & Ahmed, M. (2012). Therapist Emotional Reactions and Client Resistance in Cognitive Behavioral Therapy. *Psychotherapy*, 2012, 49(2), 163–172. doi: 10.1037/a0023200.