

Udarbejdet af Elisabet Hald Simonsen

Vejledt af Bendt Torpegaard Pedersen

Terapeutens Intuition som redskab i terapien

- En fænomenologisk udforskning af
Den Intuitive Terapeutiske Tilgang

Kandidatspeciale

Psykologi, 10. semester

Studienummer: 20166386

Aalborg Universitet, 30. maj 2022

107042 tegn svarende til 45 antal

normalsider á 2400 tegn

Abstract

This study investigates how therapists use their clinical intuition in therapy. The empirical material of the study consists of two phenomenological qualitative semi structured life world interviews with two therapists. They both have an eclectic and intuitive approach in therapy. The semi structured interviews were conducted with a phenomenological focus on how the therapists experience having an intuitive approach in therapy. The applied analysis method is Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). This thematic analysis method allowed for four central themes to emerge from the therapists' rich descriptions. The major themes are Sensing, Embodied intuition, Intuition or analytic brain and An unscientific method. The analysis of the theme Sensing illustrates, that both therapists use their feeling or sensing abilities as a guide in the therapeutic room. Especially in the first session with a client. It is suggested that the therapists use their clinical intuition in their decision-making process during their sessions. The second theme Embodied intuition illustrates how both therapists experience intuition as something which is embodied. One of the therapists is very aware of being present in the moment with the client, being grounded in her body ready to receive information as embodied sensations. In this way she receives intuitive information as creative ideas and inspirations. She trusts using her intuitive abilities in the therapeutic alliance, and she experiences that the therapeutic process speeds up, when she surrenders to being in the now with the client. The other therapist's approach in therapy is more reflective. She uses her clinical intuition especially in the first sessions with clients, but later in the progress, it gets more difficult to receive intuitive information in the therapeutic setting. The third theme Intuition of analysis brain illustrates how both therapists use their mental, reflective abilities and their intuitive abilities during therapy. The fourth theme An unscientific approach illustrates how the therapists both were afraid of being judged because of their intuitive approach. They feared being judged for cheating or doing something wrong. This is because they have chosen to work eclectic, and this approach is not supported according to the Ethical Principles of Nordic Psychologists (EPNP 2016-2018). It is argued that the lack of support from their trade union makes them feel insecure and prone to be exposed. This subject is not being discussed between therapists. It is simply something you do not talk about. The two therapists have not yet spoken and discussed their intuitive therapeutic approach with colleagues. Using psychodynamic developmental theories combined with

neuroanalytical interpersonal theories, an understanding of clinical intuition appears, where clinical intuition is a acquisition of information through implicit processes located to the right hemisphere. This is happening in response to what occurs in the moment to moments shifts in the therapeutic alliance. The therapists receives feelings and ideas when they are present, centered and open. Both therapists use their clinical intuition in therapy, but in two different ways.

Contents

Indledning.....	1
Problemformulering	2
Metodologi og metode	4
Specialets fænomenologiske tilgang	5
Intentionalitet og livsverden.....	5
Fænomenologisk reduktion	5
Essens	6
Videnskabsteoretisk stillingtagen.....	7
Det kvalitative interview	8
Metodevalg.....	8
Online interview	8
Det semistrukturerede interview	9
Interviewguide.....	10
Rekruttering af deltagere	10
Udførelsen af interviews	11
Transskription.....	11
Interpretative Phenomenological Analysis.....	12
Analysetrin	13
Etiske overvejelser	14
Bowlbys tilknytningsteori	16
Interne arbejdsmodeller	17
Tryk og utryk tilknytning	17
Terapeutens tilknytning.....	18
Schores Regulationsteori.....	19
Den terapeutiske relations betydning for forandring.....	20
Terapeutisk relevant model	20
Klinisk Intuition	21

Intuition eller impulsivitet I terapien.....	22
Mentalisering.....	23
Analyse.....	24
Præsentation af deltagere	24
Fornemmelsen	24
Kropslig intuition	27
Intuition eller analysehjerne	30
Verbale udbrud.....	32
Tillid.....	34
Det indre barn.....	35
En uvidenskabelig tilgang	37
Diskussion.....	41
Intuitiv eller evidensbaseret tilgang	41
Intuition eller faglig kompetence	43
Metodisk diskussion.....	44
Undersøgelsens validitet	44
Konklusion	46
Referenceliste	49

Indledning

Under psykologistudiet lærer de studerende om forskellige teoretiske ståsteder med tilhørende evidensbaserede metodiske tilgange. Dette med henblik på at de som færdiguddannede psykologer skal vælge en videnskabelig evidensbaseret metodisk tilgang, som de ønsker at arbejde ud fra. Dansk Psykologforening forventer, at danske psykologer efterlever de Ethiske Principper for Nordiske Psykologer (EPNP, 2016-2018). Disse fagprincipper indebærer blandt andet, at:

Psykologen arbejder i overensstemmelse med videnskabelige principper og underbygget erfaring og tilstræber en løbende faglig udvikling. Psykologerne tilegner sig viden om den videnskabelige og professionelle udvikling indenfor sit arbejdsområde...Psykologen er opmærksom på de psykologiske metoders begrænsninger og på de konklusioner, som kan drages heraf. Psykologen udviser særlig forsigtighed ved brug af metoder, apparater og teknikker, som ikke opfylder standardkravene til metoder, eller som psykologen ikke mestrer til fulde (EPNP, 2016-2018).

På trods af disse etiske fagprincipper, der skal sikre kvaliteten af psykologers terapeutiske interventioner, findes der en gruppe psykologer, der vælger at arbejde eklektisk og intuitivt. En eklektisk tilgang indebærer, at terapeuten trækker på flere forskellige teoretiske tilgange afhængigt af den enkelte klients problematik (Køppe, 2008, p. 15f). Det er interessant, at en gruppe terapeuter vælger at gå en anden vej end den, der bliver fremlagt som etisk korrekt af Dansk Psykologforening. Yderligere kan man undre sig over, at psykologer vælger at arbejde intuitivt, når intuitionen stort set ikke nævnes gennem de fem års uddannelse på psykologistudiet.

Denne forskningsundring opstod under 8. semesters praktik på Universitetsklinikken tilknyttet Aalborg Universitet, hvor jeg havde klientforløb. I starten brugte jeg primært den rationelle del af hjernen, hvor jeg analyserede, reflekterede og forsøgte at rationalisere mig frem til løsningen på klientens problem. Jeg blev superviseret og vejledt til at anvende en bestemt teoretisk tilgang og gennemføre bestemte trin. Jeg havde en oplevelse af at være på overarbejde. På et tidspunkt gik det op for mig, at jeg forsøgte at kontrollere klienten. Jeg ville fikse klienten. Jeg skiftede strategi og valgte i stedet at være nærværende med det menneske, der sad i stolen over for mig. Dette skift i den terapeutiske tilgang medførte, at jeg modtog information i form af fornemmelser, indre billeder og idéer, som jeg begyndte at italesætte over for klienten.

Det gav en oplevelse af, at rummet åbnede sig. Jeg skiftede dermed fra en rationel, metodisk tilgang til en mere nærværende, intuitiv tilgang.

Siden min praktik er der opstået en række spørgsmål og undren om, hvad der skete i klientforløbene. Hvordan kunne jeg pludselig modtage en bredspektret information om klienten? Jeg har ikke selv haft en forståelse eller et sprog for det, jeg oplevede. Derfor undrer jeg mig over, hvordan andre terapeuter arbejder i det terapeutiske rum. Om de bruger deres intuition og i såfald hvordan. Hvad sker der, når terapeuten anvender en intuitiv tilgang frem for en videnskabelig evidensbaseret tilgang? Denne undren lægger op til en undersøgelse af terapeuters oplevelse af, hvordan de anvender deres intuition i terapien, hvilket leder frem til følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvordan anvender terapeuter deres intuition som redskab i terapien?

Afgrænsning

Studiet omhandler anvendelsen af intuition i klinisk terapeutiske sammenhænge. Derfor betegnes det undersøgte fænomen som klinisk intuition i denne undersøgelse. Problemformuleringen søges besvaret ud fra datamateriale indsamlet fra forskningsinterviews med to terapeuter, der begge arbejder eklektisk og intuitivt. De har begge egen praksis og en bred klienterfaring. Dermed afgrænses studiet til at omhandle terapeuter, der arbejder eklektisk intuitivt i egen praksis med bred klienterfaring.

Begrebsafklaring:

Inden for det psykoterapeutiske felt findes der mere en 40 definitioner af, hvad intuition er (Jeffrey, 2012, p. 37). Der er dog generelt bred enighed om, at intuition kan defineres som en unik form for *knowing*, hvor en person tilegner sig en viden, men hvor denne videnstilegnelse ikke kan forklares ud fra evidente rationelle tankeprocesser (Jeffrey & Stone Fish, 2011; Bohart, 1999; Dreyfus & Dreyfus, 2005).

Dette studie indebærer en undersøgelse af intuitionen i den kliniske sammenhæng. I dette studie anvendes professor og psykiater Terry Marks-Tarlows definition af klinisk intuition: *Klinisk intuition* er tilegnelsen af information gennem implicite processer, hvor højre hemisfære modtager, relaterer og responderer på det, der udfolder sig i det terapeutiske rum fra det ene øjeblik til det næste. Tilegnelsen af information gennem de implicite processer leder terapeuten til at vide, føle og foremme ting uden at vide, hvordan man ved det (Marks-Tarlow, 2012, p. 2). Når begrebet intuition anvendes i dette studie, refererer det til definitionen af klinisk intuition.

Metodologi og metode

I dette afsnit præsenteres studiets metodologiske afsæt samt den anvendte metode. Fænomenologien præsenteres som specialets videnskabsteoretiske ståsted. Derefter beskrives det semistrukturerede livsverdensinterview som undersøgelsesmetode efterfulgt af studiets analysemetode, Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Endeligt fremlægges de etiske overvejelser, der er opstået gennem interviewundersøgelsen.

Fænomenologi

Fænomenologien er en filosofisk strømning, der blev grundlagt af Edmund Husserl (1859-1938) i starten af 1900-tallet, som en reaktion mod positivismens videnskabsideal, hvor målet var objektivitet (Langdridge, 2007, p. 12). I stedet for at efterstræbe et objektivt videnskabeligt ideal, så fremhæver fænomenologien betydningen af det subjektive i processen, hvor viden skabes. Verden opleves og forstås af et subjekt med en særlig bevidsthed. I stedet for at se mennesket som et mekanisk apparat, der passivt registrerer sanseindtryk, skal mennesket ifølge Husserl betragtes som en aktiv medskaber af sin egen verden (Jakobsen et al., 2015, p. 218). Fænomenologien tager derfor udgangspunkt i, hvordan bevidstheden erfarer verden (Jakobsen et al., 2015, p. 242f). Formålet inden for fænomenologien er, at beskrive dét som viser sig – fænomenet som det træder frem for bevidstheden. Fænomener viser sig, når forskeren udfører en dybdegående undersøgelse af menneskers subjektive oplevelser samt den betydning, mennesket tillægger sine oplevelser (Husserl, 2020, p. 64f). Fænomenologien er en grundlæggende filosofi for den humanistiske psykologi og eksistentialismen, og er i dag både en retning, en metode og en tænkemåde. Fænomenologien har udviklet sig i en række forskellige forskningsmetoder inden for psykologiens forskningsfelt samt beslægtede felter som sociologi og antropologi (Jakobsen et al., 2015, p. 217). Husserls deskriptive fænomenologi er fundamentet for den fænomenologiske psykologi. Her undersøges hvordan fænomener træder frem for en bevidsthed. Det sker gennem en indsamling af rige og dybdegående beskrivelser af menneskers oplevelser fra deres hverdagsliv. På den måde kan der opstå en ny

forståelse og indsigt, som kan bruges til at skabe forandringer og forbedringer for individet og på samfundsplan (Langdridge, 2007, p. 8f).

Specialets fænomenologiske tilgang

Dette studies videnskabsteoretiske ståsted er fænomenologisk med intentionen om at undersøge terapeuternes oplevelser fra det terapeutiske rum. Formålet er at indsamle rige beskrivelser af situationer, hvor terapeuterne bruger deres kliniske intuition i terapien. I forbindelse med databehandlingen anvendes en fortolkende fænomenologisk tilgang, hvor der udarbejdes en tematisk analyse og fortolkning (Langdridge, 2007, p. 107f).

Intentionalitet og livsverden

En grundtanke inden for fænomenologien er, at bevidstheden altid er rettet mod noget. Denne rettedhed kaldes *intentionalitet*. At bevidstheden er intentionel betyder ifølge Husserl, at bevidstheden altid er om noget andet end sig selv (Husserl, 2020, pp. 65-67). Her beskriver begrebet *noema* det, der opleves, hvor termen *noesis* beskriver måden, hvorpå det opleves (Husserl, 2020, p. 70f). Dermed undersøges relationen mellem subjekt og objekt, bevidsthed og verden som samhørende bestanddele. For at få adgang til et fænomen, må det ske gennem intentionaliteten, hvorved man undersøger, hvordan fænomenet træder frem for bevidstheden (Jacobsen et al., 2015, p. 219). Fænomenologiske undersøgelser tager udgangspunkt i et menneskes *livsverden*, en førvidenskabelig erfaringsverden. Begrebet betegner den konkrete virkelighed mennesket lever i, erfarer og tager for givet (Jacobsen et al., 2015, p. 219). Formålet er at beskrive livsverdenens strukturer, for at synliggøre den mening og betydning der eksisterer som en implicit del af livsverdenen, men som hidtil er blevet taget for givet (Jacobsen et al., 2015, p. 220).

Fænomenologisk reduktion

En nøjagtig beskrivelse af et fænomen, som det viser sig for bevidstheden, kan opnås ved at indtage en *fænomenologisk indstilling* (Husserl, 2020, p. 68f). Det sker ved, at

videnskabelig forforståelse og fordomme om det undersøgte fænomen sættes i parentes. Dermed muliggøres en åbenhed for nye perspektiver, så fænomenets grundlæggende strukturer kan komme til syne. Indstillingsændringen, hvor fænomenologen sætter sin forforståelse, fordomme samt egne interesser i parentes, betegner Husserl som *epoché* (Jakobsen et al., 2015, p. 220). Fænomenologen må bestræbe sig på at beskrive fænomenet fordomsfrit, uden vurderinger af, hvorvidt oplevelsesindholdet eksisterer eller ej. Denne proces kaldes *fænomenologisk reduktion* (Langdridge, 2007, pp. 17-19; Jakobsen, 2015, p. 220). I praksis indebærer fænomenologisk reduktion, at fænomenologen anvender *horisontalisering*, hvor datamaterialets samtlige dele tillægges samme værdi. Formålet er, at undgå skabelsen af hierarkier, hvor dele af materialet vurderes som mere betydningsfuldt end andet. Samtlige dele af materialet må undersøges ligeværdigt, før fænomenologen fremsætter hypoteser. Hypoteserne undersøges og *verificeres* ved, at fænomenologen løbende vender tilbage til det oprindelige datamateriale. Her sammenholdes analysen med datamaterialet, for at sikre, at der er en overensstemmelse mellem analysen og datamaterialet (Langdridge, 2007, p. 19).

Essens

Fænomenologien stræber efter at beskrive et fænomens væsen, *essensen*. Essensen er de karakteristika, der er konstante ved et fænomen. Essensen er det, der gør et fænomen til netop dét fænomen. Der kan forekomme en række variationer af det samme fænomen, men essensen af fænomenet er konstant (Jakobsen et al., 2015, p. 221). Et fænomens essens eksisterer i form af intentionaliteten mellem fænomenet og bevidstheden. Dermed er essensen ikke noget, der tilføjes af fænomenologen via fortolkning (Langdridge, 2007, p. 20f). Essenser fremkommer ved at bevæge sig fra beskrivelser af en enkeltoplevelse til en undersøgelse af oplevelsens underliggende strukturer. Ifølge Husserl er det muligt at identificere de universelle underliggende strukturer, der gør sig gældende for en oplevelse, blot ud fra ét individs oplevelse (Langdridge, 2007, p. 21). Inden for det fænomenologiske forskningsfelt diskuteres det, hvorvidt det er muligt at finde frem til en essens ud fra beskrivelserne af et enkelt individs oplevelse. Essensbegrebet anvendes i dag mere abstrakt og symbolsk til at beskrive forskningsprocessens bevægelse fra beskrivelserne af enkelte individers

oplevelser til frembringelsen af oplevelsens universelle underliggende strukturer (Langdridge, 2007, p. 21).

Videnskabsteoretisk stillingtagen

Formålet med nærværende studie er, at lade de underliggende strukturer i terapeuternes oplevelser træde frem og blive synlige. IPA anvendes til at kortlægge mulige gentagne eller modstridende temaer i terapeuternes oplevelser fra det terapeutiske rum. Målet i dette studie er derfor ikke, at finde essenser. Derimod er det centrale at undersøge eventuelle fælles strukturer i datamaterialet.

Intentionen under udarbejdelsen af dette studie er at indtage en fænomenologisk indstilling for at muliggøre fænomenologisk reduktion og epoché. Tidligt i processen blev forudantagelser og fordomme noteret og undersøgt med henblik på at sætte disse i parentes. Epoché betragtes i dette speciale som et forskningsideal, som forskningsprocessen stræber efter. Epoché betragtes jf. Langdridge (2007) som noget, forskeren må erkende er umuligt at opnå i sin reneste form (Langdridge, 2007, p. 18). Denne indsigt har bragt et observerende spor, der har været tilstede gennem udarbejdelsen af dette speciale. Løbende har jeg observeret situationer, hvor min implicite forforståelse og fordomme er blevet synlige. Ikke kun i begyndelsen af processen, men gennem hele udarbejdelsen af specialet. Her har jeg været opmærksom på mine forudantagelser i udarbejdelsen af interviewguiden og under selve interviewene. Derudover undersøgte jeg min implicite forforståelse under transskriptionsfasen. Under udarbejdelsen af analysen og diskussionen reflekterede jeg over mine mulige underliggende ønsker om et særligt resultat. På den måde har jeg forsøgt at sætte min personlige agenda i parentes, for at tillade en udfoldelse af det væsentlige i terapeuternes oplevelser.

Det kvalitative interview

Metodevalg

Datamaterialet til dette studie er indsamlet gennem semistrukturerede livsverdensinterviews. Denne fænomenologiske metode tillader, at forskeren kan få et indblik i deltagerens livsverden gennem detaljerige og nuancerede beskrivelser. Metoden er anvendelig til at undersøge deltagerens levede hverdag ud fra deres eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 48f).

Forskningsinterviewet er en interpersonel situation, hvor interviewer og informanten interagerer og påvirker hinanden. I dette samspil konstrueres viden i den specifikke kontekst. Ifølge Kvale og Brinkman (2015) kan interviewsituationen være angstprovokerende for begge parter, hvilket kan udløse forsvarsmekanismer (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 53). Rammerne for interviewet er derfor afgørende for den viden, der konstrueres. I den forbindelse blev det undersøgt, hvordan der kunne skabes et trygt rum både for deltagere og interviewer.

Online interview

Online interview blev valgt til dataindsamling frem for den fysiske interviewform. At interviewene foregik online gjorde det simpelt og behageligt for deltagerne, da de ikke skulle bruge tid på transport. Dermed blev det også muligt at få informanter fra forskellige dele af landet. Den online interviewform kan for nogle føles mere uvant. Under interviewet fik deltageren både vist et stort billede af mig på skærmen samt et mindre billede af sig selv. At deltagerne fik vist sig selv på kamera kan muligvis have skabt en øget selvbevidsthed om, hvordan de fremstod undervejs i interviewet. Dette kan haft betydning for nærværet og kvaliteten af interaktionen. Efter gentagne nedlukninger i landet grundet Covid19 har de fleste psykologer afholdt deres sessioner online, og det antages derfor, at psykologer er relativt bekendte og trygge ved at indgå i et interview online. Når et interview finder sted online frem for fysisk, skaber det mulighed for, at deltagerne kan sidde hjemme i trygge, velkendte rammer. Som interviewer bliver jeg lukket ind i et rum, som deltageren kender godt. Dermed kan deltageren føle sig mere fri til at levere detaljerige beskrivelser (Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 36). Som interviewer er jeg også hjemme i trygge, velkendte

rammer. Jeg er vant til at have sessioner online, og dermed føles den form for interaktion naturlig for mig som interviewer, hvilket også kan bidrage til en tryk og behagelig stemning under interviewet.

En begrænsning ved online interview er, at information fra kropslige signaler går tabt. Under interviewene var deltagerens ansigtsmimik og armbevægelser med på skærbilledet, men resten af kroppen kunne ikke observeres. Derudover er der ved online interview en risiko for, at der kan forekomme afbrydelser grundet ustabil internetforbindelse, hvilket vil få betydning for det datamateriale, der produceres. Dette var uproblematisk under de gennemførte interviews, da der var konstant stabil forbindelse (Smith & Osbourn, 2008, p. 8). Det er mulig, at der kan opstå en oplevelse af større distance i interaktionen online, i forhold til et fysisk interview. Ifølge Deakin og Wakefield (2014) har den online interviewform ikke betydning for en nedsat kvalitet af den producerede viden (Deakin & Wakefiels, 2014, p. 603f).

Det semistrukturerede interview

Det semistrukturerede interview er en empirisk metode, der er karakteriseret af sin fleksible form, hvor forskeren vælger, hvor løst eller fast interviewet struktureres. Dette justeres via en interviewguide, som er et overordnet manuskript, forskeren bruger til at navigere samtalen, hvor målet er at undersøge specifikke temaer. Interviewguiden kan indeholde overordnede åbne spørgsmål samt forslag til underspørgsmål (Tanggard & Brinkmann, 2015, p. 37f; Kvale & Brinkmann, 2015, p. 52). Interviewerens opgave er at lede deltageren frem til de udvalgte temaer. Ifølge Tanggaard og Brinkmann (2015) bør interviewguiden anvendes fleksibelt, og intervieweren må bevidst indtage en åben, sensitiv og naiv position. Dette indebærer, at intervieweren under interviewet sætter sine forudsætninger i parentes. Formålet er at lade deltagerens oplevelsesverden udtrykke sig gennem deltagerens beskrivelser og være åben for nye fænomener (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 52f). Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) består en interviewundersøgelse af syv faser, henholdsvis tematisering, design, interview, transskription, analyse, verifikation samt rapportering. Disse syv faser har været vejledende gennem studiet, for at sikre refleksioner og

overvejelser i forbindelse med de metodiske valg (Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 154-156).

Det semistrukturerede livsverdensinterview blev anvendt som metode i dette studie, for at få adgang til terapeuternes oplevelser af hvordan de anvender deres intuition i terapien. Denne empiriske metode er anvendelig til at komme så tæt på terapeuternes oplevelser som muligt (Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 31f).

Interviewguide

En interviewguide blev udarbejdet forud for udførelsen af interviewene. Spørgsmålene blev først formuleret som forskningsspørgsmål ud fra studiets forskningsundren samt den eksisterende forskning inden for området. Derefter blev spørgsmålene omformuleret til hverdagssprog. Interviewspørgsmålene er udformet ud fra overvejelser om, at interviewdeltagerne har en akademisk baggrund og derfor kender det akademiske sprog. Samtidigt kunne bestemte akademiske vendinger give indikationer om studiets teoretiske overvejelser. Derfor er spørgsmålene udformet åbent og så neutralt som muligt (Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 41; Willig, 2021, p. 30). Spørgsmålene blev udarbejdet ud fra udvalgte temaer med henblik på at besvare studiets forskningsspørgsmål. Disse temaer er: 1) Deltagerens terapeutiske og metodiske tilgang, 2) Deltagerens oplevelse af sin intuition, 3) Intuitionens funktion i terapien, 4) Terapeutens anvendelse af sin intuition i terapien. Interviewguiden findes i *Bilag 1*.

Rekruttering af deltagere

Deltagerne blev rekrutteret gennem Facebook. I opslaget indgik flere inklusionskriterier. Herunder at deltagerne skulle være uddannet psykolog samt have minimum fem års klinisk erfaring. Kriteriet om fem års klinisk erfaring skyldes et ønske om at interviewe psykologer med et bredt erfaringsgrundlag. Jeg valgte ikke at opstille kriterier om køn, alder eller metodiske tilgang. Fem kvindelige psykologer henvendte sig. To blev valgt fra, fordi jeg som virksomhedskonsulent tidligere har hjulpet dem med deres psykologvirksomhed. Eftersom jeg allerede havde kendskab til

dem, deres begrund og metodiske tilgang, valgte jeg at ekskludere dem. Formålet med kun at inkludere psykologer, som jeg ikke kendte på forhånd, var min bestræbelse på at indtage en fænomenologisk indstilling, hvor jeg kunne møde terapeuterne uden forforståelse om dem som privatperson og deres terapeutiske tilgang. En psykolog blev valgt fra, fordi hun henvendte sig sent i processen, på et tidspunkt hvor analysen af data var påbegyndt. To psykologer blev udvalgt som interviewdeltagere (Se afsnittet *Præsentation af deltagerne* for mere information om interviewdeltagerne).

Valget af to deltagere frem for mange skyldes studiets formål om en dybdegående og nuanceret undersøgelse af individets livsverden. Ifølge Tanggaard og Brinkmann (2015) er det bedre at gennemføre få interviews med henblik på at skabe en nyskabende analyse, der er grundig og teoretisk nuanceret, fremfor at gennemføre mange interviews (Taanggaard & Brinkmann, 2015, p. 32).

Udførelsen af interviews

Interviewene blev foretaget online og optaget med en diktafon. Inden påbegyndelsen af selve interviewet gav deltagerne deres mundtlige samtykke til at interviewet blev optaget, samt at data måtte indgå i specialet. Selve interviewet inkluderede en briefing og afsluttende en debriefing. Samtykkeerklæringen fremgår af *Bilag 2*. Begge interviews varede ca. 60 minutter, og tog udgangspunkt i den udarbejdede interviewguide.

Transskription

Interviewene blev transskriberet ud fra lydoptagelserne. At interviewene blev lydoptaget gjorde det muligt for mig som interviewer at være nærværende og lytte aktivt til deltagerne. Ved oversættelsen fra den mundtlige interaktion til skriftlig transskription vil en mængde information gå tabt, heriblandt information om kropssprog samt stemmeføring (Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 43). Med intentionen om at være loyal overfor deltagernes udsagn, blev der udarbejdet en række transskriptionsregler, som ses af nedstående illustration:

-
1. (.): Pause på få sekunder
 2. (...): Længere pause
 3. (lyd): Beskrivelse af lyd angives i parentes (f.eks. grin eller suk)
 4. [handling]: Beskrivelse af handling (f.eks. at spise, at rejse sig)
 5. Laaaangt ord: Forlængelse af ord
 6. Understreget ord: Ord der betones tydeligere eller højere

Illustration: Transskriptionsregler

Interviewene blev transskriberet ordret og præcist, med henblik på at være tro mod interviewdeltagernes udtalelser (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 238f). Pauser, betoning af ord samt lyde som f.eks. grin blev noteret gennem transkriptionen, da disse detaljer har betydning for, hvordan deltagerens udsagn forstås, samt den mening der kan tillægges (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 241f). Personfølsomme oplysninger både om deltagerne og deres klienter blev anonymiseret gennem transskriptionen.

Interpretative Phenomenological Analysis

De transskriberede interviews blev analyseret med den tematiske analyse, Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Analysemetoden er fænomenologisk og hermeneutisk forankret og er anvendelig til at undersøge menneskers oplevelsesverden samt den mening, der tillægges deres oplevelser (Langdridge, 2007, p. 110). Ved anvendelse af IPA behandles datamaterialet både deskriptivt og fortolkende, hvilket tillader en åben tilgang til empirien, hvormed en tematisk fortolkning kan finde sted. Metoden indebærer en grundig, detaljeret og cirkulær undersøgelse af empirien, og er derfor anvendelig til at analysere detaljerige semistrukturerede livsverdensinterviews (Langdridge, 2007, p. 110f). Formålet med anvendelsen af IPA i dette studie er dermed, at undersøge terapeuternes oplevelser samt hvilke meninger de tillægger deres oplevelser (Langdridge, 2007, p. 107f). Undervejs i analysen indgår forskeren i en dobbelt hermeneutik, hvor forskeren forsøger at forstå

deltagernes oplevelser fra deres perspektiv. Da empirien bliver fortolket gennem forskeren, må forskeren ifølge Smith et al. (2009) erkende, at egne forforståelser nødvendigvis må inddrages under analysen, for at få adgang til deltagernes livsverden (Smith et al., 2009, p. 3). IPA er en idiografisk metode, hvor specifikke cases og individuelle oplevelser undersøges. Derudover er metoden induktiv, da den tager udgangspunkt i empiri (Langdridge, 2007, 127f). Anvendelsen af IPA tillader en dybdegående og detaljerig analyse og muliggør samtidigt en udforskning af, om den enkelte oplevelse kan overføres til det generelle (Smith et al., 2009, p. 28f). I nærværende studie har analysemetoden fremlagt af Langdridge (2007) og Smith et al. (2009) været udgangspunktet for analysen (Langdridge, 2007, pp. 110-112; Smith et al., 2009, pp. 82-102).

Analysetrin

Analysen bestod af de fire IPA analysetrin som blev gennemført for hvert transskriberede interview. I det første trin blev transskriptionen gennemlæst og genlæst. Undervejs blev der tilføjet beskrivende noter vedrørende tekstens indhold i venstre margin. Umiddelbare tanker og observationer blev noteret i dette trin. Andet trin indebar en gennemgang af transskriptionen, hvor temaer blev identificeret og noteret i højre margin. Denne gennemlæsning var mere fortolkende og reflekterende, hvor teoretiske overvejelser også blev inddraget (Langdridge, 2007, p. 111). I tredje analysetrin blev de identificerede temaer oplistet i en tabel i kronologisk rækkefølge. Temaerne blev sammenholdt og reorganiseret, hvor nogle blev sammensat i klynger og andre blev opdelt yderligere. Dette trin indebar en gentagen tilbagevenden til den oprindelige transskription, for at sikre at temaerne forblev i overensstemmelse med empirien (Langdridge, 2007, p. 111). I fjerde analysetrin blev der udarbejdet en tabel, hvor de udvalgte temaer blev oplistet i kronologisk rækkefølge. De enkelte temaer blev tilkøbt relevante citater og referencer fra transskriptionen (Langdridge, 2007, p. 111). Hver transskription blev behandlet med disse fire analysetrin. Efterfølgende blev de sammenholdt, for at finde frem til de centrale temaer, der var repræsentative for begge cases (Langdridge, 2007, p. 111f; Smith et al., 2009, p. 82-101).

Etiske overvejelser

Det etiske aspekt blev vægtet højt og undersøgt løbende i nærværende studie, for at sikre at udarbejdelsen af specialet er foregået på et etisk forsvarligt grundlag. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) skal forskning ”*tjene videnskabelige og menneskelige interesser*” (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 106). Makroetisk har forskeren et ansvar for at producere viden, der giver en øget indsigt i menneskets adfærd og forståelse af sig selv. Samtidigt skal denne viden kunne bruges til at forbedre menneskelig velfærd (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 106). I kvalitativ forskning kan der opstå en spænding mellem forskerens ønske om at opnå ny viden og formålet med at agere etisk korrekt. Her må forskeren balancere og finde en mellemvej, hvor emnet undersøges dybdegående samtidigt med, at interviewdeltagerens grænser respekteres (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 106). I nærværende forskningsstudie er etiske problemstillinger blevet undersøgt undervejs. Etiske Principper for Nordiske Psykologer er blevet anvendt som en vejledende protokol gennem hele interviewundersøgelsen (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 109f; EPNP; 2016-2018). Disse principper blev inddraget i forbindelse med valg af forskningsdesign. Principperne var vejledende i forbindelse med mine refleksioner om, hvordan jeg både sikrede loyalitet overfor deltagerens udsagn, og samtidigt sikrede anonymitet både af terapeuterne samt deres klienter. Disse etiske overvejelser befandt sig som et sideløbende spor både forud for interviewene og under interviewene, gennem transskriberingen, under analysen og endelig i forbindelse med rapportering, for at sikre en fortrolig og respektfuld behandling af empirien (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 107f).

Forud for interviewet gav interviewdeltagerne informeret samtykke til at interviewet måtte lydoptages samt at data måtte anvendes i udarbejdelsen af nærværende studie. De modtog en samtykkeerklæring med information om studiets formål og design, samt deres rettigheder til at tilbagetrække deres samtykke til hver en tid. Desuden blev de informeret om behandlingen af personfølsomme oplysninger samt anonymiseringsprincipper i forbindelse med behandling af data (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 117f). I forbindelse med anonymisering har jeg været særligt opmærksom på, at både personhenførbare oplysninger om interviewdeltagerne og deres klienter blev ændret, så de ikke vil kunne identificeres ud fra den anvendte empiri der indgår i specialet.

Dette blev sikret ved at foretage nødvendige ændringer i forbindelse med transskriptionen af interviewene. Data blev opbevaret jævnfør GDPR.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) skal forskeren overveje, hvilke positive og negative konsekvenser forskningsstudiet potentielt kan få for deltagerne (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 118f). Inden udførelsen af interviewene vurderede jeg, at der umiddelbart ikke ville være negative konsekvenser. Jeg så fordele for deltagerne ved at indgå i en samtale, der skabte rum for refleksion. En undersøgelse, som jeg forestillede mig kunne være interessant for dem både som fagperson og praktiker. Under begge interviews blev det tydeligt, at begge terapeuter havde en oplevelse af, at der var noget på spil. De fortalte om, hvordan de begge arbejdede eklektisk, og havde en oplevelse af, at de ikke efterlevede de almene normer om, at en psykolog skal følge én bestemt evidensbaseret tilgang. Her blev det tydeligt, at jeg som forsker i dette studie har et ansvar for at beskytte studiets deltagere, ved at behandle den indsamlede data med stor respekt og fortrolighed. Samtidigt blev det tydeligt, at studiets forskningsinteresser er relevante i praksis.

Yderligere overvejede jeg betydningen af det assymetriske magtforhold der er i et kvalitativt forskningsinterview mellem forsker og interviewdeltager (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 55f). Under interviewene havde jeg en bevidst intention om et ligeværdigt møde med deltagerne. I briefinggen nævnte jeg, at det var deres oplevelser, som jeg var interesseret i. Jeg nævnte også, at jeg ikke ledte efter et rigtigt eller forkert svar. Derudover blev de informeret om, at de til hver en tid kunne trække deres samtykke tilbage. Hvis der var spørgsmål, som de ikke ønskede at svare på, stod det dem frit at undlade at svare. Derudover besvarede jeg alle deres spørgsmål i debriefingen.

Teoretisk redegørelse

I dette afsnit redegøres for udvalgte teoretiske perspektiver, der kan anvendes til at forstå, hvad klinisk intuition indebærer samt hvordan den kan anvendes i terapien. Der antages, at klinisk intuition opstår, som følge af interaktionen mellem terapeut og klient. Derfor inddrages udvalgte perspektiver med henblik på at danne en forståelsesramme for, hvad der er på spil i denne interaktion.

Bowlbys tilknytningsteori

I det følgende redegøres for John Bowlbys tilknytningsteori, en udviklingspsykologisk teori, der inddrages til at undersøge den terapeutiske relation som forandrende samt den kliniske intuitions betydning for denne forandring.

Den britiske psykiater og psykoanalytiker John Bowlby fremhæver med sin tilknytningsteori (1969) betydningen af den tidlige relation mellem forælder og barn. Kvaliteten af den tidlige forælder-barn relation har ifølge Bowlby afgørende betydning for barnets senere udvikling og hvordan barnet vil relatere til sin omverden (Bowlby, 1988, p. 13; Fonagy, 2001, p. 38). Barnet søger instinktivt et sikkert emotionelt bånd med dets primære omsorgsperson. Formålet med tilknytningsadfærden er, at sikre barnets overlevelse. Tilknytningsmønsteret udvikles i perioden fra barnet er seks måneder til barnet er to et halvt år (Thormann, 2003, p. 72f). Bowlbys adfærdsbiologiske perspektiv indebærer en forståelse af at mennesket er født med en række biologisk forankrede *adfærdssystemer*, hvorved mennesket fra fødslen allerede har programmerede biologiske adfærdssystemer, som formes gennem barnets tidlige oplevelser (Bowlby, 1988, p. 13f). Tilknytningsadfærd er et af disse medfødte systemer. Når barnet føler ubehag, aktiveres systemet, hvorved barnet reagerer ved eksempelvis at blive urolig, græde eller ved at være opsøgende med fysisk bevægelse og øjenkontakt. Målet er, at få en reaktion fra omsorgspersonen (Thorman, 2003, p. 72). Hvor sensitiv omsorgspersonen er over for barnets tilknytningsadfærd afhænger af omsorgspersonens forældreadfærd, som ifølge Bowlby også er delvist forudprogrammeret som et biologisk adfærdssystem. Forældreadfærden afhænger desuden af personens egne tidlige tilknytningsoplevelser som barn samt personens

relationelle oplevelser senere i livet (Bowlby, 1988, p. 13f). I interaktionen mellem omsorgspersonen og barnet, må omsorgspersonen være opmærksom på barnets reaktioner og fornemme barnets indre tilstand, for at hjælpe barnet tilbage i en tilstand, hvor det føler sig tilpas. Det kræver, at omsorgspersonen kan afkode barnets reaktioner og samtidigt tilpasse sine egne reaktioner, så barnets tilstand reguleres (Bowlby, 1988 pp. 15-17). Omsorgspersonens rolle er at være barnets *sikre base*. En base hvorfra barnet kan bevæge sig ud i verden og samtidigt vende tilbage, når der opstår et behov for tryghed og støtte (Bowlby, 1988, p. 19f). Omsorgspersonen kan kun fungere som en tryk base for barnet, hvis personen er i stand til intuitivt at forstå og imødekomme barnets tilknytningsadfærd (Bowlby, 1988, p. 20). Hvis omsorgspersonen overordnet er i stand til at imødekomme barnets behov, så vil barnet udvikle en tryk tilknytning. Omvendt hvis barnets behov ikke bliver mødt, er det sandsynligt at barnet udvikler en utryk tilknytning (Bowlby, 1988, p. 21).

Interne arbejdsmodeller

Kvaliteten af tilknytningen er basis for dannelsen af barnets *interne arbejdsmodeller*, som er repræsentationer af omsorgspersoner, af omverdenen generelt samt repræsentationer af barnet selv (Hart & Møhl, 2017, p. 71). De interne arbejdsmodeller bliver dermed dannet ud fra barnets tidlige erfaringer (Fonagy, 2001, p. 12). Når barnet senere i sit liv indgår i sociale relationer, vil disse arbejdsmodeller aktiveres og anvendes ubevidst som en guide. Arbejdsmodellerne indebærer de forventninger personen har til mødet sine omgivelser og fungerer som et script for, hvordan personen skal navigere i forhold til andre mennesker, herunder nære relationer (Hart & Møhl, 2017, p. 71f). De interne arbejdsmodeller er relativt stabile over tid, men de kan modificeres gennem livet. Eksempelvis kan de modificeres, hvis personen gennemgår livsforandrende begivenheder (Pietromonaco & Barrett, 2000, p. 162). Ifølge Bowlby er det psykoterapiens essentielle opgave at skabe et rum hvor klientens interne arbejdsmodeller kan undergå en forandring (Schore, 2012, p. 36).

Tryk og utryk tilknytning

På baggrund af Bowlbys teori udviklede Mary Ainsworth sin forskningsprotokol, Fremmedsituationen, som muliggjorde en undersøgelse af børns reaktioner over for

fremmede, separationsangst samt adfærd ved genforening. Ainsworth udledte tre tilknytningsformer henholdsvis sikker tilknytning, ængstelig ambivalent tilknytning og ængstelig undgående tilknytning (Hart & Møhl, 2017, p. 74f). Main og Solomon har senere tilføjet en fjerde tilknytningsform kaldet disorganiseret tilknytning. En sikker tilknytning er en tryk tilknytningsform (Hart & Møhl, 2017, p. 75). I dette studie skelnes overordnet mellem tryk og utryk tilknytning.

Trykt tilknyttede børn vil senere i livet udvikle et stærkt selvværd og indgå i langvarige, stabile relationer. Utrykt tilknyttede børn har en tendens til at møde udfordringer i forbindelse med at indgå i relationer og har en tendens til at udvikle emotionelle og fysiske symptomer, som ofte er grunden til at en psykolog opsøges (Marks-Tarlow, 2012, p. 70; Hart & Møhl, 2017, p. 76).

Terapeutens tilknytning

Inden for klinisk forskning er der resultater, der indikerer at trykt tilknyttede terapeuter udøver den bedste kliniske ekspertise (Eels, 2001, p. 132f). Dette gælder for terapeuter der har fået en sikker tilknytning tidligt i livet, men også for terapeuter der har tilegnet sig en sikker tilknytning gennem sekundære tilknytningspersoner eller senere i livet gennem psykoterapi (Eels, 2001, p. 133; Marks-Tarlow, 2012, p. 70). Trykt tilknyttede terapeuter har udviklet interne arbejdsmodeller der guider dem intuitivt i interaktionen med klienten. Dette medfører, at terapeuten responderer empatisk og omsorgsfuldt over for klienten (Marks-Tarlow, 2012, p. 70). Ud fra dette teoretiske perspektiv kan der argumenteres for, at terapeuter der har en sikker tilknytning i højere grad er i stand til at udvise empati over for sine klienter, end utrykt tilknyttede terapeuter. Dermed kan terapeutens tilknytning betragtes som en nonspecifik faktor, der har betydning uanset teoretisk tilgang i terapien (Marks-Tarlow, 2012, p. 71f)

Schores Regulationsteori

Den neuroanalytisk psykolog og forsker Allan Schore har videreudviklet Bowlbys tilknytningsteori ved at tilføje et neurobiologisk perspektiv. Med sin neuroanalytiske tilknytningsmodel påpeger han et paradigmeskift inden for psykologien, hvor det primære fokus inden for forskning og i klinisk behandling tidligere har været rettet mod bevidst kognition og reflektive kapaciteter (Schore & Schore, 2008, p. 9). De sidste årtier har en gruppe forskere og klinikere i stedet undersøgt de implicite processer lokaliseret i højre hemisfære. Ifølge Schore (2012) har disse implicite processer i højre hemisfære stor betydning for, at der kan ske forandring i det terapeutiske rum (Schore, 2012, p. 27). Implacite processer er subcortical og dermed ubevidste. Disse strukturer og neurale netværk varetager processing af emotioner, stressmodulering, affektregulering og selv-regulering (Schore & Schore, 2008, p. 10). En række forskningsresultater indikerer, at processing af emotioner, intuition, empati, kreativitet og intuition kan lokaliseres til højre hjernehalvdel (Gainotti 2012; McGilchrist 2009; Schore 2003a, 2003b, 2012, Schore & Schore, 2008). Derudover er nonverbal kommunikation som ansigtsmimik, kropssprog og tonefald i stemmen også lokaliseret i højre hemisfære (Schore, 2012, p. 36; Schore, 2006, p. 19f).

Schore tilføjer et neurobiologisk aspekt til Bowlbys tilknytningsteori, idet han argumenterer for, at tilknytningskommunikationen mellem omsorgsperson og barn har afgørende betydning for den præverbale udvikling af neurobiologiske strukturer i højre hjernehalvdel. Tilknytningskommunikationen mellem barn og omsorgsperson er en kommunikation der foregår mellem omsorgspersonens højre hemisfære og barnets højre hemisfære, betegnet som right brain-to-right brain kommunikation (Schore, 2012, p. 44f). Dette medfører, at barnet gennem sine tilknytningserfaringer danner ubevidste interne arbejdsmodeller i højre hjernehalvdel. Disse arbejdsmodeller fungerer ifølge Schore som affektreguleringsstrategier på et ubevidst plan (Schore, 2008, p. 10f)

Barnets tidlige interaktion med omsorgspersonen har især betydning for hvordan strukturer i højre hemisfære udvikler sig. Særligt er udviklingen af strukturer i hjernens højre frontallap afgørende for, om barnet udvikler en tryk eller utryk tilknytning

(Schore, 2012, p. 35f). Dette er ifølge Schore afgørende for om barnet senere i livet vil have en sårbarhed for at udvikle psykiske lidelser (Schore 2008, p. 17f).

Dette paradigmeskifte fra kognition til emotion indebærer dermed også et skift fra primært at fokusere på venstre hemisfære til i stedet at fokusere på processer knyttet til højre hemisfære. De to hemisfærer kan ifølge Schore betragtes som to systemer, der processerer to forskellige typer information på to forskellige måder. Forskningsstudier indikerer, at højre og venstre hemisfære adskiller sig i forhold til deres makrostruktur, ultrastruktur og kemi (Schore, 2012, pp.71-75).

Den terapeutiske relations betydning for forandring

Ifølge Allan Schore (2012) sker forandring i terapien som følge af implicite processer. Klienten får nye erfaringer gennem den terapeutiske relation, hvor der også foregår en right brain-to right brain kommunikation mellem terapeut og klient, ligesom mellem omsorgsperson og barn. (Schore & Schore, 2008, p. 9f ; Rothschild, 2004, p. 102). Dermed foregår der i terapien en implicit, ubevidst kommunikation. I den terapeutiske interaktion kan der dermed ske en ændring af klientens negative implicite erindringer om tidligere forhold ved at indkode en ny positiv tilknytningsoplevelse (Rothschild, 2004, p. 102). Dette medfører at klienten internaliserer en repræsentation af en omsorgsfuld relation. Ifølge Damasio (1994) får klienten en ny somatisk markør, når klienten fremadrettet tænker på sine nuværende og fremtidige relationer. Hvis klienten oplever en positiv tilknytning til terapeuten, kan klientens relationelle adfærd samt den generelle oplevelse af at være i verden forandres (Rothschild, 2004, p. 102).

Terapeutisk relevant model

Schore præsenterer en neuropsykoanalytisk tilknytningsmodel, som han overfører til den terapeutiske interaktion. Ifølge Schore er en stor del af terapeutens viden implicit. Det er en viden, der akkumuleres som følge af terapeutens kliniske erfaring. Denne implicite, relationelle viden opererer på et ubevidst plan og kommer til udtryk som klinisk intuition (Schore, 2012, p. 122; Marks-Tarlow, 2012, p. 100).

Dermed fremlægges en forståelsesramme, hvor terapeuten indgår i en vigtig transaktion med klienten som involverer både hjjerne og krop:

”In this intersubjective dialogue, the psychobiologically attuned, intuitive clinician, from the first point of contact, is learning the nonverbal moment-to-moment rhythmic structures of the client’s internal states, and is relatively flexible and fluidly modifying her own behaviour to synchronize with that structure, thereby co-creating with the client a growth-facilitating context for the organization of the therapeutic alliance (Shore & Schore, 2008, p. 16).

Dermed anses den terapeutiske relation samt måden hvorpå terapeuten bruger sig selv i terapien central for forandringsprocesser i terapien (Schore, 2012, p. 30f).)

Klinisk Intuition

Professor og psykiater Terry Marks-Tarlow (2012) fremsætter i forlængelse af Schore’s reguleringsteori sit interpersonelle neurobiologiske perspektiv, hvor terapeutens kliniske intuition er nødvendig for, at der kan ske dyb forandring i psykoterapien (Marks-Tarlow, 2012, p. 55). Ifølge Marks-Tarlow klinisk intuition tilegnelsen af information gennem implicite processer, hvor højre hemisfære modtager, relaterer og responderer på det, der udfolder sig i det terapeutiske rum fra det ene øjeblik til det næste. Tilegnelsen af information gennem de implicite processer leder terapeuten til at vide, føle og foremme ting uden at vide, hvordan man ved det (Marks-Tarlow, 2012, p. 2, p. 55).

Det centrale i terapien er derfor ikke eksplicite verbale kognitive processer, men derimod de implicite nonverbale processer. (Marks-Tarlow, p. 55f). Klinisk intuition muliggør, at der i den terapeutiske relation kan ske en omstruktureringsproces, hvormed klienten bliver i stand til at cope med stressrelaterede tilstande. Ifølge Marks-Tarlow er klinisk intuition, når terapeuten tillader ny information at træde frem ved at være åben og nærværende i nuet og opfange de emotionelle skift, der sker fra det ene øjeblik til det næste. Det kræver at terapeuten tilsidesætter egen forforståelse, forventninger og ønsker for terapien (Marks-Tarlow, 2012, p. 19; Bion, 1967, p. 121f). Terapeuten må anvende sin højre hjernes intuitive funktioner, frem for venstre hjernes rationelle fortolkende tilgange, til at navigere og lade sig guide i den kliniske praksis. Dermed er klinisk intuition ifølge Marks-Tarlow det, der lukker gap’et mellem teori og praksis (Marks-Tarlow, 2012, p. 3).

Ifølge Marks-Tarlow kan evidensbaserede tilgange til terapien, hvor terapeuten arbejder ud fra bestemte procedurer, resultere i, at det ikke er muligt for terapeuten at forholde sig åben for den implicite kommunikation fra klienten. Dermed kan vigtig information gå tabt ved en for stringent procedure, hvilket kan få konsekvenser for kvaliteten af den terapeutiske alliance og behandlingsforløbet (Marks-Tarlow, 2012, p. 12). Evidensbaserede tilgange involverer top-down processering, hvor udgangspunktet er en teori, idé eller forventning som organiserer den overordnede perception og efterfølgende handling (Marks-Tarlow, 2012, p. 8). Klinisk intuition er en form for bottom-up processering, som tager udgangspunkt i primære sensoriske, emotionelle og andre kropsligt baserede oplevelser, der fungerer som input og bliver fundamentet for organiseringen, det umiddelbare respons samt højere-ordens perception. Terapeutens kropslige information har derfor en afgørende betydning i det terapeutiske rum ifølge Marks-Tarlow (Marks-Tarlow, 2012, p. 12f). Når terapeuten anvender sin kliniske intuition, vil terapeuten respondere automatisk og ubevidst gennem implicit processering. Dette forklarer ifølge Marks-Tarlow, hvorfor mange klinikere har oplevelsen af, at de først forstår hvad der skete i terapien efter endt session. Situationer hvor klinisk intuition anvendes, kan derfor være vanskelige at beskrive (Marks-Tarlow, 2012, p. 83).

Intuition eller impulsivitet I terapien

For at lade den kliniske intuition guide, så må terapeuten forholde sig åbent og engageret (Marks-Tarlow, 2012, p. 55). Ifølge Marks-Tarlow kræver det øvelse at modtage intuitiv information fra egen krop, og det kræver at terapeuten er i en tilstand af tryghed og tillid. Dette muliggøres gennem en sikker tilknytning (Marks-Tarlow, 2012, p. 55f). Terapeuten skal først og fremmest agere autentisk i terapien. Autenticitet betragtes af en række forskere som en af de vigtigste terapeutkvaliteter (Miller et al., 1999; Rustin, 1970; Kaslow, Cooper & Linsenberg, 1979). Autenticitet indebærer ifølge Marks-Tarlow at udbrud fra terapeuten er velkomne i det terapeutiske rum. Udbrud kan være en kilde til vigtig information, som kan skabe bevægelse i det terapeutiske rum, især hvis behandlingsforløbet er stagneret (Marks-Tarlow, 2012, p. 73). Det er dog vigtigt at skelne mellem klinisk intuition og impulsivitet, hvor

impulsivitet er et forsøg på at bevæge sig væk fra eller lukke ned for en svær situation i terapien. Eksempelvis hvis terapeuten oplever emotionel smerte, forvirring og utryghed, eller hvis terapeuten har vanskeligt ved at være i uvished. Ved impulsivitet kan der være en oplevelse af et underliggende pres eller en desperation. Klinisk intuition kommer ifølge Marks-Tarlow fra et roligt og afklaret sted (Marks-Tarlow, 2012, p. 35).

Mentalisering

En dimension af den kliniske intuition er ifølge Marks-Tarlow terapeutens fornemmelse for, hvornår der skal skiftes imellem den rene emotionelle og den mere kognitive tilgang under terapien (Marks-Tarlow, 2012, p. 81). Til at forstå dette skift inddrages mentaliseringsbegrebet. *Mentalisering* er evnen til at forstå egen og andres adfærd som meningsfuld på baggrund af indre tilstande som intentioner, ønsker, fantasier eller forventninger (Fonagy, 2001, p. 86; Hart & Møhl, 2017, p. 76). Mentalisering sker som regel intuitivt og implicit, og indebærer en afkodning af en persons bevæggrunde. Mentalisering giver en oplevelse af mening og sammenhæng både i den indre og ydre sociale verden. Det er en evne til både at tænke og føle klart på samme tid (Hart & Møhl, 2017, p. 76f). Ifølge Marks-Tarlow er mentaliserings-evnen en empatisk kapacitet, som er fundamental for anvendelsen af klinisk intuition (Marks-Tarlow, 2012, p. 78). Ved mentalisering aktiveres højre inferior parietallap samt højre laterale prefrontale cortex, hvorved personens tendens til automatisk at fremhæve egne perspektiver bliver hæmmet. Ved aktivering af højre hemisfære vil personen dermed være mere åben for at sætte sig i en andens sted (Marks-Tarlow, 2012, p. 78; McGilchrist, 2009, p. 57).

Analyse

Den tematiske analyse udmundede i følgende temaer: 1) Fornemmelsen, 2) Kropslig intuition, 3) Intuition eller analysehjerne, 4) En uvidenskabelig tilgang. I dette afsnit præsenteres interviewdeltagerne indledningsvist, hvorefter de centrale temaer behandles og undersøges ud fra terapeuternes beskrivelser.

Præsentation af deltagere

Astrid (Deltager 1)

Astrid er autoriseret psykolog med otte års erfaring i egen praksis. Hun arbejder eklektisk og intuitivt, hvor hendes fokus er, at være forankret i nuet og i sin egen krop, hvorfra hun fornemmer klienten. Hun anvender elementer fra det kognitive, det psykodynamiske samt kropsterapeutiske teknikker, meditation, mindfulness m.m. Hvilke teknikker hun anvender afgænger af den enkelte klient.

Helene (Deltager 2)

Helene er også autoriseret psykolog med elleve års erfaring i egen praksis. Hun arbejder eklektisk og intuitivt. Helene har gennemført en lang række uddannelser både inden for kognitiv terapi, systemisk terapi, narrativ terapi og compassion focused terapi. Som terapeut anvender hun samtlige teknikker, hvor hun udvælger de dele der giver mening i forhold til den enkelte problemstilling.

Fornemmelsen

I starten af interviewet med Astrid fortæller hun, at hun er spændt på, om hun kan finde ud af at sætte ord på, hvordan hun arbejder med sine klienter i terapien (Astrid, l. 3-5).

I sin terapeutiske tilgang har hun ikke en fast metode:

Øhm så kan man sige at jeg ikke sådan bekender mig til en fast metode (.) jeg er inspireret af mange forskellige metoder og først of fremmest tror jeg (.) øh det her med at være forankret i nuet og i min egen krop og i min kontakt med mig selv, og derfra så fornemme det menneske der sidder over for mig (.) og fornemme, hva-hvad er der behov for her (.) så selvfølgelig i samarbejde med vedkommende der sætter sig i stolen (.) øhm så jeg føler jo at jeg bruger rigtigt meget min intuition (.) min egen kontakt og min erfaring med mine

egne følelser og så videre (.) altså både det at kunne mærke hvad er mit eget og hvad er den andens og (.) og hvad er der på spil her (Astrid, l. 17-23)

Astrid beskriver hvordan hendes kontakt til nuet, til sin krop og til sig selv er hendes afsæt, hvorfra hun fornemmer klienten. Hun fortæller at hun bruger sin intuition meget i terapien. Hun beskriver intuitionen som kropslig viden: ”*For mig er det noget (.) noget kropslig viden som ikke er øh nødvendigvis sprogliggjort*” (Astrid, l. 162).

Astrid bruger sin intuition til at finde en retning for, hvad hende og klienten skal arbejde med i forløbet:

A: Og så er det også meget forskellige synes jeg alt efter hvad det er for nogle mennesker om der er behov for at det bliver så tydeligt italesat (.) altså nogle har brug for ligesom at vide (.) det er det og det vi skal og vi gør det på den måde (.) og andre er mere (.) sådan et flow hvor man egentlig ikke behøver at snakke så meget om det (.) man sætter sig bare og så er det noget der udfolder sig

I: Ja

A: som føles meget naturligt og organisk og sådan (.) kreativt

I: Ja (.) mmh

A: Fra gang til gang (Astrid, l. 47-54)

Dermed bruger hun intuitionen til at tilpasse terapien til den enkelte klient. Hendes tilgang fremstår fleksibel og på en måde, der foregår på klientens præmisser. Hun bruger hyppigt ordet fornemmelse, når hun beskriver hvordan hun tilegner sig information om sine klienter, hvilket fremgår af følgende uddrag:

A: ...altså fornemmelser omkring hvad handler det her om eller hvordan (.) altså jeg kan blive nysgerrig på et eller andet. Hvordan har du det med din mor, eller du ved, et eller andet som de måske ikke selv lige har sagt noget om. Jeg får en fornemmelse af, gad vide om. Kunne der være noget om det her ovre i det område. Eller så er der også nogle gange hvor det ikke lige viser sig at der er noget der. Eller hvor det i hvert fald ikke kommer frem

I: Mmh

A: Men andre gange viser det sig at være relevant

I: Ja (.) Så det er meget den der fornemmelse af, at der er et eller andet her der skal undersøges

A: Ja. Det kan være at jeg får en kropslig fornemmelse, sådan i maven eller et eller andet ikke, og så ud fra min erfaring så kan jeg godt mærke om det har noget med mig at gøre. For hvis det kommer sådan lige pludseligt når jeg sidder med nogen (.) så har det ofte noget med dem at gøre. Så kan det jo få mig til at spørge om hvordan de har det i deres mave

I: Mmh

A: Det er jo heller ikke sådan rationelt på den måde

Ud fra Astrids beskrivelser, virker det til, at hendes fornemmelse og indskydelser er centrale for hendes terapeutiske tilgang. Når hun får en fornemmelse, er det for hende en guide til, at der er et bestemt område, der skal undersøges nærmere. Der kan

argumenteres for, at hun bruger sin fornemmelse eller kliniske intuition som en guide i det terapeutiske rum i undersøgelsesprocessen sammen med klienten.

Helene beskriver også, at hun har en eklektisk og intuitiv terapeutisk tilgang:

Jeg jo en gammel en så (.) jeg har taget mange uddannelser. Så jeg startede vel inden for det kognitive for mange mange år siden og så har jeg bevæget mig over i det systemiske og så over i det narrative og så til sidst (suk) øhh har jeg bevæget mig rundt i compassion focused. Jeg har ikke ACT, jeg har compassion focused og det er egentlig der jeg er blevet (.) jeg arbejder ikke stringent compassion focused, jeg arbejder sådan set intuitivt. Jeg arbejder med det, problemstillingen kalder på og det klienten kalder på. Det er eklektisk og det er intuitivt. Og jeg, jeg sætter mig ikke fast på en metodik (Helene, l. 6-13).

Helene beskriver hvordan hun især bruger sin intuition når hun har første session med sine klienter: *"...jeg elsker den første samtale, for det er der intuitionen er mest på arbejde"* (Helene, l. 65). Hun beskriver hvordan hun oplever, at hendes intuition ofte er mere skærpet i den første afklarende samtale (Helene, l. 55-56). Hun beskriver yderligere: *"Så når man sætter sig der, så er der ingen skyer på himlen, så kan man se og mærke og fornemme det hele ret klart"* (Helene, l. 57-59). Hun beskriver intuitionen i første session som en intuition *"...der bare kommer uden man skal arbejde for det. Det er den der sådan bare er obvious, det her er obvious, det kommer sådan og jeg fornemmer det og det og det"* (Helene, l. 87-89). Her oplever hun en intuition der kommer let og hun kan fornemme klienten. Hun fortæller om en afklarende session, hvor hun under sessionen får en fornemmel: *"På et tidspunkt i løbet af samtalen så får jeg bare den her fornemmelse og tanke, kunne der være ADD tilstede, kunne hun have ADD"* (Helene, l. 117-118). Begge terapeuterne fortæller om situationer, hvor de fornemmer, og kombinerer det ord med intuition. Helene oplever med sin skærpede intuition i sine afklarende sessioner, at hun har let adgang til information om klienten, der er indlysende. Helene er tydelig omkring, at hun arbejder intuitivt, men hun nævner samtidigt flere gange gennem interviewet, at det er svært at sætte ord på, hvad intuition er (Helene, l. 114-115; Helene, l. 106-107). Hun reflekterer gennem interviewet over hvad intuitionen indebærer, og italesætter en række begreber og udtryk, herunder mentaliseringsevnen, fingerspitzengefühl, den almen menneskelige normale intuition, klarsyns intuition, menneskekendskab, mønstergenkendelse (Helene, l. 80-82; Helene, l. 194-197). At begge terapeuter præsenterer deres terapeutiske tilgang som intuitiv, men har udfordringer med at beskrive, hvad det konkret indebærer, kan tolkes som et udtryk for, at der er et område indenfor det psykoterapeutiske felt, der skal undersøges nærmere. Helene fortæller, at *"Det er jo ikke noget vi taler frygteligt meget om os*

psykologer i blandt...jeg er ikke i nogle grupper hvor vi drøfter det” (Helene, l. 182-183). Hun nævner også at anvendelsen af intuition i terapien ”*er noget der egentlig er tavs viden*” (Helene, l. 188). At det er udfordrende at sætte ord på hvad intuition er, kan ud fra Schores og Marks-Tarlows neuroanalytiske teorier forstås ved, at klinisk intuition indebærer, at terapeuten responderer automatisk og ubevidst gennem implicite bottom-up processer. Dette er i overensstemmelse med Astrids beskrivelse intuitionen som en kropslig viden, der ikke nødvendigvis er sprogliggjort (Astrid, l. 162).

Kropslig intuition

Astrid beskriver som nævnt intuitionen som værende kropslig viden (Astrid, l. 162). Hun beskriver en situation i en session med en klient med angst, der fortalte, at angsten kom hver gang, han satte sig ned ved et bord med mennesker omkring. I den situation mærker Astrid, at de skal bruge et bord. De får et bord ind i rummet:

A:”...jeg kunne mærke, at det han beskrev, det er jo rigtigt altså der sker noget helt andet når man sidder rundt om et bord frem for når man ikke sidder rundt om et bord

I: Ja

A: Så for ligesom at trække den følelse eller den oplevelse ind, så han kunne komme i kontakt med det kropsligt, og derudfra komme mere i kontakt med, hvor kommer den fra den her angst (.)

I:Ja

A: Hvad handler det om (.) og så kom han så meget i kontakt med nogle eksamensoplevelser fra studiet og begynder at fortælle om dem

I: Mmh

A: Og så synes jeg jo, at det er meget interessant hvad det så er for nogle oplevelser, der kommer til ham lige der, for det kunne jo være mange forskellige (.) man skal jo sidde rundt om mange borde og til mange eksamener og sådan noget ik’

I: Ja

A: og de oplevelser der så kom de var også nogle oplevelser der pegede på hans ressourcer og muligheder (.) som jeg kunne se det øhm (.) og det synes jeg var interessant hvordan det både ramte, hvor var det den der angst startede, hvor var det der var sådan et fastlåst sted hvor han blev enormt bange men samtidigt, at der lå nogle kæmpe ressourcer for ham (Astrid, l. 76-92).

Idéen med at inddrage et bord opstår ifølge Astrids beskrivelse ud fra det, hun mærker i nuet, hvor hun er nærværende med sin klient. Det er i nuet, hun kan mærke, hvad der er brug for i det terapeutiske rum (Astrid, l. 145). Jf. Marks-Tarlows teori om klinisk intuition er det netop nuet og nærværet i interaktionen mellem klient og terapeut, der gør, at terapeuten kan åbne for at kunne modtage information via right brain-right brain kommunikation.

Astrid beskriver, hvordan inddragelsen af bordet blev meget meningsfuld, fordi klientens kropslige hukommelse blev vækket (Astrid, l. 97-102). Når Astrid bruger sin intuition i terapien, bliver hun ofte bekræftet i, at det er virkningsfuldt:

Og det blev meget levende for ham i øjeblikket øh (.) det er bare sådan, det er for mig den der hvad skal man sige (.) bekræftelse af, at det er rigtigt godt, når jeg lytter til min intuition, og hvis jeg får nogle idéer, så kan det være at jeg springer ud på gulvet og siger, prøv lige at rejst dig op. Lad os lige gøre sådan og sådan. Og det er jo ikke noget jeg sådan har lært (.) det kan godt være at man gør det i en eller anden metode, det gør man sikkert (.) men det er lige så meget at jeg tillader min intuition og min kreativitet at udfolde sig i øjeblikket...Også selvom når jeg starter, så ved jeg ikke, hvor skal det ende henne (.) jeg tænker bare, lad os lige hive et bord ud imellem os. Jeg aner ikke hvad der så skal ske derfra (.) Det synes jeg er spændende, tit så synes jeg nemlig at det bliver rigtigt meningsfuldt
(Astrid, l. 106-115)

Da Astrid bliver spurgt om andre situationer, hvor hun har brugt sin intuition i terapien, så beskriver hun situationer, hvor hun pludselig fik en idé til at tegne eller rejse sig op sammen med klienten: ” *Mmh (.) altså jeg kan huske mange men sådan lidt diffust, altså jeg kan ikke sådan lige huske hvem var det og hvad var det præcist (.) men jeg kan huske det der med at ej, nu skal vi lige tegne et eller andet her, eller vi skal lige ud på gulvet at stå og mærke*” (Astrid, l. 239-243). At situationerne er diffuse for Astrid kan forklares jf. Schores og Marks-Tarlows neuroanalytiske perspektiv. Der kan argumenteres for, at områder i hendes højre hemisfære primært er aktiveret under hendes sessioner, hvor det især er de implicite nonverbale processer, som involveres. Astrid er tilstede i sin krop og modtager på den måde kropsligt baserede sensoriske og emotionelle inputs. Astrid vælger at følge sin kliniske intuition, og går med de opståede idéer uden at vide, hvad hendes hensigt er. Dette er i overensstemmelse med Schores teori, hvor teapeuten må være nærværende i små skift fra det ene øjeblik til det næste. Terapeuten må dermed til en vis grad slippe kontrollen og have tillid til sin kliniske intuition. Selve tillidstilstanden er ifølge Marks-Tarlow afgørende for, at terapeuten kan modtage intuitiv information fra sin krop. I den forbindelse nævner Astrid også, at det kræver mod og tillid, hvor hun beskriver at: ”...*hvis jeg ikke havde tillid til min intuition, så kunne jeg heller ikke arbejde på den måde*” (Astrid, l. 365).

Astrids beskrivelser er dermed i overensstemmelse med det neuroanalytiske perspektiv, hvor kroppen har en afgørende betydning i den transaktion der foregår mellem terapeut og klient. Astrid beskriver, hvad det giver til den terapeutiske proces,

når hun anvender sin kropslige intuition og generelt skaber omstændigheder, hvor kroppen kan involveres i terapien:

A: Nogle gange kan man sidde og snakke længe om et eller andet og gå til det fra hovedet.

Og så vil det tage længere tid til at komme hen til hvad det er, det drejer sig om

I: Mmh

A: og det vil heller ikke udfolde sig med det samme liv og , altså hvor man virkelig får kontakt med det på flere forskellige planer

I:Mmh

A: jeg tror det har en dybere effekt ind i det menneske, altså når kroppen er med, intuitionen, det følelsesmæssige, måske noget spirituelt også på et eller andet plan (Astrid, l. 345-353)

Her beskriver Astrid, hvordan den kropslige intuition kan bidrage til hurtigt at finde frem til klientens problematik, frem for hvis terapeuten anvender en kognitiv tilgang, hvor de reflektive funktioner knyttet til venstre hemisfære primært anvendes.

Hvor Astrids terapeutiske tilgang involverer kroppen frem for hovedet, kan Helenes tilgang beskrives som mere reflektiv, hvor mange spor og overvejelser er igang sideløbende (Helene, l. 42-46). Helene beskriver en række oplevelser fra terapien, hvor hun kommer til at sige noget til klienten, som hun ikke kan styre: ”...der kom det bare bum, som sådan et tog. Som om det bare væltede ud af mig” (Helene, l. 188-189) Hun beskriver yderligere, hvordan ordene kommer ud af munden på hende kraftfuldt som et tog: ”der kom det bare sådan buf, uden at jeg kunne styre det eller nå at stoppe det (.) (Helene, l. 173-174). Selvom Helene fremstår som meget reflektiv og velovervejet i sin tilgang, så opstår der disse situationer, hvor hun har oplevelsen af, at hun mister kontrollen: ”Jamen det føles lidt som et kontroltab synes jeg” (Helene, l. 108). Disse kan betegnes som kropslige oplevelser, hvor Helene udtrykker sig verbalt automatisk som følge af implicite processer, hvor hun har en oplevelse af, at hun mister kontrollen. Dette vil blive undersøgt nærmere i næste analyseafsnit.

:

Intuition eller analysehjerne

Helene beskriver to former for intuition, en klar intuition og en mere reflektiv intuition. Som nævnt beskriver Helene, hvordan hun har adgang til en klar og ren intuition, når hun møder klienten første gang, men senere bliver det sværere for hende at bruge den form for intuition:

H: Lige så snart relationen kommer ind, du kender mig jeg kender dig, vi har gang i noget her sammen (.) så er det som om det intuitive lukkes en lille smule
I: Mmh (.) Så det er når man selv er for meget involveret i relationen
H: Ja
I: At så bliver det sværere at bruge intuitionen (Helene, l. 67-71)

Hun beskriver hvordan hun senere i sine klientforløb bruger en mere reflekterende, evaluerende intuition:

H: Øhm hvor den intuition jeg så bruger senere i forløbet er en jeg så skal knokle lidt mere for. Den er mere oppe i hovedet og hjernen, hvor jeg overvejer
I: Ja
H: Hvor jeg sådan tænker hmm jeg kan se noget i øjenkontakten eller måden hun kommer ind på eller måden de taler til mig på. Jeg bemærker noget, får det op og vende i hjernen og evaluerer, tilbage fra hvor jeg har erfaringen tidligere fra klienten, og så bruger jeg det
I: Ja
H: Så det er jo en intuition der er meget mere (.) hvad kan man kalde det (.) reflektiv (Helene, l. 91-99)

I sine beskrivelser, fremstår hun til tider selvmodsigende og forvirret om, hvornår hun bruger sin intuition og hvornår hun bruger sin ”analysehjerne”, som hun kalder det:

H: Ja hmm jeg bruger selvfølgelig også min faglige viden og erfaring og viden omkring mennesker og fra klienter (.) og det smelter selvfølgelig sammen. Det er jo ikke rent intuitivt (13:00). Det er noget af det jeg synes er svært. Hvornår er ens reflektive evaluerende hjerne på arbejde og hvornår er det noget der kommer som en absolutly true feeling, altså eller sådan intuitionsfølelse (Helene, l. 105-109).

Helene beskriver hvordan hun oplever den klare intuition, i situationer hvor hun udtrykker sig klart og klogt til klienten. I de situationer har hun en oplevelse af, at hun taler før hun når at tænke:

”Det var ikke noget jeg nåede at tænke, det kom bare ud af min mund
I: Mmh
H: Men det kan jeg huske at jeg er blevet overrasket, hvor jeg tænkte øh hvor kom det der lige fra ud gennem min mund, hvor har jeg det fra. Gud hvor var det klogt og rigtigt set og rigtigt sagt
I: Mmh
H: Sådan har jeg det ikke mere, og det kan godt være fordi jeg har vænnet mig til at lade noget andet tage over, måske bare lade intuitionen arbejde rent i stedet for at forholde mig til, hvor det kommer fra
I: Mmh

H: Giver det mening
I: Mmh ja (.)
H: Jeg lægger faktisk slet ikke mærke til det der bare kommer uden min analysehjerne har været igang
I: Mmh (.) så tror du at det er fordi du har vænnet dig til det eller accepteret, at intuitionen er en del af det
H: Ja jeg tror, at jeg har sagt ja til det. Det er ikke overraskende, hvis det er der. Jeg lægger næppe mærke til det. Det er blevet en integreret del af det jeg gør (Helene, l. 144-161)

Af ovennævnte beskrivelse fremgår det, at Helene har oplevelser, hvor der kommer en form for visdom ud gennem hendes mund, men hun ved ikke, hvor den kommer fra. Ifølge hendes beskrivelse er det en proces, der forløber uden involvering af hendes analysehjerne, der her betragtes som venstre hjernehalvdel. Det intuitive er blevet en integreret del af hendes terapeutiske tilgang, og det kan forklare, hvorfor det er vanskeligt for hende at skelne mellem, hvornår hun bruger henholdsvis sin rene intuition og sine refleksive processer.

Ud fra Marks-Tarlows definition af klinisk intuition, så kan man argumentere for, at Helene anvender sin kliniske intuition i første session, hvor hun forholder sig mere åbent. Helene beskriver en del kognitive refleksive processer og overvejelser hun gør sig både i den indledende session og i det senere forløb:

Og så begynder jeg at spørge ud fra det jeg ved, så begynder min evaluerende, reflekterende hjerne at arbejde med, hvordan var du som barn og hvordan gik det med at lære at læse, og hvordan gik det med at komme i gymnasiet og har du haft nogle udfordringer med koncentration og fokus, og hvorfor er det så vigtigt for dig med ditten og datten og dutten og sådan noget ik'. Men det interessante det er jo det der øjeblik hvor man får den der tanke af hov (.) der er noget (.) kunne det være ADD (.) Det kommer ligesom bare, og det kommer selvfølgelig ud fra hvad hun siger og noget mønstergenkendelse i noget adfærd og nogle udfordringer (.) så det er super svært at sige om det er intuition eller om det er faglig viden. Om man har mødt så mange mennesker, talt med så mange mennesker at man har en faglig viden som sætter ind (Helene, l. 120-130)

Disse beskrivelser indikerer, at Helene i høj grad anvender top down-processer i sin terapeutiske tilgang. Ifølge Helene får hun intuitive indskydelser undervejs, som hun følger op på med faglige refleksioner Dette kan forstås som en to trins-proces, hvor Helenes hurtige intuition fungerer som fundamentet for de senere kognitive beslutningsprocesser. Som nævnt fortæller hun, at hun efter den første session føler at hun skal knokle mere. Set i lyset af et neuroanalytiske perspektiv, er Helene primært tilstede i sit hoved under terapien, hvorved hun anvender de kognitive funktioner

tilknyttet venstre hemisfære. Det kan diskuteres, hvorvidt hendes indskydelser er intuitive, eller nærmere er analytiske konklusioner dannet som et resultat af faglig ekspertise og kompetence. Modsat Astrid beskriver Helene ikke fornemmelser gennem kroppen. Nærværet i kroppen og i nuet er ifølge Marks-Tarlow nøglen til, at terapeuten kan modtage information fra klienten gennem right brain-right brain kommunikation. Denne kommunikation er afgørende for, at terapeuten kan anvende sin kliniske intuition. Det kan antages, at Helenes funktioner i højre hemisfære til dels er aktive, hvorved Helene stadig vil modtage intuitiv information, men at et større nærvær i nuet og tilstedeværelse i kroppen potentielt kunne åbne for en større mængde information, som kunne muliggøre den kliniske intuition at udfolde sig i terapien.

Verbale udbrud

Helene beskriver nogle situationer, hvor hun i det terapeutiske rum udtrykker sig ”bastant” over for klienten, som hun kalder det:

Jeg kan godt huske at jeg for eksempel sagde til (.) jeg havde en kvinde der havde store udfordringer og havde det svært, var overvældet og bange og synes ikke hun nåede nogle steder i sit liv (.) og der kan jeg huske at jeg en dag sagde til hende: Hør lige her, det hele kommer til at gå så fint, du får taget en uddannelse med bravour, du får et job øh det hele falder i hak. Du er bare lidt langsommere om det. Du skal overhovedet ikke bekymre dig om det, det kommer til at blive så fint, hvor jeg sådan vups, og så lagde jeg mærke til, okay det er måske ikke lige det en psykolog siger vel (Helene, l. 162-170)

Hun beskriver fortsat:

Det er jo ikke sådan man ellers arbejder som psykolog. Så er det jo (.) i hvert fald hvis man har lyst til at lukke lidt ned for noget, og det var slet ikke det. Jeg ved godt hvornår jeg sådan har lyst til at dysse noget som er overængstelig og jeg måske selv ikke kan holde ud at være i det. At jeg synes at nu har vi snakket om det her 27 gange, nu bliver vi nødt til bare at få det dysset lidt (.) eller hvornår det kommer et andet sted fra (Helene, l. 174-179)

Helene beskriver også en situation, hvor hendes verbale udtryk kom stærkt stærkt igennem i en session, men med en mere negativ ladet karakter: ”...der kom et tog med at øh, at-at-at nu øh, og det blev – og jeg er slet ikke stolt af det – så kom det frem, at nu er det nok med at bruge mig som skraldespand. Nu skal du af det her offerhed, nu må vi videre” (Helene, l. 321-324). Helene beskriver, at det er en oplevelse af, at ”nu skal der siges stop. For ellers kan du ikke få skabt dig et godt liv” (Helene, l. 388-390). Når Helene har disse oplevelser med kontroltab, så beskriver hun det der kommer igennem, som ”Absolute truth, absolute

knowing” (Helene, l. 237-240). Hun beskriver også oplevelsen af et absolut nej med et andet eksempel:

Helene: Absolut sandt, STOP (kender det måske fra eget liv, mand) (Helene, l. 374-383)

H: Men det kan godt være at når det bliver absolut sandt inden i mig, at så bliver der bare sat sådan et stop

I: Mmh (.)

H: Du kender det måske fra dit eget liv hvis du har mødt en mand eller en kæreste og det hele er godt bum bum bum og alligevel så er der bare sådan et (.) nej. Et absolut nej. Bare sådan et stop og så bliver man nødt til at gå ud af det, og man ved ikke helt hvorfor, for det tydede så godt. Men det var bare sådan et absolut nej.

I: Mmh ja

H: Her stopper det, man ved det måske endda før man helt har truffet beslutningen, man kan bare mærke buh, nej. (Helene, l. 374-383)

Helene beskriver her et eksempel på en situation, hvor man intuitivt oplever et absolut nej og træffer en beslutning ud fra denne intuitive knowing. Hvor det sidstnævnte eksempel virker som en beslutning, der kommer fra et afklaret sted, kan det diskuteres, hvorvidt eksemplerne fra terapien er mere eller mindre følelsesmæssigt ladede. Efter hendes opfattelse handler det hverken om en moderlig omsorg for klienten, eller trætheden over at blive brugt som skraldespand (Helene, l. 231-234). Det er dog påfaldende, at Helene senere i interviewet nævner: ”...vi er inviteret til festen, der hedder at containe og rumme og bearbejde og høre og lytte og være container og være skraldespand for svære følelser” (Helene, l. 338-340). Ud fra disse beskrivelser, kan der argumenteres for, at der er mere involveret end intuitive indskydelser. Helene fortæller, at hun mistede to af sine klienter som følge af de episoder, hvor hun kom med negative udbrud (Helene, l. 275-279).

Ifølge Marks-Tarlows teori er det ikke problematisk, hvis terapeuten kommer med udbrud under sessionen. Problemet opstår, hvis terapeuten agerer impulsivt frem for intuitivt. Her kan der argumenteres for, at Helenes negativt ladede udbrud har karakter af impulsivitet. Hun inddrager flere gange metaforen om, at det føles som et tog der kommer igennem hende. Impulsivitet i terapien kan ifølge Marks-Tarlow opstå som følge af, at terapeuten har vanskeligt ved at være i uvished. Helene nævner flere gange, hvordan hun oplever kontroltab i forbindelse med disse udbrud (Helene, l. 208; Helene, l. 222). Hun beskriver endvidere:

Det føles lidt som ups eller åhps øh, må jeg det. Kan jeg det. Skulle jeg have holdt igen...Alt mulig fordømmelse. Det kan jeg jo ikke sige, det er jo ikke professionelt korrekt...Så den følelse er egentlig, uh, som når man til en fest kommer til at sige noget meget, meget ærligt men upassende til værtinden ik’, lige pludselig så vubs, så ligger skrubbtdsen der på bordet ik’ (Helene, l. 210-218)

Helene beskriver hvordan hun fordømmer sig selv på grund af sine udbrud og ser den type adfærd som upassende for en psykolog. Klinisk intuition kommer ifølge Marks-Tarlow fra et roligt og afklaret sted. Det kan argumenteres for, at Helene delvist er emotionelt viklet ind i situationen, fordi hun fordømmer sig selv for sine interventioner. Hun bliver følelsesmæssigt involveret og retter en dom mod sig selv, i stedet for nøgternt at undersøge, hvad der foregår i terapien. Når hendes ord kommer som udbrud, kan der argumenteres for, at det ikke kommer rent intuitivt – der er tryk på, hvilket kan være et udtryk for et underliggende pres.

Tillid

Astrid har i højere grad tillid til sine intuitive indskydelser. Ligesom Helene har hun en oplevelse af, at hun ofte åbner munden, og så kommer der noget ud, men hvor det hos Astrid virker til at komme let og flydende i interaktionen med klienten:

A: Jeg tror også jeg, at jeg ofte har tilliden til at jeg åbner munden og så kommer der noget ud. Så kommer jeg i et flow. Og så kan jeg bagefter sidde og tænke, nå spændende. Så det er det normale for mig, men jeg ved heller ikke hvordan andre gør

I: Mh

A: Men jeg er heller ikke sådan en der sidder og tænker i de teorier, vi lærte fra studiet. Det kan selvfølgelig godt være, at de ligger der, altså det kan man selvfølgelig håbe

I: Mmh

A: Men det er mere sådan at jeg åbner munden, og så kommer der noget ud. Og det tænker jeg også har noget med intuitionen at gøre (Astrid, l. 355-365)

Astrids tilgang virker umiddelbar. Hun fremstår tryk og tillidsfuld i forhold til det der udfolder sig i det terapeutiske rum. Disse beskrivelser indikerer, at Astrid har en sikker, tryk tilknytning, hvilket gør, at hun som terapeut kan indtage en position, hvor hun er åben og i ro, hvilket netop ifølge Marks-Tarlow er aførende for, at modtage nonverbal information fra klienten, så den kliniske intuition kan anvendes i terapien. I det følgende beskriver hun hvordan hun både har et mentalt spor og et andet mere intuitivt spor:

A: Ja (.) jeg har nok et eller andet mentalt spor hvor jeg gør mig overvejelser om, skal jeg gå ned ad den her vej, eller den her vej

I: Ja

A: Men når jeg åbner munden, for at komme med en respons til dem, så er det ikke noget jeg har planlagt. Ikke sådan hvad jeg er bevidst om. Så der kommer noget ud, og så virker det ud fra min egen vurdering (grin) så virker det relevant.

I: Ja

A: og folk føler sig meget set og føler sig meget godt spejlet, fordi jeg også kan sætte ord på hvad jeg tror, at der foregår i dem, som de så føler sig vældig mødt i, eller set i

I: Mmh

A: Jeg siger sikkert også nogle ting, som de ikke kan genkende. Men der er bare nogle gange nogle, der siger: Hold da op hvor er du bare god til at fornemme mig - det er virkelig rart. Og det tror jeg da også er fordi, jeg arbejder på den måde jeg gør.

I: Ja

A: det er ikke noget intellektuelt jeg har gang i. Det er meget hvor jeg trækker på mine fornemmelser og mine egne erfaringer og så videre.

(Astrid, l. 383-398)

Her fremgår det ifølge Astrids oplevelse, at hun har et mentalt spor i terapien, hvilket her tolkes til overordnet at være refleksive, rationelle processer lokaliseret i venstre hemisfære. Det rationelle spor er ikke det primære for Astrids terapeutiske tilgang. I sin tilgang tager hun udgangspunkt i den information hun modtager right brain-right brain fra klienten, hvorved hun primært anvender processer tilknyttet højre hemisfære, herunder intuition, empati og mentalisering. Hvor det er den kliniske intuition, der styrer retningen og valgene undervejs i terapien, fungerer de refleksive venstre-hjerneprocesser fungerer som en ”tjener”. Astrid beskriver hvordan hendes tilgang resulterer i, at hendes klienter ofte føler sig set og mødt. Det virker til at være forholdsvist let for Astrid at mentalisere. Mentalisering sker netop intuitivt og implicit. At Astrid har let ved at sætte sig i andres sted, tyder på at hun har veludviklede empatiske evner lokaliseret i højre hemisfære.

Det indre barn

I det følgende beskriver Astrid en intuitiv guidet øvelse, hun ofte laver sammen med sine klienter:

A: ...det er tit at jeg laver sådan nogle indre barn øvelser med folk

I: Mmh

A: og der siger jeg også nogle ting og. Ja men hvordan skal man forklare det (...)

I: Hvordan foregår sådan en øvelse?

A: Jamen det foregår typisk ved, at hvis jeg fornemmer, at der er noget der (.) og det er der sådan set ved os alle sammen stort set (grin)

I: Ja

A: Altså at der er nogle indre børn, som ikke har fået det, de har brug for, og det vil være godt for personen at få kontakt med deres indre barn, som også har noget at gøre med at vise omsorg over for sig selv øhm (.)

I: Ja

A: Så hvis vi snakker om et eller andet om, hvordan det var da de var børn eller får kontakt med noget der var svært, så spørger jeg om de kunne have lyst til at lave sådan en øvelse, og det vil de fleste gerne

I: Ja

A: Så beder jeg dem om at lukke øjnene og lige mærke kroppen (.) og så se det her indre barn for sig eller mærke det, eller hvordan de lige kan få kontakt med det

I: Ja

A: Og så skal de prøve at nærme sig barnet, og finde ud af om de skal holde sig lidt på afstand har de lyst til at sidde ved siden af barnet, eller til at tage om det. Og det er vigtigt også inden man starter, at de sådan har en god kontakt til den modne del af dem selv. Så hvis de for eksempel selv har børn, så mærker de den følelse de har over for deres eget barn, og ligesom mærke den ressource der

I: Mmh

A: Og så derfra kan de så gå hen og tage kontakt til deres indre barn, og så (.) så vil de gerne tit sidde og holde om deres indre barn, og så opfordrer jeg dem til virkelig at sidde og mærk det og tage det helt ind, og hvordan er det for dig og hvordan er det for ham. Hvordan reagerer han på det. Hvad sker der med ham. Jamen han knuger sig ind til mig. Eller nu hopper han ned på mit skød og begynder at lege.

I: Mmh

A: Og for nogle, hvis det har været meget svært, så kan det være sådan, at de slet ikke kan gå hen til barnet. At de bare sådan står et stykke derfra og bare kigger på det (.)

I: Ja

A: Så der kan være sådan forskellige faser i det. Men det er folk tit rigtigt, rigtigt glade for...Det laver jeg ret tit, og der bruger jeg også min intuition, for der har jeg ikke nogen fast formula. Så skal du sige sådan og sådan, og så skal du vente et halvt minut, og så spørger du bumbumbum (.) og der kan jeg godt sige nogle ting, hvor jeg tænker nå, hvorfor mon jeg siger det

I: Mmh

A: Men der har jeg så meget tillid til, at det nok er det, der er brug for, det jeg så siger (.) og det plejer at fungere godt

I: Ja

A: Og overraskende nok så kan de fleste mennesker sagtens, selvom det er sådan lidt syret. Nu er du både dig selv som lille og dig selv som voksen, og nu snakker jeg skiftevis med dem (grin)

I: Mmh

A: Det er jo på en måde lidt syret, men det kan de fleste faktisk sagtens være med på og synes er meningsfuldt

I: Ja. Har du lagt mærke til hvad det giver dem at lave den form for øvelser?

A: Jamen dels så bliver de ofte meget berørt i øjeblikket, og er sådan, wauw ej hvor vildt at man kan det

I: Mmh

A: og så synes jeg også at det virker som om at det kan igangsætte den der øhm, at de begynder at være mere omsorgsfulde over for sig selv. Fordi de kan forstå at, nå ja, jeg er jo ikke bare en eller anden idiot (.) jeg har jo været det her lille uskyldige barn, som har været ulykkelig og ensom og presset på forskellige måder

I: Mmh

A: Og det er jo ham eller hende jeg også i dag skal tage mig rigtigt godt af, også i dag, fordi der kommer ikke nogle andre og gør det. Det er kun mig der kan gøre det ordentligt og vide aller bedst hvad det barn har brug for. Og det er faktisk en vigtig opgave og et vigtigt ansvar for mig at tage. Du ved, så begynder der at kunne blomstre en ny relation med dem selv

I: Mmh

A: Hvor, du ved, der er mange mennesker, der går igennem livet uden. Hvor de går og skælder ud på sig selv hele tiden

I: Ja

A: Så jeg tænker at den er rigtig god til det og rigtig vigtig. De fleste er rigtig glade for den og kan også i et eller andet omfang gøre det derhjemme.

I: Og hvordan har du lært om den øvelse

A: Det kan jeg faktisk ikke huske. Jeg har hørt om den forskellige steder. Men jeg har det også lidt som om jeg selv har fundet på den...Jeg har det som om den er blevet lavet en gang hvor jeg gik med min intuition og kreativitet. Men jeg ved at der er mange andre der laver den. Så jeg ved ikke om det er en eller anden kollektiv download

(Astrid, l. 403-477)

Under denne øvelse guider Astrid klienten intuitivt til at møde sit indre barn. Ved at anvende Bowlbys teori kan dette forstås ved, at klienten guides til at møde en indre repræsentation af sig selv som barn. Samtidigt er klienten i kontakt med en indre repræsentation af sig selv som omsorgsperson. Disse to indre repræsentationer mødes og interagerer. På den måde sker der potentielt en forandring af klientens interne arbejdsmodeller. Formålet med øvelsen er ud fra Astrids beskrivelse, at ændre klientens forhold til sig selv. Det er muligt, set i lyset af Bowlbys teori, at når klientens forhold til sig selv kan ændres på denne måde, så undergår de indre arbejdsmodeller en forandring, herunder de interne arbejdsmodeller af omsorgspersonen og af omverdenen generelt. På den måde er det muligt, at øvelsen medfører en forandring, ikke blot i klientens forhold til sig selv, men også i forhold til sin omverden, så klienten i højere grad vil opleve at føle sig mere tryk i verden. Der kan dermed være tale om en generel forandring i klientens tilknytning fra en utryk tilknytningsform til en mere tryk, sikker tilknytning. Klienten får på den måde integreret en indre omsorgsperson, som bliver en tryk base for klientens indre barn. Der kan argumenteres for, at dette vil medføre en forandring både i klientens tilknytningssystem samt forældreadfærdssystem.

Ud fra beskrivelsen af øvelsen antages det, at Astrid har en sikker tilknytning, der muliggør, at hun kan guide klienten intuitivt igennem øvelsen og respondere empatisk og omsorgsfuldt over for klienten. Jf. Bowlbys teori, er det muligt, at Astrid også anvender sin indprogrammerede forældreadfærd og omsorgsadfærd til at støtte klienten i affektregulering gennem øvelsen. Set i det perspektiv er Astrid under øvelsen tunet ind på klienten og klientens behov med samme fornemmelse, som en forælder har for sit barn. Astrid husker ikke hvor øvelsen kommer fra, men har en fornemmelse af, at den opstod ved at hun fulgte sin intuition og kreativitet. Øvelsen kan dermed betragtes som værende et eksempel på hvordan klinisk intuition bliver anvendt til at skabe forandring i terapien,

En uvidenskabelig tilgang

Gennem begge interviews reflekterer de to terapeuter over deres intuitive tilgang. De beskriver begge en frygt for at blive ”opdaget” for at snyde og at nogle skal komme og

fortælle dem, at deres tilgang ikke er professionel korrekt. At de ikke efterlever de nuværende principper og krav fra Dansk Psykologforening om en evidensbaseret videnskabelig tilgang i terapien (EPNP, 2016-2018). Dette kom frem i begge interviews, selvom interviewguiden ikke indeholdt spørgsmål til dette tema.

I interviewet med Helene beskriver hun, som tidligere nævnt, at den intuitive terapeutiske tilgang ikke er noget, der bliver drøftet blandt psykologer (Helene, l. 182). Gennem interviewet kommer hun med nogle vurderinger af egne interventioner, hun har brugt i terapien. Hun nævner eksempelvis at ”*Det kan jeg jo ikke sige, det er jo ikke professionelt korrekt.* (Helene, l. 215-216). Hun beskriver også at hun: ”*...ikke nåede at lægge en teoretisk metodisk raffineret psykologformulering ind over*” (Helene, l. 250-251). Hun fremstår gennem interviewet meget reflekterende. Med disse beskrivelser af hendes observationer af sig selv under terapien, kan man få fornemmelsen af, at hun har et filter på i sine sessioner, hvor hun vurderer sine interventioner, og forholder sig til, om det hun siger er professionelt korrekt. Det kan diskuteres, hvorvidt dette selvobserverende spor er fordelagtigt eller en ulempe for den terapeutiske forandringsproces. Observationerne kan muligvis medføre, at Helene sikrer kvaliteten af sine interventioner. Det er også muligt, at det selvobserverende spor medfører en øget aktivitet i den venstre hemisfære, hvilket kan begrænse mentaliseringsevnen og andre empatiske evner knyttet til højre hemisfære. Her kan det diskuteres, hvorvidt den terapeutiske relation påvirkes positivt eller negativt ved en tilgang, hvor terapeuten har en række kognitive spor kørende. Dette kan sammenlignes med Astrids tilgang, hvor hun prioriterer, at være nærværet i nuet sammen med klienten. Hun evaluerer ikke sig selv og sine interventioner på samme måde som Helene. Hun virker til i højere grad at have tillid til sine evner. Selvom Astrid har tillid til sin intuitive tilgang i terapien og er overbevist om dens kvalitet, så giver hun udtryk for en frygt for at blive afsløret:

A: ...jeg kan mærke at så sidder jeg lidt med den der følelse af at, åh åh kommer jeg på skideren nu, fordi nu har jeg ligesom afsløret, at jeg ikke sidder der med mine videnskabelige dokumenterede ting og sager. Det er jo ligesom det der underlige noget vi er i som psykologer...Og man ved at det virker, fordi man kan jo mærke at det virker (.) altså

I: Ja

A: Men det er måske noget der er svært at undersøge i sådan en videnskabelig sammenhæng (.) Så på den ene side så ved jeg godt, at det er okay, men på den anden side kan jeg godt blive sådan lidt skræmt over det der med, at man hele tiden har fået tudet ørerne fulde af, at det skal være så og så videnskabeligt og bla bla bla

I: Ja

A: Det har jeg bare lyst til at nævne, for jeg tænker, at det er jeg jo ikke den eneste, der sidder med det. Og det er jo så også en af de ting, man så må døje med, når man arbejder på den her måde, fordi du kan ikke sige, jamen jeg har fulgt det og det (.)
Klienten kommer med det problem, og jeg ved at der er videnskabelige beviser for at den og den metode er god til det problem, og derfor laver jeg de og de sessioner, hvor der så foregår det

I: Mmh

A: Altså det er jo overhovedet ikke sådan jeg arbejder

I: Nej

A: og det kan jeg godt tænke sådan, er det dét jeg burde. Men det kommer jeg bare aldrig til

I: Nej

A: Det giver også sådan en træls følelse. Det kunne være rart hvis jeg bare kunne have fuld backup fra mit bagland, altså fra Psykologforeningen og så videre

I: Ja

A: Og vide at det er bare fuldstændigt i orden at arbejde på den her måde. Fra samfundet og politikerne

I: Ja (.) mmh

A: Så jeg ikke skulle føle at jeg snyder eller at jeg gør noget forkert (Astrid, l. 482-510)

Astrids beskrivelse afspejler hendes oplevelse af, at den terapeutiske intuitive tilgang på nuværende tidspunkt ikke er anerkendt af Dansk Psykologforening. Dansk psykologforening stiller bestemte krav til psykologers faglige kvalifikationer. Her følges Etiske Principper for Nordiske Psykologer (EPNP, 2016-2018). I disse fagetiske principper står der i afsnittet om kompetence og kompetenceudvikling følgende: ”*Psykologen arbejder i overensstemmelse med videnskabelige principper og underbygget erfaring og tilstræber en løbende faglig udvikling. Psykologerne tilegner sig viden om den videnskabelige og professionelle udvikling indenfor sit arbejdsområde*” (EPNP, 2016-2018). Astrid beskriver en angst for, at der kommer nogen og siger, at hendes terapeutiske tilgang er forkert, fordi den ikke er videnskabeligt underbygget:

”...jeg kan også mærke, at jeg har lidt den angst der for, jamen kommer der nu nogen og siger, at det er jo ikke rigtig terapi, det du laver, eller det er jo ikke videnskabeligt underbygget det jeg laver. Og det er det jo heller ikke muligvis, eller det ved jeg ikke. Det kan godt være, at det er. Men det er bare ikke mit udgangspunkt, at nu sidder jeg her (.) nu skal jeg lave noget der er videnskabeligt underbygget

I: Mh

A: Altså (.) ja altså bortset fra at der jo er forskning der viser, at kontakten er enormt vigtig. Og det her med nuet. Og den kontakt jeg har med mig selv har betydning for den kontakt jeg så kan have med dem. At det er også sådan, bærende element

I: Ja

A: Og det er der forskning der viser, at det er ikke metoden. Det er nogle af de der non-specifikke faktorer. Men det er ikke noget jeg har så stor kontakt med, det der teoretiske eller videnskabelige, når jeg sidder og laver terapi
(Astrid, l. 366-378)

Astrid påpeger, at der er forskning der fremhæver betydningen af de non-specifikke faktorer i terapien, men at det ikke er det, der tillægges størst betydning inden for det

psykologfaglige felt. Det der bliver fremført som noget af det vigtigste er, at psykologen anvender en evidensbaseret videnskabelig tilgang. Astrid fortæller, at den evidensbaserede videnskabelige tilgang, som Dansk Psykologforening fordrer, ikke passer til hende som terapeut (Astrid, l. 150). Der kan argumenteres for, at det skaber utryghed hos terapeuterne, når de ikke har en oplevelse af, at den intuitive tilgang er anerkendt i fagforeningen og i samfundet generelt. De praktiserer en terapeutisk tilgang, som er i overensstemmelse med deres menneskesyn, og som virker til at fungere godt og være virkningsfuld. Ethiske Principper for Nordiske Psykologer forholder sig ikke til, hvordan psykologer skal forholde sig til det intuitive aspekt. Derudover indgår der ikke en etisk vejledning i forhold til overgangen fra teori til praksis. Hverken Astrid eller Helene drøfter deres intuitive tilgang med deres fagfæller. Det er noget man ikke taler om. Ifølge Helene er det ”*tavs viden*” (Helene, l. 188). Terapeuternes beskrivelser indikerer, at de begge har en underliggende frygt for at blive dømt for at have en uvidenskabelig tilgang og de konsekvenser det kan medføre.

Diskussion

I dette afsnit diskuteres aspekter, der kom frem i analysen. Derefter følger en diskussion af studiets metode

Intuitiv eller evidensbaseret tilgang

Det fremgår af analysen, at både Helene og Astrid beskriver deres terapeutiske tilgang som intuitiv og eklektisk. De anvender dele fra forskellige metodiske tilgange, der giver mening i forhold til den enkelte klients problemstilling. De giver begge udtryk for, at de ikke passer ind i de rammer, som fremlægges i Etiske Principper for Nordiske Psykologer, hvor man vælger at arbejde ud fra én evidensbaseret tilgang (EPNP, 2016-2018). De to terapeuter nævner begge, at de ikke er alene om at have det sådan. Dette indikerer, at der i Danmark findes en gruppe terapeuter, der har en intuitiv terapeutisk tilgang. At en række terapeuter arbejder intuitivt bliver ifølge Helene og Astrid ikke italesat blandt deres fagfæller. Det er tavs viden (Helene, l. 180). Begge terapeuter giver udtryk for at have en frygt for at blive dømt som inkompetente på grund af deres intuitive tilgang. Astrid nævner, at hun frygter, at forsikringsselskaberne, hun indgår samarbejde med, vil stoppe med at sende hende klienter, hvis de får tilbagemeldinger om, at hendes terapiform er mærkelig. Hun ønsker ikke, at de ser hende som værende useriøs (Astrid, l. 262-265). Frygten for at miste klienter medfører dermed, at Astrid er forsigtig og opmærksom på hvor intuitivt hun kan arbejde med hvilke klienter. Hun beskriver også, hvordan hun ved nogle klienter fornemmer, at der er en forventning om eksempelvis kognitiv korttidsterapi, og derfor tilpasser terapien til klientens forventninger (Astrid, l. 267-270). Her kan det diskuteres, om de er problematisk, at der er et system, hvor terapeuterne tilpasser sig klienterne, for at klienterne vender tilbage til forsikringsselskabet som tilfredse kunder. På den måde er klienterne og forsikringsselskaberne tilfredse. Men spørgsmålet er, om klienten får den bedste hjælp, hvis terapeutens formål er at klienten skal være tilfreds. Dette kanskabe begrænsninge for, hvilke interventioner man som terapeut vælger at inddrage, hvor konfronterende terapeuten tør være osv.

Terapeuternes oplevelse med at anvende en tilgang i terapien, der ikke er anerkendt af deres fagforening virker til at skabe utryghed. Det antages, at denne utryghed kan have betydning for terapeuternes trivsel i deres arbejde og deres sikkerhed som

psykolog. Astrid nævner at ”*Det kunne være rart hvis jeg bare kunne have fuld backup fra mit bagland, altså fra Psykologforeningen og så videre* (Astrid, l. 504-505). At Astrid og Helene ikke føler, at de er bakket op resulterer i, at de ikke deler deres oplevelser og refleksioner fra terapien med deres fagfæller. Dermed går de med deres oplevelser fra terapien alene. Hverken Astrid eller Helene har talt med andre om anvendelsen af intuition i terapien. Det kan diskuteres, hvilke konsekvenser det har, at terapeuter ikke føler sig trygge nok, til at dele deres oplevelser fra det terapeutiske rum med deres fagfæller. En sparring som bliver vægtet højt inden for det psykologiske fagfelt, eksempelvis i form af supervision (MacKain et al, 2010, p. 306f).

Begge terapeuter med henholdsvis otte og elleve års erfaring i egen praksis vælger at arbejde intuitivt på trods af, at de er bekendt med det etiske regelsæt for nordiske psykologer, og er bevidste om, at de i nogle tilfælde formentligt ikke vil blive bakket op af deres fagforening. Hvorfor vælger de, at trods det? Med så stor erfaring, som begge terapeuter har, kan det antages, at de har fundet en metode, der virker for dem hver især. Ifølge Bent Flyvbjerg findes der ikke ”*belæg for kognitivisternes generaliserede opfattelse. Der findes med andre ord ikke grundlag for at sige, at mennesket ikke kan handle intelligent uden at handle analytisk opgaveløsende.*” (Flyvbjerg, 1990, p. 10). Det nuværende etiske regelsæt kan siges at afspejle det kognitive/behavioristiske paradigme, hvor fokus er på en metodisk og analytisk tilgang. Det kognitive paradigme indebærer også et syn på videnskabelighed, der tager udgangspunkt i beviser, evidens. Dette kan også forklare, hvorfor klinisk intuition ikke er mere anerkendt. For hvordan kan klinisk intuition måles? Ifølge Marks-Tarlow er klinisk intuition noget, man som terapeut erfarer i selve øjeblikket. De sidste årtier er der blevet gennemført både kvantitativ og kvalitativ forskning, der indikerer, at klinisk intuition er et fænomen, der kan lokaliseres til bestemte områder i hjernen (Kalbe et al. 2010; Marcus, 1997; Schore, 2011; McGilchrist, 2009; Hynes, Baird & Grafton, 2006). Ifølge Flyvbjerg er intuition hverken irrationelt gætværk eller overnaturlig inspiration, men en egenskab som mennesket bruger i sit hverdagsliv (Flyvbjerg, 1990, p. 18).

Intuition eller faglig kompetence

I interviewet med Helene stiller hun på et tidspunkt et retorisk spørgsmål: *"Er det intuition eller faglig dygtighed?"* (Helene, l. 134). Gennem interviewet demonstrerer hun sin refleksive og analyserende kapacitet. Hun beskriver situationer, hvor hun selv oplever, at hun anvender sin intuition. Men disse indskydelser kan også være et resultat af de kognitive processer knyttet til venstre hemisfære. Dreyfus & Dreyfus (2005) betragter intuition som en evne, der anvendes af eksperter på højeste niveau: *"...individer på de højeste færdighedstrin i læreprocessen udviser en hurtig, intuitiv, holistisk, tolkende og visualiseret tankegang og adfærd, som ikke umiddelbart har noget lighed med den langsomme, analytiske ræssonéren, der karakteriserer problemløsning"* (Flyvbjerg, 1990, p. 10). Helenes beskrivelser af sine indskydelser er ikke i overensstemmelse med dette studies definition af klinisk intuition. Ud fra Dreyfus og Dreyfus' teori kan hendes tilgang kategoriseres som analytisk ræssonéren. Hun fortæller også flere gange, at hun senere i klientforløbene anvender en intuition, som hun må knokle lidt mere for. Dette er ikke i overensstemmelse med Dreyfus og Dreyfus' teori (1991), hvor eksperter der anvender deres intuitive evner kendetegnes ved *"den flydende og utvungne præstation, som ikke afbrydes af analytiske overvejelser"* (Dreyfus & Dreyfus, 1991, p. 163f ; Flyvbjerg, 1990, p. 26). Jf. Marks-Tarlow er klinisk intuition let og ubesværet. Ud fra disse overvejelser antages det, at Helenes faglige dygtighed og analytiske, reflekterende venstre hemisfære er dominerende i hendes terapeutiske tilgang. Det er også muligt, at Helene anvender sin intuition i en vis grad, og at den anvendte definition af klinisk intuition i dette studie ikke er bred nok.

Ifølge Marks-Tarlow kræver det nogle bestemte rammer, for at klinisk intuition kan anvendes. Terapeuten skal have en sikker tilknytning, føle sig tryk og være i en tilstand af ro og tillid i den terapeutiske setting. Dette muliggør en åbenhed, så terapeuten kan modtage nonverbal information fra klienten gennem right brain-right brain kommunikation, hvorved klinisk intuition opstår som fornemmelser eller en viden, der kan anvendes som guide i det terapeutiske rum. Astrid beskriver, at en mere åben og kreativ tilgang muliggør *"at en anden form for intelligens kan få lov til at udfolde sig"* (Astrid, l.333-334). Astrids tilgang, hvor hun er forankret i nuet og i sin krop og er nærværende med klienten, muliggør, at hun kan få fornemmelser og kreative idéer i

det terapeutiske rum. Hun beskriver interaktionen med klienterne som fri og til tider legende. Disse beskrivelser er i overensstemmelse både med Marks-Tarlows forståelse af klinisk intuition samt Dreyfus og Dreyfus' definition af intuitiv ekspertise.

Det kan diskuteres, hvorvidt en tilgang er bedre end en anden. Hvor Helenes terapeutiske tilgang har et solidt fagligt og metodisk fundament, som eksempelvis kan være anvendeligt i forbindelse med diagnosticering og problemløsningsorienterede sessioner (Helene, l. 117-130), så kan der argumenteres for, at Astrids terapeutiske tilgang er anvendelig til en anden type klientgruppe. Hendes klienter fortæller hende, at hun er god til at fornemme dem og se dem. Der kan argumenteres for, at den klinisk intuitive tilgang er anvendelig til at behandlingsforløb med klienter, der har behov for emotionskorrigerende oplevelser, at føle sig set og mødt. Et trygt rum hvor de gennem et stærkt nærvær med Astrid får nye erfaringer, der potentielt kan ændre deres interne arbejdsmodeller og dermed deres relation til sig selv og andre.

Metodisk diskussion

I dette afsnit diskuteres studiets anvendte metode. Dette indebærer en vurdering af studiets validitet med henblik på at undersøge kvaliteten af studiets producerede viden.

Undersøgelsens validitet

Validitet indebærer en vurdering af, om studiet reelt har undersøgt det, som var intentionen (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 320). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) skal validiteten i forbindelse med kvalitativ forskning sikres ved, at forskeren gennem samtlige af undersøgelsens faser løbende validerer processen. Forskeren må i den proces reflektere over sine valg og slutninger (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 320f). I dette studie er validiteten søget sikret i samtlige faser. Valg i forbindelse med det metodiske design blev foretaget ud fra studiets formål. Validiteten i kvalitativ forskning kan søges sikret ved at vælge en metode, hvor deltagerne har mulighed for at stille spørgsmål og korrigere forskerens umiddelbare forståelse og antagelser (Willig, 2021, p. 26). Studiets anvendelse af det semistrukturerede livsverdens-

interview muliggjorde denne validering undervejs. Som forsker kunne jeg under interviewet stille opfølgende og uddybende spørgsmål, for at validere min forståelse af terapeuternes udsagn og at undgå misforståelser. Derudover blev der udformet en række transskriptionsregler med henblik på at være loyal over for terapeuternes beskrivelser i transskriptionsfasen (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 320f).

Derudover har jeg som forsker været opmærksom på min teoretiske forforståelse som følge af min viden fra psykologistudiet samt mit eget erfaringsgrundlag. Denne forforståelse kan have haft betydning for forskningsresultaterne. Min forforståelse og forventninger er søgt tilsidesat ved, at jeg gennem interviewene forholdt mig åbent med intentionen om at indtage en fænomenologisk indstilling. Dette resulterede i, at der kom et centralt tema frem (Se tema 4: *En uvidenskabelig tilgang*), som var overraskende for mig som forsker. Jeg var opmærksom på at stille åbne spørgsmål frem for begrænsende, for at tillade terapeuternes rige beskrivelser at udfolde sig.

Under interviewene oplevede begge deltagere indimellem, at det blev udfordrende at beskrive, hvordan de arbejdede intuitivt i det terapeutiske rum. Dette kan forklares ud fra forståelsen af, at klinisk intuition indebærer nonverbale implite processer. Spørgsmålet er, om det semistrukturerede interview er en optimal metode til at undersøge, hvordan terapeuter anvender deres intuition i terapien. Metoden har givet indblik i terapeuternes egne oplevelser med klinisk intuition samt deres forståelse for hvad intuition indebærer. Klinisk intuition er noget, der skal opleves i øjeblikket (Marks-Tarlow, 2012, p. 19). Der kan argumenteres for at videooptagelser af klientssessioner og efterfølgende interviews med terapeuten er en metode, der kunne give et andet indblik. I denne metodeform vil forskeren have mulighed for at observere og notere terapeutens indskydelser, italesatte fornemmelser, idéer og valg undervejs. Et opfølgende interview vil muliggøre en undersøgelse af terapeutens intentioner med sine interventioner undervejs, samt muliggøre en metode til at sikre validering.

Konklusion

Dette studie har undersøgt problemformuleringen: *Hvordan anvender terapeuter deres intuition som redskab i terapien?* Dette blev undersøgt gennem et fænomenologisk studie, hvor der blev gennemført to kvalitative semistrukturerede livsverdensinterviews med to terapeuter, der arbejder eklektisk intuitivt. De semistrukturerede interviews blev analyseret med analysemetoden Interpretative phenomenological analysis (IPA). Analysen mandede ud i fire centrale temaer. Det første tema *Fornemmelsen* viser, at begge terapeuter især i den indledende session med nye klienter anvender deres fornemmelse som en guide. Det antages, at de anvender deres kliniske intuition til at fornemme, hvilke valg de skal tage undervejs i sessionen. På den måde fungerer den kliniske intuition som en guide. Det andet tema *Kropslig intuition* belyser, hvordan begge terapeuterne oplever deres intuition som noget, der ofte foregår gennem kroppen. Den ene terapeut er opmærksom på at være i nuet og tilstede i sin krop, hvorved hun modtager information som indskydelser og kreative idéer. Hun har tillid til det, der udfolder sig intuitivt i det terapeutiske rum, og oplever at den terapeutiske proces går hurtigere, når hun anvender sin kropslige intuition. Den anden deltager har en terapeutisk tilgang, hvor hun er mere reflektiv. Hun beskriver, at det er let at modtage intuitiv information i første session, men at det senere bliver sværere og noget hun skal knokle for. Det tredje tema *Intuition eller analysehjerne* fremgår det af analysen, at begge terapeuter har to spor, et reflektivt spor og et intuitivt spor. Hvor det reflekive er dominerende hos den ene terapeut, er det intuitive dominerende hos den anden terapeut. I det fjerde tema *En uvidenskabelig tilgang* fremkom det, at terapeuterne begge havde en frygt for at blive opdaget og dømt for at snyde eller gøre noget forkert, fordi de ikke arbejder ud fra Etiske Principper for Nordiske Psykologer (EPNP 2016-2018), som Dansk Psykologforening fremhæver som gældende for danske psykologer. Der kan argumenteres for, at det skaber en utryghed blandt terapeuterne, hvilket resulterer i, at de ikke italesætter deres intuitive terapeutiske tilgang overfor deres fagfæller. Med anvendelse af dele fra psykodynamisk udviklingsteori og neuroanalytiske interpersonelle teorier, opstår en forståelse af klinisk intuition som en tilegnelse af information der sker gennem de implicite processer i højre hemisfære i respons på det der udfolder sig i det terapeutiske rum. Ud fra analyseresultatet får terapeuterne fornemmelser, idéer og indskydelser, når de er i en tilstand, hvor de forholder sig åbent

og er nærværende. Den ene terapeuts mere refleksive tilgang medfører, at hun får indskydelser i sammenhæng med sine analytiske processer lokaliseret i venstre hjernehalvdel. Den anden terapeut der har en mere kropslig intuitiv tilgang agerer i tillid til sine intuitive indskydelser, hvorved hun oplever en lethed og til tider legende fornemmelse i terapien, hvor hun også inddrager intuitive øvelser. Disse øvelser kan potentielt modificere klientens interne arbejdsmodeller, således klientens forhold til sig selv og omverden ændres. Det kan konkluderes, at begge terapeuter anvender deres kliniske intuition i terapien på hver sin måde, og til forskellige formål. Hvordan terapeuter anvender deres kliniske intuition i terapien kan med fordel undersøges nærmere. Afslutningsvist blev det foreslået, at terapeuters anvendelse af klinisk intuition undersøges nærmere eksempelvis i et studie med videooptagelser fra sessioner sammen med opfølgende interviews.

*Afsluttende skal lyde et stort tak til de modige terapeuter for
at stå frem med deres ærlige og autentiske bidrag til dette
speciale.*

Tak

Referenceliste

Pensumopgørelse og referenceliste er tilsvarende.

Ainsworth, M. & Bowlby, J. (1965). *Child care and the growth of love*. London: Penguin Books.

Bion, W. (2018) *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. Taylor and Francis

Bohart, A. (1999). Intuition and creativity in psychotherapy. *Journal of constructivist psychology* 12.4: 287–311.

Carraccio, L. et al. (2008) From the Educational Bench to the Clinical Bedside: Translating the Dreyfus Developmental Model to the Learning of Clinical Skills.” *Academic medicine* 83.8 : 761–767.

Clavien, Christine. (2010) Gerd Gigerenzer, Gut Feelings: Short Cuts to Better Decision Making.” *Ethical theory and moral practice* 13.1: 113–115.

Davis-Floyd, R. (1997) *Intuition the Inside Story : Interdisciplinary Perspectives*. London: Routledge

Deakin, H. & Wakefield, K. (2014) Skype interviewing: reflections of two PhD researchers. *Qualitative Research*, 14(5), 603–616.

Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1991). *Intuitiv ekspertise : Den bristede drøm om tænkende maskiner*. Kbh: Munksgaard,

Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (2005). *Peripheral Vision: Expertise in Real World Contexts*. *Organization Studies*, 26(5), 779-792.

Eels, T. (2001). Attachment theory and psychotherapy research. *Journal of Psychotherapeutic Practice and Research*, 10, 132-135.

Ellman, S. (2010). *When Theories Touch: A Historical and Theoretical Integration of Psychoanalytic Thought*. 1st ed. London: Routledge.

Ethiske principper for nordiske psykologer / EPNP (2016-2018). In: *Dansk Psykolog Forenings Regelsæt 2016-2018*.

Fonagy, P. (2001) *Key Findings in Attachment Research*. In Fonagy, P. (2001) *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press (Kap. 2)

Flyvbjerg, B. (1990) *Rationalitet, intuition og krop i menneskets læreproces: Fortolkning og evaluering af Hubert og Stuart Dreyfus' model for indlæring af færdigheder* (Department of Development and Planning Working Paper, Aalborg: Aalborg University)

Gladwell, M. (2006). *Blink : styrken ved at tænke uden at tænke*. [1. oplag]. Kbh: Bindslev.

Hart, S., Møhl, B. (2017) *Udviklingspsykologi*. In: Simonsen E & Møhl B (red) *Grundbog i Psykiatri* (2. udg.). Hans Reitzels Forlag (Kap. 2)

Husserl, E. (2020). *Fænomenologi*. Artiklen til *Encyclopedia Britannica* (1. ed). København: Forlaget Mindspace. (pp. 61-77)

Isenman: *Understanding Unconscious Intelligence and Intuition: " Blink " and Beyond*.

Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). *Fænomenologi*. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - En grundbog* (2. ed., pp. 217-239). København: Hans Reitzels Forlag.

Jeffrey, A. (2012) *The Clinical Intuition Exploration Guide: A Decision-Making Tool for Counselors and Supervisors*. *The Family journal* (Alexandria, Va.) 20.1 (: 37-44.

Jeffrey, Aaron J, and Linda Stone Fish. "Clinical Intuition: A Qualitative Study of Its Use and Experience Among Marriage and Family Therapists." *Contemporary family therapy* 33.4 (2011): 348–363. Web.

Jung, C. G. (1971). *Psychological types* (Rev. ed. by R. F. C. Hull of H. G. Baynes, Trans.). Princeton, NJ: Princeton University Press.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. ed.). København: Hans Reitzels Forlag (pp. 45-73, 105-126, 151-175, 177-196, 313-337).

Køppe, S. (2008). En moderat eklekticisme. *Psyke & Logos*, 29, 15-35

Lamm, Claus, C. Daniel Batson, and Jean Decety. "The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-Taking and Cognitive Appraisal." *Journal of cognitive neuroscience* 19.1 (2007): 42–58.

Langdrige, D. (2007). *Phenomenological Psychology. Theory, Research and Method* (1. ed.). Harlow: Pearson Education. (pp. 1-128).

Levine, A. P. (2010). *Den tavse stemme. Hvordan kroppens sprog kan opløse traumer og skabe velvære* (1. ed.). København: Hans Reitzels Forlag. (pp.)

Levine, A. P. (2017). *Traume og hukommelse - Hjerne og krop i en søgen efter den levende fortid* (1. ed.). København: Hans Reitzels Forlag (pp. 7-199).

Marks-Tarlow, T. (2012). *Clinical Intuition in psychotherapy: The Neurobiology of embodied response*. W. W. Norton & Co.

Macbeth, Guillermo, and Eugenia Razumiejczyk. "Gigerenzer, G. . Gut Feelings. The Intelligence of the Unconscious." *Revista latinoamericana de psicología* 41.2 (2009): 363–.

MacKain, S. J., Myers, B., Ostapiej, L. & Newman, A. R. (2010). Job satisfaction among psychologists working in state prisons. The relative impact of facets

assessing economics, management, relationships, and perceived organizational support. *Criminal Justice and Behavior*, 37 (3), 306–318.

Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds), *Attachment during the preschool years: Theory research and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.

McPherson, Ian. “Reflexive Learning: Stages Towards Wisdom with Dreyfus.” *Educational philosophy and theory* 37.5 (2005): 705–718. Web.

Myers, D. (2002). *Intuition : Its Powers and Perils*. New Haven, Conn: Yale University Press.

Nissen-Lie, Helene A., Jon Trygve Monsen, and Michael Helge Rønnestad. “Therapist Predictors of Early Patient-Rated Working Alliance: A Multilevel Approach.” *Psychotherapy research* 20.6 (2010): 627–646.

Pena, Adolfo. “The Dreyfus Model of Clinical Problem-Solving Skills Acquisition: a Critical Perspective.” *Medical education online* 15.1 (2010): 4846–11. Web.

Pillard, Nathalie. *Jung and Intuition: On the Centrality and Variety of Forms of Intuition in Jung and Post-Jungians*. 1st ed. London: Routledge, 2015.

Rothschild, B. (2004) *Kroppen husker* (1. ed.). Århus: Forlaget Klim.

Schore, Allan N. “The Right Brain Implicit Self: A Central Mechanism of the Psychotherapy Change Process.” *Knowing, Not-Knowing and Sort-of-Knowing*. 1st ed. Routledge, 2010. 177–202.

Schore, A. (2012). *The science of the art of Psychotherapy*. W.W. Norton & Company

Schore, Allan N. "Attachment and the Regulation of the Right Brain." *Attachment & human development* 2.1 (2000): 23–47.

Schore, Allan N. "Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health." *Infant mental health journal* 22.1-2 (2001): 7–66. Web.

Schore, Allan N. "MINDS IN THE MAKING: ATTACHMENT, THE SELF-ORGANIZING BRAIN, AND DEVELOPMENTALLY-ORIENTED PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY." *British journal of psychotherapy* 17.3 (2001): 299–328.

Schore, Judith R. "Using Concepts from Interpersonal Neurobiology in Revisiting Psychodynamic Theory." *Smith College studies in social work* 82.1 (2012): 90–111.

Schore, Judith R, and Allan N Schore. "Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment." *Clinical social work journal* 36.1 (2007): 9–20.

Schön, Donald A. *Educating the Reflective Practitioner : Towards a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.

Smith, A. J., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis - Theory, Method & Research* (1. ed.). London: SAGE Publications. (pp. 1-107).

Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). *Interpretative Phenomenological Analysis*. In Smith, J. A. (Ed.), *Qualitative Psychology – A Practical Guide to Research Methods* (2.ed.). London: SAGE Publications. [27 sider]

Sprenkle, J: (2005). *Defining intuition: A framework for understanding intuition in psychology* (Doctoral dissertation, Alliant International University, 2005). *Dissertation Abstracts International*, 66, 1186.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - En grundbog* (2. ed., pp. 29-53). København: Hans Reitzels Forlag.

Van der Kolk, B. (2019). *Kroppen holder regnskab. Hjerne, psyke og krop i heling af traumer*. (1. ed.) Aarhus: Forlaget Klim. (pp. 7-204).

Welling, Hans. "The Intuitive Process: The Case of Psychotherapy." *Journal of psychotherapy integration* 15.1 (2005): 19–47.

Willig, C. (2021). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. (3. ed.). Berkshire: Open University Press. Heraf kap. 3 & 8.