

Kontroll-Mestringsteori:

Pasientens ubevisste plan; et teoretisk og klinisk meningsfullt begrep?

En drøfting av kontroll-mestringsteori ide om pasientens ubevisste agenda i  
psykoterapi.

Jan-Martin Berge

Martin Lindgren

Espen Wasshaug

Engelsk tittel: The Patients Unconscious Plan- a theoretical and clinical meaningful  
concept?

Stikktittel: Kontroll-Mestringsteori, Psykoterapi, Ubevisst plan

Adresse for korrespondanse:

Jan-Martin Berge

Nordåsveien 152 1251 Oslo Tlf: 908 42 906

E-post: [janmartinberge@gmail.com](mailto:janmartinberge@gmail.com)

[www.psykologberge.no](http://www.psykologberge.no)



## ABSTRACT

Control mastery theory holds that a patient enters psychotherapy with an unconscious plan. This position is untraditional and original in the psychotherapeutic literature. In what ways can it be said that this position is a theoretical sound and clinical meaningful construct? In this paper we discuss the plan concept in relation to other perspectives such as Rogers and Bohart's within the humanistic school and the relational perspective within psychoanalysis. We claim that the plan concept is a fruitful concept that enhances a deeper understanding of the clinical process even though it has received some theoretical challenges. By helping the patient carry out his plan, the therapist can be more effective assisting the patient to change and grow.

Key words: Control-Mastery theory, unconscious plan, clinical and theoretical implications, psychotherapy

Ingress: I følge kontroll-mestringsteori kommer pasienter til terapi med en ubevisst plan. Hvordan kan et slik begrep bidra til å hjelpe klinikerer utøve terapi sammen pasienten på en mer effektiv måte og på hvilken måte kan planbegrepet gi ytterligere forståelse av terapiprosessen?

Kontroll-mestringsteori har sin opprinnelse fra San Francisco Psychotherapy and Research Group (SFPRG), tidligere kjent som The Mount Zion Research Group. Med psykoanalytikeren Joseph Weiss i spissen ønsket forskningsgruppen å postulere en teori om hvordan psyken fungerer, hvordan psykopatologi utvikles og hvordan psykoterapi virker. Teorien har empirisk støtte fra psykoterapiprosessforskning (Fretter, 1984 og 1994; Curtis, 1986; Weiss 1993 og Silberschatz, 2005) og kan sees på som en integrasjon av psykodynamisk, humanistisk og kognitiv psykoterapiteori (Binder og Holgersen, 2008). Teorien har også i senere tid blitt drøftet i Norge i forbindelse med kasusformulering og vekstbefordrende samhandling (se Binder og Holgersen, 2008).

Kontroll-mestringsteori hevder at pasienten kommer til terapi med en ubevisst plan (Weiss, 1993; Silberschatz, 2005). Denne ideen er utledet av forskningen fra San Francisco Psychotherapy Research Group og basert på en grunnleggende antakelse om at pasienter er motivert for bedring og at mennesker ubevisst kan gjøre avanserte mentale operasjoner. Pasienten kommer til terapi med ønske om bedring og for å få avkreftet sine patogene antakelser som dannes tidligere i livet. Psykopatologi stammer ifølge kontroll-mestringsteori fra ubevisste patogene antakelser som dannes med bakgrunn i tidlige traumatiske erfaringer (Weiss, 1993). De patogene antakelsene er emosjonelt smertefulle og hindrer oppnåelse av viktige utviklingsmessige mål. Pasienten er derfor sterkt motivert for endre disse antakelsene og arbeider etter en ubevisst plan i den terapeutiske samhandlingen for å avkrefte sine patogene antakelser i relasjon med terapeuten. Pasienten søker å få avkreftet

sine patogene antakelser gjennom å teste ut terapeuten. Terapeuten sin jobb er å bestå testene, gjøre det trygt for pasienten og hjelpe pasienten med å nå sine utviklingsmessige mål og dermed iverksette sin ubevisste plan (Weiss, 1994). Pasientens ubevisste plan kan utledes diagnostisk ved hjelp av kasusspesifikk kasusformulering, kalt planformuleringsmetoden (Curtis og Silberschatz, 1986). Kasusformulering kan bidra til vekstbefordrende samhandling (Binder og Holgersen, 2008). Planbegrepet utgjør dermed et svært tydelig skille og løsrivelse fra Freuds klassiske analyse, ved å implisere vekstmotiv og ubevisst planlegging. Hypotesen om at pasienten jobber ut fra en ubevisst plan i terapi er kontroversiell innen psykodynamisk teori (Curtis, 1993), samtidig som den er empirisk dokumentert. Kontroversiell blant annet fordi hypotesen bryter radikalt med Freuds libidoteori (Rosbrow, 1993) beskrevet i klassisk psykoanalyse.

I denne artikkelen ønsker vi å gjøre rede for hva som menes med "pasientens ubevisste plan". Vi argumenterer for at pasienten kommer til terapi med ønske om bedring, og med en plan for hvordan denne bedringen skal oppnås. Vi ønsker å drøfte kliniske implikasjoner dette synet har for den terapeutiske samhandlingsprosess og belyse styrker og begrensninger dette har for terapeutisk samhandlingsforståelse. Dette impliserer blant annet et syn på pasienten som en aktiv deltaker i den terapeutiske samhandlingen. Vi benytter blant andre psykoterapipioneren Carl Rogers sitt perspektiv til å diskutere hvilken grad kontroll-mestringsteori sitt planbegrep er klinisk meningsfullt. Vi kontekstualiserer planbegrepet i lys av Freud og Bandura, for så å sammenligne begrepet i forhold til Carl Rogers sitt fokus på terapeutens

bidrag samt Arthur Bohart sin forståelse av pasientens vekstmotiver, og relasjonell teori sitt samhandlingsperspektiv. Til slutt vil vi drøfte styrker og begrensinger antakelsen om en ubevisst plan kan ha for den terapeutiske samhandlingen.

### *Planbegrepet i historisk kontekst*

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

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

Rappoport (2002) hevder at en av kontroll-mestringsteori sine styrker er å sette fokus på trygghet som organiserende prinsipp. Kartlegging av trygghet og fare regulerer og organiserer pasientens ubevisste plan. Dette skjer ved at pasienten ubevisst iakttar grad av trygghet i terapirelasjonen. Trygghet blir dermed en essensiell komponent i den terapeutiske relasjonen. Grad av trygghet vil ifølge Rappoport regulere og bestemme grad av testing. Jo tryggere pasienten føler seg, jo modigere og tøffere vil pasienten søke å få avkreftet sine patogene antakelser. Graden av traumatisering vil bestemme graden av patologi og hvor mye testing som vil skje i terapi for at denne pasienten vil føle seg trygg og dermed kunne jobbe med sin ubevisste plan.

Planbegrepet bryter med Freuds konservative syn på mennesket, men står i stil med nyere teoretikere som for eksempel Bandura sitt menneskesyn. Carl Rogers er den neste vi ønsker å rette fokus mot. Rogers var en pioner innen psykoterapifeltet og introduserte "de nødvendige og tilstrekkelige betingelser for terapi" (Rogers, 1957). Hvordan kan vi forstå Rogers i lys av kontroll-mestringsteori? Rogers hevder at terapeuten bidrar med å legge forholdene til

rette for terapeutisk samhandling, mens kontroll-mestringsteori hevder at terapeuten bidrar med en ekte relasjon til disposisjon for pasienten i tillegg til planformuleringsmetoden (Curtis, 1986; Weiss, 1986) som legges til grunn for en kasusspesifikk tilnærming. Hva betyr denne forskjellen?

*Hva er terapeutens bidrag til den terapeutiske samhandling?*

Rogers beskrev i 1957 "de nødvendige og tilstrekkelige betingelser for terapeutisk endring". Med dette mente han at det måtte være psykologisk kontakt mellom partene i terapi, hvor terapeuten må uttrykke aksept, betinget positiv aktelse og presis empatisk forståelse ovenfor pasienten. Det er sentralt at det er pasienten som må oppleve terapeuten som empatisk og aksepterende (Rogers, 1957). Rogers sitt bidrag har vært sterk innen psykoterapifeltet og har stimulert til mye psykoterapiforskning (Silberschatz, 2007). I likhet med Rogers deler kontroll-mestringsteori antakelsen om at mennesket har en selvaktualiserende tendens. Det er viktig at terapeuten søker å skape betingelser som gjør at denne tendensen kan utfolde seg. Rogers kan synes å undervurdere pasientfaktorer og kompleksiteten i terapi idet hans klientsentrerte fokus fremhever terapeutens ansvar for de "tilstrekkelige og nødvendige betingelser". Pasienter er ulike i grad av motivasjon, affektregulering og realitetstesting. Kontroll-mestringsteori deler Rogers sitt grunnsyn på pasientens vekstmotiv og selvaktualiseringspotensial, men vi kan hevde at Rogers står i fare for å tillegge terapeuten for stort ansvar i og med at terapeuten skal sørge for at "de nødvendige og tilstrekkelige betingelser" er til stede i den terapeutiske samhandlingen.



Kontroll-mestringsteori hevder at terapeutens intervensjoner betinges av pasientens plan og mål. Én pasient trenger mye varme og støtte, mens en annen kan trenge grensesetting og autoritet. Som en konsekvens av en slik kasusspesifikk tilnærming, vil en innen kontroll-mestringsteori se nødvendigheten av god kartlegging av pasientens historie. Man formulerer kasus ved bruk av planformuleringsmetoden (Curtis, 1986, 1994; McWilliams, 1999) for å utlede pasientens plan. Dette er ment som hjelpemiddel for terapeut og pasient der man prøver å få utledet hvilke patogene antakelser pasienten har, hvilke traumer pasienten har blitt utsatt for, hvilke innsikter pasienten vil profitere på og hvilke mål pasienten har for terapiprosessen. Planformuleringen er ment å guide terapeuten slik at terapeuten kan fasilitere pasientens plan ved å avkrefte patogene antakelser og bestå tester. Ulike terapiretninger tilbyr terapimanualer (se for eksempel McCullough, 2003; Salkovskis, 1996) hvor oppskriften på den terapeutiske samhandlingen er angitt. Kontroll-mestringsteori tilbyr ikke manualisert behandling, men heller en kasusspesifikk tilnærming. Betyr dette at man kun følger pasienten uten mål og mening? Innen kontroll-mestringsteori følger det ikke logisk at man kun "følger pasienten" til tross for antakelsen om at pasienten har en ubevisst plan og er grunnleggende sett motivert for å avkrefte sine patogene antakelser. Kontroll-mestringsteori er i mindre grad teknikkstyrt, men heller en pragmatisk, kasusspesifikk og holdningsorientert terapiretning (Sampson, 1994). Den samme intervensjonen kan være heldig for én pasient, men re-traumatiserende for en annen. Det er terapeutens jobb og ansvar å utlede hva det er pasienten trenger og hjelpe pasienten med å utføre sin plan. Sett i forhold til Rogers, som hevdet at mennesket hadde medfødt

selvaktualiseringstendens, vil vi kunne se likheter til kontroll-mestringsteori. I det følgende vil vi diskutere hvordan Rogers og kontroll-mestringsteori sammenfaller.

I forlengelsen av Rogers vil en kunne si at det vil være lettere å empatisere med pasienten som person heller enn til en primitiv instans som opererer i mennesket. I så måte er planbegrepet et historisk viktig teoretisk og empirisk bidrag innen psykodynamisk teori. Et bidrag som impliserer en positiv tro på menneskelig ubevisst tenkning og beslutningstaking. Vi kan hevde at kontroll-mestringsteori er en forlengelse av Rogers sitt klientsentrerte perspektiv og at den hviler på ideen om menneskets iboende vekstpotensial, men at teorien utfyller Rogers ved å sette fokus på det kasusspesifikke elementet i terapeutisk samhandling. Rogers og kontroll-mestringsteori enes om at terapeutisk endring skjer i en relasjon. Kontroll-mestringsteori vil i tillegg til de nødvendige og tilstrekkelige betingelser rette fokus på hvordan dette kan gjøres. "En varm, empatisk og ubetinget anerkjennende terapeut" er ikke en terapeut alle pasienter vil profitere på ifølge kontroll-mestringsteori. Rogers synes ikke å ta høyde for det kasusspesifikke og det unike i pasientens komplekse og sammensatte psyke. Kontroll-mestringsteori tilbyr en forlengelse og et klinisk nyttig supplerende språk for terapeutisk interaksjon. Kontroll-mestringsteori tar dermed høyde for mangfoldet og ulikhetene i terapeutisk virksomhet. Dette betyr med andre ord at en terapeut ikke bare vil "følge pasienten" eller at man kun er "støttende og vennlig", men at man inntar en terapeutisk holdning som er i tråd med pasientens ubevisste plan.

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

*Pasientens bidrag i terapiprosessen – en aktiv selvheler?*

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

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

1975) at ulike terapiretninger har like stor effekt. Bohart viser til at mennesker endrer seg uten psykoterapi og i tillegg hviler han seg på forskningsfunn som hevder at klinikerens antall år med erfaring ikke påvirker terapiutfall. Alle disse data impliserer ifølge Bohart at det er pasienten selv som står for endringen, ikke terapeuten. Wampold (2001) viser også til "dodoeffekten" i sin forskning, men i tillegg viser Wampold til funn som tilsier at det er stor forskjell på terapeuter og at det er ikke hvilken teoretisk orientering som predikerer terapiutfall. Heller, hevder Wampold, viser forskningsfunn at det er terapeutens personlighet og sensitivitet som er kritisk i forhold til utfall av terapi (Wampold, 2001). I og med at det er stor forskjell på hvor god effekt ulike terapeuter har med sine terapier, viser Wampolds funn at terapeutfaktoren kan være viktigere enn hva Bohart argumenterer for. Dette impliserer at terapeuten synes å ha en viktig funksjon og at terapeuten ikke er overflødig. Hva sier så pasientene selv?

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

#### Pasienten – terapeutens beste veileder?

Kontroll-mestringsteori postulerer ikke at man nødvendigvis kan "slappe mer av" i rollen som terapeut og gir i så måte et korrektiv til Bohart sitt syn på

terapeutisk teknikk og ståsted som for mange klinikere er mer erfaringsnær. Terapi kan oppleves krevende og man kan ikke nødvendigvis kun "slappe av". I kontroll-mestringsteori vil en søke en større og bredere forståelse av pasientens psykodynamikk samtidig som man ser pasienten som grunnleggende motivert til vekst og endring. Bohart betegner pasienten som en aktiv heler i streben etter "self righting", mens kontroll-mestringsteori ser på pasienten som en aktiv og vital samarbeidspartner der pasienten har en ubevisst plan. Mens man hos Bohart kan undres om terapeuten er overflødig vil man i kontroll-mestringsteori sitt perspektiv ha et metaperspektiv på pasientens psykopatologi og fokus på hvordan dette utspiller seg i den terapeutiske relasjon.

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

Mens Bohart kan synes å vektlegge pasienten all helende kraft, vil kontroll-mestringsteori hevde at hver pasient er unik, at kasusspesifikk tilnærming er nødvendig og at terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten å utføre sin plan (Weiss, 1986, 1993). I den kliniske praksis kan dette ha ulike uttrykk. Felles for alle kontroll-mestringsterapeuter er at klinikeren forsøker å bidra med plankompatible intervensjoner for å fasilitere pasientens ubevisste vekstmotiver. Bohart påpeker pasientens egeninvolvering som hovedfaktor for positivt terapiutfall og mener at denne tendensen er så sterk at terapeutens rolle er begrenset. Kontroll-mestringsteori vil utdype hvilke betingelser og hvordan man kan skape trygghet nok til at pasienten kan få avkreftet sine patogene antakelser og utføre sin plan. Bohart presenterer et syn på pasienten som er i samsvar med kontroll-mestringsteori. Men et rendyrket syn på pasienten som den eneste faktoren for terapeutisk endring, vil være å unngå viktige relasjonelle faktorer som synes å være sentrale ingredienser for suksess i terapi. Det synes for oss at den empiriske tyngden planbegrepet har fått gjør sitt til at man vanskelig kan se bort fra planbegrepets betydning for den terapeutiske prosessen.

Vi kan altså hevde at kontroll-mestringsteori kan sees på som en forlengelse av og utdypning av rogeriansk tilnærming til terapi. Kontroll-mestringsteori deler syn med Rogers og Bohart om at pasienten bidrar til terapirelasjonen med ubevisste vekstmotiver og plan, men at kontroll-mestringsteori sitt planbegrep impliserer en kasusspesifikk tilnærming skreddersydd etter pasientens plan. Psykoterapiforskning synes å vise at pasienter har god nytte

av terapi ubetinget av terapeutens teoretiske orientering. Dette synes ikke å lede til konklusjonen om at terapeuten er overflødig. Forskning viser at det er stor forskjell på hvor god effekt terapeuten oppnår i sine terapier, noe som indikerer at terapeutfaktoren er viktig for terapeutisk utfall.

Kontroll-mestringsteori forsøker å bevege seg bort fra klassisk analyse sine antakelser om psykisk fungering, og begrepet om ubevisst plan har vært kontroversielt i analytiske miljøer. Det blir dermed naturlig å spørre seg hvorvidt kontroll-mestringsteori kan sies å være en psykodynamisk-relasjonell teori. I det følgende vil vi presentere Mitchells relasjonelle syn på terapiprosessen, for så å diskutere begrepet "plankompatibilitet", for til slutt å drøfte påstanden hvorvidt kontroll-mestringsteori kan sies å være en relasjonell terapiteori.

### *Relasjonell psykoanalyse*

Forskjellen mellom relasjonell tilnærming og klassisk analyse er blant annet at den relasjonelle terapeuten må forholde seg aktivt i relasjon til pasienten. Mitchell (1997) betegner dette som "å jobbe innenfra pasientens relasjonelle matrise". Dette oppleves ikke som et valg for terapeuten, men en konsekvens av møtet mellom to mennesker. Freuds ideal om abstinens og nøytralitet (Freud, 1912) er ifølge relasjonell psykoanalyse umulig og uoppnåelig (Hoffman, 1998). Pasienten vil alltid oppfatte elementer av terapeutens følelsesliv og personlighet, uansett hvor godt terapeuten forsøker å skjule disse. Mitchell hevder at i søken etter å opptre "objektivt" og "abstinent" vil

man kun bli tildelt andre roller i pasientens matrise. Hvilken betydning har et slikt syn på terapeutisk samhandling?

Det relasjonelle synet på terapeutisk samhandling impliserer ikke at terapeuten kan slappe av og kun være subjektiv. Det er i streben etter å komme ut av rollene i den relasjonelle matrisen endringen ligger. Det er altså ikke så mye hva terapeuten gjør, men hvordan han gjør dette. Gjennom samarbeid for å forstå de relasjonelle mønstrene kan terapeut og pasient finne andre måter å oppfatte terapirelasjonen på. Denne langsomme prosessen innebærer en pendling mellom nye og gamle måter å relatere seg til hverandre på. Å jobbe "innenfra" betyr konkret at terapeutens opplevelse er formet av pasientens relasjonelle strukturer (Mitchell, 1997), og er en forutsetning for vellykket terapi. Dette impliserer at terapeuten følelsesmessig går inn i pasientens matrise og oppdager at han spiller roller i denne.

Terapeuten tilstreber en terapeutisk holdning eller reflekterende posisjon som er ment å gi pasienten perspektiver, nyanseringer og endringsmuligheter. Denne holdningen er ikke gitt i kraft av én spesifikk væremåte. En annen måte å beskrive "jobbe innenfra" er at partene i terapien stadig er inne i en overføring-motoverføringsrelasjon, som de sammen reflekterer over og som terapeuten prøver å komme seg ut av.

Relasjonell psykoanalyse bryter med klassisk analyse på flere områder og setter spesifikt fokus på at terapeuten må jobbe "innenfra" pasientens relasjonelle matrise. Kontroll-mestringsteori fokuserer også på terapeutisk samhandling, men antar at pasienten har en ubevisst agenda. Hvilket syn har kontroll-mestringsteori på den terapeutiske samhandling og hvordan kan man



som terapeut møte pasientens ubevisste plan?

### *Syn på den terapeutiske samhandling*

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

### *Plan vs. Tolkning*

I en studie av Fretter (1984) fant man at overføringstolkninger alene ikke førte til bedring hos pasienter, mens plankompatible intervensjoner predikerte bedring. I så måte er planbegrepet mer omfattende og har større prediktiv

verdi enn det tradisjonelle overføringsbegrepet da det impliserer pasientens håp og intensjon. Planbegrepet omfatter pasienters overføringer til alle i den relasjonelle matrisen, ikke bare overføringer i terapirelasjonen. Pasienten er ifølge Weiss sterkt motivert til å avkrefte sine patogene antakelser og det ligger i så måte en intensjon bak overføringen. En intensjon om avkrefting av patogene antakelser. Fretter hevder at en av styrkene til planbegrepet er at man kan avkrefte patogene antakelser som gjentas i overføringer til viktige andre utenfor terapirelasjonen og man trenger ikke tolke kun på pasient-terapeut overføringen.

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

Ifølge Freuds Automatic Functioning Hypothesis (AFH) foregår overføringen utenfor pasientens kontroll. Ubevisst repetisjon i overføringen av barndomserfaringer sees da som regulert av lystprinsippet og repeteringskompulsjon (Freud, 1911-15). Overføringen har som funksjon å tilfredsstillende ubevisste drifter. Ifølge Mariann Tolpin er dette synet problematisk. Et slikt klassisk analytisk syn vil ifølge Tolpin (2002) implisere psykoterapi som kurering av psykopatologi heller enn å reaktivere normal vekst. Videre hevder hun at fokuset blir entydig på patologi og fortid. Overføring blir sett på som noe sykt i den klassiske analysen. Dette hindrer terapeuten å se positiv utvikling hos pasienten. Tolpin sitt alternativ er

overføringer som hun betegner som "forward edge" og "trailing edge". Dette er vekstoverføringer som gir terapeuten informasjon om hvilke sunne behov pasienten har. Dette kan være patogene antakelser (trailing edge) og positive sunne vekstmotiv (forward edge). Disse behovene er sunne og potensielle og som vi i kontroll-mestringsteori sitt språk kan hevde inngår i pasientens ubevisste plan. Begrepet deler flere kjennetegn med Rogers sitt begrep "selvaktualisering", men Tolpin introduserer det i terapeutisk kontekst og som sentralt i den terapeutiske samhandlingen. Tolpin følger Heinz Kohut (1977; Kohut, Goldberg, & Stepansky, 1984) sin antakelse om grunnleggende menneskelig vekstmotiv. Kohut (1977) hevdet at psykopatologi består av mangeltilstander der terapeutens oppgave er å gi påfyll til selvutviklingen der den har vært mangelfull. Tolpin videreutvikler Kohut med begrepet "forward edge" som henspeiler på sunne normale utviklingsbehov. Tolpin beveger seg dermed i retning av "noe" potensielt og framtidig i lik linje med kontroll-mestringsteori sitt planbegrep. Ved å sette fokus på sunne utviklingsmål (Tolpin, 2002) og pasientens ubevisste plan (Weiss, 1998a) beveger man seg bort fra et syn som kun fokuserer på fortid, traumer, stagnasjon og konflikt innen psykodynamisk teori.

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

Tolpins syn kan komplettere kontroll-mestringsteori. Pasienten blir sett på som

en aktiv agent som har en kraft og et driv mot fullføring av utvikling. Pasienten er derfor motivert til å søke korrigerende erfaringer og kontroll-mestringsteori vil hevde at det er det ubevisste som søker vekst og avkrefting av patogene antakelser. Dette manifesterer seg gjennom pasientens ubevisste plan. Det er terapeutens oppgave å oppdage disse overføringene og bruke de i pasientens tjeneste, ettersom reaktivering av pasientens behov potensielt er endringsfremmende. Behovene og terapeutens responser til dem kan revitalisere selvet og gjenopprette drivet til å fullføre utviklingen. Det er dette som for Tolpin er terapiens mål. Terapi kan utnytte menneskets iboende kraft til selvutvikling gjennom arbeidet med vekstoverføringene. Sett i lys av kontroll-mestringsteori vil en overføringstest kunne være en "trailing" overføring eller en "forward" overføring der pasienten underliggende tester sine patogene antakelser som en del av en plan for å oppnå en sunn og normal utvikling. Forward edge er et mer omfattende begrep enn planbegrepet da det omfatter utviklingstendenser i personligheten på et generelt nivå. Gitt at pasienten har en ubevisst plan i terapi, kan overføringen sies å ha et mål i seg selv for eksempel å teste en patogen antakelse. Overføring kan ikke sees utelukkende som en tvangsmessig repetering av barndomspatologi og et uttrykk for motstand mot endring. I lys av planbegrepet har overføringen i tillegg formål og retning. For pasienter er overføringstesting en risikabel handling da de kan stå i fare for å bli retraumatisert. Om man tenker at trygghet regulerer planen, vil en tenke at grad av trygghet vil ha betydning for testingen.

Selvpsykologi og Tolpins begreper "trailing edge" og "forward edge" kan sies å

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

I et relasjonelt perspektiv vil en ha stort fokus på det samskapte og kontekstualiserte møtet mellom pasient og terapeut (Mitchell, 1988; Greenberg, 1991). Stephen Mitchells antakelse om hvordan den "relasjonelle matrisen" manifesterer seg i terapirelasjonen, og hvordan endring må skje "innenfra" objektrelasjonene, impliserer at terapeuten ikke kan være en utenforstående observatør, men heller en deltager (Mitchell, 1997). I forholdet mellom relasjonell psykoanalyse og kontroll-mestringsteori vil en kunne hevde at sistnevnte har et mindre rikt språk for gjensidigheten og det samskapte i den terapeutiske relasjonen.

#### *Kontroll-mestringsteori – en relasjonell teori?*

Relasjonell psykoanalyse vil i likhet med kontroll-mestringsteori hevde at pasienten ikke vil motsette seg endring slik klassisk analyse postulerer, men pasienten frykter trussel mot egne relasjonelle bånd og retraumatisering.

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

#### Patogene antakelser i den relasjonelle matrisen?

Det som skjer mellom terapeut og pasient er samskapt i relasjonell penneføring. Dette får konsekvenser for et begrep som tolkning. Tolkning ifølge klassisk analyse betyr en avdekking av sannheten fra et objektivt ståsted, mens det ifølge relasjonell tilnærming betyr at terapeuten posisjonerer seg selv i forhold til pasienten. Sannhetsinnholdet er ikke det vesentligste, heller fokuserer man gradvis på de historier pasienten benytter i sin relasjonelle verden. Interessante spørsmål et slikt syn reiser er "hva er da

en plan” eller ”hva er en patogen antakelse”. Er disse også i noen grad samskapte? Er terapeutens avkreftelser viktige i den forstand at de utvider matrisen og gir pasienten mulighet til å se på seg selv annerledes i relasjonen til andre? Er avkreftelsen i seg selv viktig eller gir den bare nye perspektiv på relasjonen?

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

Patogene antakelser står hos Weiss som sentralt i psykisk lidelse, mens hos Mitchell er tillstivnede, uflexible relasjonelle representasjoner underliggende psykisk ubehag. Mens Weiss ser patogene antakelser som blokkeringer for sunn utvikling, vil Mitchell hevde at dette er hindringer som er skapt i relasjon og som man i terapi kan endre. Endring må skje gjennom at pasienten får øye på og erfarer alternative måter å handle på. Terapeuten tilbyr nyanseringer og alternativer slik at pasientens relasjonelle matrise blir bredere. I kontroll-mestringsteori søker man å avkrefte patogene antakelser gjennom enten testing, tolkning eller ny relasjonell erfaring. Forsvinner så de patogene

antakelsene? Ved at man tilbyr alternativer eller avkrefter de antakelsene som skaper psykisk smerte, vil de da forsvinne eller kan det tenkes at de fortsatt er tilstede i pasienten, men uten den kraft de tidligere har hatt?

Uten at man har funnet svar empirisk på dette spørsmålet kan vi hevde at kontroll-mestringsteori kan sees på som en relasjonell teori. I likhet med relasjonelle teoretikere hevder kontroll-mestringsteori at mennesket primært søker relasjon og kontakt. Traumer og patologi oppstår i relasjon og kan også endres og behandles gjennom relasjonelle erfaringer. Kontroll-mestringsteori tillegger et viktig metaperspektiv, men mangler beskrivelser på interpersonlige prosesser slik som relasjonelle matrise (Mitchell, 1988) eller terapeutisk tredjehet (Benjamin, 2004). Begge retningene beveger seg bort fra psykoanalytisk grunnsyn og viderefører Alexander og French (1946) sitt bidrag om "korrigerende emosjonell erfaring" som mål for terapi. Vi kan hevde at pasienten søker ny relasjonell erfaring og at det er terapeut og pasient sammen som skaper denne.

#### *Ubevisst konflikt eller ubevisst plan?*

Indre konflikter oppstår ifølge kontroll-mestringsteori i relasjon til omverden. Traumer, det være seg langvarige traumer eller sjokktraumer, har satt en brems for oppnåelsen av viktige utviklingsmål og det er terapirommet og terapiprosessen som er arena for å arbeide med planen og gjenoppta selvutviklingen. Planbegrepet innebærer derfor ikke at man mister konfliktperspektivet. Konfliktene oppstår i relasjoner med bakgrunn i barnets grunnleggende tilpasningsmotiv, og ikke på grunn av utilfredsstilte drifter eller



frustrerte impulser (Rosbrow, 1993). Antakelsen om pasientens ubevisste plan støttes av spedbarnsforskning som viser blant annet at spedbarn allerede fra fødselen lager planer for sin egen selvutvikling gjennom å danne og teste hypoteser (Stern, 2002).

### *Styrker og begrensninger ved planbegrepet*

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

Kontroll-mestringsteori sitt metaperspektiv kan sies å ha en styrke i at den søker forståelse av hvordan psyken fungerer og psykopatologi utvikles. En svakhet kan være at kontroll-mestringsteori ikke i like stor grad teoretiserer rundt den intersubjektive samhandlingen som relasjonell psykoanalyse. I det følgende vil vi undersøke videre hvordan planbegrepet posisjonerer seg i psykodynamisk diskurs ved å diskutere hvilket epistemologisk grunnsyn som råder innen psykoanalysen.

### Hvem sin plan?

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

Kontroll-mestringsteori kan sees på som en relasjonell teori i det den bygger

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

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

Ved å rette noe av fokus på fremtid og ikke kun fortid vil man kunne se en retning for terapiforløpet og pasientens utvikling. Planbegrepet kan også hjelpe terapeuten å selvregulere ved å gi et perspektiv på den terapeutiske

prosess. Ved at terapeuten nevner til pasienten hva denne tror planen er, kan dette ha en terapeutisk effekt. Dette fordi pasienten kan få et mer reflektert og bevisst forhold til sin egen terapeutiske prosess. En innvending mot et slikt argument vil være at selv om man benytter et begrep som plan om noe som skjer i den terapeutiske prosess, betyr ikke dette nødvendigvis at begrepet eksisterer i seg selv. Selv om pasienter ikke alltid verbaliserer sine planer er dette i seg selv ikke et argument for at en plan eksisterer. Hva er det så kontroll-mestringsteori sitt planbegrep forsøker å belyse?

En har innen kontroll-mestringsteori forsøkt å forklare og beskrive hvordan psykoterapi virker, hvordan psyken fungerer og psykopatologi utvikles.

Planbegrepet er et forsøk på å formulere en persons indre dynamikk. Ut ifra personens egen motivasjon, bestrebelse og forsøk på å overkomme traumer, har en utledet planbegrepet.

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

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

I kontroll-mestringsteori vil planbegrepet implisere en "stor" plan for terapiprosessen som helhet. I et relasjonelt perspektiv vil en derimot i høyere

grad fokusere på hva som skjer fra øyeblikk til øyeblikk i terapi. Ved å innta et makroperspektiv som kontroll-mestringsteori vektlegger, kan man stå i fare for å overse øyeblikkene i terapi. Man kan derimot hevde at det også eksisterer miniplaner kontinuerlig i terapi der pasienten stadig tester sine patogene antakelser i relasjon til terapeuten. Å bestå en test kan sees i sammenheng med Stern sitt begrep "moments of meeting" (Stern, 2002). Når terapeuten består en test vil pasienten oppleve å få avkrefet sin patogene antakelse og føle seg tryggere. Stern retter fokus på møter i terapien som impliserer små øyeblikk der pasienten vil føle seg møtt og bekreftet. Dette gir grunnlag for endring blant annet ved at pasienten lærer seg nye måter å forholde seg til en annen på. Stern vil hevde at disse møtene representerer noe nytt og samskapt i endringsprosessen. Et slikt syn vil innlemme kontekst og intersubjektivitet, og vil kunne tilføre kontroll-mestringsteori en mer nyansert og relasjonell dimensjon.

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

kan antageligvis også utdypes til å gjelde mikroøyeblikk og ikke bare store planer for selvutviklingen i terapi og i livet. Dette krever imidlertid nye forskningsdesign og operasjonaliseringer.

*Pasientens ubevisste plan-et meningsfullt begrep?*

Vi hevder at kontroll-mestringsteori mangler teoretisering for intersubjektive, relasjonelle mikroprosesser, og at Stern, Beebe og Lachman kan gi verdifulle bidrag til ytterligere forståelse av den terapeutiske prosess. Tolpin gir verdifulle bidrag til psykodynamisk teori ved å rette fokus på sunne utviklingsbehov i individet. Tolpins syn kan integreres og sees på i sammenheng med planbegrepet ved at det utvider fokuset på overføring og terapeutisk samhandling. Fokus for terapi vil ikke kun omhandle tidlig erfaring og traumer, men også framtid, vekst og realisering av behov og potensial. En dreining fra et konservativt, patosentrisk og driftstyrt menneskesyn til en antakelse om vekstmotiv, ubevisst plan og sunne utviklingsbehov synes for oss fruktbart. Kontroll-mestringsteori relaterer seg til en pasient med ubevisste vekstmotiv. Pasienten er resilient og fleksibel, noe som kan forklare at pasienter kan benytte terapeuter fra ulike terapeutiske retninger og fremdeles oppnå terapeutiske gevinster. Kontroll-mestringsteori vil være en empirisk tilnærming i så måte da en i terapiprosessen kan se hvordan pasienten opplever og reagerer på intervensjoner. Hvis pasienten blir modigere, viser mer affekt, forteller om nytt materiale og blir roligere, vil kontroll-mestringsteori postulere at terapien er på rett vei. Pasienten blir i så måte terapeutens beste veileder. Et slikt syn synes for oss meningsfullt, da det kan gi terapeuten informasjon om retning i terapien. Videre stimulerer dette synet til en empirisk

holdning der terapeuten er sensitiv overfor pasientens responser på sine intervensjoner.

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

#### *Avsluttende bemerkninger*

Man ser klare paralleller mellom kontroll-mestringsteori og de humanistiske, relasjonelle og selvpsykologiske psykoterapimodeller. Carl Rogers sitt perspektiv legger hovedvekt på vekstmotiver og hevder at pasienten automatisk vil vokse hvis denne blir møtt med nødvendige og tilstrekkelige miljøbetingelser som empatisk varme, aksept og ekthet. Kontroll-mestringsteori deler Rogers sitt syn på vekstmotiver, men supplerer Rogers sitt klientsentrerte perspektiv ved å hevde at pasienten søker spesielle erfaringer som fasiliteter vekst i en spesiell retning. Endring krever noe mer enn empati, aksept og ekthet. Dette "noe" beskriver kontrollmestringsteori som pasientens plan om å søke spesifikke erfaringer som kan avkrefte de

patogene antakelsene.

Selvpsykologen Heinz Kohut beskriver hvordan mangel på validering tidlig i livet bidrar til å stanse selvutviklingen på et generelt nivå. Kontroll-mestringsteori legger på sin side mer vekt på utviklingspsykologi og innholdet i traumatiske opplevelser, og beskriver hvordan disse er med på å danne patogene antakelser som bidrar til å bremse utviklingen på mer spesifikke områder i pasientens fungering. Mariann Tolpin som også ansees som selvpsykolog, utvider Kohuts teoretiseringer gjennom å beskrive hvordan uvaliderte sider av pasienten søker relasjonelt validerende erfaringer for å fullføre selvutviklingen. Ut fra kontroll-mestringsteori sitt syn blir det dog vanskelig å forklare hvordan pasienter kan søke uvaliderte erfaringer som de muligens ikke har indre representasjoner av. Dette er en uhyre viktig og interessant diskusjon som det ikke blir drøftet i denne omgang. Men en kan undres om det finnes en ubevisst plan hos pasienter som ikke har indre representasjoner og videre kan en spørre seg om en ubevisst plan forutsetter indre representasjoner og at pasienten må ha "noe" i bagasjen av relasjonelle møter...

Tiltross for at kontroll-mestringsteori ikke går fri fra kritikk, hevder vi at antakelsen om pasientens ubevisste plan gir nyttige bidrag til psykoterapifeltet. Dels fordi den har empirisk støtte, men ikke minst fordi antakelsene om vekstmotivasjon og ønsker om oppnåelse av spesifikke mål ser ut til å være en kraftfull kombinasjon i å forstå pasientens bevegelse i terapi. I tillegg kan plankonseptet virke frigjørende for terapeuten i at det



stimulerer til en empirisk therapeutholdning der therapeuten lar seg veilede av pasientens responser på de therapeutiske intervensjoner. Therapeuten kan dermed stå bedre rustet i sin evaluering om terapien er på riktig vei eller ikke. .

Referanser

Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Roland Press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

Beebe, B. & Lachmann, F. M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-Constructing Interaction*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Binder, P. E. & Holgersen, H. (2008). Den håpefulle utprøving: Kasusformulering og vekstbefordrende samhandling i lys av kontrollmestringsteori. *Tidsskrift For Norsk Psykologforening*, 45, 958-967.

Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: the process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.

Curtis, J. T. (1993). The Plan Concept in Control Mastery Theory. *The Californian Psychologist*, 14, 21-23.

Curtis, J. T., & Silberschatz, G. (1986). Clinical Implications of Research on Brief Dynamic Psychotherapy I. Formulating the patient's problems and goals. *Psychoanalytic Psychology*, 3(1), 13-25.

Fretter, P. (1984). The Immediate Effects of Transference Interpretations on

Patients' Progress in Brief Psychodynamic Psychotherapies.

Dissertation Abstracts International, 46(6a).

Fretter, P., Bucci, W., Broitman, J., Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1994).

How the Patient's Plan Relates to the Concept of Transference.

Psychotherapy Research, 4(1), 58-72.

Freud, S. (1911-1915). Papers on technique. Standard Edition, 12, 83-171.

London: Hogarth Press, 1953.

Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis.

Standard edition, 7, 115. London: Hogarth Press, 1953.

Greenberg, J. (1991). Oedipus and beyond: a clinical theory. Cambridge,

Mass.: Harvard University Press.

Hoffman, I. Z. (1998). Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: a

dialectical-constructivist view. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.

Kohut, H. (1977). The restoration of the self. New York: International

Universities Press.

Kohut, H., Goldberg, A., & Stepansky, P. (1984). How does analysis cure?

Chicago: University of Chicago Press.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.

McCullough, L. (2003). *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.

McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press.

Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Mitchell, S. A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Rappoport, A. (2002). How Psychotherapy works: The concepts of control-mastery theory. *Bulletin of the American Academy of Clinical Psychology*, 8(2), 10-14.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic

personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rosbrow, T. (1993). Significance of the Uncouncious Plan for Psychoanalytic Theory. *Psychoanalytic Psychology*, 1(10), 515-532.

Salkovskis, P. M. (1996). *Trends in cognitive and behavioural therapies*. Chichester: Wiley.

Sampson, H. (1994). Treatment by attitudes. *Process Notes*, 1(1), 8-11.

Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships: the control-mastery theory of psychotherapy*. New York: Routledge.

Silberschatz, G. (2007). Comments on "the necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change". *Psychotherapy: Theory, Research, Practise, Training*, 44(3), 265-267.

Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1986). Clinical implications of research on brief dynamic psychotherapy II: How the therapist helps or hinders therapeutic progress. *Psychoanalytic Psychology*, 3(1), 27-37.

Stern, D. N. (2002). *The first relationship: infant and mother*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Tolpin, M. (2002). Doing Psychoanalysis of normal development: Forward edge transferences. I A. Goldberg (Ed.), *Postmodern Self Psychology* (167-190). NJ: Analytic Press.

Wachtel, P. L., & DeMichele, A. (1998). Unconscious Plan or Unconscious Conflict? Commentary on Joseph Weiss's Paper. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3), 429.

Wachtel, P. L. (2007). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.

Weiss, J. (1986). Part I. Theory and clinical observations. I J. Weiss, H. Sampson, & the Mt. Zion Psychotherapy Research Group. (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations & empirical research* (3-138). New York: Guilford.

Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: process and technique*. New York: Guilford Press.

Weiss, J. (1994). The Analyst Task: To Help the Patient Carry Out His Plan. *Contemporary Psychoanalysis*, 30(2), 236-254.

Weiss, J. (1998a). Patient's unconscious plans for solving their problems.  
Psychoanalytic Dialogues, 8(3), 411-428.