



Jan-Vegard Nilsen
Oslo

Hvorfor kjenner jeg på disse følelsene og hva skal jeg gjøre med dem?

Om motoverføringsbegrepet – betraktninger rundt ulike forståelser og anvendelser.

Kan jeg som terapeut, ved å lytte til og være oppmerksom på hvilke følelser som aktiveres i møtet med den andre, få tilgang til sentrale sider ved klienten som ikke nødvendigvis kommuniseres verbalt til meg i våre samtaler på kontoret – eller sier mine følelsesmessige opplevelser først og fremst noe om meg selv? Kan følelsene som vekkes i meg være til hinder for en konstruktiv terapeutisk prosess, eller kan jeg også anvende mine forskjellige emosjonelle responser på måter som kan fasilitere vekst og utvikling for klientene jeg møter i terapi? Hvordan kan jeg på kloke måter forholde meg til disse ofte sterke følelsene, som både naturlig og nødvendigvis vil aktualiseres i terapi? Skal jeg forsøke å unngå dem helt, eller gjøre som Askeladden i eventyret; spare på erfaringene og adressere de siden – eller skal jeg driste meg til å anvende fø-

lelsene her og nå, sammen med klienten? Hvis så, hvordan bringer jeg inn *mine* emosjonelle responser i dialogen på en konstruktiv måte, for klienten? Og, kan jeg egentlig vite hva som hører hjemme hvor? Er det virkelig mulig? Litteraturen om motoverføring dekker flere hyllemeter og betraktninger rundt de utvalgte innledende spørsmålene vil være mange og forskjellige. I denne artikkelen vil leseren introduseres for utvalgte stemmer i litteraturen om motoverføringsbegrepet og samtidig inviteres til å reflektere selv – over hvordan best forholde seg til de aktuelle spørsmålene som reises, i møter med sine klienter.

When treating eating disordered patients, having strong feelings is the rule rather than the exception. Pay attention to the range of

feelings encountered in the process, but do not blame or chastise yourself for having them (Zerbe, 1998, s. 49).

Prolog: en scene fra et sykehusmiljø¹

Kristina (28) er psykologstudent og arbeider deltid som miljøterapeut ved en avdeling som utreder og behandler barn- og ungdom med alvorlige spiseforstyrrelser. I dag har hun sin ukentlige kveldsvakt. Klokken er 15:45. I seg selv et tidspunkt som kan sette i bevegelse sterke følelser for personalet som arbeider ved avdelingen. *Hvorfor?* Det nærmer seg dagens tredje fellesmåltid. Mye står på spill, og det er ikke nødvendigvis bare pasientene og foreldrene som gruer seg til maten står på bordet. Middagen serveres presis klokken 16:00 i et fellesrom tilknyttet avdelingens kjøkken. En kokk tilbereder maten og personalet sitter sammen med hver sin familie under de faste måltidene. En av hovedopp-gavene for Kristina under middagen blir å se til at barnet gjennomfører måltidet i henhold til kostplanen og forsøke å støtte foreldrene og barnet til å følge behandlingsavtalens avklarte og udiskutable rammer. Selv om personalet ved avdelingen har en gjennomgående felles forståelse for at spiseforstyrrelser handler om så mye mer enn mat, blir måltidene ved avdelingen typisk en kontekst hvor barnet og familiens strev *viser seg* tydeligst. Det er som om de relasjonelle og følelsesmessige utfordringene mellom foreldre og barn, og barnets særlige psykologiske vansker og den spesielle dynamikken mellom familie og hjelpesystem, "havner i matfatet". Og – til tross for at behandlingsavtalene er rimelig fastlagte, på forhånd, kan ikke selv den beste kontrakt administrere bort tilstedeværelsen av sterke følelser.

Kristina har i dag blitt tildelt ansvaret med

¹ Leseren minnes om at de kliniske eksemplene i teksten er konstruerte. De har dermed sitt opphav i forfatterens fantasi, og er her først og fremst med for å bidra til å gjøre teksten mer lesevennlig og for å supplere tekstens teoretiske hovedtema; motoverføringsbegrepet; ulike forståelser og anvendelser. Eksemplene er dermed ikke ment som illustrasjoner for hva som er vanlig praksis ved en sykehusavdeling og det vil være naturlig og forståelig at leseren finner eksemplene unyanserte, og også karikerte. Hvis noe likevel skulle overensstemme med "virkeligheten" må det være at også forfatteren, som Kristina i eksemplene, i perioden 2004–2006, arbeidet deltid ved en sykehusavdeling ved siden av studiene.

å være hovedkontakten til Andrine, en jente på snart 14 år, som er innlagt sammen med sine foreldre for andre gang. Kristina er vanligvis primærkontakt for to andre pasienter. De er nå hjemme i permisjon og Kristina kjenner Andrine og hennes familie kun fra sporadiske møter i avdelingen. Kristina har arbeidet deltid ved avdelingen i 7 måneder. Andrine har vært alvorlig syk i 4 år. Foreldrene er slitne og stiller personalet mange kritiske spørsmål rundt hvorfor ting tar så lang tid. Foreldrene har flere ganger meldt fra til ledelsen om at de ikke er helt fornøyde med måten enkelte i miljøet møter datteren, og selv om personalet er glad for, og også aktivt inviterer foreldrene til å gi tilbakemeldinger om hvordan de opplever behandlingen, er det flere i personalgruppen som nå begynner å bli lei og omtaler foreldrene i negative vendinger. Foreldrene er også tidvis kritiske til at det arbeider så mange unge og relativt nyutdannede ved avdelingen; en avdeling som skal være spesialister på området.

Innledning

Begreper som setter søkelyset på terapeuten – meg selv som terapeut – og på selve forholdet mellom meg og den eller de jeg forsøker å hjelpe, blir nærliggende å kjenne til. Motoverføringsbegrepet er et slikt begrep. Motoverføringsbegrepet var opprinnelig knyttet til klassisk psykoanalyse. Det var her begrepet først ble "oppdaget" eller mer presist; konstruert (Gabbard, 1999). Mitt forhold til psykoanalyse og psykoanalytisk orientert teori kan beskrives på linje med det Sundet (2000) omtaler som "den besøkendes" (s. 182). Til tross for at jeg ikke har en formell utdanning i psykoanalyse finner jeg her en rik kilde til inspirasjon. Tidvis også frustrasjon. Det blir min påstand at relevante begreper ofte frustrerer. De både berører og utfordrer – og fasiliterer dialog, nye forståelsesperspektiver og utvidet mening. For meg representerer motoverføringsbegrepet et slikt begrep.

De sentrale psykoanalytiske begrepene har vært gjenstand for kontinuerlig kritisk diskusjon. I dag møter vi gjerne en beskrivelse av samtidens psykoanalyse og psykoanalytisk orientert praksis som utpreget pluralistisk. Begreper med historiske røtter i psykoanalysen har også blitt tatt opp i og funnet sin særlige form innenfor andre og tilgrensende

terapimodaliteter, om enn i en annen språkdrakt. Samtidens pluralisme korresponderer både til mangfoldet av teoretiske begreper, de mange forskjellige konseptualiseringer av tilsvarende begrep og det rike tilfanget av ulike terapeutiske strategier og teknikker. Teoretiske og kliniske begreper konstrueres, utfordres, modifiseres og videreutvikles, slik at både meningsinnholdet per se, de konseptuelle avgrensningene, og anvendelsesmåtene endres over tid. I følge Sandler, Dare og Holder (1992, s. 2), er psykoanalytiske begreper "...not at all well defined, and changes in their meanings have occurred as psychoanalysis has developed and aspects of its theory have changed".

Motoverføringsbegrepet er intet unntak. Som vi skal se har begrepet gjennomgått radikale endringer og slik blitt utvidet, både med henhold til meningsinnhold og klinisk anvendelse. En utvikling som vil fortsette. Innledningsvis kan vi slå fast at begrepet har gjennomgått en bevegelse fra en forståelse av at terapeutens motoverføringer utelukkende representerer *hindringer* for den terapeutiske prosess – og derfor blir noe som må overkommes for at virksom behandling skal finne sted, til en forståelse av at terapeutens motoverføringer representerer et *potensielt virksomt klinisk instrument*, som terapeuten kan gjøre bruk av for å få økt forståelse for og innsikt i pasientens særlige problematikk. Vi ser dermed en utvikling fra *utelukkende hindring*, til *potensiell lindring*.

Countertransference is both a source of valuable information about the patient's internal world and an interference with the treatment (Gabbard, 2005, s. 21).

Hvorfor denne interessen for motoverføringsbegrepet? I tillegg til å være del av mitt foretrukne kliniske lytterspektiv, det vil her si viktigheten av å forsøke "å lytte innover" – mot meg selv – når jeg er involvert i dialoger med klienter (Nilsen, 2013) og kolleger, springer ønsket om å løfte frem begrepet også fra min opplevelse av at motoverføringsbegrepet i beskjeden grad blir viet den plass og oppmerksomhet det kan fortjene i dagens psykiske helsevern for barn og unge (jf. Schowalter, 1986; Berlin, 1987; Brandell, 1992; Gabel & Bemporad, 1994; Rasic, 2010); både ved sykehusavdelinger og ved travle poliklinikker. Selv om det finnes flere unntak (eks. Tsiantis, Sandler, Anastasopoulos & Martindale, 1996; Schowalter, 1986; Brandell, 1992; Rasic,

2010; Blake, 2011) er også fortsatt mye av litteraturen som betrakter og anvender begrepet, både teoretisk og klinisk, knyttet til kontekster hvor voksne klienter er i fokus. Like fullt blir det lite kontroversielt å hevde at *de relasjonelle fenomenene* begrepet søker å favne er høyst aktuelle, uavhengig av terapeutisk metodepreferanse og klientenes alder. Og vi kan legge til; aktuelt på tvers av klinisk kontekst. Det vil si at begrepet blir relevant og nærliggende å kjenne til uavhengig av hvorvidt en for eksempel jobber arenafleksibelt, med par og familier, som miljøterapeut i et sykehusmiljø, eller individuelt på kontoret. Kliniske møter er fremfor noe emosjonelle møter og uavhengig av hvorvidt emosjoner eller affekter er et spesifikt fokus i terapien, så vil sterke følelser i vid forstand uunngåelig aktualiseres og også influere både vår forståelse og våre konkrete valg i terapi. Motoverføringsbegrepet og de kliniske fenomenene det søker å si noe om, blir dermed relevant for alle som er engasjert i terapeutisk arbeid med barn og unge – og derfor ikke reservert for psykoanalytikerne eller den psykoanalytisk orienterte psykoterapeut.

... I use this concept daily. I am always asking myself what am I feeling when I am with a child. I try to go beyond the words or the play and monitor my feelings. I don't want to pretend that this leads to great insights or understanding about the child. Most of the time it is difficult to articulate what I feel. However, this question is helpful when I find myself having a strong response to the child (Blake, 2011, s. 53).

Tilbake til scenen: sykehusavdelingen

...it is only when the therapist can stand back from the powerfully involving therapeutic relationship and understand what is being enacted that he can begin to disentangle himself from a quasi-parental relationship and start to delineate a necessary boundary between himself and the patient (Hughes, 1997, s. 268).

Aktivisering av sterke følelser. Ved behandling av alvorlige spiseforstyrrelser, vekkes typisk sterke følelser hos hele personalgruppen (Buhl, 1990). Personalet består av en rekke faggrupper, med forskjellige rol-

ler og ansvarsområder, som på ulike måter er aktivt involvert i den tverrfaglige behandlingen (eks. psykolog, klinisk ernæringsfysiolog, barnepsykiater, fysioterapeut, familierapeut, sykepleier, klinisk barnevernpedagog, annet miljøpersonale med og uten diverse videreutdanninger, ekstravakter som leies inn ved behov). Variasjonen i kompetanse og klinisk erfaring er nødvendigvis stor. Et følelsemessig kjernedilemma for personalet blir ofte den velkjente ambivalens som vekkes når man på den ene siden skal etablere og vedlikeholde en trygg terapirelasjon, kjennetegnet av respekt og gjensidig tillitsforhold, og samtidig fungere som representanter for udiskutable rammer og utvise normative holdninger med henhold til måltider, regulering av hvile og aktivitet (Beumont & Vandereycken, 1998). Her kan språk om motoverføringer komme til nytte.

Kristinas posisjon. Som psykologstudent på femte året har Kristina blitt noe kjent med motoverføringsbegrepet, blant annet gjennom en undervisningsmodul i dynamisk terapi ved universitetet. Hun opplever begrepet intuitivt relevant i sitt arbeid ved sykehusavdelingen, og særlig som et veiledende begrep for å utvikle et mer nyansert og reflekstivt språk for å beskrive noe av det hun erfarer iscenesettes, eller spilles ut – i døgnposten; både i pasientgruppen, i den enkelte familie, mellom pasienter og personalet og personalet i mellom. Først og fremst som grunnlag for å forme tentative idéer om ”hva som skjer”, heller enn å gi tilgang på objektive sannheter. Kristina opplever også at begrepet godt lar seg integrere med det hun så langt har lært om psykoterapi generelt og terapirelasjonens potensielle virksomme kraft spesielt. Hun finner det også befriende å lære om begreper som setter fokus på terapeuten, all den tid terapien må virke gjennom henne. Hun opplever det dessuten naturlig å integrere sin foreløpige kjennskap til motoverføringsbegrepet med det hun har lært om såkalte mentaliseringsbaserte tilnæringer og denne tradisjonens opptatthet av å fasilitere refleksive rom og stimulere nye forståelsesperspektiver, som igjen kan åpne opp for nye handlingsalternativer; både hos klient og terapeut. Spesifikt har hun her med seg grunnleggende holdninger om å ”ikke forstå for fort” og et generelt ønske om å kunne være en hjelper som ”smir mens jernet er lunkent”, det vil si bestrebe seg på å ikke utagere sine umiddelbare emosjonelle atferdstilbøyeligheter, når hun føler

sterkt i møter med klienter. Samtidig erfarer hun at språk og dialoger om motoverføring og de relasjonelle fenomenene begrepet berører, nærmest er fraværende blant personalet som arbeider ved avdelingen. Når begrepet anvendes merker hun også at det eksisterer svært mange ulike definisjoner og forståelser, og hun lurer ofte på om hun selv har misforstått det hele.

Følelser kan komme på avveie. Rapporter ved sykehusavdelinger vekker typisk sterke følelser, som ikke nødvendigvis artikuleres som det; følelser. Her skal mange timers arbeid formidles fortettet på kort tid og mange subjektive opplevelser og idiosynkratiske vurderinger vil artikuleres og få forrang. Nyansene kan bli borte, atferdsbeskrivelsene mange, og det blir bare unntaksvis tid til å bringe inn mulige metaperspektiver på dagens ulike små og store hendelser. Personalet som ”leverer” rapporten skal hjem, og blir ikke nødvendigvis opptatt av å berede grunnen for en god overgang til personalet som skal på. Ved overlappingen fra dagvakt en time tidligere fikk Kristina informasjon om at både frokost og lunsj gikk veldig bra i dag. Andrine spiste helt uten protester! Flere bemerket under rapporten at de ikke hadde opplevd henne så medgjørlig før. ”For et humør! Skulle nesten tro hun var forelsket”. Andrine fullførte begge måltidene i henhold til avtalen og hun var hverken ufin i kommunikasjonen eller griset med maten, slik hun har hatt for vane å gjøre – ”ikke én gang måtte jeg be henne kutte ut grisinga!”. Det ble samtidig antydning at Andrine mest sannsynlig ville nekte å spise noe som helst til middag, så Kristina var herved advart! For Kristina forble det uavklart *hvorfor* Andrine ikke kom til å spise til middag, men flere som rapporterte fra dagvakt mente de kunne ”se” et tydelig mønster; at Andrine alltid ”streiket” etter å ha vist at hun kan spise helt upåfallende – som i dag. En kollega bemerket at det kan se ut som om hun så å si ”tar seg i det” – og bare *må* gjøre det motsatte igjen. ”Det kan se ut som hun har full kontroll...kanskje hun må straffe foreldrene for *noe*”, foreslo en og la til; ”jeg føler definitivt at det er noe med han faren, han virker ikke helt god”. En annen var overbevist om at det gikk såpass bra i dag nettopp fordi foreldrene *ikke* var tilstede – ”det går jo mye bedre da, når hun slipper det maset... særlig fra mor...at hun ikke skjønner det nå...”. En annen formidlet noe i samme retning og stilte nok en gang spørsmål ved hvorfor Andrine egent-

lig må være innlagt sammen med foreldrene, igjen, når det jo har vist seg tidligere at foreldrene ikke klarer å gi henne den støtten hun så sårt trenger. En annen lurte på hvorfor barneverntjenesten ikke var koblet inn i saken og mumlet noe om en litt utydelig teamleder. Overlappingen ble dermed raskt en lengre diskusjon rundt foreldrenes dugelighet, før en annen kollega avbrøt og sa sin mening om at han trodde det gikk såpass bra i dag fordi det var Juliane som var på jobb og hadde ansvaret; "Andrine har så god kontakt med henne, hun virker så trygg når Juliane er på jobb, vi skulle ha klonet Juliane!".

Motoverføringsbegrepet: revisited

Den terapeutiske alliansen og overføringen er begge begreper som har blitt anvendt i tilknytning til aspekter ved relasjonen mellom pasient og terapeut. Begge begrepene synes å vektlegge prosesser som i overveiende grad opptrer hos pasienten; begge tenderer dermed mot å fokusere hovedsakelig på den ene siden av relasjonen (i.e. *pasientens*). Med motoverføringsbegrepet får den psykoanalytiske litteratur og tenkning et begrep som vender oppmerksomhet mot terapeuten. På samme måte som overføring i svært vid forstand ofte anvendes synonymt med alt som kjennetegner pasientens relasjon til terapeuten, har motoverføringsbegrepet ofte blitt anvendt som en generell betegnelse som søker å favne samtlige av terapeutens følelser og holdninger overfor pasienten (Sandler et al., 1992; Brandell, 1992). En slik anvendelse er svært forskjellig fra det opprinnelige meningsinnholdet, og som en følge har det oppstått mye forvirring rundt den presise meningen med begrepet. En slik vid forståelse er også svært omdiskutert (Eagle, 2000; Sandler et al., 1992; Gullestad & Killingmo, 2005).

Følelser smitter og det kan være krevende å gjøre seg opp en selvstendig forståelse – og ikke leve ut det umiddelbare. Under rapporten kjente Kristina umiddelbart på en sterk uro over at akkurat hun fikk ansvaret for Andrine i dag. Det var som om hennes faglige fundament falt fra hverandre. Følelsene tok overhånd. Skylappene kom snikende. Hun hadde mest av alt lyst til å slippe. Hun fantaserte et kort øyeblikk om å raskt "pådra seg omgangssyke" – og slik finne en lett vei ut. Hun var også overbevist om at hun ikke kunne være så god som Juliane, og hun

var i det hele tatt svært engstelig for hvordan midt dagen skulle forløpe. Hun lot likevel være å si noe om sitt ubehag, og sa heller noe slik som at hun ville prøve å gjøre så godt hun kunne. Hun ble også ekstra stresset over å høre at det hadde gått så bra tidligere i dag. Hun kunne nå levende visualisere at hun skulle bli den heldige utkårete som ikke skulle få det til, som skulle mislykkes fullstendig med å fortsette den gode trenden fra de to foregående måltidene. Hun kjente på et tyngende ansvar. Som om hun skulle bære ansvaret for hvorvidt Andrine spiste, alene. Som om det var hennes "feil", dersom Andrine vegret. Hun ble også stresset ved tanken på hva kollegaene ville tenke om henne og ikke minst fryktet hun foreldrenes reaksjoner, som nå var på plass i avdelingen. Kanskje mener de at jeg ikke passer til dette? Kanskje vil foreldrene klage til ledelsen, på meg spesifikt? Det gikk så langt at hun var i gang med å planlegge en forsvarstale – og tanken om en annen jobb streift henne. Engstelsen beveget seg nærmest mot paranoide forestillinger om et forestående oppgjør med kontrollkommissjon og statlig helsetilsyn. Klokken nærmet seg 16:00.

Status presens anno 1965: Den klassiske vs. den totalistiske forståelsen av motoverføring

I sin gjennomgang av motoverføringslitteraturen dro Kernberg (1965; og referert hos Tansey & Burke, 1989, s. 10) opp et skille mellom to ulike hovedtilnærminger til forståelsen av motoverføringsfenomener. Kernberg kom – som vi skal se senere i fremstillingen – med kritiske argumenter mot begge posisjonene (Sandler et al., 1992). Den ene tilnærmingen ble omtalt som *den klassiske* og den andre fikk betegnelsen *den totalistiske*.

I henhold til den klassiske forståelsen korresponderer motoverføring til terapeutens egne ubevisste, patologiske (i.e. nevrotiske) reaksjoner overfor pasienten. Disse representerer (re-representer) uløste konflikter som må løses og overvinnes for at terapeuten skal kunne drive god og hensiktsmessig behandling. Tilnærmingen er, som vi skal se, i overensstemmelse med Freuds forståelse av motoverføring; synet på terapeutens motoverføring som en *hindring* som må overkommes. Terapeutens følelsesmessige reaksjoner overfor pasienten står slik i veien for en forståelse av pasientens ubevisste

konflikter. Denne klassiske forståelsen er i overensstemmelse med det Gullestad og Killingmo (2005) i dag argumenterer for at bør forstås som terapeutens egen overføring, *til forskjell* fra hans/hennes motoverføringer.

Den andre hovedtilnærmingen utvider motoverføringsbegrepet til å gjelde samtlige av terapeutens (i.e. totale) responser overfor pasienten, så vel bevisste som ubevisste holdninger, følelser og atferd. Denne forståelsesformen utfordrer dermed det klassiske syn som målbærer at motoverføringer representerer en hindring som må overkommes. Terapeutens motoverføringer blir her betraktet som et *potensielt virksomt middel* for å forstå pasientens karakteristiske problematikk. Motoverføringsbegrepet har dermed gått fra å representere en hindring, til å få status som et "...forskningsinstrument i pasientens ubevisste" (Heimann, 1950, s. 81, referert i Gullestad & Killingmo, 2005, s. 134). Tilhengere av den totalistiske tilnærmingen argumenterer videre for at den vanlige distinksjonen mellom terapeutens "...so-called realistic perceptions and his neurotic perceptions is fallacious, since perceptions virtually always involve elements of past and present reality" (Tansey & Burke, 1989, s. 10). Som vi skal se senere representerer dette totalistiske grunnsynet – i henhold til Sandler og medarbeidere (1992) og Gullestad og Killingmo (2005), en for enkel og generell modell.

Tilbake til utgangspunktet: Freuds konseptualisering av motoverføring

Gullestad og Killingmo (2005) bemerker at første gang Freud brukte begrepet motoverføring var i et brev han skrev til Jung, som på det aktuelle tidspunktet var involvert i et forhold med en pasient. Dette var noe som skal ha vekket bekymring hos Freud. Her viste motoverføring til følelser som først og fremst fortalte noe om terapeuten som person; begrepet korresponderte i denne betydningen til "...aktivering av uanalyserte følelser og impulser hos terapeuten som kunne virke ødeleggende på behandlingen" (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 135). I denne forståelsen blir dermed motoverføring ikke noe som gir informasjon om pasienten, men om terapeuten – alene. Freud introduserte begrepet i sine teoretiske arbeider for første gang i 1910 (Bateman & Holmes, 1995). Et sitat som

ofte trekkes frem i litteraturen for å belyse Freuds forståelse og posisjon er følgende:

We have become aware of the "counter-transference", which arises in the physician as a result of the patient's influence on his unconscious feelings, and we are almost inclined to insist that he shall recognize this counter-transference in himself and overcome it (Sandler et al., 1992, s. 82).

For Freud representerte dermed motoverføring noe som han betraktet som en hindring for en uforstyrret persepsjon, og følgelig måtte den overkommes (Gullestad & Killingmo, 2005). Bateman og Holmes (1995, s. 110) oppsummerer Freuds tilnærming på følgende måte: "Countertransference interfered with accurate listening to unconscious processes, and led to failures in maintaining the recommended analytic position of a mirror-like posture. It was not considered useful in understanding unconscious communications". Freud videreutviklet ikke begrepet i samme retning som han gjorde med overføringsbegrepet (Sandler et al., 1992).

Fremveksten av et nytt syn på motoverføring

Kritikk av den klassiske tilnærmingen. Kernberg (1965) kritiserte i den ovennevnte oversiktsartikelen det klassiske synet, ved at denne tilnærmingen kunne bidra til å skape en forståelse av motoverføringsfenomener som noe galt. En slik forståelse kan i ytterste konsekvens gi næring til en fobisk holdning hos terapeuten, som heller mot at terapeutens egne emosjonelle reaksjoner er noe som må unngås, noe som igjen kan bidra til at forståelsen av pasienten begrenses (Sandler et al., 1992, s. 88). Blant de første som eksplisitt formulerte tanker omkring motoverføringens positive verdi var Paula Heimann. Hennes bidrag har vært viktig for den såkalt mer moderne forståelsen av motoverføring (Brandell, 1992; Bateman & Holmes, 1995; Gabbard, 1995). Det essensielle ved den nye betraktningen var at terapeutens egne følelser, holdninger og assosiasjoner, som *gjensvar* på pasientens kommunikasjon og atferd, *kunne* være til hjelp for å forstå de ubevisste prosessene som foregikk i pasienten. Dette til tross for at terapeu-

ten i begynnelsen ikke nødvendigvis var dem (i.e. prosessene) fullt ut bevisst, "...and only recognise them by careful self-scrutiny" (Bateman & Holmes, 1995, s. 111). Terapeutens følelser blir dermed ansett som en *potensiell informasjonskilde*, en kilde til informasjon om pasientens særlige problematikk. Terapeutens selvgranskning og analysering av egne følelsesmessige reaksjoner blir dermed sentralt. Heimann gikk imidlertid videre og argumenterte for at man kunne betrakte *samtlig* av følelsene terapeuten opplevde i møte med pasienten som motoverføring, "...all the feelings the analyst experiences towards his patient" (i.e. et totalistisk syn), og antydte videre at motoverføringene ikke bare er en del av overføring-motoverføring dynamikken i terapirelasjonen, men at de er "...the patient's creation, it is part of the patient's personality" (Bateman & Holmes, 1995, s. 111). Denne tilnærmingen viser tydelig hvor nært forbundet denne forståelsen av motoverføring var med begrepet proektiv identifikasjon. Klein selv var bekymret for denne forståelsen og argumenterte for at begrepene burde holdes atskilt (Bateman & Holmes, 1995). For Klein forble proektiv identifikasjon en intrapsykisk mekanisme, og ikke et relasjonsbegrep, på linje med dagens forståelse (Gullestad og Killingmo, 2005, s. 130).

Fra 70-tallet og fremover. Selv om konseptualisering av motoverføringsfenomener har røtter tilbake til Freuds samtid, og at det på 50-tallet ble produsert en rekke sentrale artikler om temaet (bl.a. bidro Winnicott, Little, Money-Kyrle, Racker og som vi har sett eksempel på; Heimann, til å videreutvikle begrepet), har en spesielt fra 1970-tallet sett en dreining mot et økt fokus mot terapeutens holdninger, følelser og profesjonelle holdning (Sandler et al., 1992, s. 81; Brandell, 1992; Bateman & Holmes, 1995; Gabbard, 2005). Med den gradvise fremveksten av interpersonlig teori og et generelt større relasjonelt fokus innenfor psykoanalytisk teoriutvikling, blir dermed interessen for terapeutens emosjoner stadig viet større oppmerksomhet. Ved å utforske og betrakte sine egne følelser, "...kan terapeuten komme på sporet av hva pasienten ubevisst kommuniserer" (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 134). Det essensielt nye var, som antydte ovenfor, at:

... the analyst has elements of understanding and appreciation of the processes occurring

in his patient, that these elements are not immediately conscious, and that they can be discovered by the analyst if he monitors his own feelings while listening to the patient (Sandler et al., 1992, s. 86).

Strikken tøyes for langt? Kritikk av den totalistiske forståelsen. Kernberg (1965; og referert hos Sandler et al., 1992, s. 88) understreket i den omtalte oversiktsartikkelen at utvidelsen, mot å inkludere samtlige av terapeutens emosjonelle responser, var forvirrende og bidro til at begrepet mistet spesifikk mening. Dette synet deles også av Gullestad og Killingmo (2005). I følge forfatterne blir den totalistiske forståelsen av motoverføring alt for vid og generell, og de umiddelbare følgene blir at begrepet mister viktige nyanser og avgjørende presisjon. I overensstemmelse med denne forståelsen påpeker Sandler og medarbeidere (1992) at attribuering av ny mening i mange tilfeller har vist seg å vanne ut mange av de psykoanalytiske begrepene. Gullestad og Killingmo (2005) tar derfor til orde for at et "...begrep blir et dårlig begrep hvis det åpner for flertydighet eller har for stor elastisitet" (ibid., s. 80). Motoverføring bør i henhold til Gullestad og Killingmo (2005) defineres som "...spesifikke emosjonelle reaksjoner som aktiveres i terapeuten i møte med spesifikke kvaliteter hos pasienten" (ibid., s. 137), og videre fremhever de at begrepet viser til "...terapeutens affektive reaksjoner på ubevisst kommunikasjon fra pasienten" (ibid., s. 134).

Et viktig argument hos Gullestad og Killingmo (2005) blir dermed at med det totalistiske perspektiv, forsvinner distinksjonen mellom *terapeutens egne overføringer* og *motoverføringer*. Et sentralt poeng hos forfatterne, der de fremhever den kliniske nytteverdien av "...å ha et distinkt begrep for terapeutens ubevisste og uanalyserte reaksjoner" og påpeker videre at det "...er interessant å konstatere at den fare Freud var opptatt av – faren for "blinde flekker" og for projeksjon av terapeutens egne temaer på pasientens – i liten grad artikuleres i dagens litteratur" (ibid., s. 136).

Konseptualiserer man motoverføring som alle terapeutens følelser blir det dermed så å si umulig å vite "hva som er hva"; hva som har sin genuine opprinnelse i interaksjon med pasienten (hva som er et følelsesmessig gjensvar og en mulig kilde til forståelse av pasienten) og hva som i større grad

bør tilskrives terapeutens egen personlighet og unike erfaringsopplevelser.

Fra konseptuell elastisitet til flertydighet – et problem som bør overkommes? Samtidig med at mange terapeuter i dag artikulere en totalistisk forståelse av motoverføringsbegrepet ser man uttalte eksempler på en samtidig dreining mot at andre tilgrensende begreper i økende grad blir konseptualisert som aspekter ved motoverføring. Dette er en tilnærming som blant annet Tansey og Burke (1989) er tilhengere av:

We view countertransference as an umbrella term encompassing the concepts of projective identification, introjective identification, and empathy. Countertransference refers to all the reactions the therapist has in the interaction with the patient, reactions that may or may not be the result of projective identifications from the patient and may or may not be processed in a manner that could be labeled empathic. Empathic trial identifications (introjective identifications) are a subset of the larger universe of identificatory experiences existing under the label of countertransference (Tansey & Burke, 1989, s. 41-42).

Gullestad og Killingmo (2005), i overensstemmelse med Sandler og medarbeidere (1992), er svært bekymret for en slik videreutvikling og – som anført ovenfor – understreker de viktigheten av distinkte og klart avgrensede begreper. Særlig er de opptatt av å avgrense fra empati. Forfatterne fremhever at empati korresponderer til "...innlevelse i følelser som ikke nødvendigvis er rettet mot terapeuten" og minner om at motoverføring er, per deres definisjon, "...svar på et relasjonsbudskap" (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 135). Terapeuten kan for eksempel anstrenge seg for å inntone seg eller aktivt leve seg inn i en fortelling hvor pasienten skildrer aspekter ved sitt problematiske forhold til en nær venninne, eller rådgiver på skolen. En annen viktig forskjell som fremheves er i hvilken grad pasienten er kommunikasjonen bevisst. Empati omfatter i overveiende grad følelser, reaksjoner og opplevelser som er bevisste for pasienten selv, til forskjell fra motoverføring, som "...fanger inn den ubevisste dynamikken", og i forlengelse av dette resonnementet argumenterer forfatterne for, "...at liksom drømmen for Freud var kongeveien

til det ubevisste, kan motoverføringen sies å være kongeveien til underteksten i mellommenneskelig kommunikasjon" (Gullestad og Killingmo, 2005, s. 135).

Press og rolletildeling – Joseph Sandlers viktige konseptuelle bidrag. Et annet viktig aspekt i følge Gullestad og Killingmo (2005) er at motoverføring, til forskjell fra empati, er uttrykk for en type press; "...pasienten har en ubevisst intensjon om å vekke nettopp denne reaksjonen hos terapeuten" (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 135). Det presset som det her refereres til er nært forbundet med Joseph Sandlers forståelse av terapirelasjonen, som et "role-relationship", og i hans anerkjente tekst fra 1976 lanserer han samtidig begrepet "role-responsiveness" (Sandler, 1976; Sandler et al., 1992, s. 91). Begrepet "role-relationship" peker på selve relasjonen mellom pasient og terapeut og begrepet "role-responsiveness" adresserer mer spesifikt de prosessene som settes i bevegelse – i terapeuten – i "response to" pasientens verbale kommunikasjon eller atferd (Holder, 2005, s. 164, Sandler, 1976). Sandlers forståelse har hatt viktige implikasjoner for forståelsen av motoverføringsbegrepet og for hvordan terapeuten gjennom å adressere sine egne opplevelser, ved selvgranskning og selv-refleksjon, kan komme til å få innsikt i viktige aspekter ved pasienten generelt og spesielt; i pasientens ubevisste rolletildeling. Sagt på en annen måte; motoverføringene kan hjelpe terapeuten slik at hun/han unngår å bli utspilt og at historien gjentas – slik Sandler formulerer det. Sandler påpeker at pasienten vil forsøke å aktualisere, og "...to bring about in reality, the self-object interaction represented in his dominant unconscious wishful fantasy" (Sandler et al., 1992, s. 91). Det teoretiske grunnlaget for Sandlers overveielser blir hans forståelse av at;

... individuals, whether in analytic treatment or not, build up internal object relationships of a wishful nature which they attempt to actualize in a real relationship. This is precisely what also happens in the treatment situation where the analyst, in his countertransference, may feel manipulated by the patient (Holder, 2005, s. 164).

Tilbake til sykehusavdelingen

I den miljøterapeutiske delen av den tverrfaglige behandlingen møter personalet særlige utfordringer med henhold til ikke å spille ut rollene som (ubevisst) blir tildelt av pasienten og foreldrene. Ikke sjeldent kan en se eksempler på at personalet har vanskeligheter med å opprettholde den nødvendige profesjonelle distansen til den innlagte ungdommen. I enkelte tilfeller kan en få en fornemmelse av at det nærmest utspiller seg en kamp mellom personalgruppen og pasienten, og også personalet seg i mellom. *Spissformulert*; personalet skal endre pasienten og "sloss" seg i mellom om hvem som har forstått ting best og hvem som har den beste kontakten med pasienten – pasienten skal gjøre alt han/hun kan for å sabotere ethvert forsøk på endring. Sterke følelser er i bevegelse og nettopp ser vi dette i miljøet. Ikke sjeldent kan en havne i mønster av typen; "å gjøre mer av det som ikke nytter". Med fare for å overforenkle og generalisere kan det være fristende å foreslå at *noen ganger* kan slike mer uhensiktsmessige scenarier i sykehusmiljøet tilskrives en manglende forståelse og toleranse for hva som *kan* forårsake slike sterke følelser, både hva gjelder egne overføringer og motoverføringer, kombinert med en noe begrenset forståelse for spiseforstyrrelsens fenomenologi og psykopatologi. Veien fra å føle og handle klokt, til å utagere spontant – kan bli kort, også for oss såkalt profesjonelle. Det kan også være fristende å hevde at vi ofte bare ser det manifeste budskapet, men ikke hva som *egentlig* foregår – undertekstene. Det er selvsagt ikke mulig at alle skal, eller kan, forstå og ivareta "alt" til enhver tid, men av og til kan en slik manglende avstand og fokus på "det terapeutiske prosjekt", få uheldige følger.

Av og til kan man for eksempel se personal som (ubevisst) spiller ut rollen som den omsorgsgivende mor/far, eller den gode venn. Som blir smigret når pasienten forteller ham hvor fint det er når akkurat han er på jobb og som jobber gratis overtid og stikker innom avdelingen på egen fritid. Dette trenger ikke nødvendigvis være destruktivt, men man mister lett avstanden. Perspektiver kan snevres inn. Personalet kommer og går. Pasienten blir værende. Ubevisst bedriver en ofte dermed heller behovstilfredsstillelse, enn terapi; og det blir heller mer av det samme og endring uteblir. Satt på spissen; historien gjentas, med alles innsats. Persona-

let har også gjerne forskjellige (ubevisste) private agendaer og flere parallelle prosesser *kan* få rom til å utspille seg i en døgnenhet – og det *kan* bli tydelig at det er vanskelig å skille mellom det å ha en følelse for pasienten, og det å handle på den; være følelsen så å si. Behandlingsmøter og kliniske møter brukes heller ikke sjeldent til å diskutere perifere spørsmål, og man mister også her lett det terapeutiske fokus. Mennesket pasienten blir lett borte. Fokus kan for eksempel bli pasientens mange "smarte triks" og vidunderlige evne til å manipulere behandlerne ("hun drakk seg opp fire liter før veiing, helt utrolig!"), heller enn et fokus på den underliggende psykopatologi – og prosjekt forandring; "...det som av henne oppleves som nødvendige beskyttelsestiltak, oppfattes lett som ondsvinnete forsøk på å devaluere eller lure behandlerne" (Buhl, 1990, s. 139). Innimellom trekkes likevel metanivåer inn og man evner å tre et steg til siden og dele og utforske ideer om "hva som muligens skjer" og "hvordan sammen bidra til å skape mer optimale rammer for vekst og utvikling". Ikke sjelden ser man også eksempler som tyder på at aspekter ved familien og pasientens *unike drama* utspilles i avdelingen, og at personalets ivaretagelse av "konflikten", i like stor grad bidrar til å opprettholde lidelsen, som å bryte det repetitive uhensiktsmessige mønsteret (Hughes, 1997). Behovet for åpenhet omkring de naturlige og uunngåelig mangefasettede følelser som aktualiseres, og regelmessig og kontinuerlig veiledning innenfor en tillitsfull og trygg ramme, blir derfor i høyeste grad relevant.

Motoverføringer som et tveegget sverd – fasiliterende /hindrende. Den samme forståelsen, som artikulert hos Sandler (1976), finner vi igjen hos Gullestad og Killingmo (2005): Pasienten forsøker ubevisst å få terapeuten til å "handle" i overføringen, det vil si til å forholde seg på måter som tilfredsstillende eller er i overensstemmelse med infantile behov. Ved ubevisst å handle, svare opp til pasientens press eller appell, trer terapeuten ut av sin analytiske posisjon (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 126). Sentralt her er at terapeutens oppmerksomhet på slike, typisk ubevisst, tildelte roller *kan* tilveiebringe verdifull og relevant informasjon om pasientens særlige problematikk; "...vital clue to the dominant transference conflict and associated transference fantasies in the patient" (Sandler et al., 1992, s. 91). Slik kan terapeutens følelser, her; motoverføringer – tjene en fasiliterende rolle, først og fremst ved å fungere

hypotesegenererende. Terapeutens observasjoner og utforskning av sine egne følelser i møte med pasienten, ved selv-monitorering og selv-refleksjon, i tillegg til et fokus på selve dialogen slik den utspiller seg her og nå, kan dermed gi verdifull informasjon om hvordan pasienten samhandler utenfor terapirummet. Og utenfor avdelingen. Mer nyantert; kan gi verdifull, men tentativ, kjennskap til mulige sentrale konflikter og prosesser som foregår i pasienten og mellom pasienten og hans/hennes nærmeste. Det ovennevnte sitatet fra Gullestad og Killingmo presiserer samtidig at motoverføringene kan sammenlignes med et "tveegget sverd"; på den ene siden kan de tjene en fasiliterende funksjon (dersom terapeuten blir dem bevisst) og samtidig en mer hindrende og kanskje også destruktiv funksjon (dersom terapeuten "blir utspilt"; også selv om hun/han er dem bevisst). Et annet sentralt bidrag fra Sandler (jf. Holder, 2005) er hans anbefaling om at terapeuten bør anvende hva han omtaler som en "free-floating responsiveness", en parallell til den mer kjente "frittflytende oppmerksomhet":

While the "free-floating attention" is directed toward the verbal and nonverbal communications of the patient, the analyst's free-floating responsiveness is directed to the countertransference thoughts, fantasies, and feelings which that material evokes in the analyst's mind (Holder, 2005, s. 165).

Til tross for en økt interesse for motoverføring som fenomen og at det endrete fokus mot et mer interaktivt perspektiv på den terapeutiske prosess har vært vidtfavnende, er forskjellige forfattere uenige om hvordan terapeutens motoverføringer best kan anvendes (Mitchell & Black, 1995). Forfatterne her argumenterer videre for at klinikere kan anvende og arbeide med sine motoverføringer på mange forskjellige måter og at de ulike posisjonene kan noe forenklet organiseres omkring to spørsmål, henholdsvis; *hvorfor har terapeuten disse følelsene* og *hva skal terapeuten gjøre med følelsene* (Mitchell & Black, 1995). Hva man svarer på de enkelte spørsmålene, vil avhenge av hvilken forståelse den enkelte terapeuten har av begrepet, både hva gjelder implisitt kunnskap og eksplisitt viten og klinisk erfaring. Å bruke motoverføring som in-

strument innebærer at terapeuten veksler mellom opplevelse og refleksjon. Terapeuten må kunne tåle å bli midlertidig forstyrret eller overveldet for deretter å sortere ut og gjennomarbeide de ulike følelseskomponentene (Pick, 1985, referert i Gullestad og Killingmo, 2005, s. 137). Sagt på en annen måte; "... jeg må være både hos den andre og hos meg selv (Schibbye, 1999, s. 120), og dette blir idealet, virkeligheten kjennes ofte som en annen" (Nilsen, 2013, s. 42).

"Selvavsløring"

Å dele, eller ikke dele, eventuelt hva og hvordan – blir også viktige spørsmål.

Probably the most important dividing line in current approaches to using countertransference is around the question of whether the analyst's reactions ought to be in any way divulged to the patient, an intervention termed "disclosure" (Mitchell & Black, 1995, s. 246).

Først noen selvavsløringer. Spørsmål omkring selvavsløring kan omhandle en rekke fenomener ved terapeuten (Knox & Hill, 2003, Gaines, 2003). Ikke sjeldent "avslører" jeg aspekter ved meg selv i arbeid med yngre barn, og også ungdom og foreldre. Da hovedsakelig forhold som kan si noe om felles interesser ("jeg heier også på Liverpool", "den sangen liker jeg også"), relevant kunnskap, sivilstatus, eller mer generelle eksempler fra min tid som barn/ungdom. Ofte ut i fra en posisjon av at jeg vurderer slike selvavsløringer *kan* styrke relasjonen og minske opplevelsen av for store forskjeller. Mellom oss. Av og til kan jeg også avsløre mer følelsesmessige holdninger ("så fin den tegningen ble", "du har lagt ned en kjempeinnsats den siste tiden", "nå ble jeg bekymret"). Samtidig merker jeg at jeg blir mye mer tilbakeholden når det blir snakk om å anvende mer sterke emosjonelle responser – som vekkes i konkrete møter her og nå. Jeg forsøker her mer å "spare på" opplevelsene og reflektere videre over dem, heller enn å respondere spontant og automatisk. Like fullt er jeg opptatt av å være et genuint emosjonelt tilgjengelig menneske *for* klientene, og slik sett kjenner jeg på mange

blandede følelser i tilknytning til diskusjonene rundt hvorvidt motoverføringer skal deles, eller ei (Gabbard, 1999, Våpenstad, 2003, Gullestad, 2004). Av og til kjenner jeg meg også litt feig, og ikke sjeldent kan jeg tenke i retrospekt; jeg burde kanskje avslørt mer? Ofte kan det også deles noe, uten at det helt var intensjonen. Spesielt i slike situasjoner kan jeg komme på sporet av egne motoverføringsreaksjoner, dog i retrospekt. Som antydning blir min foreløpige og dermed foretrukne måte å anvende motoverføringsfenomener på innenfor en ramme av forsiktighet, og jeg foretrekker å forsøke å anvende egne følelser på en mer tentativ og hypotesegenererende måte. På linje med Gullestad og Killingmo (2005) blir jeg engstelig for at en *for* ukritisk og omfattende bruk vil kunne føre til at jeg lettere trer ut av den terapeutiske posisjon; det dynamiske tyngdepunkt kan forrykkes så å si. Som terapeut kan jeg dermed komme til å bli iscenesetteren. Fokuset blir ikke nødvendigvis på pasientens opplevelser; men mine opplevelser blir i større grad gitt figur. I verste fall kan jeg komme til å slutte fra mine følelser, til pasientens – prematurt, eller på fullstendig feil grunnlag. Selvsagt kan det være langt fra ideal og virkelighet. Også her.

Formidle eller ei. En viktig problemstilling blir altså spørsmålet om hvorvidt følelsene skal formidles eksplisitt til pasienten. Skal jeg som terapeut formidle mine subjektive, emosjonelle reaksjoner, her og nå? Eller skal jeg heller holde tilbake, vente, og i større grad anvende mine motoverføringer i en hypotesegenererende kontekst? Uenigheten i litteraturen omhandler dermed ikke hvorvidt terapeuten motoverføringer kan tjene en fasiliterende funksjon, men hvorvidt følelsene skal formidles, og vi kan legge til, på hvilken måte de bør formidles. I følge Tansey og Burke (1989), viser litteraturen at det foreligger "... three basic positions in regard to the disclosure of countertransference" og at de tre "... represent a continuum ranging from total abstinence, to utilization at highly selective points in treatment, and finally to more active and continuous usage of explicit countertransference material" (s. 135). De ulike terapeutenes posisjoner og preferanser synes å være nært forbundet med deres teoretiske tilnærming for øvrig.

Dynamisk tyngdepunkt - terapeuten som iscenesetter

En ofte artikulert bekymring fra et såkalt mer konservativt hold, er faren for at man ved å formidle følelser direkte, står i fare for å tre ut av den terapeutiske posisjon; det dynamiske tyngdepunkt forrykkes. Eagle (2000) retter – i overensstemmelse med Gullestad og Killingmo (2005) og Sandler og medarbeidere (1992) og i motsetning til Tansey og Burke (1989), oppmerksomheten mot farene ved en slik vid og generell forståelse av motoverføringsfenomenene:

...my main thesis is that, quite ironically, in reacting against the classical blank screen view of the analytic situation and presumably conceptualizing the therapeutic relationship more as an interactional two-person process...many contemporary psychoanalytic theorists have essentially produced a new and more subtle version of the blank screen analyst and a new version of a one-person psychology, with the analyst, rather than the patient, now as the primary focus of attention" (Eagle, 2000, s. 27).

Terapeuten er ikke lenger bare oppmerksom på følelsene som kontinuerlig, uunngåelig oppstår i det interaksjonelle felt, men følelsene artikuleres. Selve rammen for terapien utfordres og veien over i det mer konvensjonelle kan være kort. Implisitt ligger også faren for at terapeuten kan komme til å slutte fra sine egne følelser, til pasientens, prematurt. Som flere peker på "vet" man ofte først i ettertid hvorvidt man hadde med en virkelig motoverføring å gjøre, at terapeuten følelse ga gjen-svar, resonans, hos noe i pasienten.

Formidling av terapeuten motoverføringer kan også resultere i at terapeuten projiserer eget ubearbeidet konfliktmateriale (i.e. egne overføringer); "...the analyst may very well be absorbed with issues and problems of her own" (Mitchell & Black, s. 248). Med utgangspunkt i kunnskap og erfaring om hvor vanskelig det er å skille mellom eget og andres, kan terapeuten dermed vurdere det som mest hensiktsmessig å holde tilbake, og ikke eksplisitt dele reaksjonene her og nå, selv om terapeuten bør holde et øye på disse følelsesmessige

aktiveringene, fordi de kan, som tidligere antydet, gi verdifull informasjon om pasientens særlige problematikk.

Terapeutens motivasjon

Et annet mulig ankepunkt blir spørsmålet omkring terapeutens motiver for å formidle sine følelser;

...disclosure of the analyst's feelings may well serve the purpose of confessing guilt on her part, which is likely to make difficult for the patient to fully explore his own feelings (Mitchell & Black, 1995, s. 248).

Gullestad (2004) understreker i et gjensvar til en artikkel forfattet av Våpenstad (2003), viktigheten av å innta en særlig varsom holdning med henhold til å avsløre sine egne følelser, direkte i relasjonen; direkte om og til pasienten. Dette standpunktet er derimot ikke synonymt med at terapeuten ikke skal anvende sine følelser som en informasjonskilde, men forståelsen adresserer heller viktigheten av å være bevisst på selve formen terapeutens følelser formidles igjennom. I stedet for å si "jeg kjenner at jeg føler meg devaluert, skal vi se på hva det kan komme av", vil en mer hensiktsmessig formulering kunne være "det virker som jeg skal få føle at uansett hva jeg kommer med, skal det ikke være til nytte for deg" (Gullestad, 2004, s. 488). Den første formuleringen aktualiserer terapeutens følelser i seg selv; terapeuten kan for eksempel komme til å formidle en opplevelse av at pasienten har bidratt til at hun føler seg dum, hvilket kan gi pasienten skyldfølelse og hindre, heller enn å fasilitere, en videre utforskning. Reaksjonene kan være mange, også fruktbare, men strategien involverer en helt annen risiko; for lukking heller enn åpning og videre utforskning. Den alternative formuleringen er åpnere og rommer i større grad "...pasientens ubevisste relasjonsstrategi" (ibid.). Den kommuniserer en større grad av aktsomhet, og innehar i større grad en som-om-kvalitet, som muligens i større grad inviterer til felles undring og utforskning. Terapeuten slår ikke fast at det er slik. Følelsen er interessant og relevant, men den må ikke nødvendigvis formidles, direkte. Gullestads forståelse er dermed, slik jeg forstår den, mer

i overensstemmelse med Kernberg (1994, referert i Mitchell & Black, 1995), som målbærer synet om at:

...a scrupulous adherence to the technical principle of nondisclosure is an essential condition for the analyst to feel free enough to explore her own countertransference fantasies in a way that will become useful to the patient through the analyst's interpretation. If the analyst had the option of disclosing or not, she might feel less free to allow herself her more intimate fantasies (Mitchell & Black, 1995, s. 248).

For Våpenstad (2003) kan selvavsløring også skape en prosess som bidrar til at pasienten i større grad føler seg forstått, "...på en ny og fruktbar måte", og selvavsløring representerer dermed "...en terapeutisk intervensjon på linje med tolkninger og påpekninger" (ibid., s. 848). Her ser vi at forståelsen er svært forskjellig fra det ovennevnte. Våpenstad (2003) tar til orde for at terapeutens introduksjon av nytt materiale, for eksempel gjennom selvavsløring, "...kan være med på å skape et potensielt rom, hvor pasienten kan leke med dette materialet", men understreker samtidig at selvavsløring også kan komme til å "...forstyrre det potensielle rom, fordi en selvavsløring kan konkretisere det som fremdeles bør forbli på det symbolske plan" (ibid., s. 853). Slik jeg forstår det synes selvavsløring innenfor denne forståelsen å inneha funksjon som et tveegget sverd (jf. betraktningene ovenfor), som *kan* virke både fasiliterende og hindrende. Dette stiller derfor store krav til terapeutens evne til å vurdere hvorvidt selvavsløringen er hensiktsmessig, og store krav til at man "timer" selvavsløringene riktig, slik at den terapeutiske prosessen ikke forstyrres. Slik kan kanskje forståelsen fortolkes som en vei som innebærer en langt større risiko, en større risiko for at man ikke lykkes med det egentlige terapeutiske prosjekt; "...[står] i fare for å miste at det er pasientens ubevisste repeterende relasjonsmønstre, holdninger og væremåter som skal bearbeides i en psykoanalyse" (Gullestad, s. 488). For som Våpenstad selv formulerer det; "...bruk av selvavsløring [må] alltid... vurderes ut fra hva en slik intervensjon kan bety for den enkelte terapeut, for den enkelte pasient og for

relasjonen mellom dem” (ibid., s. 855). Dette gjør kanskje ikke terapeutens oppgave noe enklere? – for hvordan kan man vite det, på forhånd?

Fremveksten av den økte interessen for selvavsløring i klinisk praksis må forstås på bakgrunn av ”the widening scope of psychoanalysis”:

For many patients, depending on their background and dynamics, the laconic style of classical analysis can feel quite dangerous, not at all neutral or reassuring... refusal to discuss what is taking place can be experienced as mystifying, arbitrary, and defensive (Mitchell & Black, 1995 s. 249).

For enkelte pasientgrupper, for eksempel pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser eller psykoser, ”...er selvavsløring ofte den eneste måten for terapeuten å gjenopprette seg selv som forskjellig og adskilt fra pasienten, og den eneste måten pasienten kan bli klar over sin innvirkning på terapeuten” (Våpenstad, 2003, s. 851).

Kanskje kan uenighetene med henhold til bruk – ikke bruk – av selvavsløring som terapeutisk verktøy nyanseres ytterligere gjennom en mer presis aktualisering av hvilken psykodiagnostisk kontekst man anvender begrepet og metoden innenfor? Slik kan kanskje en teoretisk og klinisk uenighet ved nærmere ettersyn vise seg å være mer tilsynelatende enn fundamental? En tydeligere avklaring av hvorvidt man snakker om psykoanalyse i mer klassisk forstand, eller om man snakker om mer psykoanalytisk orientert – eller psykodynamisk, i vid forstand, terapi, synes å være sentralt.

Kristina og Andrine. I forvirringen som oppsto under rapporten; ”hvordan skal jeg forholde meg til all denne informasjonen”, bestemte Kristina seg for å ta sjansen på å invitere Andrine til en kort samtale før måltidet. Før hun gikk inn til Andrine hentet hun seg litt inn ved å puste dypt et par ganger og si til seg selv; slapp av, dette går bra, dette handler om så mye mer enn selve måltidene, ja – Andrine strever med å spise, det vil helt sikkert bli vanskelig for henne til middagen også, jeg tror stikkordet her er trygghet, eller fraværet av, kanskje gikk det bra fordi foreldrene ikke var tilstede, hva vet jeg, jeg vet bare at jeg tror hun blir ekstra stresset av å spise foran så mange samtidig. Så mye

står på spill, hvem ville ikke bli stresset da – i hennes situasjon? Når så mange øyne ser og vurderer går pulsen opp – det er lett å forstå. Kanskje blir det ekstra vanskelig med familiemedlemmene tilstede også – hva vet jeg – kanskje blir hun redd for å vise at hun *kan*, nettopp foran sine nærmeste? – for hva vil de tenke og tro hvis måltidene nå går bra? Kan det også være at noe av det som skjer med meg her og nå, at jeg nærmest kjenner på prestasjonsangst og får lyst til å flykte fra alt og alle, også kan være noe som Andrine preges av? Hva med rådvillheten, avmakten og den konkrete sterke frykten for å feile – noe foreldrene kan kjenne på?

Kristina banket på døren til Andrine og spurte om de kunne ta en kort prat før middagen. Kristina innledet med at hun trengte litt hjelp av Andrine, for å vite litt mer om hvordan hun kunne støtte henne best mulig gjennom den neste timen. Kanskje kunne de snakke litt om hvordan Andrine foretrakk at personalet var sammen med henne og foreldrene under måltidene, kanskje kunne de snakke om noe helt annet? Kristina ville at Andrine skulle være trygg på at hun tålte og tolererte at Andrine var seg selv, på sine måter – og at hun selv om hun må følge kostplanen og spise alt, så skal Kristina være der for henne og støtte henne. Kristina lurte også på om det var greit at de avtalte en ny samtale, noe tid etter måltidet, slik at Kristina kunne lære mer om Andrines opplevelser og erfaringer.

Avsluttende bemerkninger

Terapilandskapet tilbyr utallige veier til forandring. En sentral fellesnevner for mangfoldet av terapeutiske metoder og teoriperspektiver, er at de blir virksomme gjennom det mellommenneskelige forholdet som formes og gjensidig utvikles mellom terapeut og klient. Terapi bør dermed betraktes som en relasjonell praksis og forstås gjennom en sirkulær optikk (Nilsen, 2013). Ulike metoder og tilnærminger tenderer mot å betone og vekte allmenmenneskelige fenomener, som tanker, følelser og interpersonlig dynamikk forskjellig. Samtidig; enten man er familierapeut og inspirert av narrativ teori og praksis, eller praktiserer ulike former for kognitiv atferdsterapi, eller man

er individualterapeut og gjennomgående influert av strømninger innen relasjonell psykoanalyse, vil aktiviteten vi kaller terapi først bli potensielt virksom gjennom selve møtet – mellom terapeut og klient. Mellommenneskelige møter aktiverer og involverer hele mennesket, og kan bevege både terapeut og klient. I terapirelasjonen vil følelser aktualiseres i vid forstand, også hos terapeuten. Hvordan vi som terapeuter velger å forholde oss til de forskjellige og ofte raskt skiftende følelsesmessige stemningene som aktiveres i terapirommet, vil kunne ha implikasjoner for utfall av terapi. Selv om mange av mine intervensjoner som terapeut naturlig nok vil næres av ubevisst materiale, blir det å forholde seg aktivt og bevisst til de subjektive opplevelsene som oppstår i terapeutiske møter, en sentral del av mitt pågående arbeide i møte med den andre. Det blir derfor en sentral holdning å bestrebe seg på å kontinuerlig kultivere en selvrefleksiv praksis, hvor veiledning og også egen-terapi vil finne sin naturlige plass. Også terapeuter kan bli i behov av psykologisk bistand og utenfraperspektiver på eget selv og egen praksis. Her kan også språk om motoverføringer bli særlig relevant.

Som vi har sett eksempler på eksisterer det i dag, på tross av ulike konseptualiseringer og tilstedeværelsen av ulike nyanser med henhold til anvendelse, en oppfatning blant teoretikere og praktikere innenfor det psykodynamiske felt, som konvergerer mot en oppfatning om at motoverføringer representerer et verdifullt klinisk instrument som kan bidra til innsikt i pasientens spesifikke problematik (Mitchell & Black, 1995, s. 245). Samtidig har vi sett eksempler på viktigheten av alltid å være oppmerksom på at motoverføringer i mange tilfeller kan inneha funksjon som et tveegget sverd; både potensielt fasiliterende og potensielt hindrende for den terapeutiske prosess. Vi har også sett eksempler som tyder på at dersom vi ønsker en mest mulig nyansert forståelse av et psykologisk begrep, blir det særlig viktig å adressere både den aktuelle kontekst begrepet ble konstruert innenfor og det aktuelle anvendelsesområdet som er fokus for fremstillingen. Sandler og medarbeidere (1992, s. 3) slår fast at ønsker man å diskutere et i utgangspunktet psykoanalytisk begrep, bør man "...stamp it with a date". Dette blir også relevant for oss; at vi orienterer oss inn mot den litteraturen som representerer begrepets kontekst, og ikke bare intuitivt og blindt overtar andres forståelser.

Flere terapeuter forsøker i dag å forene de ulike tilnærmingenes fortolkninger inn i en mer integrativ ramme og forståelse. Kanskje representerer Gullestad og Killingmos (2005) "løsning" en slik fruktbar "syntese", i det de påpeker at den klassiske oppfatningen ikke nødvendigvis står i motsetning til den mer moderne forståelsen, men at det er mer nyansert å argumentere for at "...de dekker ulike fenomener" (s. 136). Den nye oppfatningen representerer en "avpersonalisering" av terapeuten, men om det terapeutiske samspillet (ibid.). Motoverføringens rolle i relasjonen mellom terapeut og pasient er, som vi har sett eksempler på, en svært sammensatt og mangefasettert problemstilling, og stiller enhver terapeut overfor store utfordringer. Uansett forståelse og konseptuell tilnærming er det viktig at terapeuten tar sine følelsesmessige reaksjoner på alvor. Terapeuten må kontinuerlig anstrenge seg for å utforske sine egne følelsesmessige reaksjoner i møte med pasienten, og så langt det lar seg gjøre forsøke å plassere hva som hører hjemme hos hvem, slik at man blir bedre i stand til å sortere mellom hva som er ens egne overføringer, og hva som er de egentlige motoverføringer. Dette aktualiserer viktigheten av å utforske ens egne opplevelser og følelser i møtet med pasienten, både kontinuerlig i rommet, og gjennom veiledning og eventuelt i egen-terapi. Ved en slik grundig granskning av egne opplevelser og emosjonelle reaksjoner vil man dermed kunne øke sannsynligheten for at motoverføringene kan komme til å representere et potensielt virksomt klinisk verktøy.

No psychoanalyst goes further than his own complexes and internal resistances permit (Freud 1910, s. 145, referert i Bateman & Holmes, 1995, s. 109).

Referanser

- Bateman, A., & Holmes, J. (1995). *Introduction to psychoanalysis: contemporary theory and practice*. London: Routledge.
- Berlin, I.N. (1987). Some transference and countertransference issues in the playroom. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 101-107.

- Beumont, P., & Vandereycken, W. (1998). Challenges and risks for health care professionals. In W. Vandereycken, & P. Beumont (Eds.), *Treating eating disorders: Ethical, legal and personal issues* (s. 1-29). New York: University Press.
- Blake, P. (2011). *Child and adolescent psychotherapy*. London: Karnac Books.
- Brandell, J.R. (1992). Countertransference phenomena in the psychotherapy of children and adolescents. In J.R. Brandell (Ed.), *Countertransference in psychotherapy with children and adolescents* (s. 1-46). Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Buhl, C. (1990). *Følelser og kropp: behandling av alvorlige spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eagle, M.N. (2000). A critical evaluation of current conceptions of transference and countertransference. *Psychoanalytic Psychology*, 17, 24-37.
- Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: the emerging common ground. *The International Journal of Psychoanalysis*, 76, 475-487.
- Gabbard, G.O. (Ed.). (1999). *Countertransference issues in psychiatric treatment. Review of Psychiatry Series*. Washington: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 4th ed.* American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gabel, S., & Bemporad, J. (1994). Variations in countertransference reactions in psychotherapy with children. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 111-129.
- Gaines, R. (2003). Therapist self-disclosure with children, adolescents and their parents. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 569-580.
- Gullestad, S.E. (2004). Selvavsløring – et nyttig terapeutisk virkemiddel? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 487-488.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holder, A. (2005). A contemporary view of some of Joseph Sandler's key concepts. *Psychoanalytic Inquiry*, 25, 148-172.
- Hughes, P. (1997). The use of the countertransference in the therapy of patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 258-269.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- Knox, S., & Hill, C.E. (2003). Therapist self-disclosure: Research-based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 529-539.
- Mitchell, S.A., & Black, M.J. (1995). *Freud and beyond: a history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books.
- Nilsen, J.-V. (2013). Kan trygge refleksjonsrom bidra til økt handlingsrom? Betragtninger omkring terapeutiske samarbeid med ungdom som strever med seg selv og andre. *Mellanrummet. Nordic Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 29, 39-51. <http://mellanrummet.net/nr29-2013/artikkel-tryggerefleksjonsrom.pdf>
- Rasic, D. (2010). Countertransference in child and adolescent psychiatry – A forgotten concept? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 249-254.
- Sandler, J. (1976). Counter-transference and responsiveness. *The International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43-47.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1992). *The patient and the analyst: the basis of the psychoanalytic process* (2. utg.). London: Karnac.
- Schibbye, A.-L.L. (1999). Forståelsen av psykiske forstyrrelser og psykoterapi: et dialektisk perspektiv. I E.D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *Veier til forandring: virksomme faktorer i psykoterapi* (s. 119-147). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Schowalter, J.E. (1986). Countertransference in work with children: Review of a neglected concept. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 40-45.
- Sundet, R. (2000). Motsetning og dilemma. Tenkning om terapi ut fra møtepunkt mellom psykoanalysen og familierterapien. I A. Johnsen, R. Sundet & V.W. Torsteinsson (Red.), *Samspill og selvopplevelse* (s. 181-197). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tansy, M.J., & Burke, W.F. (1989). *Understanding countertransference: from projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Tsiantis, J., Sandler, A.-M., Anastasopoulos, D., & Martindale, B. (1996). *Countertransference in psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents*. London: Karnac Books.
- Våpenstad, E.V. (2003). Selvavsløringer og nyere psykoanalyse. Om terapeutens subjektive bidrag. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 848-856.
- Zerbe, K.J. (1998). Knowable secrets: Transference

and countertransference manifestations in eating disordered patients. In W. Vandereycken, & P.J.V. Beumont (Eds.), *Treating eating disorders: Ethical, legal and personal issues* (s. 30-55). New York: University Press.

Jan-Vegard Nilsen er psykologspesialist og arbeider ved Regional seksjon for spiseforstyrrelser, Oslo Universitetssykehus

jan.vegard.nilsen@gmail.com

Abstract

Am I as a therapist, by listening carefully and being attentive towards the different emotions that are activated in therapeutic encounters, able to gain access to central aspects of the client's way of being? Or are my emotional responses first and foremost telling me something about myself? Are the emotions that resonates within me a potential obstacle for efficient treatment, or is it possible to utilize the wide range of emotional responses in ways that facilitates growth and further development, for my clients? What is the best way to relate to these often strong feelings that naturally and necessarily arise? Should I try to avoid them completely, or do as Askeladden (i.e. "The Ash Lad") in the folktales; hide the experiences for future needs and hence address them later – or should I dare to utilize my feelings in the dialogue here and now, together with the client? If so, how do I bring forth my emotional responses in ways that becomes efficient, for the client? And, am I able to know how to disentangle "what belongs where"? Is it even possible?

The literature on countertransference is vast and considerations on the few questions raised above would accumulate different opinions and reflections. In this text the reader will be introduced to certain chosen voices from the literature on countertransference, and at the same time invited to reflect on your own – on how to best relate to the different questions and dilemmas that naturally arise, in your work with your clients.

Søkeord: psykologiske begreper, motoverføring, terapeutisk allianse, terapirelasjonen, selvrefleksjon, spiseforstyrrelser, anoreksi, sykehusbehandling, miljøterapi.

Keywords: psychological concepts, countertransference, therapeutic alliance, the therapeutic relationship, self reflection, eating disorders, anorexia nervosa, inpatient treatment, milieu therapy.