

**Randi Ulberg*, Taran Buran Nærdal*,
Trine Klokseth Eide*, Anne Grete Hersoug*,
Heidi Johannessen*, Kari Hasaas Klavenes*,
Ingrid Holen Olsen*, Janne Elisabeth
Olsen*, Anette Aardal Falkenberg*, Hanne-
Sofie Johnsen Dahl***

Vestfold og Oslo



Følelser i møte med ungdommer

Motoverføringsfølelser er i teorien preget av i hvert fall delvis, ubevisste emosjoner. Etter som det ikke er mulig å gjøre kvantitative empiriske studier på ubevisste terapeutreaksjoner, er terapeuters selvutfylling av Feeling Word Checklist (FWC) en anerkjent metode som kan benyttes for å nærme seg problemstillinger knyttet til motoverføringsfenomener. FWC har tidligere vært brukt i studier med voksne pasienter. Hva slags følelser har terapeuter i møte med ungdom barne- og ungdomspsykiatrien? Er det mulig å måle følelsene med FWC? Gir grupper av følelsesord mening? Eldre og mer erfarne terapeuter oppga at de hadde andre følelser enn yngre og mer uerfarne terapeuter.

Motoverføring

Følelsene som vekkes i behandleren under samtaler (motoverføringsreaksjoner) med ungdom spiller en viktig rolle for å forstå de utfordringene pasienten har. Dessuten kan behandlerens reaksjoner være et viktig bidrag når den psykologiske behandlingen skal tilpasses den enkelte pasient (Richmond, 2004). Freud var den første som introduserte be-

grepet motoverføring og definerte det som terapeutens ubevisste reaksjoner overfor pasienten på grunn av terapeutens egne neurotiske konflikter. Begrepet har vært under utvikling. I dag vil mange hevde at motoverføring er alle emosjonelle reaksjoner som vekkes i terapeuten i møte med pasienten (Heimann, 1950; Sandler 1976; Holmes & Perrin, 1997). I denne kvantitative, empiriske studien (Ulberg og kolleger, 2014) defineres og måles mot-

*Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold.

*Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Dette prosjektet har mottatt fondsmidler fra Institutt for psykoterapi, Norge.

overføring som de bevisste følelsene som vekkes i terapeuten. Ofte vil terapeuten gradvis bli mer bevisst egne følelser i møte med den enkelte ungdommen når de samme reaksjonene og følelsesmessige mønstrene gjentar seg over tid.

Tradisjonelt har fokus på overføring og motoverføring vært en del av dynamisk psykoterapeutisk opplæring. Det er i dag et økende fokus på å forstå den emosjonelle interaksjonen mellom pasient og terapeut innen de fleste teoretiske retninger, blant annet mentaliseringsterapi (Bateman & Fonagy, 2008), dialektisk atferdsterapi (Mehlum & Holset, 2009), skjemafokusert terapi (Fosse, 2009) og atferdsterapi (Hill & Knox, 2009).

Det meste av det som er skrevet om motoverføringsreaksjoner er kliniske beskrivelser av de ulike fenomenene. Få studier har forsøkt å undersøke fenomenet på en mer objektiv, empirisk måte. I den kliniske litteraturen er det blant annet hevdet at ulike diagnoser gir ulike motoverføringsreaksjoner hos terapeuten. Teoretikere har tenkt at terapeuten motoverføringsreaksjoner reflekterer viktige trekk ved pasientens personlighet eller at pasienter som er vanskelige å behandle vekker intense og problematiske motoverføringsreaksjoner hos terapeuten. Den kvantitative forskningen støtter så langt ikke fullt ut denne antagelsen.

Allianse

Allianse er en viktig uspesifikk faktor som sier noe om kvaliteten på relasjonen mellom pasient og terapeut (Hersoug & kolleger, 2009). Den terapeutiske alliansen har vist seg å ha sentral betydning i alle former for psykologisk behandling og påvirker behandlingsresultatet av terapi med barn og ungdom (Hersoug & Ulberg, 2013, Svendsen, 2013). Allianse kan måles med Working Alliance Inventory (WAI) som legger vekt på om pasient og terapeut har samme mål for behandlingssamarbeidet, om de mener veien mot målet er det samme og om det er en god tilknytning mellom de to. I studien det her refereres til (FEEL-IT), er allianse målt på en enkel skala. Terapeuten krysser av på en skala mellom 1 og 10 om hvor god alliansen med pasienten oppleves (se nedenfor).

Feeling Word Checklist

For å undersøke motoverføring på en mer empirisk måte, er det utviklet ulike motoverførings-skjemaer (Feeling Word Checklist; FWC). Hensikten er å måle ulike reaksjoner som vekkes i behandler. Disse skjemaene har hatt varierende antall følelsesord [f.eks 16 ord (Colson og medarbeidere, 1986), 30 ord (Holmqvist & Armelius, 1996; Holmqvist & kolleger, 2002), 12 ord eller 58 ord (Røssberg & kolleger, 2003)].

Selv om begrepet motoverføring først ble lansert innen individuell psykoterapi, er de fleste av de systematiske undersøkelsene av fenomenet gjort på sengeposter hvor pasientene har vært inneliggende. Så vidt en vet, har dessuten de fleste studier av motoverføringsreaksjoner hos behandlere vært utført under arbeid med voksne pasienter og har vært sett opp mot pasientkarakteristika som alder, kjønn, diagnoser og medikamenter. Disse faktorene har overraskende nok, i liten grad forklart eller stått i sammenheng med de følelsene behandlerne har krysset av på FWC. Røssberg og medarbeidere fant imidlertid at suicidalitet og aggresjon var de pasientkarakteristika som vekket mest negative følelser hos behandlerne (Røssberg & kolleger, 2003). Holmqvist og Armelius (1996) fant at 60 % av variansen forklares ut fra tre forhold: Terapeutens personlige stil, pasientens stil, og den unike interaksjonen mellom terapeut og pasient.

Dahl og medarbeidere (2011) fant fire klinisk meningsfulle subskalaer (grupper av følelsesord som terapeutene hadde krysset av for) i FWC-58. Valideringen (statistisk undersøkelse av om ordgruppene virket meningsfulle og klinisk relevante) av subskalaene skjedde ved å undersøke om de korrelerte med opplysninger om pasientene (pasientvariabler) og allianse. Resultatene fra denne studien ga empirisk støtte for at det er en sammenheng som er mulig å måle kvantitativt mellom motoverføringsreaksjoner og forhold i behandlingsrelasjonen, trekk hos pasient samt hos terapeut. En betydningsfull subskala var dersom terapeuten krysser av for "Parenteral" (foreldreaktige følelser). Denne subskalaen bestod av ordene Moderlig, Dominerende, Betydningsfull og Ømhet for (Dahl & kolleger, 2014). Dahl og medarbei-

dere fant at dersom terapeuten krysset av forhøyet grad av parenterale følelser i behandling med fokus på overføringsfenomener, ga det mindre godt behandlingsresultat for pasienter med liten grad enn for pasienter med større grad av interpersonlige vansker.

Feeling Word Checklist – In Teenagers (FEEL-IT)

Målsettingen med å registrere motoverføringsreaksjoner i møte med ungdom i terapi

Studien Feeling Word Checklist – In Teenagers (FEEL-IT) (Ulberg & kolleger, 2013) ble gjennomført som et forskningsprosjekt i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Vestfold.

Ønsket var å evaluere om det finnes en underliggende faktorstruktur i FWC-24. Det vil si at vi lurte på om det var mulig å finne følelser som hadde en tendens til å dukke opp samtidig hos terapeuter når de snakker med ungdom. For å undersøke om de subskalaene (gruppen/klusterne av følelsesord) vi fant syntes meningsfulle, undersøkte vi om det var korrelasjon (om det var samvarians) mellom subskalaene og allianse samt forholdet mellom subskalaene og ulike opplysninger vi hadde om terapeutene (terapeutvariabler).

Oppsummerte problemstillinger:

1. Kan motoverføringsreaksjonene i FWC-24 inndeles i meningsfulle følelsesgrupper (faktorer)?
2. Samvarierer de ulike subskalaene med opplevd allianse hos terapeuten?
3. Samvarierer de ulike subskalaene med terapeutvariabler som kjønn, alder, utdanning, erfaring og veiledning?

Metode

Undersøkelsen ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste. I tråd med dette ble studien gjort fullstendig anonymisert og ingen pasientopplysninger ble registrert.

Deltakere

41 behandlere (leger, psykologer, sosionomer, pedagoger) deltok (82 % alle behandlere i BUPA, Sykehuset i Vestfold). 36 var kvinner og fem var menn. For hver behandler samlet vi inn informasjon om alder, kjønn, antall år høyere utdanning etter videregående skole, antall år klinisk videreutdanning og antall timer pr. år med klinisk veiledning.

Målverktøy

Feeling Word Checklist-24 (FWC-24) er et verktøy for selvrapportering av opplevde følelser i møte med pasienter. Dette er den eneste utgaven vi kjenner til som er i bruk under arbeid med ungdom, blant annet ved Ericastiftelsen i Stockholm. Skjemaet består av 24 ord som utelukkende betegner følelser, for eksempel glad, irritert, lei, entusiastisk og likegyldig. Hver følelse skåres fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (mye). FWC-24 ble først oversatt fra svensk til norsk. Oversettelsen ble kontrollert ved å oversette tilbake til svensk igjen.

Visual Analog Scale (VAS) er et psykometrisk verktøy som består av en 10 cm lang linje der besvarer markerer et punkt i henhold til grad av enighet til et utsagn. I studien brukte deltakerne VAS for å anslå pasientens motivasjon/samarbeidsvilje i timen fra stor motstand til stort engasjement. Dette verktøyet er også brukt ved Ericastiftelsen, hvilket gjør et mulig samarbeid lettere.

Utfylling av skjemaer

Hver behandler fylte ut FWC-24 etter individu-alsamtaler (30–60 minutter) med tenåringer i alderen 13–18 år. Hvert skjema tok ca 2–3 minutter å fullføre.

Analysar

Detaljert beskrivelse av de statistiske analysene er tidligere publisert (Ulberg & kolleger, 2013). Det ble gjort faktoranalyser. Dette var for å finne ut om noen av følelseordene så ut til å være krysset av samtidig i samme utfylte skjema. Dersom noen ord grupperte seg (danner subskalaer/faktorer), gjorde vi analyser for å undersøke om det utgjorde meningsfulle grupper av ord. Noen ord kunne opptre i flere subskalaer, men vi beholdt bare ord

som grupperte seg tydelig i bare en av subskalaene. Dette er en metode som er spesielt velegnet ved mindre kliniske undersøkelser av kvalitetsutviklende art.

Resultater

Hver behandler kunne fylle ut totalt 20 (1–20), totalt 410 skjemaer ble levert inn.

Faktor analyse

Fire grupper av følelsesord/subskalaer som ga klinisk og teoretisk mening, ble funnet (Ulberg & kolleger 2013). Disse fire subskalaene forklarer 63 % av variansen. Subskalaene ble kalt trygg, utilstrekkelig, uengasjert og nøytral.

Validering

Subskalaen *Trygg* bestod av ordene leken, energisk, entusiastisk, glad, åpen og varm og forklarer 31 % av variansen i dataene. Reliabiliteten for trygg er 0,86. Videre har vi sett på korrelasjonen mellom terapeutvariablene og subskalaene for å validere funnene. Da ser vi at trygg korrelerer positivt med alder (.25), antall år med utdanning etter videregående skole (.18), antall år med klinisk spesialistutdanning (.14), antall år klinisk veiledning (.35) og antall år klinisk arbeid i barne- og ungdomspsykiatrien (.26). Samtlige funn er signifikant på 0,01 nivå.

Utilstrekkelig består av ordene overveldet, anspent, nervøs og lamslått og forklarer 13 % av variansen i dataene. Reliabiliteten for utilstrekkelig er 0,80. Terapeutvariablene og utilstrekkelig er negativt korrelert med antall år klinisk veiledning (-.16) Dette er signifikant på 0,01 nivå ($p < 0,01$). Analysene var ikke signifikante for alder, antall år universitet/høyskoleutdanning eller klinisk spesialistutdanning.

Uengasjert består av ordene likegyldig, lei, kald, irritert og forklarer 12 % av variansen i dataene. Reliabiliteten for utilstrekkelig er 0,71. Terapeutvariablene og engasjert er negativt korrelert med alder (-.16) og antall år med klinisk arbeid i barne- og ungdomspsykiatrien (-.14) ($p < 0,01$). Analysene var ikke signifikante for antall år uni-

versitet/høyskoleutdanning, klinisk spesialistutdanning eller klinisk veiledning.

Nøytral består av ordene nøktern, nøytral og forklarer 7 % av variansen i dataene. Reliabiliteten for utilstrekkelig er 0,92. Nøytral og terapeutvariablene korrelerer positivt med alder (.19), antall år klinisk veiledning positiv (.21) og antall år klinisk arbeid i barne- og ungdomspsykiatrien (.14) ($p < 0,01$). Antall år med klinisk spesialistutdanning (.11) korrelerer positivt med nøytral ($p < 0,05$). Det er ikke signifikant korrelasjon med antall år universitet/høyskoleutdanning.

Det er positiv korrelasjon mellom allianse og Trygg (.55). Korrelasjonen er negativ mellom allianse og Utilstrekkelig (-.48) og Uengasjert (-.46) ($p < 0,01$). Ikke signifikant korrelasjon med Nøytral.

Diskusjon

Motoverføringsfølelser er i teorien preget av i hvert fall delvis, ubevisste følelser (Heimann, 1950; Sandler 1976; Holmes & Perrin, 1997). Ettersom det ikke er mulig å gjøre kvantitative empiriske studier på ubevisste terapeutreaksjoner, er terapeuters selvutfylling av FWC en anerkjent metode som kan benyttes for å nærme seg problemstillinger knyttet til motoverføringsfenomener. Hva slags følelser har terapeuter i møte med ungdom i BUPA? Kan de deles inn i meningsfulle grupper? I FEEL-IT inngikk 18 av de 24 følelsesordene fra FWC-24 i fire subskalaer/faktorer. Disse fire subskalaene hang meningsfullt sammen, var psykometrisk akseptable og klinisk gjenkjennbare. De ble kalt Trygg, Utilstrekkelig, Uengasjert og Nøytral og kan ses på som sider av motoverføringsfenomener som representerer ulike følelsesnyanser.

På tross av at alle tidligere studier har undersøkt motoverføringsreaksjoner i møtet med voksne pasienter, mens vår studie tok for seg ungdommer mellom 13 og 18 år ses likheter. Det er fellestrekk mellom disse faktorene/subskalaene de faktorene tidligere empiriske studier har funnet. Tre av subskalaene til Røssberg og Friis (2003) samt Dahl og medarbeidere (2011) overlapper med våre: Confident (Trygg), Inadequate (Utilstrekkelig) og bo-

red/disengaged (Uengasjert).

Tidligere studier har ikke funnet at pasientegenskaper har så stor betydning som antatt. Imidlertid er det en mulig svakhet ved analysene studien FEEL-IT at det ikke er registrert opplysninger om pasientene og at antall pasienter er ukjent. Terapeutene kan ha fylt ut flere skjemaer etter samtaler med samme pasient. Slik får noen følelser vekket hos terapeuten i møte med enkelte pasienter større vekt enn andre. Terapeutene i FEEL-IT har ulik terapeutisk erfaring og utdanning. Samtalene var innenfor et bredt spekter av terapeutiske samtaler med ungdom. I Dahl og medarbeideres (2011) studie, deltok utelukkende erfarne terapeuter. FWC ble fylt ut innenfor rammen av tidsavgrenset psykodynamisk psykoterapi. Siden antall innleverte skjema fra hver behandler varierte, vil noen utfyllinger av skjemaer fra noen av terapeuter i vår studie ha hatt større innflytelse på resultatene enn andre.

I forhold til for eksempel FWC-58, er det færre negativt ladede og aggressive følelsesord i FWC-24. I FWC-24 inngår ordene kald og irritert. Faktoranalysene viste at de inngikk i skalaen Uengasjert sammen med ordene likegyldig og lei.

Studien FEEL-IT undersøkte følelser som oppstår i terapeuten og registreres etter terapeutiske samtaler med ungdom mellom 13 og 18 år. Faktoranalysene hvor det var mulig å finne sammenhengende subskalaer tyder på at det er mulig å måle følelser hos terapeuter etter møter med ungdom. Følelsegruppene ga mening. Eldre og mer erfarne terapeuter som hadde fått mer veiledning og hadde høyere klinisk videreutdanning registrerte at de var tryggere, mer nøytrale og i mindre grad følte seg utilstrekkelig. Økende alder og klinisk erfaring hang også sammen med å føle seg mindre uengasjert. Bedre allianse hang sammen med en opplevelse av å være tryggere, i mindre grad utrygg og utilstrekkelig.

En begrensning med den anvendte versjonen av FWC som har 24 ord, er paradoksalt nok at ordene for "parenteral" (foreldreaktige følelser) som Dahl og kolleger fant i sin studie, ikke er med. FWC synes å kunne være et godt forskningsinstrument til å finne ut mer om betydningen av terapeutens følelser i behandling av ungdom. Redskapet kan benyt-

tes i behandlingsstudier hvor også pasientvariabler bør inkluderes. De primære omsorgspersonene er som oftest viktige personer i ungdommers liv. Mennesker i denne aldersgruppen er utviklingsmessig er i en fase hvor løsrivelse fra foreldrefigurer står sentralt. I framtidige studier bør det derfor vurderes å inkludere følelsesordene som dekker terapeuten opplevelse av å være foreldreaktig.

Referanser

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *Am J Psychiatry*, 165, 631-638.
- Colson, D., Allen, J., Coyne, L. et al. (1986). An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital Community Psychiatry*, 37, 923-928.
- Dahl, H.-S.J., Rössberg, J.I., Bøgwald, K.P., Gabbard, G.O., & Høglend, P.A. (2011). Countertransference feelings in one year of individual therapy: an evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychotherapy Research*, 22, 12-25.
- Dahl, H.-S.J., Rössberg, J.I., Crits-Christoph, P., Gabbard, G.O., Hersoug, A.G., Perry, J.C., Ulberg, R., & Høglend, P. (2014). Long-Term Effects of Analysis of the Patient-Therapist Relationship in the Context of Patients' Personality Pathology and Therapists' Parental Feelings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, March*. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036410>.
- Fosse, G. Foredrag "Skjematerapi og ungdom" BUP-dagene 24/4-2009.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Hersoug, A.G., Høglend, P., Havik, O.E., von der Lippe, A., & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 100-110.
- Hersoug, A.G., & Ulberg, R. (2013). Å bli forstått – og forstå seg selv: om utvikling av allianse i ungdomsterapi. *Mellanrummet* 29, 31-38. <http://>

- www.mellanrummet.net/nr29-2013/artikel-allianseungdomsterapi.pdf
- Hill, C.E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19, 13-29.
- Holmes, G., & Perrin, A. (1997). Countertransference: What is it? What to do with it? *Psychodynamic Counselling*, 263-277.
- Holmqvist, R., & Armelius, B.A. (1996). Sources of therapists' countertransference feelings. *Psychotherapy Res*; 6, 70-78.
- Holmqvist, R., Hansjons-Gustafsson, U., & Gustafsson, J. (2002). Patients' relationship episodes and the therapist feelings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4, 393-409.
- Mehlum, L., & Holset, K. (2009). Selvskading – hva gjør vi? *Tidsskr Nor Legeforening* 129, 759-762.
- Richmond, M.B. (2004) Counter-responses as organizers in adolescent analysis and therapy. *Psychoana Study Child*, 59, 145-166.
- Røssberg, J.I., Hoffart, A., & Friis, S. (2003). Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nord J Psychiatry*, 57:45-53.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 43-47.
- Svendsen, B. (2013). Allianse i psykoterapi med barn. *Mellanrummet* 29, 4-12. <http://www.mellanrummet.net/nr29-2013/artikel-allianseip-sykoterapimedbarn.pdf>

Søkeord: Motoverføring, terapeutfølelser, allianse.

Key words: Countertransference, Feeling Word Checklist, therapist feelings, alliance.

Abstract

Theoretically, countertransference has been recognized as at least, partly unconscious reactions. Unconscious feelings are, however, not possible

to measure quantitatively. Therapist ratings of Feeling Word Checklist (FWC) have been used in studies with adult patients. What kinds of feelings have therapists in sessions with teenagers? Can those feelings be measured? Is it possible to find meaningful factors? Therapist feelings changed with age and experience.

Forfatterne av denne artikkelen er i hovedsak leger i spesialisering ved Barne- og Ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Sykehuset i Vestfold. Artikkelen refererer en studie som inngikk i den obligatoriske forskeropplæringen for leger i spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri i Norge. Studien ble veiledet av Randi Ulberg. De to seniorforskerne Hanne-Sofie Johnsen Dahl og Anne Grete Hersoug deltok.

randi.ulberg@siv.no