



Hanne-Sofie Johnsen Dahl
Oslo

Kvantitativ forskning på motoverføring - nyttig i terapirommet?

Hvordan vi kan forstå, bruke og arbeide med motoverføringen er noe som ofte diskuteres i veiledning, kliniske seminarer og i teoretiske artikler. Til tross for dette refereres det lite til empiriske studier av motoverføring i disse sammenhengene. Mange setter nok spørsmålstegn ved hvorvidt det er mulig å studere noe så mangefasettert som motoverføring ved hjelp av kvantitative metoder på en måte som er klinisk nyttig. Frem til nylig har det også vært publisert få studier som undersøker motoverføringsfenomenet, men dette er i ferd med å snu. Artikkelen viser til uenighet rundt hvordan motoverføring har blitt forstått opp igjennom historien, og hvordan de ulike definisjonene preger forskningen på motoverføring i dag. Forfatteren presenterer noen av studiene fra feltet og er selv nysgjerrig på om du som terapeut finner dette inspirerende og nyttig for tanken.

For å forske på psykoterapi må kompleksiteten i terapiprosessen forenkles på grunn av metodiske begrensninger. Dette har nok bidratt til at det er stor avstand mellom klinikere og forskeres forståelse og kunnskapsplattform (Goldfried, 2000). Kazdin (2008) argumenterer derfor for å gi høyere prioritet til forskning som lettere kan oversettes

til klinisk praksis. Motoverføring er mest av alt et klinisk fenomen. Terapeuter opplever et virvar av følelser og indre tilstander i forhold til sine pasienter, og intensiteten i følelsene antas å trekke mange terapeuter til feltet (Najavits, 2000). Det er skrevet svært mye om motoverføring de siste 50 årene (9934 treff i databasen psycINFO) noe som indi-

kerer at klinikere er nysgjerrige på og fasinert av fenomenet. Empirisk forskning på motoverføring kan derfor bidra til å skape større sammenheng mellom forskning og praksis ved å teste hypoteser som er av interesse for klinikere. Empiri tester hypoteser basert på teori og kliniske erfaringer på en annen måte enn i det lukkede terapirommet. Den kvantitative tilnærmingen ser etter systematiske sammenhenger i aggregerte *data* fra mange pasienter og terapeuter. Data er operasjonaliserte *variabler*. En variabel vil stort sett innebære også aspekter ved andre fenomener og tilfeldige feil, men i hovedsak må variabelen måle det begrepet man ønsker å måle, for at operasjonaliseringen ansees som god nok. Av nødvendighet vil forskning redusere kompleksiteten når et begrep som motoverføring skal operasjonaliseres. Spørsmålet blir da om operasjonaliseringen innebærer en så stor forenkling at fenomenet forsvinner mellom fingrene våre når hypoteser testes.

Ideen bak nærmest enhver psykoterapeutisk intervensjon er at det er mulig for en person å endre sine følelser, sin måte å tenke på og sin atferd gjennom samtale. Denne hypotesen er bekreftet i tusenvis av studier (Lambert, 2013). Den første systematiske metoden for samtalerapi i den moderne vestlige verden var psykoanalysen som ble introdusert av Freud og Breuer i 1895. Psykoanalyse ble presentert som en kur for å behandle psykiske lidelser, samt en teori om menneskelig utvikling, psykologisk fungering og psykopatologi. Som enhver teori og forståelsesramme ble også Freuds psykoanalyse kritisert innenfra og flere av elevene anerkjente ikke Freuds autoritet på alle områder. Et tema som medvirket til splid i det psykoanalytiske miljøet i Freuds levetid, opptar fortsatt klinikere og psykoterapiforskere i dag: Det omhandler hvorvidt de rent tekniske aspektene ved å snakke sammen eller relasjonen en snakker i er mest relevant for psykoterapeutisk endring. Denne uenigheten medførte allerede den gang ulike anbefalinger når det gjelder håndtering og forståelse av terapeutens egne følelser, tanker og handlingsimpulser; terapeutens motoverføring. Noe forenklet kan en si at når teknikk blir satt i høysetet blir gjerne terapeutens motoverføring forsøkt nedtonet (e.g. atferdsterapi) og visa versa når relasjonelle kvaliteter blir understreket (e.g. relasjonell psykoanalyse); da blir terapeutens motoverføring fremhevet.

De fleste psykoterapeuter erfarer daglig at det

er en utfordring vite hva en skal si og gjøre (teknikk) samtidig som en skal utvikle og opprettholde en tillitsfull relasjon. Når trenger for eksempel pasienten kun bekreftelse på egen opplevelse og når er det mest hensiktsmessig å også utfordre pasientens vante mestringsstrategier (Killingmo, 1989). Når er det hensiktsmessig å tilby et råd når pasienten ber om det og når er det bedre å ikke gi råd men heller fokusere på her og nå og pasientens overføring og arbeide seg gjennom de følelsene som måtte vekkes. Terapeutens teoretisk rasjonale, pasientens presenterte problem og målsetning for behandling, det emosjonelle trykket i timen, pasientens overføring og terapeutens motoverføring vil være med på å avgjøre intervensjonen terapeuten velger. Hvilke faktorer som til enhver tid er mest førende for valg av intervensjon vil variere. Både psykodynamisk teori og kliniske beskrivelser viser til at motoverføringen bestemmer intervensjonen og måten den blir uttrykt på, uansett om terapeuten er det bevisst eller ikke. Terapeuten kan velge å ikke gi råd på bakgrunn av frustrasjon som ubevisst er knyttet til egne vansker i møte med hjelpeløse og uklare sider ved seg selv. Terapeuten kan også la være å gi råd utfra en empatisk inntoning i det å kjenne hvor smertefullt og plagsomt det er å ikke få tak i hva en vil selv, og derfor fokusere på den opplevelsen i pasienten. Enkelte mener at det kun er første eksempel som er motoverføring (Gelso & Hayes, 2007) andre mener at begge eksempler er del av den totale motoverføringen (Zachrisson, 2009).

Historiske og teoretiske premisser for motoverføringsbegrepet

For å forske på et fenomen ved hjelp av kvantitative metoder, må det operasjonaliseres. Å operasjonalisere innebærer å gjøre et klinisk fenomen eller teoretisk begrep om til en målbar størrelse (variabel). Operasjonalisering er utfordrende i møte med fenomenet motoverføring fordi definisjonen ikke er avklart. Den første definisjonen av motoverføring bærer preg av Freuds terapeutiske ambisjoner om å være nøytral og objektiv, i tråd med hans vitenskapelige idealer. Kirurgens instrumenter; en kniv og et speil, ble benyttet som metaforer for terapeutens verktøy (Freud, 1912). I tråd med visjonen om objektivitet, ble motoverføring sett på som et avvik

og brudd på dette idealet (Zachrisson, 2009). En blodig kniv og et skittent og flekkete speil som forstyrrer speilbilde er et frastøtende imago. Freuds definisjon av motoverføring er senere kalt den klassiske eller smale definisjonen (Kernberg, 1965). Det at Freud også skriver at: "... *han [analytikeren] må bruke sitt eget ubevisste som et mottakelig organ i møte med pasientens ubevisste ...*" (s. 115), synes å bli borte fra diskursen. Freud tematiserte ikke hvordan analytiker skal forholde seg til de impulsene fra pasientens ubevisste som analytiker blir mottaker for. Det er ikke tvil om at han selv brukte denne informasjonen til å bygge teori og sannsynligvis guide intervensjoner. Sett med dagens øyne kan en se nytten i at Freud var opptatt av å ikke agere på motoverføring, han så selv flere eksempler på analytikere som agerte i form av å innlede seksuelle relasjoner med sine pasienter, noe han eksplisitt synes var uheldig. Den gang fantes ikke nedskrevne etiske retningslinjer for terapeuter og psykoanalyse var virkelig et nybrottsarbeid inn i menneskesjelen med fare for å gjøre mer skade enn hjelpe. Kraften i Freuds tekniske metaforer (ren kniv og et speil) var trolig såpass skaminduserende at analytikere la lokk på å skrive om alle forhold i sin egen indre verden (Wolstein, 1988). Hvis analytikere, som Freud også anbefalte, tok imot pasientens ubevisste, ville det vekke følelser, indre uro, handlingsimpulser og bevege terapeuten, noe som da ikke ble omtalt.

Andre perspektiver på motoverføringen ble fremmet i psykoanalytiske kretser, men de hadde ikke samme gjennomslagskraft. Ferenczi og Rank (1924), elever av Freud som senere brøt med ham, argumenterte for viktigheten av relasjon mer enn Freuds objektiv teknikk. De uttrykte bekymring for at analytikere som fulgte Freuds anbefalinger ville være for reserverte og tekniske og ikke gi tilstrekkelig følelsesmessig respons, noe de mente er nødvendig for å muliggjøre emosjonell utvikling hos pasientene. Ferenczi og Rank argumenterte for to-person situasjonen i analysen og brukte egne følelser og subjektive opplevelser til å guide sine intervensjoner. Spesielt Ferenczi bestrebet seg på å utdype og videreutvikle en teori om motoverføring som et nyttig terapeutisk verktøy i seg selv (Cabre, 1998). Han anså at det å ikke anerkjenne egne følelser var hykleri og var opptatt av maktbalansen i analysen og at analytiker ikke måtte misbruke sin makt gjennom for eksempel å være

usann eller hyklersk. Ferenczi ønsket å unngå dette ved å (selv-)avsløre eget indre liv ovenfor pasienten (Haynal, 2005). Ferenczi sitt syn ble sett på som feilaktig og hans ideer ble "glemt" og tause (Cabré, 1998), trolig påvirket av at han eksperimenterte med gjensidig analyse (for en beskrivelse se Fortune, 1991) og ble en relativt outrert skikkelse i det psykoanalytiske miljøet. I tillegg til et tiltagende divergerende syn på teori, teknikk og relasjon, jobbet Freud og Ferenczi med ulike pasienter. De fleste av Freuds pasienter var fra de øvre samfunnslag, mens Ferenczi jobbet hovedsakelig med mindre privilegerte, prostituerte og alkoholikere (Haynal, 2005). Både Freud og Ferenczi hadde dog en felles bekymring; at den terapeutiske prosessen skulle undergraves av motoverføring; enten på grunn av utagering (Freud) eller fortrenning (Ferenczi). Derfor foreslo de også diametralt ulike måter å forholde seg til motoverføring på.

Fra 1940-tallet omgrupperte psykoanalytikere seg over hele verden som en følge av andre verdenskrig og store endringer oppstod i det psykoanalytiske miljøet. Nye pasienter (f.eks. krigsveteraner, mennesker med borderlinepatologi, narsissisme og psykotiske lidelser, men også barn og unge) strømmet til analysebenken og utfordret både teori og teknikk. Pasienter med alvorlige diagnoser bærer gjerne med seg tidlige emosjonelle skader og er klinisk beskrevet å vekke intense følelser i terapeutene. Det følelsesmessige båndet mellom terapeut og pasient ble i økende grad sett som en kurativ faktor i seg. Denne endringen fant sted både i USA gjennom utvikling av interpersonlig teori ved Sullivan, Fromm, Horney, Fromm-Reichmann og så videre, og i Europa, spesielt i Storbritannia gjennom objekt-relasjons teori ved Winnicott, Fairbairn, Klein og andre. Paula Heimann var en del av objekt-relasjons miljøet og skrev i 1950 "Om Motoverføring", en artikkel som ansees sentral for en oppblomstring av diskusjonen knyttet til motoverføring. Hun hevdet at motoverføring er totaliteten av terapeutenes følelser, holdninger og atferd, både bevisst og ubevisst. Det virkelig nyskapende i dette perspektivet var at de indre opplevelsene terapeuten har kan brukes som en kilde til innsikt inn i pasientens ubevisste liv, og at dette ble diskutert i toneangivende kretser. Synspunktene var i tråd med flere av Ferenczi sine påstander, men de fleste objekt-relasjonsteoretikerne argumenterte innstendig mot selvavsløringer og ville ikke knytte seg

an til Ferenczi og såkalt "vill" analyse. I Heimanns perspektiv ble motoverføring sett som "kongeveien" til å forstå pasientens overføring samt andre menneskers reaksjoner på pasienten. I motsetning til å være skaminduserende ble motoverføring fra nå av ofte presentert med en positiv iver; som beriker arbeidet, guider intervensjoner og gir forståelse til pasientens indre liv. Heimanns definisjon (1950) er senere kalt den *totale* eller *vide* definisjonen av motoverføring (Kernberg, 1965) og er i dag anerkjent som en nyttig definisjon (Echtegoyen, 1991; Gabbard, 2001; Safran, 2012; Segal, 1977). Holdningsendringen som utvidet motoverføringsbegrepet innebar en lang, interessant og til tider ganske hardtslående diskusjon mellom ulike teoretiske syn på motoverføring (se f.eks. Wolstein, 1988). Andre definisjoner har også blitt foreslått som fremhever forskjellige aspekter innen den totale motoverføringsdefinisjonen: Den *komplementære* (Racker, 1957) eller *objektive* (Kiesler, 2001; Winnicott, 1949) motoverføringsdefinisjonen ser på terapeutens reaksjoner som en konsekvens av pasientens mellommenneskelige stil og oppførsel. For eksempel vil pasientens interaksjonsmønster utøve en viss draging mot å få terapeuten til å føle og reagere på bestemte måter; en pasient som forventer å bli avvist vil kunne spille ut sin sårbarhet på en slik måte at terapeuten føler for å avvise. Motoverføringen vil da være et resultat av den rollen pasienten setter terapeuten i, snarere enn å kun være et biprodukt av terapeutens ubevisste konflikter. Hva terapeuten *gjør* med denne motoverføringen vil fortsatt være terapeutens ansvar: Om terapeuten handler på sin motoverføring og avviser pasienten, eller om terapeuten først reflekterer over lysten til å avvise, for så å kommenterer på at pasienten kanskje forsvaret seg mot redselen for å bli avvist, vil være avhengig av om og hvordan, terapeuten arbeider med sin motoverføring. Den *relasjonelle* definisjonen av motoverføring ser den som gjensidig konstruert her og nå i timen av terapeuten og pasienten, og mindre farget av både pasientens og terapeutens stabile mellommenneskelige mønstre (Hoffman, 2004; Mitchell & Aron, 1999). Innen denne tradisjonen brukes også terapeutens selvavsløring for å undersøke samspillet i her og nå. Den *konkordante* definisjonen (Racker, 1957) fremhever at terapeuten til tider blir plassert i pasientens rolle, at motoverføringen kan vise terapeuten hvordan det var å være pasienten i møte

med tidligere autoriteter, noe som kan øke terapeutens empati hvis terapeuten reflekterer over opplevelsen. Andre igjen argumenterer mer i tråd med Freuds smale definisjon, og hevder at motoverføring mister sin relevans hvis det er totaliteten av terapeutens opplevelser, og mener derfor at begrepet bør kun omfatte terapeutens uløste konflikter (Hayes, 2004).

Uansett definisjon synes det å være en økende interesse for både terapeutens motoverføring og hvorvidt motoverføringen skal deles med pasienten; selvavsløring (Aron, 2012). Diskusjonene i dag synes å favne både Freud og Ferenczi sine perspektiver. Laplanche & Pontalis (1973) hevdet at Freud ikke var spesielt interessert i motoverføring, siden han bare nevnt det et par ganger i hans tekniske skrifter. Men Freud fant også at "*problemet med motoverføring [...] – er teknisk – blant de mest intrikate i psykoanalysen*" (1913). Hundre år senere kan dette postulatet fortsatt være relevant, for diskusjonen om hvordan motoverføring skal defineres, brukes og forstås er fortsatt høyaktuell. Innen forskning er det fortsatt få studier på motoverføring, og spørsmålet om motoverføring virkelig er mulig å studere ved hjelp av kvantitative empiriske metoder, melder seg. Finnes det systematiske sammenhenger som lar seg avdekke empirisk i den komplekse motoverføringsdiskursen og som i tillegg kan tilføre klinikere noe mer enn teori og erfaring? Motoverføring er ikke et enkelt fenomen å studere ved hjelp av en kvantitativ, standardisert metode. Som vist foreligger det ikke en enhetlig begrepsavklaring og felles definisjon som alle er enige om. Dette gjenspeiles i forskningen.

Empirisk forskning på Motoverføring

En gruppe forskere har fordypet seg både teoretisk og empirisk i de mer eller mindre ubevisste aspektene ved motoverføring og har lagt seg nært opp mot Freuds definisjon. De hevder at det bare er de reaksjonene som er basert på terapeutens uløste indre konflikter som med rette kan kalles motoverføring (se f.eks. Friedman & Gelso, 2000; Hayes, 2004). De tenker seg at terapeuter har mange vanlige og adekvate responser på pasientenes væremåte og skiller mellom den reelle relasjonen, arbeidsalliansen og overføring-motoverføringsdynamikk (Gelso, 2014). De følelsene og opplevelsene som er

fremkalt av andre forhold enn av terapeutens indre ubearbejdede følelser omtales heller som kun terapeutens følelser og tanker, ikke motoverføring. Det indre liv som terapeuter blir oppmerksom på og kan rapportere i et spørreskjema eller reflektere over selv, er da i hovedsak ikke motoverføring slik denne gruppen forskere ser det (Gelso & Hayes, 2009). De forsker derfor på observert atferd i terapitimer.

Motoverføringsatferd er både teoretisk og i flere studier definert som at terapeuten trekker seg fra tema, unngår tema, er uengasjert eller overinvolvert, – atferd som kan være basert på irrasjonelle aspekter ved terapeuten (Hayes, 2004). Denne atferden antas å være til dels ubevisst og er studert både i reelle terapier hvor veiledere har vurdert terapeutene og i analog forskning (Rosenberger & Hayes, 2002). I analog forskning er det skuespillere som er terapeuter og pasienter og forskerne håper da at det gjenspeiler det som skjer i et virkelig terapirom. Studiene referert her er fra virkelige terapier, ikke analoge studier. I et tidlig studie på blinde flekker (Cutler, 1958), ble terapeutens interpersonlige mønster skåret av terapeuten selv og av terapeutens nære venner. Terapeutens blinde flekker ble definert som diskrepansen mellom terapeuten og vennenes skåringer. Observasjon av og skåring av samspill i timene avdekket at når pasienten tematiserte forhold knyttet til terapeutens blinde flekker, viste terapeuten unnvikende atferd (ibid.). Et av svært få studier på motoverføring fra barne- og ungdomsterapi feltet, ønsket å undersøke om relasjonelle tema fra terapeutens fortid dukker opp i det terapeutiske arbeidet i dag (Tishby & Vered, 2009). Tolv terapeuters relasjonelle kjerne tema i forhold til egne foreldre ble kartlagt med intervjuet "Core Conflictual Relationship Themes" (CCRT; Luborsky & Crits-Christoph, 1990). Forskerne fant en sammenheng mellom terapeutens egne tema (CCRT) og måten de beskrev sine tenåringspasienter på, som om terapeutene gjentok sine egne relasjonelle tema i pasientene sine. Når pasientens materiale ble svært likt terapeutenes CCRT beskrev terapeutene å bli distansert og tilbaketrukket sammen med pasienten (Tishby & Vered, 2009). Når motoverføringsatferd som unngåelse av tema, uengasjert eller overinvolvert terapeut har blitt observert, har det vist en umiddelbar negativ terapeutisk effekt i timen (Williams & Fauth, 2005; Ligiéro & Gelso, 2002), det på-

virket alliansen; dess mer unnvikende atferd, dess svakere allianse målt av både terapeut og pasient (Rosenberger & Hayes, 2002) noe som kan påvirke utfallet i det lange løp. En studie har vist at når terapeuten viser positiv motoverføringsatferd går timen glatt, men blir overfladisk (Markin, McCarthy & Barber, 2013).

Et annet forskningsperspektiv ligger nærmere opp mot Heimanns (1950) definisjon av motoverføring som både bevisste og ubevisste reaksjoner og atferds impulser som oppstår i møte med en pasient. Nysgjerrighet og utforskning av de bevisste aspektene ved motoverføring er ikke på bekostning av å anerkjenne at ubevisste prosesser også utspiller seg. I tillegg kan aspekter ved motoverføring som i utgangspunktet er ubevisst, gradvis bli mer bevisst dersom de samme relasjonelle mønstrene gjentar seg i den terapeutiske dyaden (Dahl, Røssberg, Bøgwald, Gabbard & Høglend, 2012). Innen denne forskningstradisjonen kan motoverføring sees som et isfjell der det bevisste er over havoverflaten. Det som undersøkes er terapeutens subjektive opplevelser som kan rapporteres etter terapitimen. Dette begrenses da til hva terapeuten blir klar over, erkjenner, husker og er villig til å rapportere etter timene. En rekke spørreskjemaer er utviklet for å skåre ulike aspekter ved den bevisste motoverføringen, samt intensiteten i reaksjonene (Betan, Heim, Conklin & Westen, 2005; Holmqvist & Armelius, 1994; McIntyre & Schwartz, 1998; Røssberg, Hoffart & Friis, 2003; Schmidt, Wagner & Kiesler, 1999).

Terapeutens følelser i møte med pasienten er til tider omtalt nærmest som synonymt med motoverføring eller i det minste, som en av hovedveien til å forstå eller få tak i motoverføringen. En måte å studere dette aspektet ved motoverføring på, er å bruke en følelsesord-sjekkliste (Feeling Word Checklist, FWC, Whyte et al., 1982). Ulike forskergrupper har utviklet og anvendt mangfoldige FWC. Mengden følelsesord varierer mellom 16 ord (Colson, Allen, Coyne & Dexter, 1986) og 58 ord (Dahl et al., 2012; Røssberg et al., 2003; Thylstrup & Hesse, 2008). Den viktigste begrunnelsen for å utvide antall ord er klinisk; terapeuter opplevde at sjekklisten manglet viktige følelser eller reaksjoner for å studere motoverføring. Det er derfor påfallende at de sannsynligvis vanskeligste motoverføringsreaksjonene mangler ord i de ulike FWC; hat, kjærlighet, sjalusi og erotiske eller seksualiser-

te følelser. I en annen studie rapporterer 87 % av terapeutene å ha vært seksuelt tiltrukket til noen av sine pasienter og 63 % følte seg skyldig, engstelig eller forvirret vedrørende denne tiltrekningen (Pope & Tabachnick, 1993). At slike følelser vekkes er en naturlig del av en intens psykoterapiprosess. Det relevante vil være å bli oppmerksom på hva som utspiller seg slik at en kan forstå og skape mening mer enn å handle på følelsene; enten ved å skyve pasienten bort fordi det blir ubehagelig eller innlede en seksuell relasjon. Det kan derfor sees som relevant å inkludere tabubelagte ord i FWC. Et annet poeng med å utvide ordene i FWC har vært å finne stabile underliggende faktorer eller subskalaer i terapeutens følelsesmessige reaksjoner. Det er systematiske mønstre og underliggende faktorer i de ulike FWC, det innebærer at det er et overlapp i hva terapeuter føler (ellers ville det blitt en faktor for hver terapeut, heller enn meningsfylte faktorer). Så langt har det vært vanskelig å bli enige om noen faktorer, da faktorene gjenspeiler hvilke ord som er inkludert i listen og konteksten FWC blir brukt i.

Therapist Response Questionnaire (TRQ; Betan et al., 2005) er et annet spørreskjema som er utviklet for å studere motoverføring. Her skal terapeutene skåre 79 utsagn som igjen er kategorisert i 8 faktorer: kritisert, utilstrekkelig, positiv, parental (foreldreaktig), overveldet, overinvolvert, seksualisert og uengasjert. Lignende, men færre faktorer avdekkes i studier på FWC også. Både FWC og TRQ har vært benyttet for å undersøke den objektive motoverføringen. Impact Message Inventory (IMI-C, Hafkenscheid, 2003) er også et spørreskjema der terapeutene skårer hvilke tanker, følelser og spesielt handlingstendenser (impact message) de har i møte med pasienter. Den kliniske betydningen av objektiv motoverføring er allment anerkjent, som for eksempel at borderline pasienter fører til svart-hvit tenkning blant personalet på en sengepost, men den empiriske kunnskapen er fortsatt svært begrenset.

Hypotesen om at det er mellommenneskelige konsekvenser av pasienters maladaptive interpersonlige mønstre og at disse generaliseres på tvers av terapeuter har blitt undersøkt med ulike FWC og IMI-C i kontekster der pasientene hadde mer enn én terapeut (i gruppeterapi, på sengepost og individual terapi pluss gruppeterapi). I studier med IMI-C har det vist seg at noen maladaptive

relasjonsmønstre er mer generaliserbare på tvers av terapeuter, enn andre. Spesielt underkastende motoverføring i møte med dominerende interpersonlige mønstre syntes å gå igjen. Motoverføring viset ingen sammenheng på tvers av terapeuter, med pasientens interpersonlige tilhørighet/ tilknytningsmønstre (Hafkenscheid, 2003; Hafkenscheid & Kiesler, 2007). Korrelasjoner mellom hva terapeutene rapporterer på FWCs og pasientkarakteristika er funnet i flere studier. I et dagbehandlingsprogram for personlighetsforstyrrede pasienter, fant de flere sammenhenger mellom terapeutenes følelser og pasientenes selvrappørterte symptomer; for eksempel en negativ sammenheng mellom symptomnivå og terapeutenes følelser av å bli avvist (Røssberg, Karterud, Pedersen & Friis, 2010). Det vil si at når pasientene selvrappørterte stort symptomtrykk, følte terapeutene seg lite avvist. Pasienter med aggressiv og suicidal atferd forklarte mer av variansen i negative følelser enn i positive (Røssberg & Friis, 2003). Pasientene med de mest alvorlige personlighetsforstyrrelsene (cluster A og B) fremkalt mer negative og mindre positive følelser enn pasienter med unnnvikende, avhengig og tvangspreget personlighetsforstyrrelse (cluster C, Røssberg et al., 2007; Thylstrup & Hesse, 2008). Motoverføringsfølelser varierer også mer i forhold til pasienter med cluster A + B enn overfor pasienter med cluster C (Røssberg et al., 2007). Antall personlighetsforstyrrelseskriterier viser positiv sammenheng med terapeutenes følelse av usikkerhet, men ikke med interessere eller sinne (Hoffart et al., 2006). Pasienter med en borderline personlighetsorganisering fremkaller færre avslappede og mer aggressive følelser i motsetning til pasienter med psykotiske personlighetsorganisering (Holmqvist, 2000). Det har også vist seg at pasientenes selvbylde påvirket personalets følelser mer enn pasientenes diagnoser (Holmqvist, 1998).

Objektiv motoverføring har også vært forsøkt studert i individual terapi med FWC og TRQ, noe som innebærer at forskjellige behandlere ikke kan sammenlignes i møte med samme pasient. I stedet sammenlignes ulike terapeuters reaksjoner på lignende pasientegenskaper. Også fra individual terapi har det vist seg at antall personlighetskriterier har en negativ sammenheng med terapeuters grad av trygget og manglende engasjement. Det vil si, dess mer personlighetsforstyrret pasient, dess mindre trygge terapeuter som også kjeder seg

mindre (Dahl et al., 2012). I samme studie viste trygg motoverføring positive korrelasjoner med *både* pasientens- og terapeutens evaluering av hvor godt samarbeid de hadde. Også pasientenes egnethet for psykodynamisk terapi og selvrapporterte mellommenneskelige problemer viste signifikant korrelasjon med motoverføring. Dess mer egnet pasienten var, jo tryggere og mindre utilstrekkelig følte terapeuten seg. Det var ingen sammenhenger mellom pasientens selvrapporterte symptomer og funksjonsnivå målt med GAF og motoverføring (ibid.). Flere studier tyder på at terapeuters parentale (foreldreaktige) følelser, heller enn negative eller uengasjerte følelser, ofte er tydelig tilstede i behandlingen av pasienter med cluster C personlighetspatologi (Betan et al, 2005; Colli et al, 2013; Dahl et al., 2012; Holmqvist & Armelius 1996; Røssberg et al, 2007). For eksempel fant Betan og kolleger (2005) at pasienter med mildere personlighetspatologi, fremkalte mer parental motoverføring, sammenlignet med kompetent, utilstrekkelig og uengasjert motoverføring. Videre har studier rapportert systematiske mønstre mellom motoverføring og pasienter med spesifikke personlighetsforstyrrelser (Betan et al., 2005; Colli et al., 2013; McIntyre & Schwartz, 1998). Colli og kolleger for eksempel (2013), studerte denne sammenhengen med TRQ. De fant at i møte med pasienter med paranoid og antisosial personlighetsforstyrrelse (PF) følte terapeutene seg kritisert. Borderline PF var relatert til en følelse av hjelpeløshet, utilstrekkelighet og en opplevelse av å kjenne seg spesiell som terapeut. Manglende engasjement var forbundet med schizotyp og narsissistisk PF, mens det var mer engasjement i møte med pasienter med historisk og avhengig PF. Schizoid PF var forbundet med hjelpeløshet og utilstrekkelighet. Positiv, parental og overinvolvert motoverføring var assosiert med unnvikende PF, i motsetning til tvangspreget PF som viste negativ sammenheng med overinvolvert motoverføring. I tillegg opplevde terapeutene mer negativ motoverføring med de mest alvorlig forstyrrede pasientene. Colli og kolleger foreslår at siden det er så sterke systematiske sammenhenger mellom motoverføring og diagnose, så må en også la seg informere av motoverføringen i det diagnostiske arbeidet.

Objektiv motoverføring målt ved TRQ har også vært undersøkt i relasjon til suicidale pasienter (Yaseen, et al., 2013). De finner at terapeutene skå-

rer at de har mindre positive følelser, men at de har høyere håp, samtidig som de opplever å være overveldet, urolige og til dels unnvikende i forhold til pasientene med suicidal atferd. Spesielt var det paradokset håp og unnvikelse som preget arbeidet med de suicidale. I en studie der pasienters relasjonelle kjernekonflikter (CCRT; Luborsky & Crits-Christoph, 1990) ble skåret før terapi, fant de spredte sammenhenger med motoverføring på tvers av terapeuter (Holmqvist, Hansjons-Gustafsson & Gustafsson, 2002). Denne studien viste også at terapeuters generelle følelsesmønstre er relativt konsistent over ulike pasienter og over tid, men at følelsene allikevel varierer noe i forhold til den enkelte pasient (Holmqvist, 2001). Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at terapeuters bidrag er større enn pasientenes bidrag til variasjonen i motoverføring: Basert på analyser av store mengder FWC data har Holmqvist & Armelius (1996) foreslått at ca 20% av all variasjon i terapeuters følelser kan forklares utfra den individuelle pasient, mens 50% forklares av terapeuten og 30% forklares av den unike relasjon mellom pasient og terapeut. Så langt viser forskning at det er systematiske sammenhenger mellom diverse pasient karakteristika og terapeuters følelser, såkalt objektive motoverføringsreaksjoner.

En annen faktor som har vært noe studert er hvorvidt terapeuters teoretiske rasjonale har en innvirkning på motoverføring. De ulike terapimodalitetene legger i varierende grad vekt på den terapeutiske relasjon og terapeuters indre verden, men det viser seg at terapeuters teoretiske posisjon ikke synes å påvirke motoverføringen (Betan et al., 2005; McIntyre & Schwartz, 1998; Pope & Tabachnick, 1993). Med andre ord, terapeuters selvrapporterte følelser og reaksjoner er et universelt fenomen på tvers av ulike teoretiske retninger. Terapeuters erfaring ser derimot ut til å påvirke motoverføringen da erfaring medfører redusert intensitet i selvpålevd motoverføring (McIntyre & Schwartz, 1998). Ulberg og co viser også at terapeuter som arbeider med ungdom rapportere å være trygge dess eldre og mer erfarne de er, de blir også mindre uengasjert og mer nøytrale. Hvor mange år terapeuten har gått i veiledning viser også klar sammenheng med at terapeuten kjenne seg trygg, mindre utilstrekkelig og mer nøytral. Det viser derimot ingen sammenheng med uengasjert motoverføring. Terapeuters vurdering av om

pasienten var engasjert i terapien eller viste mye motstand viste også klare sammenhenger med terapeutens motoverføring. Dess mer motstand dess mer utilstrekkelig og uengasjert kjente terapeuten seg, og dess mer engasjert ungdom, dess tryggere terapeut. Sikkert gjenkjennelig for de fleste, det interessante vil jo da være hvor mye av disse følelsene som skinner igjennom til pasienten uten at terapeuten er klar over det.

Mengden forskning på motoverføring og utfall av terapi er beskjedent, men de få studier som foreligger viser signifikante funn. En studie har rapportert at hvis terapeuten unngår å agere på pasientenes fiendtlighet og rommer egen negative motoverføring i møte med de som har overlevd suicidforsøk, så fører det til at pasientene blir raskere bedre (Perry, Bond & Presniak, 2013). Generelt indikerer forskning at motoverføringsattferd påvirker terapien i negativ retning, men når veiledere vurderer at terapeutene håndterer sin motoverføring, gir det ingen negativ effekt (Hayes, Gelso & Hummel, 2011). Resultater fra et dagbehandlingsprogram for pasienter med personlighetsforstyrrelser angir at noen motoverføringsfølelser viser sammenheng med positivt utfall ("viktig" og "trygg") andre med negativt utfall ("uengasjert" og "overveldet") (Røssberg et al., 2007; Røssberg et al., 2010). Det optimale affektive klima for pasienter på sengepost med borderline patologi syntes å være følelsesmessig engasjert personale som opplever både aggressive og varme følelser, og som ikke er for avslappet (Holmqvist, 2000a; 2000b). Noe som innebærer at det synes viktig for pasienter med borderline patologi at terapeuter lar seg bevege emosjonelt. Noe i retning av hva Ferenczi argumenterte for at pasientene trenger.

Alle studier som er presentert så langt viser korrelasjoner mellom motoverføring og ulike forhold ved pasient, terapeut og utfall av terapi, altså man ser på om det er en sammenheng mellom to variabler. Disse studiene er med på å underbygge viktigheten av at terapeutens totale motoverføring er et sentralt element i psykoterapiprosessen, at terapeuten påvirker og lar seg påvirke av pasienten og at dette samspillet igjen påvirker utfallet av terapi. Derfor vil terapeutens oppmerksomhet mot sin indre verden være viktig, i tillegg til veiledning med fokus på terapeutens blinde flekker. Vi vet at psykoterapiprosessen er mangefasettert, det er ikke bare to variabler som henger sammen. Som sagt

forenkler forskning det kliniske bildet. Per i dag er det kun en motoverføringsstudie som har undersøkt sammenheng mellom tre variabler; et aspekt ved motoverføringen, pasientens grad av personlighetspatologi og psykoterapiteknikk (Dahl et al., 2014). Studien bygger på hypoteser fra teori, kliniske retningslinjer og tidligere forskning og vil ble beskrevet relativt utførlig.

Teoretikere har hevdet at terapeutenes motoverføring ofte kan minne om en velvillig foreldreholdning (Alexander, 1950; Fairbairn, 1958; Money-Kyrle, 1956; Tähkä, 1993). Dette underbygges i forskning på motoverføring (Betan et al., 2005, Dahl et al., 2012). For eksempel fant Dahl og kolleger (2012) at terapeuter rapporterte mest parentale følelser på FWC-58 (Røssberg et al., 2003) som innebærer ordene; ømhet for, moderlig, dominerende og viktig. Det gis også kliniske råd om at pasienter med personlighetspatologi krever en aktiv, engasjert, støttende og bekreftende terapeut (Gabbard, 2010; Killingmo, 1989; Tähkä, 2006), noe som gir assosiasjoner til en parental og foreldreaktig terapeut (f.eks. Clarkin, Fonagy & Gabbard, 2010). Derimot er det foreslått at pasienter uten særlig personlighetspatologi har mindre behov for en ny "foreldrefigur" (Tähkä, 2006), og det anbefales at terapeuten heller bør søke etter å innta en holdning preget av nysgjerrighet og nøytralitet for å styrke pasientenes autonomi (McWilliams, 2004; Tähkä, 1993). I et studie av Dahl og kolleger (2014) forventet de at parental motoverføring ville påvirke terapiprosessen. En hypotese var som følger: Når pasienten har personlighetspatologi kan parental motoverføring gi informasjon til terapeuten om at pasienten er i behov av ledende og omsorgsfullt engasjement, noe som vil være godt for disse pasientene. Når pasienten ikke har personlighetspatologi kan parental motoverføring forstyrre terapeutens empati og forståelse for disse pasientenes behov og problemer, og derfor hindre deres terapiprosess. De anså at motoverføringen spesielt vil prege terapi med overføringsarbeid, ettersom det å diskutere følelser som er tilstede her-og-nå i terapien er et viktig aspekt ved overføringsarbeid. For å undersøke hypotesen brukte de data fra Høglend og kollegers randomiserte studie som ble utviklet for å undersøke effekten av overføringsarbeid (Høglend et al., 2006; 2008). Overføringsarbeid regnes for å være en vesentlig del av psykodynamisk terapi. Fra forskning og teo-

retisk hold er det motstridende funn og tanker om når, for hvem og under hvilke omstendigheter det å arbeide eksplisitt med terapeut-pasientforholdet er gunstig (Høglend & Gabbard, 2012). Målet med Dahl og kolleger (2014) sin studie var å undersøke hvorvidt parental motoverføring er assosiert med langsiktig effekt av overføringsarbeid, og om disse assosiasjonene endres avhengig av pasientenes grad av personlighet patologi. Igjen, hypotesen var at overføringsarbeid i sammenheng med økende parentale motoverføringsfølelser vil være gunstig for pasienter med personlighetspatologi, men ikke for pasienter uten personlighetspatologi. Grad av personlighetspatologi ble evaluert før behandling og er sammen av oppfylte personlighetsforstyrrelseskriterier på SCID II (Spitzer, Williams, Gibbon & First 1990). Parental motoverføring ble målt med FWC-58 (Røssberg et al., 2003) etter hver time. Endring ble målt på Psykodynamiske Funksjons Skalar (PFS; Høglend et al., 2000) og pasientens selvrapporterte interpersonlige problemer (IIP; Alden, Wiggins & Pincus, 1990), målt før behandling, midt i behandlingen og etter behandling, ett år og tre år etter behandlingsavslutning. Det vil si at endring ble målt både av forskere og av pasienten selv på endringsmål som er relevante for psykodynamisk terapi og lang tid etter behandlingen. De statistiske analysene inkluderte 74 pasienter og 6 terapeuter. Halvparten av pasientene gikk i tidsbegrenset, et års dynamisk terapi uten eksplisitt fokus på her og nå mellom terapeut og pasient (uten overføringsarbeid) og den andre halvparten gikk i samme type terapi, men med overføringsarbeid. Terapeutene var de samme i begge grupper. Resultatene støttet hypotesen: Den spesifikke langtids-effekten av overføringsarbeid varierte med grad av parental motoverføring og med pasientenes personlighetspatologi; en treveis interaksjon. Videre, alle pasientene (uavhengig av personlighetsproblematikk) hadde best utbytte av overføringsarbeid når det var lite parental motoverføring. Når parental motoverføring økte, ble den positive effekten av overføringsarbeid enda bedre for pasienter med personlighetspatologi. For pasienter uten personlighetspatologi ble effekten av overføringsarbeid negativ når parental motoverføring økte. Dette betyr ikke at pasienter uten personlighetspatologi ble dårligere av terapi med parentale terapeuter. Det betyr at de ville hatt mer effekt av terapi uten overføringsarbeid. Derfor hindret parental mot-

overføring virkningen av overføringsarbeidet for pasienter med lite eller ingen personlighet patologi. Det er viktig å være oppmerksom på at studien ikke sier noe om er retningen på sammenhengene: a) Det kan være egenskaper ved pasienten som trekker terapeuten inn i en parentalposisjon, b) det kan være terapeuten tendens til å føle seg parental i de fleste situasjoner (og best egnet til å arbeide med personlighetsforstyrrede), c) det kan være terapeuten evne til å opprettholde en godartet parental holdning til tross for pasientens relasjonelle vansker eller d) at det unike møtet mellom pasient og terapeut som fører til mer eller mindre parental motoverføring. Uansett har parental motoverføring vist å gi systematiske forskjeller i utfall for pasientene hele tre år etter terapien ble avsluttet. Ved å bruke finmaskede kvantitativ prosessanalyser kan vi observere og studere hva som faktisk ble sagt og kommunisert for å forstå bedre hvordan parental motoverføring farger terapeutinteraksjonene og prosessen.

Til tross for studien underbygger hypotesen, er funnene overraskende. Det overraskende er at en så forenklet variabel (fire ord = variabelen parental motoverføring) har så sterk påvirkningskraft. For meg sier det noe om relasjonens betydning. Resultatene støtter klinisk teori som understreker at terapeuten må være aktivt klar over egne motoverføringsreaksjoner. Bruken av et kvantitativt spørreskjema som en FWC eller TRQ, kan forbedre selvbevissthet og aktiver terapeuter til å være mer oppmerksomme motoverføringsreaksjoner. Kliniske råd basert på denne studien er at det er spesielt viktig å være bevisst sin motoverføring når du arbeider eksplisitt med relasjonen her og nå. Da påvirker motoverføringen mest. Videre, når terapeuten kjenner seg foreldreaktig ovenfor pasienter med lite eller ingen personlighetspatologi så vær ekstra på vakt, eller unngå overføringsarbeid. Siste råd vil være at overføringsarbeid nyttig i møte med pasienter med personlighetsproblematikk (se også Høglend et al, 2010) og parental motoverføring er gunstig for prosessen. I denne sammenheng er det relevant å nevne at terapeutene i studien rapporterte lav intensitet i motoverføringen. Jeg antar at den positive effekten av parental motoverføring ikke fortsetter å øke i det uendelige.

Oppsummering

Forskning på ubevisst motoverføring viser hvordan intervensjoner preget av mer eller mindre subtil unnvikelse, overinvolvering, manglende engasjement og tilbaketrekning påvirker terapien. Terapeuter agerer ut fra egne følelsesmessige konflikter og ”blinde flekker”, noe som kan påvirke terapiprosessen på en negativ måte. I tråd med Freuds anbefalinger er det viktig å ikke agere på motoverføring som har sin kilde i egne ubearbejdede følelser, noe vi kan strebe mot, men nok aldri vil mestre. Per definisjon kjenner vi ikke det ubevisste, ubevisst motoverføring er ikke tilgjengelig for terapeuters egen gransking, den er kun tilgjengelig via veiledning eller via utageringer (enactments) som; glemme, sovne, vansker med å ta betalt eller avslutte timen, noe som kan være indikasjon på ubevisst motoverføring (Zachrisson, 2009). En veileder kan hjelpe terapeuten til å bli oppmerksom på ubevisste aspekter ved motoverføringen gjennom måten terapeuten snakker om saken og via lyd- eller videoopptak fra timene. Veiledning og egenterapi blir sett på som viktige faktorer for å bli en dynamisk psykoterapeut, noe som antageligvis bidrar til bevisstgjøring og oppmerksomhet rundt egne sårbare tema. Per i dag vet vi mye mer om at den terapeutiske relasjon betyr mye for utfallet av terapi (Norcross & Wampold, 2011). Følelser er byggesteiner i enhver relasjon. Ferenczis (1919) argumentasjon for viktigheten av terapeutes emosjonelle nærvær er igjen aktualisert. Forskning på selvrapportert motoverføring, viser at terapeuten evner å fange opp ulike karakteristika ved pasienten og lar seg påvirke av pasientenes relasjonelle mønster. Terapeutes følelser fanges også opp av pasienten, i den grad at det påvirker terapiutfallet.

Avsluttende kommentar

Terapeuter flest vil kjenne en følelsesmessig reaksjon i møte med pasienters intense forakt og sinne eller glødende idealisering og forelskelse. Denne responsen vil være preget av noe allment (den objektive motoverføringen) og noe partikulært ved terapeuten (her: ubevisst motoverføring) det allmenne og partikulære blir igjen opplevd, tolket og

forstått innen terapeutes subjektive univers som til sammen utgjør den totale motoverføringen. Hvem sitt bidrag – pasientens eller terapeutes – som til enhver tid veier tyngst, vil variere. Det å forsøke å skille eget følelsesmessige materiale fra pasientens er selvfølgelig viktig, men sannheten om hva som tilhører hvem til enhver tid er ikke tilgjengelig i timene. Det er for store feilkilder tilstede (det ubevisste for eksempel). Derfor bør våre intervensjoner være ydmyke og undersøkende mer enn bombastiske og insisterende. I det til tider vanskelige arbeidet med å skape mening og forståelse i pasienters indre verden må vi anvende alle mulige tilgjengelige innspill. Derfor vil den totale motoverføringen være vårt hovedinstrument for å skape hypoteser om hva som foregår i pasienten og i relasjonen mellom terapeut og pasient.

Hvorvidt forskningen som er presentert kan bidra til å øke samarbeid og forståelse mellom forskere og klinikere beror på øyet som har lest artikkelen vil jeg tro. Studiene som er inkludert er del av den voksende mengde empiri som viser at pasientkarakteristika, teknikk variabler og terapeutvariabler samvirker i å avgjøre utfallet av psykoterapi. Mye annen forskning er basert på at psykoterapi er: diagnose – terapiteknikk/behandlingsmodell – utfall. Denne modellen er så forenklet at den gir oss dårlige retningslinjer for klinisk arbeid. Det viktigste ved empiri er å redusere trosaspektene i de ulike behandlingsmodellene og i teorigrunnet, samtidig viser historien oss at også mye empiri er trosbasert. For en tvilende sjel er det viktig å undersøke alle forhold så grundig som mulig med de metoder vi har til rådighet i dag. Både kvantitative og kvalitative metoder kan komplementere teori og erfaring og øke vår forståelse av hvordan psykoterapi fungerer. Per i dag har empiri og teori opphevet det enkle paradigme om teknikk eller relasjon, det er både og som gjelder. Å studere motoverføring er å forsøke å fange terapeutes bidrag til relasjonen og hvordan det påvirker teknikken. Det er her en ser terapeuten på sitt mest personlige, engasjerte, følelsesmessig ladete og sårbare (Kiesler, 2001). Som kliniker og forsker er det vanskelig å finne en mer spennende og utfordrende arena for empiri. Om det er til nytte for deg som kliniker? – det avgjør du.

Referanser

- Alden, L.E., Wiggins, J.S., & Pincus, A.L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 3-4, 521-536.
- Aron, L. (2012). Analytic impasse and the third: Clinical implications of intersubjectivity theory. In L. Aron, & A. Harris (Eds.). *Relational psychoanalysis, Vol 5: Evolution of process*. (pp. 205-239). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.
- Betan, E., Heim, A.K., Conklin, C.Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 5, 890-898.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Studies on hysteria. Standard edition 2*. London: Hogarth Press.
- Cabre, L.J.M. (1998). Ferenczi's contribution to the concept of countertransference. *International Forum of Psychoanalysis*, 7, 247-255.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 922-928.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171, 102-108.
- Colson, D.B., Allen, J.G., Coyne, L., & Dexter, N. (1986). An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 923-928.
- Cutler, R.L. (1958) Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 349-356.
- Dahl, H.S.J., Høglend, P.A., Crits-Christoph, P., Gabbard, G.O., Hersoug, A.G., Perry, J.C. et al. (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*. E-pub ahead of publication.
- Dahl, H.S.J, Røssberg, J.I., Bøgwald, K.P., Gabbard, G.O., & Høglend, P.A. (2012). 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.
- Etchegoyen, R.H. & Pitchon, P. (1991). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. Karnac Books: London.
- Fairbairn, W.R. (1958). On the nature and aims of psycho-analytical treatment. *The International Journal of Psychoanalysis*, 39, 374-385.
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1924). *The development of psychoanalysis*. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Co.
- Ferenczi S. (1919). *Technical difficulties in the analysis of a case of hysteria. Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis*. London: Karnac Books, 1980.
- Friedman, S.M. & Gelso, C.J. (2000). The development of the Inventory of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 9, 1221-1235.
- Freud, S. (1912). *Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. Standard Edition*, 12, 111-120 London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1913). Letter from Freud to Ludwig Binswanger, February 20, 1913. *The Sigmund Freud-Ludwig Binswanger Correspondence 1908-1938*, 112-113.
- Gabbard, G.O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 8, 983-991.
- Gabbard, G.O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text, 2nd edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24, 117-131.
- Gelso, C.J. & Hayes, J.A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Goldfried, M.R. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, 1-16.
- Hafkenschied, A. (2003). Objective countertransference: Do patients' interpersonal impacts generalize across therapists? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31-40.
- Hafkenschied, A. & Kiesler, D. (2007). Assessing objective countertransference: A comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research*, 4, 393-403.

- Hayes, J.A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research*, 1, 21-36.
- Hayes, J.A., Gelso, C.J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy (Chic.)*, 48, 88-97.
- Haynal, A.E. (2005). In the shadow of a controversy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86:457-466
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81-84.
- Henry, W.P., Strupp, H.H., Butler, S.F., Schacht, T.E., & Binder, J.L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 434-440.
- Holmqvist, R (1998). The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians' feelings. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 455-461.
- Holmqvist, R. (2000). Associations between staff feelings toward patients and treatment outcome at psychiatric treatment homes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 6, 366-371.
- Holmqvist, R. & Armelius, B.A. (1994). Emotional reactions to psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 3, 204-209.
- Holmqvist, R. & Armelius, B.A. (1996a). Sources of therapists' countertransference feelings. *Psychotherapy Research*, 1, 70-78.
- Holmqvist, R. & Armelius, B.A. (1996b). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 11, 660-666.
- Holmqvist, R. & Armelius, K. (2000). Countertransference feelings and the psychiatric staff's self-image. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 475-490.
- Holmqvist, R., Hansjons-Gustafsson, U., & Gustafsson, J. (2002). Patients' relationship episodes and therapists' feelings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4, 393-409.
- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K.P., Sørbye, O., Sjaastad, M.C. et al. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *The American Journal of Psychiatry*, 10, 1739-1746.
- Høglend, P., Bogwald, K.-P., Amlo, S., Heyerdahl, O., Sørbye, Ø., Marble, A., ... Bentsen, H. (2000). Assessment of change in dynamic psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 190-199.
- Høglend, P., Bogwald, K.P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M.C. et al. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *The American Journal of Psychiatry*, 6, 763-771.
- Høglend, P., Dahl, H.S., Hersoug, A.G., Lorientzen, S., & Perry, J.C. (2010). Long-term effects of transference interpretation in dynamic psychotherapy of personality disorders. *European Psychiatry*, 2, 168-181.
- Høglend, P. & Gabbard, G.O. (2012). When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? A review of empirical research. In A. Levy, J.S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. (pp. 449-467). New York: Springer
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 146-159.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransferences. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 38-56.
- Kiesler, D.J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology*, 8, 1053-1063.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1, 65-79.
- Lambert, M.J. (Ed.) (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. (6th ed.)* New York: Wiley.
- Ligiero, D.P. & Gelso, C.J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1, 3-11.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Model*. New York, NY: Basic Books
- McIntyre, S.M. & Schwartz, R.C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or border-

- line personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 923-931.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York, NY: Guilford Press.
- Mitchell, S.A. & Aron, L. (1999). *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition. Relational perspectives book series, Vol. 14*. Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Money-Kyrle, R.E. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 360-365.
- Najavits, L.M. (2000). Researching therapist emotions and countertransference. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 322-328.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 1, 98-102.
- Perry, J.C., Bond, M., & Presinak, M. (2013). Alliance, reactions to treatment, and countertransference in the process of recovery from suicidal phenomena in long-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 23, 592-605.
- Pope, K.S. & Tabachnick, B.G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 142-152.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 303-357.
- Rosenberger, E.W. & Hayes, J.A. (2002). Therapist as subject: A review of the empirical countertransference literature. *Journal of Counseling & Development*, 264-270.
- Rössberg, J.I. & Friis, S. (2003). Staff members' emotional reactions to aggressive and suicidal behavior of inpatients. *Psychiatric Services*, 10, 1388-1394.
- Rössberg, 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). *Nordic Journal of Psychiatry*, 1, 45-53.
- Rössberg, J.I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 3, 225-230.
- Rössberg, J.I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: An empirical investigation. *Psychiatry Research*, 1, 191-195.
- Safran, J.D. (2012). *Psychoanalysis and psychoanalytic therapies. Theories of psychotherapy Series*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and responsiveness. *The International Journal of Psychoanalysis*, 43-47.
- Segal, H. (1977). Countertransference. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 6, 31-37.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1990). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID*. Washington, DC: American Psychiatric Association, Inc.
- Thylstrup, B. & Hesse, M. (2008). Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. *BMC Psychiatry*, 8:21.
- Tishby, O., & Vered, M. (2011). Countertransference in the treatment of adolescents and its manifestation in the therapist-patient relationship. *Psychotherapy Research*, 21, 621-630.
- Tähkä, V. (1993). *Mind and its treatment: A psychoanalytic approach*. Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Tähkä, V. (2006). The nature and mediation of understanding in psychoanalytic interaction. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 2, 81-92.
- Williams, E.N. & Fauth, J. (2005). A psychotherapy process study of therapist in session self-awareness. *Psychotherapy Research*, 374-381.
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 69-74.
- Wolstein, B. (1988). *Essential papers on countertransference*. New York, NY: New York University Press
- Yaseen, Z.S., Briggs, J., Kopeykina, I., Orchard, K.M., Silberlicht, J., Bhingradia, H., & Galynker, I.I. (2013) Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients – a comparative study. *BMC Psychiatry*, 13.
- Zachrisson, A. (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis*, 3, 177-188.

Søkeord: Motoverføring, terapeutens følelser, psykodynamisk terapi.

Key words: Countertransference, therapist feelings, psychodynamic therapy.

Abstract

How to understand, use and manage the countertransference is a popular theme in supervision, clinical seminars and theoretical papers. Very seldom is empirical studies mentioned in these settings. This is not surprising. Many may probably wonder if it is possible to study such a complex phenomenon as countertransference using quantitative measures in a way that is meaningful for the therapist. In addition, there has been a meager amount of empirical literature. However, during the last years research on countertransference is increasing. This paper presents some of the conflicts connected to the understanding of countertransference up through history. The paper also presents how these different definitions color the research on countertransference. The author presents some of this research and is herself curious as to whether you as a therapist will find this inspiring and as food for your thought.

Hanne-Sofie Johnsen Dahl er Phd, psykologspesialist, gruppeanalytiker, kandidat ved Psykoanalytisk Institutt og arbeider for tiden i et prosjekt i barnevernet, Alna bydel, Oslo. Hun har tidligere forsket på motoverføring ved medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Hun har en deltids privatpraksis.

hannedahl@yahoo.no