

Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen

Anders Zachrisson

Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen

Begrepet motoverføring har gjennomgått en omfattende utvikling. I artikkelen føres begrepets idéhistorie frem til dagens debatt om analytikerens selvavsløring og subjektive bidrag til den analytiske relasjonen.

Relasjonen mellom pasient og terapeut er en toveis relasjon. Den er gjensidig, men på en kompleks måte. Den kan neppe betraktes som symmetrisk all den stund pasient og terapeut har ulike grunner til å være i relasjonen og ulike funksjoner i det samspillet som finner sted. Det begrepet i psykoanalysen som helt fra starten av har rettet søkelyset mot terapeutens posisjon i denne relasjon, er motoverføring. I artikkelen vil jeg prøve å utrede innholdet i motoverføringsbegrepet. Slik det brukes i dag, refererer det til et sammensatt fenomen, et fenomen som både kan forstyrre og informere terapeutens forståelse av hva som foregår mellom de involverte parter.

Jeg skal først angi hva slags fenomener motoverføringsbegrepet refererer til, og hvordan fenomenet henger sammen med begrepene terapeutisk holdning og terapeutisk setting. Deretter foretar jeg en kort gjennomgåelse av hvordan synet på motoverføring har utviklet seg fra Freuds (1910) første diskusjoner av fenomenet til i dag. Til sist skal jeg gi noen glimt fra den aktuelle debatten om begrepet og presentere en modell for begrepsmessige forbindelser mellom motoverføring på den ene siden og empati og projektiv identifikasjon på den andre.

Jeg gjør i denne forbindelse ingen forskjell mellom psykoanalyse og psykoanalytisk psykoterapi, men mener at fremstillingen har relevans for begge behandlingsmetodene. Det er også klart at det vi kaller psykoanalyse, ikke er *en* teori, eller ett sett av synspunkter. Det innebærer at det innenfor psykoanalysen vil være forskjellige meninger om hvordan analytisk holdning eller terapeutisk setting skal forstås og artikuleres. Eksempel på sentrale analytiske begreper som har vært debattert i de siste årene, er analytikerens *nøytralitet* og arbeidsmetoden med *fri assosiering* som instruks til pasienten. Samtidig som jeg prøver å formidle i hvert fall noe av spennet i debatt og synspunkter, er det klart at fremstillingen vil bære preg av mitt ståsted og min forståelse av den analytiske relasjonen og motoverføringsfenomenet.

Motoverføring kan ikke oppfattes isolert fra resten av analysens begrepsapparat, men er ett av flere begreper om forhold ved den terapeutiske relasjonen. Rammen for forståelsen av motoverføring er naturligvis behandlingssituasjonen. Endringene i psykoanalysens syn på den terapeutiske relasjonen utgjør det sentrale moment i begrepets utvikling.

Motoverføring refererer til noe som skjer med terapeuten. Det er viktig å huske på kompleksiteten i begrepet. Noe skjer med terapeuten som bringer eller kan bringe ham/henne ut av terapeutisk posisjon. Det kan dreie seg om å bli grepet av en følelse av tomhet, irritasjon eller angst. Det kan dreie seg om en tilbøyelighet til å være litt for imøtekommende mot en pasient, at vi som terapeuter ikke riktig holder fast ved rammer og avtaler, at vi strekker timen litt, til forskjell fra hva vi er vant til hos oss selv (som om vi må strekke oss for å unngå å såre eller irritere pasienten). Det kan dreie seg om tanker, fantasier eller bilder som, iblant ganske overraskende, melder seg i terapeuten (Zachrisson, 2006). Det kan dreie seg om skiftende stemninger, variasjoner i våkenhet og interesse for det pasienten sier, kjedsomhet, døsigheit osv., som opptrer som tegn på ubevisste reaksjoner i terapeuten. Det er et stort spektrum av reaksjoner som vi kan klassifisere som motoverføring. Og det kan tillegges at det kanskje ikke er de sterke, intense reaksjonene som utgjør den største utfordringen - dem blir vi så altfor godt klar over - men de små, nesten umerkelige avvikene og forskyvningene i vår praksis og holdning. Det er avvik som det er lett å rasjonalisere, bortforklare og overse, og som i neste omgang kan resultere i uheldige og u hensiktsmessige terapeutiske handlinger.

Den terapeutiske innfatning

Noe skjer som truer med å bringe terapeuten ut av posisjon. Hva betyr det? Den posisjonen det er tale om, er avgrenset av den terapeutiske rammen for behandlingen. Vi er i posisjon når vi er innenfor rammen. To sett av forhold danner den terapeutiske innfatning: *ytre rammebetingelser* og *terapeutisk holdning* (Zachrisson, 1997, 1999).

Først noen ord om de ytre rammebetingelser. Vi har rommet som er et lukket forum, med taushetsplikten som ivaretar behovet for diskresjon og gir trygghet. Dette er et sted der det går an å åpne seg, dele sine tanker og følelser. Vi har tiden som en variabel i dette, vi arbeider med faste, regelmessig gjentatte tider og en bestemt lengde på timene. Dette er også trygghetsskapende. Det gir forutsigbarhet, man vet hva man skal forholde seg til og kan forvente. Så har vi kontrakten som dels klargjør dette om rom og tid, men som også regulerer andre sider ved den terapeutiske relasjonen: avtaler om økonomi, avlysninger, ferier osv. I dynamisk psykoterapi gir vi kanskje ikke alltid en eksplisitt instruks om arbeidsmåten, men vi formidler hva vi forventer av pasienten ved måten vi selv oppfører oss på. I psykoanalyse er det vanlig å informere om den såkalte grunnregelen, fri assosiering, i begynnelsen og å oppfordre analysanden til å prøve å la tankene gå og så ærlig som

mulig fortelle hva som melder seg. Dette er en anerkjent kompleks oppfordring, og problematiske sider ved den analytiske grunnregel er fremhevet, f.eks. av Hoffmann, som stiller spørsmål ved hvor fri slik assosiering faktisk er (2006). Som Hoffman understreker, vil pasientens assosiasjoner være påvirket av hva terapeuten, mer eller mindre ubevisst, formidler om sine forventninger og tanker. At det er problemer knyttet til fri assosiering som metode, er ikke nytt stoff i analysens historie, der jo pasientens motstand mot grunnregelen er kjent og beskrevet. Det vi kan notere, er Hoffmanns understreking av den påvirkning på pasientens assosiering som kommer fra terapeuten. Imidlertid, samtidig som det er viktig å ha metodens begrensninger klart notert, er grunnregelen en del av den analytiske behandlingsmetoden, og helt avgjørende for analyseringen av motstand og overføring.

Et spørsmål er om det kanskje ikke er kravet til å la tankene løpe «fritt» som er den store utfordringen, all den stund denne friheten alltid vil være relativ, men kravet til ærlighet. Kravet til så oppriktig som mulig å si hva man tenker til en annen, hvor skamfullt, pinlig eller smertefullt det enn kan være. I så fall vil et alternativ kunne være å si til pasienten: «Her kan du ta den tiden du trenger for å få sagt hva du har på hjertet» (Zachrisson, 1999, s. 19).

Så langt om den ytre rammen. Det som utspiller seg innenfor denne rammen, er behandlingsprosessen, hvis medium er relasjonen mellom pasient og terapeut. Mitt fokus i denne artikkelen er terapeuten som person. Og terapeuten møter pasienten med en innstilling og en måte å være på som vi kan referere til som *terapeutisk holdning*. I det perspektivet jeg her legger på motoverføring, blir terapeutisk holdning et viktig begrep fordi det angir den *normalposisjonen* vi er i som terapeuter. Ved også å være oppmerksom på hva som skjer med oss selv i prosessen, våre motoverføringsreaksjoner, kan vi registrere når vi er på vei til å falle ut av posisjon.

Terapeutisk holdning

I analytisk eller terapeutisk holdning finner vi ingredienser som *emosjonell nøytralitet*, *jevntsvevende oppmerksomhet*, *frihet fra ambisjoner*, *empatisk innstilling* (Killingmo, 1971; Schafer, 1983). Det handler også om en dosert og balansert tilstedeværelse når det gjelder avstand/nærhet, temperatur osv. i kontakten med pasienten. Og det handler naturligvis om å finne sin egen personlige stil, innenfor de profesjonelle og terapeutiske rammer og i forhold til den enkelte pasient. Her er noen dimensjoner og forhold til gjennomtenkning og avbalansering:

- 1 en respektfull avstand som ikke blir så distansert at den blir fjern, utilnærmelig eller arrogant, men heller ikke så nær at den blir intim
- 2 åpenhet for det som er der, hva enn det måtte være
- 3 unngåelse av moralisme, bedreviten og geskjeftighet
- 4 taktfullhet, ansvarlighet, høflighet, paret med alvor, saklighet og nøkternhet
- 5 innstilthet på å se begge eller alle sidene i pasientens indre og ytre konflikter, også ens egen innflytelse på pasienten, og unngåelse av enten-eller-tenkning.

Egentlig kan denne listen leses som et forsøk på å antyde hva vi etterstreber med nøytral holdning. Det vil si nøytralitet oppfattet som en strategisk posisjon for å observere både pasientens indre konflikter og det intrikate og følelsesmessig komplekse samspillet mellom pasient og terapeut (Hoffer, 1985; Baker, 2000). Det er viktig å notere at nøytralitet i psykoanalysen refererer til en holdning og ikke er en oppskrift for riktig adferd. Og en «hvit skjerm» har, slik jeg ser det, ingenting med nøytralitet i analytisk forstand å gjøre.

Greenberg (1986) har problematisert nettopp dette og fremhevet at utformet som regler for oppførsel, dvs. på adferdsnivå, blir det meningsløst. Det som for én pasient vil være en nøytral holdning fra analytikers side, vil for en annen pasient kunne oppleves som noe følelsesmessig sterkt ladet. Det som for én oppleves som respektfull romslighet, kan for en annen kjønnnes som kaldt og avvisende. Samtidig konstaterer Greenberg at «neutrality is a necessary, if incomplete, way of expressing an optimal analytic stance» (s.138). Det kan se ut som at Hoffers forsøk på å forankre begrepet teoretisk, som en *strategisk posisjon for observasjon*, imøtekommer i hvert fall deler av Greenbergs innvendinger mot begrepet.

Profesjonell - privat - personlig

Det foreligger et motsetningsforhold mellom profesjonell og privat. Etter min mening må disse to sfærene holdes atskilt. En grunn til det er behandlingsteknisk, for å gi pasienten frihet til å knytte de fantasier til terapeuten som måtte melde seg, uten at disse fantasiene påvirkes mer enn nødvendig av faktisk viten. Det er innlysende at pasienten fanger opp en god del om sin terapeut underveis. Samtidig er det et sentralt moment for terapeutisk arbeid i overførings-/motoverføringsfeltet at disse fantasiene får utfolde seg i et felt der terapeuten har best mulig oversikt over sin egen innvirkning på dem.

En annen like viktig grunn er å beskytte terapeuten og hans eller hennes familie for, på et privat plan, å bli involvert i pasientenes liv, men også for å beskytte pasienten for å skulle bli involvert i terapeutenes privatliv. Det forholdet at pasienten foretar en fortløpende avlesning av terapeutenes indre liv, av terapeutenes *subjektivitet*, svekker etter min mening ikke betydningen av skillet mellom den profesjonelle og den private sfæren. Jeg er tilbøyelig til å påstå det motsatte. Innsikten at det er umulig ikke å eksponere seg overfor pasienten, i kombinasjon med den påvirkningskraft vi som terapeuter ofte får i relasjon til våre pasienter, understreker nødvendigheten av en særlig aktpågivenhet fra terapeutenes side (Zachrisson, 1997, s. 27 - 28). Det er en aktpågivenhet som av terapeuten forutsetter både en tydelig artikulering av holdningsbegrepet og en fortløpende bearbeidelse av egne følelser og reaksjoner.

En gjennomgåelse av tilfeller som har ført til den kanskje alvorligste formen for utagering av motoverføring, seksuelt misbruk innenfor den profesjonelle relasjonen, vil høyst sannsynlig vise at første skritt alltid er et element, antagelig ganske ubetydelig, av «privatisering» av relasjonen. Det vil si at terapeuten krysser en grense i forholdet til sin pasient og forlater sin terapeutiske posisjon. Merker vi at vi som terapeuter er på glid når det gjelder grensen til det private, er vi på vei ut av posisjon. Alarmklokkene bør da ringe, kursen gjenopprettes og motoverføringen granskes, eventuelt med en kollegas hjelp. Det betyr naturligvis ikke at enhver privatisering av relasjonen har ødeleggende konsekvenser eller fører til etiske overtramp. Mitt poeng er at privatisering av den terapeutiske relasjonen utgjør en metodisk komplikasjon, og omfattende privatisering medfører omfattende konsekvenser. Det forholdet at vi uunngåelig og hele tiden meddeler oss til pasienten om oss selv, fritar oss naturligvis ikke fra kravet om en disiplinering av vår tilstedeværelse. Det vil si at vi etterstreber å holde en viss oversikt over oss selv som deltager i samspillet med pasienten. Mister vi den oversikten, mister vi også muligheten til å forstå og å analysere hva som skjer i relasjonen. Fordi det handler om relasjoner som varer over tid, og om et fortløpende følelsesmessig og intenst samspill, er det også klart at den terapeutiske posisjonen kontinuerlig er satt under press og må gjenopprettes. Ofte foregår det viktigste arbeidet i terapien «på grensen» til terapeutenes private sfære.

Denne gjennomgåelsen av terapeutisk holdning krever en tilføyelse: *Privat* refererer til terapeutenes «private», ikke-profesjonelle, liv og er ikke ensbetydende med hans eller hennes subjektive, indre liv. Det vil si at dikotomien mellom profesjonelt og privat må kompletteres med et tredje ledd, personlig. Vi *kan ikke*, og *skal ikke*, unngå det personlige uttrykk, og vår subjektivitet er en del av dette uttrykket. Psykoterapi er et dypt personlig foretagende, vi er selv vårt viktigste

instrument. Det kan derfor ikke være spørsmål om å opptre på en kunstlet eller påtatt måte eller å kopiere en annens stil. Det handler om å disiplinere og utvikle sin egen måte å være til stede på - om å utforme sin egen, personlige stil som terapeut.

Hva er tegn på motoverføringer?

Generelt kan vi si at motoverføringsreaksjoner kommer til syne ved tegn på ubevisste konflikter, følelser og bestrebelse hos terapeuten, slik som forsnakkelse, feilhandlinger, drømmer og uklare eller ugreie stemninger. Videre har vi situasjoner der terapeuten har problemer med å identifisere seg eller stille seg empatisk med pasienten, og omvendt, der terapeuten går inn i en overidentifisering f.eks. med pasientens offerposisjon.

Tegn på motoverføring med vekt på overdrevne reaksjoner fra terapeutens side kan være:

- 1 Terapeuten gruer seg for timene, er uvanlig mye opptatt av pasienten mellom timene, begynner å argumentere med pasienten i timene eller blir såret av pasientens kritikk
- 2 Terapeuten gjør feil med avtaler, tider eller på annen måte, eller føler angst for å skulle gjøre feil
- 3 Terapeuten overveldes av tretthet, hjelpeløshet eller avmakt i timene
- 4 Terapeuten har problemer med å avslutte timer eller er på andre måter oversnill mot pasienten

Listen er naturligvis ikke annet en et skjønnsmessig utvalg av mulige avvik fra vår terapeutiske normalposisjon. Når jeg har lagt vekt på terapeutisk holdning, er det fordi det gir oss et prinsipielt redskap for å lokalisere tegn på motoverføring, som altså kan være hva som helst som bringer oss ut av en terapeutisk holdning og posisjon.

Det klassiske syn på motoverføring

Freuds terapeutiske rettesnor var i tråd med den tidens vitenskapsideal: terapeuten som en mest mulig objektiv og nøytral observatør og fortolker av pasientens indre drama. Freuds tidlige bilder av terapeuten var preget av dette synet: terapeuten som *speil* og som *kirurg* (Freud, 1912). Disse metaforene understreker det objektive og nøytrale. Speilet gir tilbake kun det som treffer det. Terapeuten gir tilbake en refleksjon av det som pasienten bringer - og er tilbakeholden med å bringe

eget materiale inn i terapien. Kirurgen distanserer seg følelsesmessig fra sin pasient, slik at han eller hun kan overse den smerte som påføres pasienten, og på den måten bedre og mer presist kan utføre det nødvendige inngrep. Terapeuten holder den nødvendige distanse til pasienten for å beholde seg intakt og i posisjon for på best måte å observere og tolke pasientens konflikter.

Når dette var sagt om terapeuten, kunne fokus rettes mot det vesentlige - mot pasientens indre liv, følelser og fantasier, behov og konflikter, symptomer, hemninger og karaktermønstre.

I og med vektleggingen av pasientens overføring som en helt sentral del av den terapeutiske prosessen, kom relasjonen (her-og-nå-relasjonen mellom terapeut og pasient) mer i fokus. I neste omgang kom så begrepet motoverføring, som i sin opprinnelige form hadde betydningen terapeutens ubevisste, irrasjonelle og infantile reaksjoner på pasientens overføringer.

Motoverføring som forstyrrelse

Motoverføring innebar altså en forstyrrelse av og et avvik fra den terapeutiske nøytraliteten (speilet fikk flekker og ujevnheter, kirurgen skalv på hånden). Relasjonen pasient-terapeut ble med dette ytterligere understreket og nyansert. Ikke bare pasienten, men også terapeuten yter sitt ubevisste, irrasjonelle bidrag til den terapeutiske situasjonen. Åpenbart er dette en forstyrrelse av den terapeutiske prosessen, noe uønsket. Det blir et poeng å redusere innslaget av motoverføring. En sentral faktor i denne bestrebelsen ble terapeutens egenbehandling. Å redusere islettet av motoverføring var selve rasjonalen for egenbehandlingen. Og når motoverføring slår igjennom i det terapeutiske arbeidet, er det ikke bra. Det er blinde flekker i terapeutens forståelse av pasienten, et tegn på uanalyserte områder hos terapeuten. Det kan nesten bli noe skammelig å ha motoverføringer. Det er som om man ikke har gjort rent i sitt eget hus før man setter i gang med å rydde hos andre.

Freud (1910) oppfattet opprinnelig motoverføring som terapeutens ubevisste reaksjoner på pasienten. Han definerte motoverføring som et resultat av pasientens innflytelse på terapeutens ubevisste, og tilføyde at «no psycho-analyst goes further than his own complexes and internal resistances permit» (s. 145). Her fremgår klart både motoverføringens forstyrrende og begrensende karakter, og rasjonalen for terapeutens egenbehandling.

Overføring og motoverføring

Overføring er ifølge psykoanalysen et allment og dagligdags fenomen som farver og preger mange av våre relasjoner, sannsynligvis de fleste. I møte med andre mennesker, særlig der sterke følelser er involvert, bruker vi tidligere sentrale, følelsesmessig viktige relasjoner som utgangspunkt og mal for holdninger og forventninger. I den forstand kan vi si at overføring refererer til en måte å

huske fortiden på, til å benytte det vi har erfart. Det som er spesielt ved den terapeutiske situasjonen, er at den ved sine rammebetingelser og ved terapeutens konsekvente analytiske holdning (som også innebærer en invitasjon til regresjon), skaper et veksthusklima for utviklingen av pasientens overføringer til terapeuten. De blir sterkere, tydeligere og mer dominerende enn i det daglige liv.

Dette har med nødvendighet en effekt på terapeutens motoverføring på pasienten. Sterkere følelser gir sterkere overføringer, som i sin tur gir sterkere motoverføringer. Følelsenes intensitet kan bli et problem hvis de blir for sterke for terapeuten, slik at han eller hun ikke holder dem ut. De vil da gi opphav til unngåelsesreaksjoner fra terapeutens side og bringer derved ham eller henne ut av terapeutisk posisjon. En viktig side ved den terapeutiske holdningen dreier seg jo nettopp om dette: å la komme til syne det som ligger i overflaten av pasientens bevissthet, *uansett hva det måtte være av følelser eller tanker*, og uansett hvilke følelser det vekker i terapeuten!

Det utvidede syn på motoverføring

Frem til slutten av 1940-tallet var det synet på motoverføring jeg her har presentert, det klassiske synet som det blir kalt, dominerende. Selv om vi tidlig kan finne enkelte synspunkter på terapeutens indre psykiske prosesser og emosjonalitet som foregriper den senere utviklingen, for eksempel Freud selv, som i 1912 konstaterte at analytikerens «... must turn his own unconscious like a receptive organ towards the transmitting unconscious of the patient» (s. 115). Freud (1912) formulerte seg jo også om analytikerens jevnt fordelte oppmerksomhet (s. 111 - 112), ideer som ble videreført i begreper som identifikasjon, empati, intuisjon, lytting med det tredje øre osv. av Ferenczi, Deutsch, Balint og Reik. I hovedsak var likevel det klassiske synet på motoverføring fremherskende: motoverføringen var sand i det terapeutiske maskineriet.

Men gradvis begynte det å skje ting på den teoretiske fronten som skulle få betydning for oppfattelsen av motoverføring. Parallelt med utviklingen av egopsykologien, som etter hvert fikk sitt tyngdepunkt i USA, fant det sted et teoretisk arbeid med base særlig i England som skulle få vidtrekkende følger for psykoanalysen, nemlig utviklingen av objektrelasjonsmodellene. Melanie Kleins tidligste bidrag kom allerede i 1920-årene, og Fairbairn og Winnicott kom med sine første bidrag i 1930-årene. I 1946 innførte Klein begrepet *projektiv identifikasjon*. I hennes formulering var dette en intrapsykisk prosess, en forsvarsmekanisme: Uakseptable deler av selvet ble avspaltet og projisert over på objektet i et forsøk på å vinne kontroll over og dominere objektet (Klein, 1946). I sin

opprinnelige form var begrepet urelatert til motoverføring. Senere skulle imidlertid begrepet få en helt sentral plass i forståelsen av den terapeutiske relasjon, noe vi kommer tilbake til.

I 1947 skrev Winnicott en artikkel om hat i motoverføringen, der et av hans poenger er viktigheten av å erkjenne det hat som pasientens faktiske oppførsel og personlighet kan vekke i terapeuten. Han anså en slik erkjennelse som nødvendig for pasientens muligheter for å oppleve sitt hat mot terapeuten som overføringsobjekt, noe som i sin tur er en forutsetning for evnen til å oppleve kjærlighet (Winnicott, 1947).

Et paradigmeskifte

I 1950 publiserte Paula Heimann en artikkel som innebar et perspektivskifte i synet på motoverføringsfenomenet (Heimann, 1950). Kort fortalt er hennes poeng at motoverføringen, i den grad vi klarer å bli oss den bevisst, kan tas i bruk for å forstå pasienten bedre og på et dypere plan, at motoverføringen sågar er en viktig kilde til forståelse av pasientens ubevisste og derfor noe ønskelig. Heimann sier at motoverføringen gir en unik mulighet til å utforske pasientens ubevisste konflikter og forsvar. Terapeutens følelsesmessige relasjon til og reaksjoner på pasienten representerer et av de viktigste redskapene i det terapeutiske arbeid. (Vi husker Freuds beslektede tanke at alle ved sitt ubevisste besitter et instrument for å tolke ubevisste ytringer fra andre mennesker.) Forskjellen er at Heimann knytter direkte an til motoverføringsbegrepet. Hun utvider samtidig begrepet jevntsvende oppmerksomhet til ikke bare å omfatte pasientens materiale. Hun inkluderer også terapeutens egne reaksjoner, nettopp som et middel til å følge pasientens emosjonelle bevegelser og ubevisste fantasier i terapiprosessen. Ved at terapeutens oppmerksomhet innbefatter hans eller hennes egne reaksjoner på det som skjer, utdypes forståelsen av det uuttalte, latente, ubevisste, det som Gullestad og Killingmo (2005) kaller *underteksten*.

Heimann mener videre at motoverføringen omfatter alle følelser analytikerens opplever i forhold til pasienten, og begrenser den ikke til patologiske eller irrasjonelle sider ved terapeutens respons. Hun inkluderer nevrotiske og ikke-nevrotiske, bevisste og ubevisste reaksjoner på pasientens overføringer og totale personlighet. Motoverføring er ifølge henne i stor utstrekning en reaksjon på pasientens ubevisste konflikter slik de utspiller seg i analysen heller enn å være tegn på tidligere nedfelte konflikter og holdningsmønstre hos terapeuten.

Vi ser altså at Heimann legger noe helt nytt inn i begrepet motoverføring: Motoverføringen er skapt av pasienten, den er en del av hans eller hennes personlighet. Samtidig peker Heimann på farer ved dette: Terapeuten må unngå å bli en medspiller i det drama som pasienten iscenesetter i den

terapeutiske relasjonen, og også unngå å utnytte relasjonen for egne behov. Det vil alltid være gode grunner for terapeuten til å videreføre analysen av sine egne problemer. Men det mener Heimann er terapeutens private sak, og hun går kategorisk mot å dele sine følelser med pasienten. Slik ærlighet blir uunngåelig til bekjennelser og til en byrde for pasienten.

Hvis vi sammenligner dette synet på motoverføring med det klassiske, blir det tydelig at det på flere avgjørende måter representerer noe radikalt annet. Terapeutens følelser er ikke utelukkende en forstyrrelse, men noe uunngåelig, til og med noe ønsket, en mulig kilde til dypere forståelse av pasienten. Det skyldes at følelsene har sin opprinnelse i pasientens ubevisste, ikke i terapeutens. De er terapeutens svar på pasientens følelser (se også Segal, 1977; King, 1978; Money-Kyrle, 1956).

To kliniske vignetter

Et eksempel på hvor sterkt pasientens reaksjoner kan virke på terapeuten, er fra behandlingen av en 12-årig pike, seksuelt misbrukt av far og nå i fosterhjem. Hun lider av tilbakevendende angst for skikkelser som invaderer hennes tanker. Hun mister kontrollen over tankene, som går helt ut av styring. Periodevis mister hun også realitetsfunksjonen og opplever at biologisk mor, som hun både lengter etter og er redd for og sint på, befinner seg i rommet sammen med henne. Dette blir meget skremmende, og hun får panikk. Når terapeuten prøver å snakke om hennes opplevelser, begynner hun å overdøve ham: «Jeg vil ikke snakke om det», og setter i gang med en eller annen hektisk virksomhet, som å løse håpløst vanskelige regneoppgaver i en fei, hoppe tau for harde livet, o.l. Hennes opplevelse er at ved å snakke om disse figurene økes angsten og panikken stiger. Terapeuten får her en intenst ubehagelig følelse som lammer ham helt. Han er vant til hennes høye aktivitetsnivå i timene, men dette er noe annet. Han opplever at å gå videre og snakke med pasienten om hennes tilstand blir en invasjon av hennes indre. Det gjør ham selv til en overgriper - han blir som far, som invaderte hennes kropp og tanker med seksualitet.

Racker (1957) kalte den typen motoverføring for *komplementær motoverføring*, terapeuten identifiserer seg med objektet i den aktuelle objektrelasjonen. En alternativ reaksjon for terapeuten hadde vært å identifisere seg med selvet i objektrelasjonen, og bli fylt av panisk, psykotisk angst, i Rackers inndeling kalt *konkordant motoverføring*.

Følgende enkle kliniske vignett kan illustrere endringen i den teoretiske forståelsen av motoverføringen. Terapeuten får i forhold til en kvinnelig pasient store problemer med å avslutte

timene, og griper seg i ofte å gå fem minutter over tiden. I klassisk forståelse av motoverføring kan dette oppfattes som overdreven snillhet, en form for reaksjonsdannelse hos terapeuten. Når problemet er konstatert, må han gå igjennom og analysere sitt forhold til aggresjon for å gjenopprette sin terapeutiske posisjon.

I utvidet forståelse av motoverføring reiser vi spørsmålet om hva som ligger bak denne reaksjonen. Hva er det terapeuten fanger opp fra denne pasienten som gir ham problemer med å avslutte nettopp med henne? Ved å lytte til sine egne følelser, tanker og forestillinger leter han etter nyanser som kan hjelpe ham å forstå hva det er. Dreier det seg om en latent aggresjon i pasienten på grunn av den avvisning som ligger i avslutningen av timen? Og hvorfor tåler terapeuten ikke denne mulige aggresjonen? Er det fordi det ikke er et nevrotisk preget sinne over å bli avbrutt i noe viktig, men fordi aggresjonen har en paranoid og mer ubehagelig kvalitet? En annen mulighet er at terapeuten fanger opp en underliggende separasjonsangst hos pasienten foran avslutningen av timen. Og hvorfor tåler han ikke det, slik han vanligvis pleier? Er det fordi avbrytelsen av kontakten ikke gir en begrenset, nevrotisk form for separasjonsangst, men fordi separasjonen for denne pasienten er skremmende på en bunnløs, utålelig måte? Å forlate rommet er for denne pasienten å gå ut i et tomrom, en avgrunn, og terapeuten orker ikke å utsette henne for det. Ved å åpne opp for og slippe til sine egne følelser og tanker prøver terapeuten å få kontakt med pasientens, og intervensjonen baserer seg på den forståelse han oppnår. Kanskje vil han ved dette indre arbeid også få kontakt med sin egen separasjonsangst og sin identifikasjon med det forlatte barnet i pasienten.

Arbeidsmåten

Jeg skal prøve å beskrive arbeidsmåten. Det er subtile emosjonelle og kognitive, til dels ubevisste forløp det dreier seg om, slik at beskrivelsen kan bli noe vag og metaforisk. Våre motoverføringer er jo i utgangspunktet ubevisste og derfor utenfor bevisstheden. Det som kan nås av bevisstheden, er forskjellige tegn på at vi er påvirket og hvordan vi er det. De viser seg i form av tanker, fantasier, handlingsimpulser, stemninger og følelser som lett kan passere oppmerksomheten, men som det er mulig å bli seg bevisst og å nyttiggjøre seg. Altså, terapeuten sitter sammen med en pasient som snakker eller er taus. Hun prøver å forstå hva som skjer. Og hun gjør det ved å åpne opp for det emosjonelle, utsagte i pasientens indre verden, prøver å tone inn stemningen, fange opp og gjøre til sitt det som er pasientens. Dette prøver hun å oppnå ved å åpne opp for sitt eget indre og de innfall, forestillinger, følelser som dukker opp. Denne formen for lytting finner ofte sted i en slags drømlig tilstand. Bion kalte den da også *reverie* (1962). Hun lar seg altså bli satt i emosjonell

bevegelse, for på den måten bedre å forstå hva som skjer. Holdningen kan også beskrives som en jevnt svevende oppmerksomhet: å la tankene vandre fritt omkring. Hun tillater seg ikke bare å reagere på pasientens materiale, men forsøker å tolerere enhver tanke eller følelse som dukker opp (Leira, 1995). I denne prosessen er det nødvendig, innimellom, å stanse opp ved det som skjer, og reflektere over betydningen av de tanker og følelser som har meldt seg. Det handler om å bevege seg mellom disse polene av innlevende oppmerksomhet og refleksjon; mellom å føle med pasienten og tenke om pasienten.

Vanligvis foregår dette uanstrengt og rolig, som et stille, indre arbeid. Men iblant vokser spenningen, og sterke følelser blir aktivert. Terapeuten risikerer å bli overveldet og brakt ut av følelsesmessig balanse. Og dette er som det skal være. Viktige deler av det terapeutiske arbeid finner sted i dette grenselandet der terapeuten er på vei ut av terapeutisk posisjon. Med en lett spissformulering kan vi si at det er en nødvendig del av det terapeutiske arbeidet. Det er på samme måte som når vi skal gå. For å kunne gå fremover må vi ut av balanse, det er umulig å gå fremover uten at tyngdepunktet beveges foran fremste fot. Å gå er å være i et kontrollert fall. På samme måte må vi utsette oss for risikoen for så å si å falle emosjonelt, bli vippet ut av balanse, for å få kontakt med pasientens følelser og kunne bidra til en hjelpsom bearbeidelse av dem.

Noen aspekter ved dagens motoverføringsbegrep

Når vi sammenligner de to måtene å forstå motoverføring på, er det flere spørsmål som melder seg. Hvorfor har så radikalt forskjellige fenomener samme betegnelse? Er ikke den nyere formen for motoverføring på en eller annen måte i slekt med empatibegrepet? Betyr det å akseptere dette utvidede synet på motoverføring at det klassiske synet må gis på båten? Hva var grunnen til dette radikale perspektivskiftet i synet på motoverføring?

Jeg skal først kort kommentere det siste spørsmålet, grunnen til perspektivskiftet. Et viktig moment var den økede interessen for og utforskningen av det følelsesmessige samspillet mellom pasient og terapeut. Særlig har terapeutisk arbeid med barn og psykotiske pasienter og andre pasienter med tidlige skader vært viktig i denne forbindelse. I slike behandlinger settes den terapeutiske holdningen mange ganger i særlig hardt strekk. Disse pasientene utfordrer oss i den terapeutiske posisjonen på en sterkere måte enn alminnelige, nevrotiske, høflige og hemmede mennesker. Det er sterkere understrømninger av ikke-verbal kommunikasjon hos mer alvorlig forstyrrede pasienter.

Det sies ofte mer mellom linjene og formidles mer gjennom det uutsagte og i tausheten hos disse pasientene (McDougall, 1975).

Det foreligger altså en forskjell, i hvert fall en gradsforskjell, i måten alvorlig forstyrrede pasienter aktiverer terapeuten på, sammenlignet med mer nevrotiske pasienter. Eller, for å være mer eksakt: hvordan prenevrotisk og psykotisk psykisk materiale aktiverer terapeuten, sammenlignet med nevrotisk materiale. Ved nevrotisk materiale foregår mer av interaksjonen i eksplisitt og verbal form. Der skjer mindre av ordløs, projektiv trafikk mellom pasient og terapeut, eller dette blir i det minste mer kamouflert. Vi tenker ikke så mye på det. Det er i tausheten og i stillheten hos pasienter med tidlige skader at disse prosessene blir tydeligere å se, og det er der vår evne til innlevelse i pasientens indre dynamikk virkelig settes på prøve.

I det klassiske synet går veien til kunnskap om pasientens indre liv via terapeutens empatiske innlevelse. Motoverføring utgjør en forstyrrelse og fordreining av dette arbeidet. I det utvidede synet på motoverføring blir terapeutens følelser og reaksjoner i forhold til pasienten sett på som verdifullt materiale og som viktige bidrag til forståelsen av pasientens ubevisste og emosjonelle liv.

Det utvidede motoverføringsbegrepet ble av mange terapeuter også opplevd som en frigjørelse: egne følelser overfor pasienten var ikke nødvendigvis skammelige tegn på nevrose, eller det som verre var. Det ble lov å føle det man følte. Egentlig, ved nærmere ettertanke, hva vil vi forstå med en terapeut uten motoverføringsreaksjoner? Det kan ikke bli annet enn en karikatur av nøytralitet.

Projektiv identifikasjon

Debatten i dag dreier seg om *hvordan* terapeutens motoverføringsreaksjoner skal brukes i terapiens tjeneste, ikke *hvorvidt* de skal brukes (Jacobs, 1999a). Neppe noen psykoanalytiker eller psykoanalytisk orientert terapeut benekter i dag at terapeuten blir emosjonelt beveget av pasienten og også på andre måter reagerer på kvaliteter i pasientens indre tilstand, og at det i dette ligger viktig informasjon.

Et sentralt begrep her er *projektiv identifikasjon*, som har fått en mer omfattende betydning enn den Klein (1946) opprinnelig ga det. I utgangspunktet var det primært en intrapsykisk prosess, der barnet spalter av og projiserer en uønsket eller uakseptabel side ved selvrepresentasjonen til en objektrepresentasjon (mor), som i neste omgang oppleves å være en del av selvet (s. 8). Klein kaller dette for identifikasjon ved projeksjon, som hun skiller fra den komplementære prosessen identifikasjon ved introjeksjon (1952, s. 68 - 69).

Ved en rekke bidrag, Ogden, (1979), Joseph (1987) og Rosenfeld (1987), for å nevne noen, har begrepet blitt utvidet og refererer nå til helt sentrale elementer i pasient-terapeutrelasjonen og i klinisk praksis. Det oppfattes nå som en form for kommunikasjon ved at det intrapsyriske objektforholdet som Klein beskrev, blir eksternalisert til en person (ofte kalt et ytre objekt). Hos mottageren vekker projektive identifikasjoner ikke bare tanker og følelser, men også tilbøyelighet til å handle, som å være under press til å reagere aktivt på den tilstanden man er satt i (Feldman, 1997). Bions modell om en *container* som objektet kan projiseres inn i (1962, s. 90), er basert på Kleins tanker om projektiv identifikasjon. Modellen tydeliggjør både at det er usymboliserte tilstander og umentaliserte følelser (det Bion kaller beta-element), som preger projektiv identifikasjon og det handlingspress den vanligvis inneholder. *Containment* refererer jo nettopp til et indre arbeid, en form for «fordøyelse» av for pasienten uspiselige mentale elementer, som trer i stedet for handling i det ytre rom.

Sandler har formulert en alternativ modell for disse prosessene. Han tenker seg at pasienten ubevisst iscenesetter sine tidligere objektrelasjoner, og terapeuten blir en medspiller som går inn i roller som pasienten presser på ham/henne. Tilbøyeligheten til å bli medspiller i disse ubevisste iscenesettelsene kaller Sandler *rolle-responsivitet*. Dette er i hans fortolkning den eneste måten vi har for å vinne kunnskap om pasientens førbevisste og ubevisste overføringer: ved å bli oss bevisst den prosess der analytikerens, ofte på subtile måter, presses til å spille en bestemt rolle for pasienten (Sandler, 1976).

Ukritisk bruk av motoverføringsreaksjoner

Heimann gjorde i artikkelen i 1950 et poeng ut av at motoverføringer er skapt av pasienten. Hvis dette oppfattes altfor bokstavelig, og hvis terapeuten eget bidrag i samspillet glemmes, risikerer vi en tvilsom form for praksis ved at terapeuten på en ukritisk måte bruker sine reaksjoner og følelser i det terapeutiske arbeidet. Misforståelsen dreier seg om at alle terapeuten egne subjektive tanker, følelser og reaksjoner i timen har med pasienten å gjøre; at disse opplevelsene og reaksjonene er skapt av pasienten og plassert inn i terapeuten, og at det foreligger en konkordans, dvs. et én-til-én forhold, mellom det som finner sted i terapeuten, og det som foregår i pasientens sinn.

På basis av disse tre antagelser kan alle terapeuten følelser, tanker og fantasier brukes som grunnlag for direkte tolkninger av pasientens ubevisste fantasier. Det er imidlertid problematiske sider ved alle tre antagelsene, noe som innebærer risiko for at en slik analyse fører galt av sted.

Det mest grunnleggende problemet er antagelsen om at alle våre følelser og assosiasjoner i timen, uten videre, har med pasienten å gjøre. De har naturligvis også med oss selv og med vårt eget liv å gjøre. Som terapeuter reagerer vi ikke bare på pasientens overføringer på oss. Pasienten aktiverer også våre egne objektforhold og vekker derved følelser som har utspring i vår egen personlige historie og erfaringsverden (Gabbard, 2001). Disse reaksjonene er ikke skapt av pasienten. De er snarere uttrykk for våre overføringer på pasienten.

Det kreves følgelig et kontinuerlig og nitid sorteringsarbeid for å prøve å skille hva som kommer fra pasienten, og hva som er terapeutens eget bidrag i prosessen. Et slikt arbeid er nødvendig for at terapeutens reaksjoner skal være til nytte i forståelsen av pasientens indre verden og av det som utspiller seg i relasjonen. Det er også en problematisk antagelse at det skulle foreligge et en-til-en-forhold mellom det som foregår i terapeutens eget sinn, og det som utspiller seg i pasientens. Det behøves fortløpende arbeid for å prøve å holde disse to instanser i så produktiv forbindelse som mulig. Egentlig ser denne tredje antagelsen ut til å bygge på forestillingen om terapeuten som et nøytralt speil for pasientens indre liv, dvs. en variant av Freuds opprinnelige speilmetafor. Segal (1977) har en klar referanse til dobbeltheten ved, og faren for misbruk av, motoverføringsfenomenet når hun skriver «... it is very important to be aware that countertransference is the best of servants but he worst of masters ...» (s. 37). Smith (2000) er inne på det samme når han skriver at motoverføring er «a source of data, but not a source of evidence» (s. 105).

En lignende fare for ukritisk begrepsbruk og misforståelse foreligger for projektiv identifikasjon. Misforståelsen går ut på at all kommunikasjon, i hvert fall all kommunikasjon fra pasient til terapeut, betraktes som projektiv identifikasjon og blir brukt som grunnlag for terapeutiske intervensjoner. Sandler (1993) har prøvd å gå opp skillet mellom den kommunikasjon som er projektiv identifikasjon, og den som ikke er det. For at en kommunikasjon skal kunne kalles projektiv identifikasjon, må ifølge ham to forhold være til stede: Det må være en avverge, og det må foreligge en ubevisst intensjon om å skape en bestemt respons hos den andre.

Intersubjektivitet som forståelsesramme

Psykoanalyse og psykoterapi handler ikke lenger om en objektiv terapeuts utforskning av pasientens subjektive liv. Bildet av terapeuten og terapeutens bidrag er betydelig mer komplekst i dag. Sterkest blir dette bidraget fremhevet når vi anlegger en *intersubjektiv* forståelsesramme slik den kommer

til uttrykk i det som ofte blir referert til som relasjonell psykoanalyse (Ogden, 1994; Aron, 1996; Mitchell & Aron, 1999; Greenberg, 2001; Binder et al., 2006). Her blir terapeut-pasient-relasjonen sett på som to subjekters møte i et intersubjektivt felt. Vi kan altså registrere en bevegelse i synet på terapeuten, fra den objektive observatør av en annen til den subjektive deltager i samspill med en annen. Og den skriver at pasienten bidrar til en intersubjektiv konstruksjon innenfor den analytiske settingen, en konstruksjon som i form og design innbefatter egenskapene ved det psykiske rom som han eller hun lever i. Uunngåelig deltar også terapeuten ubevisst i skapelsen av denne intersubjektive konstruksjonen. Det er delvis ad denne vei (dvs. gjennom motoverføringsanalyse) at terapeuten vinner adgang til de tilstandene som preger pasientens indre liv (Ogden, 1994, s. 164). Her har vi med andre ord en klar understreking av terapeutens subjektive bidrag. En konsekvens av en slik forståelse er at overføring og motoverføring knyttes sammen i et mer symmetrisk, men også mer komplekst, felt enn hittil.

I en oversiktsartikkel har Greenberg (2001) gitt sitt syn på endringene i oppfattelsen av den analytiske relasjonen. I en sammenfatning anfører han fire punkter som danner premisser for den nye forståelsen. Første punkt er at analytikerens påvirker pasientens opplevelser på utallige måter, og at suggesjon og personlig påvirkning derfor er sentrale områder for analytisk undersøkelse. Hans neste punkt er at analytikerens innflytelse aldri oppfattes når den finner sted. Det vil si at såkalt *enactment* finner sted hele tiden, og at vesentlig analytisk arbeid dreier seg om i etterhånd å forstå hva som har utspilt seg. Tredje punkt er at nøkkelbegrep i klassisk analyse, slik som *nøytralitet* og *abstinens*, er mytiske, og derfor tomme, begreper. Det samme gjelder *empati*. Analyse kan bare bedrives i rykk og napp, som et resultat av *forhandlinger* med pasienten. Målet med forhandlingene er å finne en måte å arbeide på som er unik for dyaden, og som passer begge parter. Det fjerde punktet gjelder analytikerens som observatør. Også her er subjektiviteten til stede hele tiden, upartisk objektivitet er en myte, og vår motoverføring er den luft våre pasienter puster i (ss. 362 - 363). Greenbergs konklusjon er at gitt disse premissene finnes det ingen fastlagt, privilegert måte å arbeide analytisk på. Hver analytisk dyade må finne den formen som best tjener de oppsatte behandlingsmål (ss. 363 - 364). I dette perspektivet er psykoanalyse definitivt noe mer enn en nøytral, rasjonell analytikers analyse av en syk pasients indre verden.

Analytikerens selvavsløringer

Fordi analytikerens subjektivt pregede deltagelse er uunngåelig, kan ikke hans eller hennes motoverføringsfølelser skjules for pasienten. De bør derfor heller uttrykkes direkte og på den måten

brukes terapeutisk. Vi husker at dette er et standpunkt som jo Heimann (1950) i sin tid avviste. Bollas (1983) argumenterer for at det i gitte situasjoner er hensiktsmessig å uttrykke seg direkte overfor pasienten. Maroda (1991) og Natterson (1991) gjør det samme.

I sin drøftelse av analytikerens selvavsløringer skiller Jacobs (1999b) mellom tre former: ubevisst motiverte feilhandlinger, forglemmelser, forsnakkelser osv. som terapeuten gjør seg skyldig i; tanker, følelser, fantasier som terapeuten velger å meddele pasienten; og spørsmål pasienten stiller som terapeuten velger å besvare (s. 160).

De handlinger vi utfører uten bevisst hensikt, blir jo tradisjonelt oppfattet som tegn på motoverføring. De refereres ofte til som *countertransference enactments* (McLaughlin, 1987; Jacobs, 2001). Men også verbale intervensjoner kan være av denne typen. I en vignett i sin artikkel skriver Jacobs «plutselig hører jeg meg selv si ...», og indikerer at formuleringen ikke er resultatet av en bevisst refleksjon (s. 168). Et dramatisk eksempel kan være at analytikeren bruker feil navn på sin pasient. Når vi blir klar over hva som har skjedd, må vi prøve best mulig å forstå hva som foregår, og sammen med pasienten bearbeide den situasjonen som har oppstått. Også tradisjonell analyse oppfatter dette som uunngåelige islett i arbeidet. Mer kompleks, og kontroversiell, blir saken når det gjelder bevisst valgte meddelelser om våre fantasier og følelser, og direkte svar på spørsmål, særlig vedrørende personlige og private forhold. Egentlig uttrykker jo ethvert utsagn som analytikeren kommer med, noe om hans eller hennes indre liv. Men det er markerte gradforskjeller mellom å formulere en tentativ forståelse av en uoversiktlig situasjon og direkte å uttrykke sterke positive eller negative følelser overfor pasienten. Det samme gjelder de spørsmål vi kan få fra pasienten. De varierer over et stort spektrum, fra bagatellmessige, følelsesmessig ganske nøytrale til sentrale, sterkt ladede spørsmål. Spørsmål som for pasienten opplevesmessig kan dreie seg om liv og død.

Debatten i dag handler mer om når, under hvilke omstendigheter og i hvilken form analytikerens meddelelser om seg selv og direkte svar på spørsmål kan tjene behandlingsprosessen, og når de ikke gjør det. Og den debatten føres ikke minst i de store, «freudianske» tidsskriftene *International Journal*, *JAPA* og *Psychoanalytic Quarterly*. Det er mitt inntrykk at få analytikere i dag avviser spørsmålet om hva vi som terapeuter formidler av våre følelser, uavhengig av hva vi åpent sier om dem. Vi kan nok trygt regne med at pasientene fanger opp betydelige deler av våre følelser direkte.

Men selv om vi oppfatter terapirelasjonen som en intersubjektiv konstruksjon, preget av en form for gjensidighet, så inntar, slik jeg ser det, analytikeren og pasienten forskjellige posisjoner.

De befinner seg i en asymmetrisk relasjon. Å skulle late som at den er symmetrisk, er å skape en illusjon. Dette står, som Aron påpeker (1996, s. 98) ikke i motsetning til at relasjonen er gjensidig. Den er samtidig asymmetrisk og gjensidig. Det gjør spørsmålet om å uttrykke egne følelser både viktig og komplekst for analytikeren. Det er nødvendig å være klar over ens intensjoner med en slik åpenhet overfor pasienten. Det handler blant annet om å prøve å skille situasjoner der analytikeren utagerer egne behov, fra situasjoner der det primære er å formidle noe meningsfullt om pasientens indre verden eller om den relasjon som har oppstått. Det første er direkte betenkelig. Det andre kan være nyttig, men må anvendes med omtanke og forsiktighet, ikke minst med tanke på faren for å undervurdere styrken av pasientens avhengighet, sårbarhet, skyldfølelse eller selvforakt. Greenberg (2001) påpeker at analytikerens behov aldri kan nøytraliseres. Samtidig advarer han mot mistaket å undervurdere farene knyttet til analytikerens behov (s. 375). Han understreker også risikoen for, i samspill med pasienten å prøve å unngå ubehagelige eller følelsesmessig plagsomme situasjoner (s. 379), og risikoen for å prøve å bevare en kunstig godartet relasjon (s. 372 og 378).

Analytisk relasjon og terapeutisk posisjon

I det relasjonelle perspektivet er analytikerens posisjon i forholdet til analysanden preget av en utstrakt grad av (gjensidig) subjektivitet. Derved blir betydningen både analytikerens motoverføringer og andre reaksjoner på pasienten ytterligere understreket. Videre blir begrep som nøytralitet og abstinens problematisert eller avvist som ubrukelige. En følge av det er at analytisk holdning og terapeutisk setting ikke i samme grad som tidligere kan tjene som korleksjon og «navigeringshjelp» i et vanskelig og uoversiktlig emosjonelt farvann. Det innebærer et avvik ikke bare fra egopsykologiens, men også fra objektrelasjonsmodellens analyse; et avvik som gjør håndteringen av den analytiske relasjonen mer kompleks, og derfor også metodisk utfordrende. Greenberg er klar over dette i sin eksplisitte henvisning til farene ved å engasjere pasientene på en intenst personlig måte på tvers av den tradisjonelle analytiske rammen (s. 359). Også Aron (1996) reflekterer i en avsluttende del (*Coda*) av sin bok over de utfordringer som følger av det relasjonelle perspektivet, og understreker betydningen av terapeutens etiske holdning, ansvarlighet og faglighet. I en skisse angir han hvordan en alternativ modell for analytisk holdning kan utformes. Denne spenningen i synet på analytisk behandlingsmetode er imidlertid ikke temaet for fremstillingen her. Jeg har prøvd å skissere motoverføringsbegrepets «idéhistorie», særlig satt i relasjon til endringene i psykoanalysens syn på behandlingsrelasjonen.

Avsluttende bemerkning

Spørsmålet ble reist hvorfor så forskjellige begreper som klassisk og utvidet motoverføring skal ha den samme betegnelsen. Gjennomgåelsen av standpunkter som jeg her har gjort rede for, kan tyde på at det ikke er så galt. De to aspektene ved motoverføring har noe med hverandre å gjøre. Det dreier seg om at terapeuten lar seg påvirke og blir følelsesmessig mobilisert. Samtidig skal han eller hun prøve å opprettholde evnen til å registrere sine følelser, snarere enn å bli behersket av dem. Beholdes denne reflekterende posisjonen, kan motoverføringen nyttiggjøres. Mistes den, blir motoverføringen forstyrrende. Disse forskjellige prosessene er samtidige og går parallelt, på flere spor eller nivåer. Sporene kan være mer intuitivt eller mer irrasjonelt preget. Motoverføring blir i et slikt perspektiv oppfattet som en flersjiktet, kontinuerlig prosess som refererer til terapeutens følelser og tanker og bearbeidelsen av disse i relasjonen til pasienten, dvs. en bearbeidelse som utfolder seg i en kontinuerlig veksling mellom refleksjon og empatisk innlevelse (figur 1). I en slik modell samles de to begrepene under ett tak, og bruken av samme begrep blir berettiget.

Figur 1. Sentrale sider ved motoverføring, empati og projektiv indentifikasjon - en modell.

Referanser

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds*. Hillsdale, NJ, London: The Analytic Press.
- Baker, R. (2000). The neutral position. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 48: 129 - 153.
- Binder, P. E., Nielsen, G. H., Vøllestad, J. Holgersen, H. & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 899 - 908.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.
- Bollas, C. (1983). Expressive use of the countertransference. Notes to the patient from oneself. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 1 - 34.
- Feldman, M. (1997). Projective identification: the analyst's involvement. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 227 - 241.
- Freud, S. (1910). The future prospect of psychoanalytic therapy. *Standard Edition*, 11, 141 - 151. London: Hogarth Press.

- Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practising psychoanalysis. *Standard Edition*, 12, 111 - 120. London: Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 983 - 991.
- Greenberg, J. (1986). Theoretical models and the analyst's neutrality. I: S. Mitchell & L. Aron (eds.) *Relational Psychoanalysis. The emergence of a tradition*. London and Hillsdale, NJ.: The Analytic Press, 1999, 131 - 152.
- Greenberg, J. (2001). The analyst's participation: a new look. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 49, 359 - 381.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81 - 84.
- Hoffer, A. (1985). Toward a definition of psychoanalytic neutrality. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 33, 771 - 795.
- Hoffman, I. Z. (2006). The myths of free association and the potentials of the analytic relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 43 - 61.
- Jacobs, T. (1999a). Countertransference past and present: A review of the concept. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 575 - 594.
- Jacobs, T. (1999b). On the question of self-disclosure by the analyst. Error or advance in technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 68, 159 - 183.
- Jacobs, T. (2001). On misreading and misleading patients. Some reflections on communications, miscommunications and countertransference enactments. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 653 - 669.
- Joseph, B. (1987). Projective identification: some clinical aspects. I: E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.). *Psychic equilibrium and psychic change*. London and New York: Tavistock/Routledge, 1989, ss. 168 - 180.
- Killingmo, B. (1971). *Den psykoanalytiske behandlingsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- King, P. (1978). The affective response of the analyst to the patient's communications. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 329 - 334.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanism. I: *The writings of Melanie Klein*, vol 3, 1 - 24. London: Hogarth Press, 1975.

- Klein, M. (1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. I *The writings of Melanie Klein*, vol 3, 61 - 93. London: Hogarth Press, 1975.
- Leira, T. (1995). Silence and communication: nonverbal dialogue and therapeutic action. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 18, 41 - 65.
- Maroda, K. (1991). *The power of countertransference: Innovations in analytic technique*. London: J. Wiley & Sons.
- McDougall, J. (1975). Primitive communication and the use of countertransference. I: A. Alexandris & G. Vaslamatiz (Eds.). *Countertransference*. London: Karnac Books, 1993, ss. 95 - 133.
- McLaughlin, J.T. (1987). The play of transference: Some reflections on enactment in the psychoanalytic situation. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 35, 557 - 582.
- Mitchell, s. & Aron, L. Eds. (1999). *Relational Psychoanalysis. The emergence of a tradition*. London and Hillsdale, NJ.: The Analytic Press.
- Money-Kyrle, R. (1956). Normal countertransference and some of its deviations. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 360 - 366.
- Natterson, J. (1991). *Beyond countertransference: The therapist's subjectivity in the therapeutic process*. London: Jason Aronson.
- Ogden, T. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357 - 373.
- Ogden, T. (1994). *Subjects of analysis*. London: Karnac Books.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26: 303 - 357.
- Rosenfeld, H. (1987). Projective identification in clinical practice. I: *Impasse and interpretation*. London and New York: Routledge, 1987, ss. 157 - 190.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 43 - 47.
- Sandler, J. (1993). On communication from patient to analyst: Not everything is projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 1097 - 1107.
- Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. New York: Basic Books.
- Seagal, H. (1977). Countertransference. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 6, 31 - 37.

- Smith, H. F. (2000). Countertransference, conflictual listening, and the analytic object relationship. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48, 95 - 128.
- Winnicott, D. W. (1947). Hate in the counter-transference. I: *Through pediatrics to Psychoanalysis*. London: Karnac Books, 1975, ss. 194 - 203.
- Zachrisson, A. (1997). Terapeutisk holdning. I: S. E. Gullestad & M. Theophilakis (red.), *En umulig profesjon? Om opplæring i intensiv dynamisk psykoterapi* (ss. 25 - 37) . Oslo: Universitetsforlaget.
- Zachrisson, A. (1999). Den terapeutiske setting og terapirommet. I: E. Haga & T. K. Larsen (red.), *Psykoterapi og taushetsplikt: er terapirommet et annet sted?* Stavanger: Psykopp, ss. 14 - 25.
- Zachrisson, A. (2006). Analytic work with adolescents. Reflections on the combination of strict method and creative intuition in psychoanalysis. *Scand. Psychoanal. Rev.*, 29: 106 - 114, 2006.