

Motoverføring i individualterapi og miljøterapi

Motoverføring kan forstås som et uønsket og ubehagelig problem, eller tvert om som en uunnværlig del av alle former for terapi. Ved å vektlegge den fenomenologiske siden ledes blikket mot det som er vesentlig, nemlig forståelsen av pasientens indre verden.

TEKST

Harald Victor Knutson

PUBLISERT 1. oktober 2004

ABSTRACT:

Countertransference in psycho-therapy and milieu therapy

Countertransference can occur during therapeutic consultation and in the therapeutic milieu in psychiatric hospitals. It is primarily related to three main factors: the therapist's level of consciousness, the degree of countertransference-emotionality, and the behavioural manifestations of the therapist's reaction. The patient's psychopathology, therapeutic interaction and dynamics, and the therapist's personality are all central issues fundamental to the understanding of countertransference as a phenomenon. While therapeutic interaction and atmosphere reactivates elements in the patient's personal history, transference-dynamics during therapy form a major part of the therapist's countertransference-reactions. A clinical example illustrates how the three central factors related to countertransference are linked to each other, and how countertransference-reactions can be analysed and understood.

EMNER

Individualterapi

Motoverføring

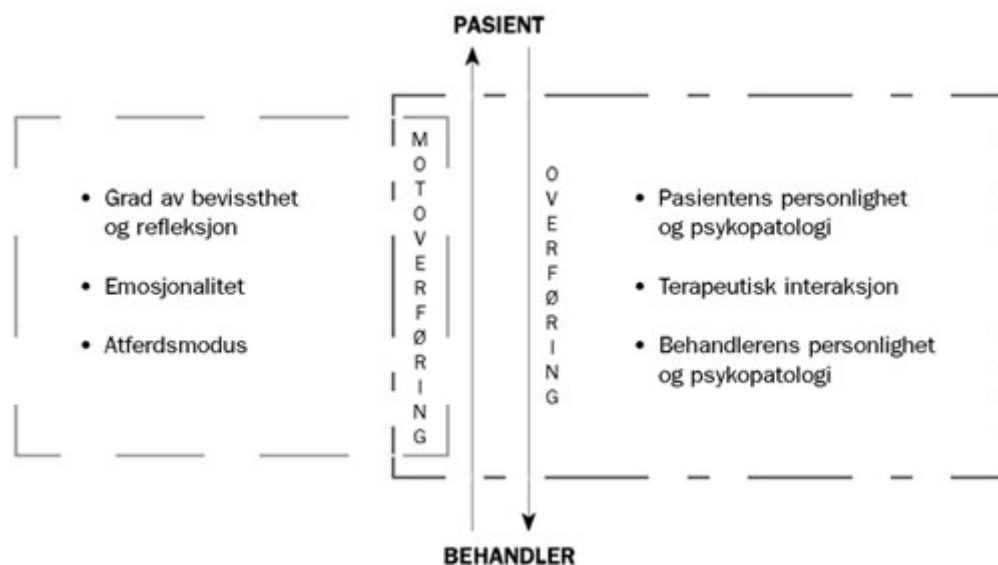
Individualterapi og miljøterapi innen det psykiske helsevern preges både av bevisste og ubevisste prosesser i samhandlingen mellom pasienter og behandlere. En høy grad av bevisstgjøring og refleksjon omkring disse prosessene kan gi et metaperspektiv for å forutsi og bedømme samspillsproblemer. Det er her viktig med en kontinuerlig refleksjon rundt behandlerens motoverføringsreaksjoner. På den måten kan individualterapeut og miljøterapeut unngå å falle ut av sin faglige rolle og komme inn i negative og destruktive forhold til pasienten.

Motoverføring må håndteres på en faglig og etisk korrekt måte. Forståelsen av motoverføring kan kaste lys over ubevisste sider ved terapeutens motivasjon for å hjelpe andre, og gi økt bevissthet i forhold til yrkesutøvelsen. Er terapeuten ikke bevisst

sine tanker, følelser og handlinger i den terapeutiske prosessen, står han eller hun i fare for å gjøre en dårlig jobb og i verste fall påføre pasienten traumatiske opplevelser.

Overføring og motoverføringsreaksjoner kan forstås i lys av tre dimensjoner: Grad av bevissthet og refleksjon, atferdsuttrykk og emosjonalitet. Disse dimensjonene gjør det mulig å analysere tanker, følelser og handlinger som springer ut av det terapeutiske arbeidet. Motoverføring settes derved inn i en meningsfull kontekst der terapeuten og avdelingspersonalet har mulighet til å analysere det som skjer i samhandlingsprosessen. Analysen av hver enkelt motoverføringsreaksjon ved hjelp av de tre parameterene, refleksjon, emosjonalitet og atferd, kan gi bedre mulighet for å kunne bevisstgjøre og forstå de ulike motoverføringsreaksjonene (se Figur 1).

Generelt forstås motoverføringsreaksjoner som behandlerens/personalets totale reaksjonsmønster overfor pasientene. Flere har påpekt at reaksjonene igjen kan være et resultat av den ubevisste måten som pasienter kommuniserer på og hvordan de kan utspille sine tidligere, følelsesmessig vanskelige mellommenneskelige erfaringer i nåtidige relasjoner (Heimann, 1950; Kernberg, 1965; Little, 1957). Motoverføring kan også sees som terapeutens reaksjoner på enkeltstående overføringsfenomener i kontakten med pasienten, som berører spesifikke sider ved terapeutens person (Bollas, 1983). Motoverføring kan betraktes som positiv og nyttig, eller som uønsket og farlig (Money-Kyrle, 1956; Sandler, 1976).



Figur 1. Motoverføringsreaksjoner vurderes i forhold til behandlerens grad av refleksjon eller innsikt, graden av emosjonalitet og atferdsuttrykk. Det terapeutiske samspillet mellom pasient og behandler danner kjernen i terapiens dynamiske prosess.

Motoverføring kan også inneholde behandlerens egne uløste, tidlig oppståtte psykiske konflikter, som kommer fram i møte med pasienten (Blake, 1952; Searles, 1955). Disse kan betraktes enten som skapt av behandler og pasient i fellesskap (Gabbard, 1995), eller som en terapeut-spesifikk reaksjonsform. Reaksjonene kan leve sitt eget liv i terapeutens indre, og kan observeres gjennom ytre, atferdsmessige tegn.

Sandler (1976) innfører begrepet intrapsykeiske rollemønstre («intrapsychic role-relationship»). Det beskriver en terapeutisk interaksjonsform som hver aktør i terapien forsøker å «presse på» den andre. Pasienten setter seg selv i en bestemt rolle på et bestemt tidspunkt i behandlingen, og skaper samtidig en komplementær rolle som behandleren blir satt inn i. Denne prosessen er i hovedsak ubevisst. Åpenhet om egne reaksjoner, affekter og tanker, og refleksjoner omkring det man observerer, er nødvendig for at terapeuten kan bli seg bevisst vanskelige og destruktive motoverføringsreaksjoner.

Spesielle former for motoverføring

Såkalt normal eller enkel motoverføring er reaksjoner som oppstår i forbindelse med terapitimen og oppleves – alt etter bevissthetsgraden – som regel direkte og umiddelbart. Hele spekteret av følelser, tanker, fantasier og atferdsmodi kan komme til uttrykk i reaksjonene. Disse modereres som regel av terapeutens indre verdisystem, faglige identitet, erfaring, grad av kontakt med sin egen person og eventuelle egne problemer. Med økende grad av erfaring og veiledning kan disse reaksjonene bli mindre vanskelig å håndtere.

Motoverføring er både et terapeutisk problem og en pekepinn på dypere-liggende, og ofte ubevisste fenomener i terapeuten. Motoverføringsreaksjoner kan spenne fra ukompliserte former til mer spesielle typer. Chessick (1982) og Kutz (1989) tar opp hvordan behandlere ofte kan oppleve dypere følelsesmessige, ofte ikke helt bevisste reaksjoner som nærmest er kopier av pasientens reaksjoner og opplevelser i enkelte faser av behandlingen. Dette kan for eksempel være i form av tristhet og uro, eller spesielle drømmer. Friedman (1991) og Money-Kyrle (1956) beskriver egne reaksjonsmønstre der de opplever en identifikasjon med pasientens fortvilelse. Searles (1959) illustrerer hvordan terapeuten kan bli fanget inn i en «svart fortvilelse» som gjenspeiler pasientens egen fortvilelse. Bollas (1983) peker på hvor viktig det er å akseptere at terapeuten kan oppleve oppgitthet og fortvilelse. Dette er følelser som er et resultat av den terapeutiske samhandlingen, men også en dokumentasjon for at en har disse følelsene i seg. Som terapeuter må vi godta at vi har et potensial for å kunne ha vanskelige og ubehagelige følelser og reaksjoner, som vi ikke alltid umiddelbart kan se opprinnelsen av. Faren består i at vi ikke ser egne følelsesmessige reaksjoner av den simple grunn at det kan dreie seg om følelser som er vonde å ha kontakt med. Det kan for eksempel dreie seg om følelser som oppleves som selvdevaluerende og som kan representere ubehagelige og uerkjente sider ved oss selv. Dette gjelder også for fiendtlige motoverføringsreaksjoner som kan skade pasienten (Hardley & Strupp, 1976).

Et parallelt problem er at sterke, negativt ladede følelser, for eksempel forakt, ofte blir sett som uakseptable i forbindelse med behandlerens syn på korrekt yrkesutøvelse. Dermed vil behandleren ha en tendens til å undertrykke dem – eller utagere dem på andre og indirekte måter (Searles, 1962). Terapeuten kan med denne unnvikelsen komme til å gjøre en dårlig terapeutisk jobb.

Ved behandlingen av aggressive og voldelige pasienter er det nødvendig at behandlere tenker på egen sikkerhet, har en klarhet i forhold til egne handlingsmønstre og søker klart definerte mål for terapien (Alpert & Spillmann, 1997). Samtidig er det sentralt at behandler unngår å bli fanget i egne motoverføringer som medfører handlingslammelse og begrenset terapeutisk frihet.

Gjenskaping av interaksjonelle mønstre i terapien

Mange pasienter har alvorlige og komplekse kommunikasjonsproblemer. Dermed kan de også ha vansker i forhold til behandlingens samspill og dynamikk både når det gjelder psykoterapi og miljøterapi. Disse problemene kan være av mer varig karakter, ved at det foreligger en tidlig skade i måten å oppleve mellommenneskelige forhold, og i måten de selv interagerer med andre på (Killingmo, 1989). En del av pasientene kan bære med seg såre og vanskelige erfaringer fra en oppvekst preget av kaotiske relasjoner til familien, kanskje også av erfaringer med avvising, hat og fysisk mishandling. Vonde tidligere erfaringer kan raskt bli gjenskapt i forholdet til terapeuten, personalet og andre pasienter i en dagavdeling eller en sengepost.

Atmosfæren på en dagavdeling eller en sengepost, med den tette samhandlingen med mange mennesker, kan ofte aktualisere internaliserte, patologiske relasjonsmønstre. Det vil kunne ta mye lengre tid før disse manifesterer seg i individualterapi. I en avdeling viser disse patologiske relasjonsmønstre seg ofte etter bare få dager. Individualterapeutens egen psykopatologi, personlige stil eller ubevisste behov og fantasier kan likevel på et tidlig tidspunkt i behandlingen skape en situasjon der pasienten utagerer. Det kan her ha oppstått en ikke bevisst, skjult og destruktiv form for motoverføring der behandler og pasient samhandler på bakgrunn av terapeuten sin patologi. Hardley og Strupp (1976) peker på at en pasient som er i behandling og som begår suicid, i noen tilfeller foretar denne handlingen blant annet som følge av et utbrenthetssyndrom hos terapeuten.

Miljøpersonalet kan fungere som aktører som representerer sentrale personer i pasientens liv. Motoverføringsreaksjoner hos personalet kan avspeile grunnleggende mønstre i pasientens livshistorie. Overføringsreaksjoner kan variere fra nesten usynlige nevrotiske former til intense, forbigående overføringspsykoser, forvirringstilstander og destruktive former for utagering (Maltsberger & Buie, 1974).

Searles (1956) peker på hvordan terapeuten og behandlingspersonalet kan bli offer for et hevnbegreb fra pasientens side, en aggressiv affekt som «egentlig» er myntet på viktige, primære objekter. I ekstreme tilfeller vil pasienten sågar kunne frembringe sterke destruktive krefter hos individualterapeuten og primærkontakten i avdelingen, som i ubearbeidet form igjen kan bli rettet mot pasienten selv og være skadelig for den videre behandlingen. Problemet kan bre seg fra den enkelte som arbeider med pasienten til en hel avdeling. Vi kan da snakke om pasientens forsvarsmekanismer som personalet utagerer: Det kan oppstå splitting og uheldige samhandlingsmønstre mellom pasienten og personalet. Salvesen og Sørli (1986) kaller dette «para-terapeutiske» aktiviteter.

Behandlerens ubevisste psykopatologi

Behandlere kan ha lite kontakt med seg selv og manglende innsikt i egen psykopatologi. Avspaltede, ikke integrerte, selvdestruktive eller sado-masochistiske tendenser hos terapeuten vil kunne bli utagert av pasienten, og i verste fall føre til suicid (Hardley & Strupp, 1976; Maltzberger & Buie, 1974). Enkelte erfarne klinikere snakker om terapeutens patologi, psykotiske forstyrrelser, parafilier (Gabbard, 1994), og til og med om sosiopatiske og psykopatiske trekk (Chessick, 1997) som kan ha en direkte innvirkning på pasienten og terapiprosessen. Terapeutiske relasjoner kan også ta form av et ubevisst sado-masochistisk samspill. Da er det terapeutiske målet blitt erstattet med en meget destruktiv utagering på bakgrunn av patologi hos både pasienten og behandleren som er blitt aktivert under terapien (Nadelson, 1976).

«Motoverføringsreaksjoner hos personalet kan avspeile grunnleggende mønstre i pasientens livshistorie»

Terapeuters ubevisste motiver for å hjelpe andre mennesker er et komplekst felt. I tillegg til rasjonelle, avklarte, respektfulle og pragmatiske grunner for å gå inn i et hjelpeyrke, kan det også finnes et spektrum av irrasjonelle og tvilsomme ubevisste motiver. Det kan handle om behov for å «redde ofre», unngå skyldfølelse, bevise sin egen overlegenhet overfor pasienten, eller kontrollere andre (Spiegel, 1964). Bak hjelperens ekte omsorg, idealisme og ønske om å bistå, kan det også skjule seg et ubevisst behov for innflytelse og makt over pasientene (Guggenbühl-Craig, 1971). En narsissistisk felle terapeuten kan komme i er å oppleve seg som en person som er i stand til å elske alle og helbrede alle (Maltzberger & Buie, 1974). Når pasienten attribuerer en omnipotent rolle til terapeuten, er det viktig at terapeuten makter å erkjenne dette som en overføring. Pasientens takknemlighet overfor terapeutens forståelse og hjelp kan lett føre til en motoverføringsreaksjon. Følelsen av «å være som Gud» kan da bli vekket hos behandleren (Searles, 1963).

Terapeutens narsissisme og behov for sjelelig reparasjon etter egne traumatiske opplevelser kan styre, ikke bare selve terapien, men også de reaksjoner som behandleren kan vise når han eller hun føler seg avvist av pasienten. Schmidbauer (1977) fremhever behandlerens depressive følelsesmessige reaksjoner etter avvising fra pasienten. Miller (1979) henviser til den faglige diskusjonen om hvorvidt behandlerens motoverføringsreaksjoner primært er uttrykk for egne, fortrenge og ubevisste barnlige følelser. Bli disse bevisstgjort og får man den nødvendige emosjonelle tilgang til sitt eget «indre barn», vil man kunne skille følelser knyttet til ens egen livshistorie fra de som blir fremkalt av pasientens overføringer under terapien. Buechler (1999) ser behandling som en viktig prosess som involverer terapeutens egen person i en symbolsk kamp om «liv og død». Behandlerens skript foreskriver ofte at man skal føle ansvar for pasientens endring.

Det å ikke være i stand til å kunne møte sin egen opplevelse av desillusjonert og av ikke å lykkes som terapeut, kan ta form av en blokkerende motoverføringsfølelse. Terapeutens indre trang til å hjelpe kan ofte ha sammenheng med en angst og skyldfølelse i forhold til at man opplever at man ikke «hjelper nok», slik man «burde».

Motoverføringsreaksjoner i form av hat og kjærlighet og impulser om straff og hevn, kan bli så sterke at det kan være vanskelig å skille mellom fantasi og realitet i terapitimen. Her kan man bevege seg over i tilstander som preges av forvirring, identitetsdiffusjon, derealisasjonsfølelser og i ekstreme tilfeller opplevelser av lette, forbigående psykotiske episoder (Foster, 1975; Searles, 1959). Alle disse reaksjonene, også de noe mildere former for «uheldige» terapeutiske reaksjoner, er viktige signaler som behandleren må forholde seg til. Slik kan terapeuten forhindre at pasienten lider skade som følge av behandlingen.

Behandleren som «offer» for pasientens ubevisste prosesser

I tillegg til behandlerens egne ubevisste psykiske konflikter, kan forskjellige former for psykopatologi hos pasienten utløse reaksjoner hos behandleren som avvisning, fiendtlighet og forakt. Dette kan igjen bidra til at behandlingen avsluttes for tidlig, for eksempel ved prematur utskrivning fra en dagavdeling eller sengepost.

Sadistiske fantasier og i verste fall sadistiske handlinger (Maltzberger & Buie, 1974) er ekstreme former for reaksjoner fra behandlerens side. Ubevisste forhold hos behandleren kan være «medansvarlig» for slike sterke reaksjoner. Ved utagering eller suicidforsøk i en sengepost for eksempel, kan personalet føle seg som offer for pasientens manipuleringer, bli aggressive og ikke lenger se at pasienten selv er offer. Det vil si: Man opplever pasientenes fortvilede forsøk for å bli kvitt sin lidelse via diverse psykiske forsvarsmekanismer som en form for straff, ond handling eller hevnaksjon som de påfører andre (Searles, 1956).

Yalom (1989, 1999) peker på behandlerens egen utilstrekkelighet, hjelpeløshet og følelse av faglig og personlig maktesløshet når hun eller han «blir forstyrret» av egne indre negative reaksjoner, ubevisste interesser og narsissistiske behov. Så lenge disse reaksjonene er bevisste, reflekterte og kommuniserte med kollegaer, unngår man selv å bli et ubevisst offer for sterke følelsesmessige krefter.

Personalets og individualterapeutens opplevelse av ubehag, forakt, hatfølelser og følelser av maktesløshet og udugelighet i forhold til pasienter, er kongruent med at pasienter selv kan utvikle meget sterke følelser overfor personalet og behandleren. Behandler og personalet kan også føle at de blir til «det» som pasienten har projisert på dem. Denne sistnevnte prosessen, som begynner med at pasienten ubevisst forsøker å bearbeide indre psykiske konflikter ved hjelp av en indre splitting som etterhvert går over i projektiv identifikasjon, kan til slutt bli til en projektiv motidentifikasjon (Grinberg, 1962) hos behandlere. Hvis dette ikke bearbeides ved hjelp av veiledning og samtaler, kan behandler/personalet gi opp og føle seg faglig inkompetent. Det kan i verste fall ende med selvdestruktive handlinger.

Ved behandling av sterkt traumatiserte og/eller torturerte pasienter kan behandlere og personalet oppleve sterke følelsesmessige reaksjoner. Tauber (1998) innfører begrepet a priori motoverføring for å understreke hvor vanskelig dette arbeidet er, og at det krever spesiell trening og forberedelse. Pasientenes traumer kan vekke så sterke reaksjoner hos behandlere at motoverføringsreaksjoner er gitt på forhånd. Det er viktig at terapeuter skjerper bevisstheten omkring egne etiske holdninger og moralske normer, og finner muligheter for å ivareta seg selv og skjerme seg overfor for sterke følelsesmessige påkjenninger (Kinzie & Boehnlein, 1993; McKegney, 1993). Det vil være avgjørende med kollegial assistanse, samtaler personalet i mellom og åpenhet i forhold til egne følelser.

Scene og affekt

Motoverføring vil uttrykke seg ulikt, avhengig av kvaliteten og intensiteten av den terapeutiske interaksjonen. Affektene som viser seg i motoverføringsreaksjoner er en funksjon av hvordan behandleren har organisert selvet omkring affektene i løpet av den psykiske utviklingen og personlige modningsprosessen (se Monsen, 1997).

Motoverføringer som preges av *hatfølelser* (Blum, 1997; Gabbard, 1991; Maltzberger & Buie, 1974), *forakt* (Searles, 1962), *ubehag* (Yalom, 1989) eller *erotiserte forhold* (Chessick, 1997; Gabbard, 1994) er både en funksjon av behandlerens person og grad av erfaring og psykopatologi, og av pasientens væremåte og livshistorie.

Transaksjonsanalysen definerer begrepet skript (hentet fra teaterverdenen) som komplekse operasjoner eller transaksjoner bygget på en omfattende, ubevisst livsplan (Berne, 1961; Steiner, 1974). Langt på vei blir livets forløp forutbestemt av slike skript. Terapeutiske interaksjoner kan skape situasjoner som vekker til live lignende og kjente scener fra behandlerens egen personlig utvikling og livssituasjon. Da kan det oppstå tanker, følelser og atferdsmønstre med en intim sammenheng med de samme reaksjonskomponentene som ble opplevd tidligere i forhold til andre, viktige mennesker.

Manifestasjon av motoverføringsreaksjoner

De behandlingsmessige rammebetingelsene danner grunnlag for erkjennelse og bearbeiding av behandlerens motoverføringsreaksjoner både når det gjelder psykoterapi og miljøterapi. Grad av bevissthet og refleksjonsnivå, intensitet av emosjonaliteten og styrken på atferdsuttrykk er som nevnt tre sentrale dimensjoner i en analyse av motoverføringsreaksjoner. Manifeste motoverføringsreaksjoner vil ved hjelp av disse tre dimensjonene kunne forstås og håndteres i forhold til tanker, følelser og personlige erfaringer hos behandleren som konstituerer det latente innholdet av manifestasjonen.

På den ene siden kan motoverføringsreaksjoner altså sees som funksjoner av pasientens psykopatologi, dynamikken i den terapeutiske interaksjonen og terapeutens personlighet. På den andre siden kan disse reaksjonene forstås som funksjoner av emosjonalitet, atferdsform og grad av bevissthet og innsikt som terapeuten har i forhold til de enkelte motoverføringsformer (se Figur 1). Hver dimensjon vil ha varierende grad

av intensitet. Den følelsesmessige gehalten av manifestasjonen kan variere, alt etter behandlerens skript. Den terapeutiske fortvilelsen (Farber, 1958, 1976; Knutson, 1999; Money-Kyrle, 1956) kan plasseres på det ene ytterpunktet, der graden av refleksjon eller bevissthet er maksimalt, der intensiteten både tanke- og følelsesmessig sett er sterk, mens den atferdsmessige manifestasjonen ofte kan være lav (terapeuten «lider i stillhet»). En terapeutisk utagering, der terapeuten agerer ut sine indre psykiske konflikter, kan sees som en reaksjon med en lav grad av refleksjon, en høy grad av emosjonalitet og en sterk atferdsmessig åpenbaring. Den mildeste formen kan for eksempel være en enkel reaksjon (som tretthet), der både bevissthetsgraden omkring manifestasjonen, emosjonalitetsgraden og vist atferd er lav. Forvirring kan sees som en mot-overføringsmanifestasjon der graden av refleksjon som regel er høy (man ser at man er forvirret, men man finner ikke ut av det), den følelsesmessige intensiteten lavere enn ved for eksempel mistenksomhet, og der det atferdsmessige uttrykket er lite synlig.

«Behandlerens egen utilstrekkelighet og følelse av faglig og personlig maktesløshet bør bevisstgjøres»

Viktige motoverføringsformer med ulik intensitet, for eksempel identifikasjon (Blake, 1952; Eissler, 1955; Knight, 1940; Reich, 1951), motidentifikasjon (Fliess, 1953), proaktiv motidentifikasjon (Grinberg, 1962) og terapeutisk utagering, kan sees som ulike kombinasjoner av de tre dimensjonene. Intensitetsforskjellen mellom ulike affektive reaksjoner som oppstår i behandlingen, for eksempel sterk sympati som kan gli over i terapeutisk forelskelse, erotiske lystfølelser, ødipal kjærlighet og seksuelle grenseoverskridelser, kan forstås som ulike fenomener gradert etter de tre dimensjonene. Likedan vil en gradering mellom indifferens, kjedsomhet, misnøye, irritasjon, aversjon, forakt, hatfølelser og sterk utagering av hatfølelser, anskueliggjøres som ulike kombinasjoner av forskjellige grader av intensitet ved de tre dimensjonene.

Motoverføringsreaksjonene kan alternere med hverandre, variere over tid og forandre seg under påvirkning av den terapeutiske interaksjonen. Reaksjonene vil ofte vise seg å være kongruent med terapeutens forandring underveis.

Et klinisk eksempel

Kvinnen kom til behandling da hun var 28 år gammel. Hun hadde på det tidspunktet flere mindre barn og var gift med en atskillig eldre mann. Hun var langtidssykemeldt på grunn av lammende angst og det som fra den henvisende legens side ble ansett som hysteriforme personlighetstrekk. Hun hadde regelmessig terapeutisk kontakt med meg i 13 år, og de siste fire årene kom hun en til to timer per år for å snakke om hvordan livet hadde utviklet seg siden vi sist møttes. Hun var innlagt i fem måneder, og det var i denne perioden at terapien hadde en frekvens på tre timer per uke.

Fire år etter at vi hadde etablert en regelmessig terapeutisk kontakt, opplevde jeg at terapien plutselig hadde stagnert fullstendig. Pasienten ble i økende grad sint på meg, og klaget over økning av angsten og sosial hemning. Hun mente at hun ikke kunne utskrives fra avdelingen før om lenge (hun hadde vært innlagt i flere måneder). Hun antydte at jeg kanskje ikke var en god nok terapeut og at jeg måtte bære skylden for stagnasjonen. En ubehagelig proaktiv holdning fra hennes side preget vårt samarbeid i økende grad. Jeg fryktet en sterk regresjon, og var en aktiv pådriver for å fremskynde den terapeutiske prosessen og «gjøre henne frisk», slik at hun kunne gå tilbake til sine barn og ikke minst komme seg ut av avdelingen.

Jeg så først i ettertid at denne sterke og i perioder intense atferden preget mye av min motoverføring. Jo mer jeg ville forsere prosessen, desto mer fastlåst ble den. Jeg kjente en økende indre irritasjon over det som jeg da opplevde som hennes barnslighet, barnlig trass, barnlig sabotasje av vårt samarbeid og manglende akseptering av min faglige dyktighet. Jeg hadde liten innsikt i at mitt høye emosjonalitetsnivå og atferdsutformingen også var et resultat av en sterk motoverføringsreaksjon. Jeg begynte å utforme teoretiske og psykodynamiske forklaringsmodeller som skulle definere hennes problemer på en «avklarende måte» og dermed fritta meg selv fra ansvaret for stillstanden i den terapeutiske prosessen.

«Vår dialog var preget av sint taushet og maktkamp»

Da fastlåstheten var på det sterkeste og hadde vart i mange timer over flere uker, var vår dialog preget av sint taushet og maktkamp, og min innsikt i hva som foregikk var fortsatt svært liten. Plutselig så jeg at pasienten lignet overraskende sterkt på min da for lengst avdøde mor, både i utseende og ved enkelte gester som var typiske for henne. Jeg hadde ikke sett denne markante likheten tidligere. Jeg ble bokstavelig talt overrumplet av dette bildet. Fra det ene øyeblikket til det andre fikk jeg innsikt i vårt problem (mitt problem!), og terapien kunne neste time fortsette på en helt ny måte: Flytende, konstruktivt og preget av håp. Kvinnen kunne skrives ut fra avdelingen bare få dager senere, hun ble deretter aldri mer innlagt, og allerede etter få timer kunne hun ta ansvar for sitt problem som vi hadde «arbeidet med» i så lang tid. Hun viste en ny, voksen og selvstendig holdning til sitt liv og sine problemer.

Pasientens ubevisste behov for å komme videre i behandlingen kan ha bidratt til en løsning av dette fastlåste samarbeidet, som så ut til å gli mer og mer over i en terapeutisk mesallianse (Langs, 1975). Hun hadde trolig på mange måter båret på sider av mitt eget ubearbeidede forhold til min mor som var blitt aktivert i den intensive fasen av terapien. Hun var blitt offer for en proaktiv identifikasjon fra min side: Jeg hadde projisert egne ubevisste barnslige og trassige sider av meg selv som jeg aldri fullt ut hadde blitt ferdig med i forhold til min egen mor. Denne stagnerte interaksjonen styrte så til slutt formen og intensiteten av mine motoverføringsreaksjoner.

Avsluttende kommentarer

Motoverføring kan forstås som et uønsket og ubehagelig problem hos behandleren og personalet, eller tvert om som en uunnværlig ingrediens i alle former for psykoterapi. Uansett hvilken forståelse som legges til grunn, vil kvaliteten av motoverføringen gi en indikasjon på hvor den terapeutiske prosessen til enhver tid befinner seg. På samme vis vil motoverføringen synliggjøre karakteren av den terapeutiske relasjonen.

Tilnærmingen til motoverføringsfenomenet bør primært være så pragmatisk, direkte og realistisk som mulig. Ved å vektlegge den fenomenologiske siden ved motoverføring, ledes blikket mot det som er vesentlig, nemlig den terapeutiske behandlingsprosessen og forståelsen av pasientens indre verden. Empati i psykoterapi og miljøterapi forutsetter til en viss grad at behandleren evner å identifisere seg med pasienten. Uten motoverføring vil psykoterapi og forandring mangle en sentral drivkraft.

Harald Victor Knutson

Sørlandet Sykehus, HF

DPS-Solvang

Løkkeveien 24

4616 Kristiansand S.

Tlf 38 17 89 20

E-post haraknut@online.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 10, 2004, side 804-809

TEKST

Harald Victor Knutson, Sørlandet Sykehus, Kristiansand

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Alpert, J. E., & Spillmann, M. K. (1997). Psychotherapeutic approaches to aggressive and violent patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 453-472.

Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy. A systematic individual and social psychiatry*. New York: Random House.

Blake, C. M. (1952). Countertransference and anxiety. *Psychiatry*, 15, 231-243.

Blum, H. P. (1997). Clinical and developmental dimensions of hate. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 45, 358-375.

Bollas, C. (1983). Expressive uses of the countertransference (Notes to the patient from oneself). *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 1-34.

Buechler, S. (1999). Searching for a passionate neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 35, 213-227.

Chessick, R. D. (1982). Intensive psychotherapy of a borderline patient. *Archives of General Psychiatry*, 39, 413-419.

- Chessick, R. D. (1997). Malignant eroticized countertransference. *Journal of the Academy of Psychoanalysis*, 25, 219-235.
- Eissler, K. R. (1955). *The psychiatrist and the dying patient*. New York: International Universities Press.
- Farber, L. H. (1958). The therapeutic despair. *Psychiatry*, 21, 7-20.
- Farber, L. H. (1976). Despair and the life of suicide. I L. H. Farber (1976). Lying, despair, envy, sex, suicide, drugs, and the good life (ss. 64-83). New York: Harper & Row.
- Fliess, R. (1953). Countertransference and counteridentification. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 268-284.
- Foster, B. (1976). Acute onset and early psychotherapeutic intervention (foredrag). I J. Jørstad & E. Uglesatd (Eds.), 'Schizophrenia 75'; Psychotherapy, family studies, research. Proceedings of the Vth International Symposium on the Psychotherapy of Schizophrenia, Oslo, August 13-17, 1975 (ss. 29-43). Oslo: Universitetsforlaget.
- Friedman, G. (1991). Perspectives on the analytic stalemate (Panel Presentation). *Contemporary Psychoanalysis*, 27, 482-528.
- Gabbard, G. O. (1991). Technical approaches to transference hate in the analysis of borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 625-637.
- Gabbard, G. O. (1994). Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 124-135.
- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging of common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 475-485.
- Grinberg, L. (1962). On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 436-440.
- Gugenbühl-Craig, A. (1971). *Macht als Gefahr beim Helfer*. Basel: Karger.
- Hardley, S. M., & Strupp, H. H. (1976). Contemporary views of negative effects in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1291-1302.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Kernberg, O. F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 65-79.
- Kinzie, J. D., & Boehnlein, J. K. (1993). Psychotherapy of the victims of massive violence: Countertransference and ethical issues. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 90-102.
- Knight, R. P. (1940). Introjection, projection, and identification. *The Psychoanalytic Quarterly*, 9, 334-341.
- Knutson, H. V. (1999). Den terapeutiske fortvilelse - Pasienten som redder sin behandler. *Dialog*, 2, 7-18.
- Kutz, I. (1989). Samson's complex: The compulsion to re-enact betrayal and rage. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 123-134.
- Langs, R. J. (1975). Therapeutic misalliances. *International Journal of Psychotherapy*, 4, 77-105.
- Little, M. (1957). 'R' - The analyst's total response to his patient's needs. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 240-254.
- Maltsberger, J. T., & Buie, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625-633.
- McKegney, C. P. (1993). Surviving survivors. Coping with caring for patients who have been victimized. *Primary Care, Clinics in Office Practice*, 20, 481-494.

- Miller, A. (1979). *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Money-Kyrle, R. E. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 360-366.
- Monsen, J. T. (1997). *Selvpsykologi og nyere affektteori*. I S. Karterud & J. T. Monsen (Red.), *Selvpsykologi; utviklingen etter Kohut* (ss. 90-136). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nadelson, T. (1976). Victim, victimizer: Inter-action in the psychotherapy of borderline patients. *International Journal of Psycho-analytic Psychotherapy*, 5, 115-129.
- Reich, A. (1951). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 25-31.
- Salvesen, H., & Sørli, T. (1986). Forutsetninger for bearbeidelse av motoverføringsfenomener i en psykiatrisk avdeling. *Agripa - psykiatriske tekster*, 8, 175-198.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43-47.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer; über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt-Verlag.
- Searles, H. F. (1952). Concerning a psychodynamic function of perplexity, confusion, suspicion, and related mental states. *Psychiatry*, 15, 351-376.
- Searles, H.F. (1955). Dependency process in the psychotherapy of schizophrenics. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3, 19-66.
- Searles, H. F. (1956). The psychodynamics of vengefulness. *Psychiatry*, 19, 31-39. Searles, H. F. (1958). The schizophrenic's vulnerability to the therapist's unconscious processes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 27, 247-262.
- Searles, H. F. (1959). The effort to drive the other person crazy - An element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 1-18.
- Searles, H. F. (1962). Scorn, disillusionment, and adoration in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychoanalysis and the Psychoanalytic Review*, 49, 39-60.
- Searles, H. F. (1963). The place of neutral therapist-responses in psychotherapy with the schizophrenic patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, 44, 42-56.
- Spiegel, R. (1964). Panel discussion: The psychoanalyst's motivation to help. *Contemporary Psychoanalysis*, 1, 30-50.
- Steiner, C. M. (1974). *Scripts people live. Transactional analysis of life scripts*. New York: Grove Press.
- Tauber, Y. (1998). *In the other chair: Holocaust survivors and the second generation as therapists and clients*. Jerusalem: Gefen Books.
- Yalom, I. D. (1989). *Love's executioner, and other tales of psychotherapy*. London: Bloomsbury.
- Yalom, I. D. (1999). *Momma or the meaning of life: Tales of psychotherapy*. London: Piatkus.