

# En ny visjon om terapeuten som person? Autentisitet, spontanitet og emosjonell tilgjengelighet i psykoterapi

Terapeutens subjektivitet er gjenstand for økende interesse. Er terapeutens personlige involvering forenlig med faglig fundert praksis?

TEKST

Rune Løvold

PUBLISERT 1. september 2006

ABSTRACT:

Authenticity, spontaneity and emotional availability in psychotherapy

The needs of persons seeking psychotherapy have more to do with their search for personal meaning and integration of experience, than the need for rational insight. This realization must have consequences for the traditional role of the therapist based on outdated principles such as abstinence, neutrality and anonymity. Given the above statement, these traditional therapeutic principles would no longer seem appropriate as guidelines for modern therapeutic practice. On the other hand, authenticity, spontaneity and emotional availability can be considered as alternative and more appropriate therapeutic principles. This article discusses problems associated with these new therapeutic principles. The author claims that these problems do not seem to harm the value or validity of therapy.

---

EMNER

autentisitet

spontanitet

tilgjengelighet

---

*Takk til Per-Einar Binder for kommentarer.*

## Innledning

Siden Paula Heimanns (1950) beskrivelser av en konstruktiv bruk av motoverføring har psykoanalytisk teori og praksis i økende grad fjernet seg fra de klassisk analytiske idealer om en relativt distansert og nøytralt objektiv terapeut (jfr. Freud, 1912). Man har anerkjent betydningen av terapeutens subjektive erfaring (Tansey & Burke, 1989). I løpet av de siste tiår har relasjonell psykoanalyse beveget seg mot en posisjon hvor denne ureduserbare subjektiviteten (Renik, 1993) ikke bare anerkjennes, men involveres aktivt og åpent i det terapeutiske arbeidet. Denne utviklingen er uttrykk for

et endret syn på hva som er pasientens mest fremtredende behov når denne oppsøker psykoterapi. Psykoanalysens tidlige kasuistikker beskriver ofte bisarre symptomer antatt å stamme fra umulige forhåpninger og innbilte trusler fra barndommen, som av ulike grunner lot til å ha overlevd intakt inn i voksen alder. Løsningen var å styrke pasientens realitetsorientering gjennom innsikt i bakgrunnen for problemene, og å hjelpe ham eller henne til å forkaste disse ønskene og skremselsbildene. Det pasienten trengte innenfor denne versjonen av psykoanalyse, var rasjonalitet og innsikt. For å fremme en slik bedring krevdes en uredd og innsiktsfull terapeut, som objektivt og vitenskapelig kunne sette puslespillet sammen, samtidig som han eller hun avholdt seg fra å gratifisere pasientens infantile ønsker. Abstinens, nøytralitet og objektiv anonymitet ble slik sentrale terapeutiske idealer. Mitchell (1993) beskriver imidlertid andre former for problemer, som krever en annen form for behandling. Mange av dagens pasienter er mennesker med en opplevelse av å mangle noe fundamentalt i sin livsopplevelse, i det som skal gi mening til erfaring og som skal være et fast punkt for egen subjektivitet og personlighet. Disse pasientene kan ikke forstås tilfredsstillende på bakgrunn av infantile konflikter som kan løses ved hjelp av en rasjonell og objektiv observatør. Uten å forkaste konfliktmodellen hevder Mitchell at disse pasientene i større grad må forstås i lys av det han beskriver som en utpreget mangelpatologi: som følge av mangler i den nødvendige omsorg i tidlige år har de ikke vært i stand til å utvikle et fullt ut integrert selv. Det som trengs i terapirommet, endrer seg tilsvarende. Mitchell hevder at det pasienten har behov for, «ikke i så stor grad [er] oppklaring og innsikt som en vedvarende opplevelse av å bli sett, personlig engasjert, og, dypest sett, verdsatt og gitt omsorg.» (s. 25, min oversettelse).

**«Når hun ikke føler seg trygg nok til å vise hvem hun er i det terapeutiske rommet, hvordan skal hun da være i stand til å bryte isolasjonen og ensomheten i verden utenfor?»**

Med gjenklang fra Ferenczis (1932/1988) tidlige banebrytende terapieksperimenter – som inkluderte handling, ømhet, empati, affektuttrykk og selvavsløringer i den terapeutiske teknikk – synes rasjonalitet og objektiv innsikt ikke å være et tilstrekkelig kurativt medium. Heller enn bare å skulle gjøre det ubevisste bevisst har dagens terapeutiske bestrebelser som et av sine fremste mål å gjøre personlig erfaring mer ekte og dypt meningsfull. Dette får store følger for hvordan terapeuten forholder seg til pasienten, den terapeutiske oppgaven og seg selv, og krever – som Maroda (1999) påpeker – «en ny visjon om analytikerens person» (s. 26, min oversettelse). Hva innebærer så denne visjonen? Jeg vil drøfte tre krav en slik praksis kan sies å stille terapeuten: personlig autentisitet, handlingsmessig spontanitet, og emosjonell tilgjengelighet og responsivitet. Sentrale problemstillinger knyttet til kravene vil bli tatt

opp underveis: Er vektleggingen av terapeutens subjektivitet forenlig med instrumentelle mål for pasientens bedring? Med utøvelsen av tekniske intervensjoner? Med en vedvarende empatisk oppmerksomhet overfor pasientens perspektiv?

## **Autentisitet**

Spørsmålet om terapeutens autentisitet er en problemstilling som først er blitt relevant i den postklassiske psykoanalysen. Innenfor klassisk analyse ble terapeuten antatt å spille en rolle. Han eller hun ble sett som en utøver av en teknisk funksjon som skulle føre frem til det Maroda (1999) beskriver som et «sannhetens øyeblikk», der pasienten oppdager at overføringene rettet mot terapeuten representerer virkelighetsforvregninger. Gjennom rasjonell tenkning og innsikt søker terapeuten å frembringe pasientens bedring. Mitchell (1993) viser til hvordan den interpersonlige psykologien, særlig tradisjonen etter Fromm (1941), i motsetning til så vel selvpsykologien som den klassiske analysen ser spørsmålet om den bakenforliggende *autentisiteten* i terapeutens virke som sentralt. For Fromm er store deler av pasientens behov nettopp en søken etter autentiske relasjoner, noe som gjør det betydningsfullt for ham eller henne – og for utfallet av behandlingen – hvorvidt terapeuten forstiller seg eller ikke: I det øyeblikket terapeuten tar på seg en rolle, er behandlingen bygget på ond tro. Men hva innebærer egentlig dette kravet? Hva vil det si å være autentisk i den terapeutiske relasjonen? Og hvordan forholder kravet om autentisitet seg til utøvelsen av faglig, teknisk kunnskap med mål om å oppnå bedring for pasienten?

## **«Det Sanne Selvet»: Fra kjerne til prosess**

Den konvensjonelle tenkningen om det autentiske selvet har ifølge Mitchell (1993) tradisjonelt vært forankret i en *spatial* metafor: «dypet av selvet». Denne forestillingen innebærer en søken etter en uforanderlig kjerne som løsriver selvet fra tiden; en kjerne hvis erfaring representerer personens dypeste selv. En slik konseptualisering er beheftet med flere problemer, og tar, kanskje mest alvorlig, ikke hensyn til det filosofen Charles Taylor (1991) beskriver som mennesketilværelsens fundamentalt *dialogiske* karakter. Vår identitet defineres alltid «i dialog med, noen ganger i kamp mot, de identiteter som våre signifikante andre ønsker å gjenkjenne i oss». (s. 33, min oversettelse). Ifølge Mitchell (1993) er det nødvendig å supplere den spatiale metaforen med en metafor om selvet som en temporal *prosess*. Der den spatiale metaforen beskriver kontinuiteten i vår opplevelse av oss selv som den samme fra et øyeblikk til det neste, beskriver den temporale metaforen diskontinuiteten og den stadige endringen og flerfoldigheten i hvem vi er og blir over tid og på tvers av situasjoner. Selvet er en subjektiv organisering av den mening som skapes mens individet tenker, føler, handler og samhandler, og kan ikke løsrives fra tiden eller krystalliseres i en kjerne.

Ved å tenke på selvet som et tidsmessig fenomen er vi ifølge Mitchell (1993) bedre i stand til å møte problemstillingen som søken etter selvets kjerne opprinnelig var ment å løse: differensieringen mellom grader av autentisitet i erfaringen. Dersom selvet skal ansees som multipelt og i bevegelse over tid, innebærer dette imidlertid at en fiksert

kjerne ikke eksisterer, og at ingen versjon av selvet er fullstendig til stede på noe øyeblikk; i stedet vil et enkelt liv være sammensatt av flere ulike selv, som i vekslende grad fyller ens psykiske rom eller trer i bakgrunnen. Å være autentisk vil da være en prosess som endres etter kontekst og tidspunkt, snarere enn et nivå man når en gang for alle:

«For å skille autentisitet fra inautentisitet ligger ikke den avgjørende forskjellen i det spesifikke innholdet av det jeg føler eller gjør, men i forholdet mellom det jeg føler og gjør, og den spontane helhetsdannelsen og strømmen i min erfaring på det gitte tidspunktet.» (ss. 130–131, min oversettelse).

Med en slik forståelse av selvet vil det være inautentisk å gi et avgrenset aspekt eksklusiv forrang som «det sanne selvet», for på den måten å stenge ute andre selverfaringer. Det avgjørende er hvorvidt handlingen representerer et spontant uttrykk for selvet i øyeblikket, eller om den tjener som et instrument for å skape bestemte bilder av dette selvet hos andre. Rowan og Jacobs (2002) tar utgangspunkt i at «det sanne selvet» ikke er et faktisk eksisterende fenomen, men at det er en metafor for en spesifikk type opplevelse. Hva som oppleves som autentisk, vil endre seg over tid – de stive og anstrengte forsøkene på å lære seg komplekse motoriske bevegelser i dans eller sport utvikler seg til handlinger som utføres med en følelse av å være seg selv; å være autentisk. De ytre kravene internaliseres på en måte som, om de er i samsvar med den eksisterende organiseringen og strømmen av erfaring, vil oppleves autentisk (Mitchell, 1993). Autentisitet reflekterer slik sammenvevingen av indre og ytre faktorer på en måte som representerer og uttrykker selvet. Mitchells forståelse av inautentisitet innebærer å instrumentelt konstruere og kontrollere bestemte inntrykk av selvet hos andre. En pasients beskrivelse av seksuelle overgrep kan eksempelvis oppleves mer eller mindre autentisk, avhengig av hva som er hensikten med fortellingen. Der pasienten i ett øyeblikk formidler denne fortellingen for å gjøre seg selv åpen og kjennbar – og slik uttrykker selvet autentisk – kan den samme fortellingen i andre øyeblikk ha som formål å skape et spesifikt inntrykk, å gjøre seg selv til offer, eller å nå et spesifikt mål. Et i utgangspunktet sant og autentisk innhold kan slik på et annet tidspunkt uttrykkes i en inautentisk sammenheng.

### **Den instrumentelle og den autentiske terapeut**

Hva betyr så dette for psykoterapeuten som søker å være autentisk i møtet med sin pasient? Når er terapeuten sann og autentisk overfor seg selv og pasienten i behandlingssituasjonen? Terapeuten kan sies å fremtre inautentisk i den grad han eller hun søker å frembringe spesifikke inntrykk av seg selv, eller spesifikke reaksjoner, hos pasienten. Autentisitet og instrumentalitet fremstår her som motsetninger. Rowan og Jacobs (2002) skiller i sin fremstilling av terapeutens bruk av selvet mellom nettopp det instrumentelle og det autentiske selvet. Den instrumentelle posisjonen, som Rowan og Jacobs hevder alle terapeutiske forløp til visse tider benytter seg av, preges av tekniske vurderinger; pasienten har et problem som skal løses, det gjøres en innsats for å nå dette målet, og tekniske ferdigheter – utviklet, testet og forbedret gjennom empirisk

forskning – er befordringsmiddelet for å nå målet. Eksempler på tekniske aspekter ved terapi kan spenne fra sokratiske spørsmål til det Hart (1999) refererer til som ekstern empati, hvor terapeuten gjenkjenner den andres erfaring, men forblir utenfor den. Terapeuten bruker her selvet som et terapeutisk instrument som til en viss grad kan skrus av eller på, og er beskyttet mot smerte og forhindret fra å la seg involvere for dypt med pasienten. Denne instrumentelle posisjonen tilsvarer den mellommenneskelige posisjonen filosofen Martin Buber (1923) beskriver som Jeg–Det. Den er vår vanlige måte å erfare verden: gjennom observasjon, undersøkelse, kvantitativ måling, analyse og syntese.

Den autentiske posisjonen, slik den beskrives av Rowan og Jacobs, er mer aksepterende for personlig involvering. Den har et mer åpent fokus, som inkluderer å utforske den terapeutiske relasjon, og har personlig vekst som mål mer enn løsning av atskilte, avgrensede og lett definerbare problemer. En rent autentisk tilnærming, hvor møtet mellom pasient og terapeut står i sentrum, vil kunne nærme seg det Buber beskriver som Jeg–Du. Her er relasjonen fullstendig gjensidig. Den eksisterer som et mål i seg selv og ikke som et middel mot noe annet. Videre åpner den autentiske posisjonen opp for det Hart (1999) omtaler som dyp empati, hvor en «postkonvensjonell epistemisk prosess» (s. 115, min oversettelse) muliggjør et mer direkte kjennskap til pasienten. Distansen som preger den eksterne empatien, blir her mindre. Rowan og Jacobs beskriver dette som å kunne se verden gjennom pasientens øyne, men samtidig bevare opplevelsen av en egen separat identitet.

Idealer som «åpent fokus», «personlig vekst» og «utforsking av terapeutisk relasjon» kan tidvis være vanskelige størrelser å forholde seg til, særlig i møte med forventninger om at problemer *skal* kunne avgrenses og defineres. Safran og Murans (2000) beskrivelse av behandlingen av Joan, en 49 år gammel kvinne som søker terapi på grunn av sosial isolasjon og problemer på jobben knyttet til sviktende interpersonlig fungering, kan tjene som eksempel på dette. På det stadiet av terapien som dialogen under er hentet fra, uttrykker Joan frustrasjon over manglende fremgang på de problemområdene som fikk henne til å oppsøke behandling:

«Joan: Vi har vært igjennom dette før, og det fører oss ingensteds hen.

Terapeuten: Mhmm, så det føles nytteløst.

J: Ja, jeg har ikke råd til å fortsette på denne måten, uten å gjøre noe.

T: Jeg hører en virkelig desperasjon i det du sier.

J: Ja, det stemmer vel. Jeg har ikke vært på jobb på ett og et halvt år, og folk begynner å lure på hva i all verden som er galt med meg. Og vi har hatt noen viktige timer, men jeg føler fortsatt ikke at ting endrer seg.

T: Er du villig til å fortelle meg mer om desperasjonsfølelsen din?

J: Jeg vet ikke. Jeg prøver å ikke tenke på det.

T: Hva vil kunne komme til å skje dersom du skulle utforske den dypere her sammen med meg nå?

J: Jeg tror jeg ville begynne å føle meg enda mer håpløs, og da ville jeg være svak og ynkelig.

T: Mhmm. Så det er noe veldig ubehagelig ved det å gå inn i den følelsen av håpløshet sammen med meg?

J: Ja, jeg er ikke sikker på om jeg stoler på at du er her for meg (*stemmen begynner å bryte*)» (ss. 173–174, min oversettelse).

Relasjonen mellom Joan og terapeuten blir her et viktig utgangspunkt for en videre utforskning av hennes situasjon og psykiske plager. Joans interpersonlige vansker gjenspeiles i forholdet til terapeuten. Hun finner det vanskelig å utforske følelsene sine i frykt for å stille seg åpen og sårbar overfor en person hun ikke vet om hun kan stole på. Når hun ikke føler seg trygg nok til å vise hvem hun er i det terapeutiske rommet, hvordan skal hun da være i stand til å bryte isolasjonen og ensomheten i den potensielt mye farligere verden utenfor? Mer enn å angripe avgrensede problemer kan det her sies å bli lagt til rette for et åpent fokus, med personlig vekst og utforskning av den terapeutiske relasjon i sentrum.

**«Terapeutens evne til å leke er et middel for å oppnå den form for personlig engasjement som er nødvendig for å stimulere håp, begjær og endring»**

I den forstand at den utforskes og tilskrives en betydning utover det å være en forutsetning for implementeringen av «den egentlige terapiens» tekniske intervensjoner, kan relasjonen mellom terapeuten og Joan sies å eksistere som et mål *i seg selv*. Det er imidlertid mindre klart om den ikke samtidig også har funksjon som et middel mot et mål som ligger *utenfor* den terapeutiske relasjon. Og kanskje viktigere: om den ikke *bør* ha det.

### **Kun relasjon? Franks «gjeninnføring» av den ytre verden**

I lys av beskrivelsen av Bubers (1923) Jeg–Du, og Rowan og Jacobs (2002) autentiske posisjon, kan det være på sin plass å spørre: Er det en forutsetning for terapeutens autenticitet at han eller hun fraskriver seg instrumentelle mål for sine handlinger i relasjonen, og dermed i praksis alle aspirasjoner om å frembringe noen spesiell form for endring hos pasienten? Vil en ensidig vektlegging av den terapeutiske relasjon da kunne utgjøre et tilfredsstillende terapeutisk tilbud til den lidende pasienten? Frank (1999) er en av dem som advarer mot å etablere en segregert psykoterapeutisk virkelighet. Det å hjelpe pasienten til å kunne ta grep om «de ytre realitetene» (s. 28, min oversettelse) i sitt virkelige liv må ikke havne i skyggen av det som utspiller seg i behandlingsrelasjonen. For at terapien ikke skal reduseres til en intellektuell øvelse, må behandlingen også vektlegge de områdene hvor pasientens vanskeligheter i

utgangspunktet utspiller seg. Selv om en autentisk posisjon har et overordnet mål om personlig vekst, fremfor vektlegging av å løse avgrensede problemer, kan ikke denne veksten begrenses til relasjonen mellom terapeut og pasient. Hensikten med møtet vil alltid være at pasientens livssituasjon skal bli bedre. For at behandlingen skal ha mening, er et element av instrumentalitet uunngåelig: Terapeuten og pasienten har et mål som skal oppnås. Terapeutens tekniske og faglige vurderinger om hva som vil være nyttig for pasienten, er viktig. Aron (1996) påpeker hvordan Buber selv så det som umulig at relasjonen mellom psykoterapeut og pasient kunne gjenspeile et Jeg–Du-forhold, nettopp på grunn av at den ene handler overfor den andre for å nå et mål. Mitchell (1993) erkjenner at den terapeutiske relasjonen, og følelser og opplevelser innenfor denne, uunngåelig vil ha aspekter ved seg som skiller den fra andre relasjoner:

«Følelser av sinne eller seksuell opphisselse rettet mot en pasient ligner følelser av sinne eller seksuell opphisselse rettet mot en annen i en annen kontekst, *men de er ikke helt like* [min utheving]. I møtet med pasienten er det også, uansett hva annet som enn måtte pågå, en forpliktelse overfor den analytiske prosess, overfor utforskningen» (s. 146, min oversettelse).

For Mitchell som for Frank (1999) synes siktemålet for terapeuten å være å fremstå som en reell, unik, involvert og kjennbar *person* i behandlingsrelasjonen – fremfor en depersonalisert tekniker eller «blank» skjerm – *samtidig som* terapeuten til enhver tid inntar en analytisk holdning, og gjør tekniske og faglige vurderinger med sikte på å legge til rette for å oppnå det instrumentelle målet om bedring i pasientens livssituasjon. Å ut fra dette hevde at den terapeutiske relasjon uunngåelig er inautentisk, eller at autentisitetetsbegrepet er meningsløst i en psykoterapeutisk kontekst, virker imidlertid urimelig. Mitchell (1993) beskriver autentisk handling som et spontant uttrykk av egen selvopplevelse i et gitt øyeblikk. I møtet med en pasient er terapeutens faglige vurderinger og forhåpentligvis genuine ønske om å hjelpe pasienten helt sentrale aspekter ved terapeutens aktuelle selvopplevelse. Å undertrykke disse aspektene for å tilfredsstille en rigid forståelse av autentisitet vil i de fleste tilfeller innebære å forhindre vesentlige deler av terapeutens selvopplevelse fra å komme til uttrykk i relasjonen. Møtet mellom pasient og terapeut peker ut over seg selv – ved å ha et mål om bedring for pasientens øvrige livsverden. Samarbeidet mot et felles mål er en forutsetning for, snarere enn en negasjon av, dette møtets autentisitet. Først når tekniske hensyn tar form av en tvangstrøye som hindrer en spontan interaksjon, kan de ytre kravene sies å gå på bekostning av de indre på en slik måte at terapeutens og relasjonens autentisitet trues. Brukt på en lekende måte, kan ritualiserte, formelle og tekniske aspekter ved den psykoterapeutiske bestrebelse vitaliseres gjennom spontane, personlige uttrykk for terapeutens subjektivitet som er forenelig med dennes selvopplevelse i øyeblikket.

## **Spontanitet**

Kravet om terapeutens og terapirelasjonens autentisitet trenger altså ikke å innebære en negasjon av psykoterapiens målrettede og tekniske aspekter. Det er bruken av de

tekniske aspektene som er det springende punktet for hvorvidt pasientens behov for et personlig forhold hvor han eller hun blir sett og verdsatt, kan oppfylles innenfor en profesjonell psykotераapeutisk ramme. Dersom terapeuten i møtet med den individuelle pasient bruker sin faglige bakgrunn og tekniske kompetanse på en fasthamret og rigid måte, vil terapeuten ikke kunne nå et slikt mål. Om terapeuten imidlertid forholder seg til sin egen teoretiske forståelse og sitt tekniske repertoar på en spontan og lekende måte, skulle i det minste potensialet for at en autentisk relasjon kan utspille seg, være til stede. Men hvordan kan en slik balansegang mellom standardisert teknikk og autentisk subjektivitet forstås og beskrives?

Hoffman (1998) har en dialektisk tilnærming til de to aspektene ved psykotерапи – det formelle, faglige og tekniske, og det personlige, spontane og intime. Det er hensiktsmessig å se disse tilsynelatende motsetningene som to sider av samme mynt:

«Psykoanalyse innebærer en kompleks kombinasjon av ritual og spontanitet i en unik form for menneskelig samhandling. De metodiske, rituelle og relativt upersonlige trekkene ved denne prosessen er klarest forbundet med opprettholdelsen av rammer, og de personlige, spontane aspektene med dyrkingen av intimitet. Men de to dimensjonene i prosessen står i et dialektisk forhold, slik at hver av dem bare kan forstås i konteksten av den andre. Faktisk er hver av dem avhengig av den andre for å kunne gi mening» (ss. 79–80, min oversettelse).

Situasjonen kan forstås som en konstellasjon med vekslende figur og grunn. På den ene siden er det spontane, selvuttrykkende autentiske og personlige aspektet en forutsetning for genuin kontakt mellom pasient og terapeut. Winnicotts (1971) beskrivelse av psykotерапи som «et overlapp mellom to lekeområder, pasientens og terapeutens» (s. 54, min oversettelse), vektlegger dette aspektet i den grad at terapeuten ansees som uegnet til å utføre det terapeutiske arbeidet dersom han eller hun ikke er i stand til å leke. Dette er i overensstemmelse med det som ovenfor er blitt nevnt i forbindelse med Fromms (1941) fordringer til interpersonlig autentisitet og spontanitet, og Mitchells (1993) beskrivelse av dagens pasienters søken etter en personlig relasjon til terapeuten. Ehrenberg (1992) hevder at terapeutens evne til å leke er et middel for å oppnå «den form for personlig engasjement som er nødvendig for å stimulere håp, begjær og endring» (s. 139, min oversettelse). Slik fremstår det spontane, ikke-tekniske aspektet som fundamentalt for utøvelsen av psykotерапи. De formelle, faglige aspektene er meningsløse og impotente løsrevet fra dette. Samtidig stiller Hoffman spørsmål ved hvor denne kraften som forbindes med terapeutens vilje til å være spontan, stammer fra. Dersom en autentisk, reell relasjon er det kurative elementet i psykotерапи, hvordan kan da en terapeut gjøre krav på å være mer skikket enn andre til å fremdyrke en slik relasjon – ikke minst gitt de ovennevnte innvendingene mot denne betalte relasjonens autentisitet?

Hoffman (1998) snur mynten idet han hevder at det nettopp er de ritualiserte, asymmetriske aspektene ved psykotерапи – de som trekker veksler på det faglige og



tekniske fundamentet til behandleren – som låner kraft og gir betydning til terapeutens vilje til å være sammen med pasienten på en personlig uttrykksfull og spontan måte. Det er nettopp på grunn av den asymmetrien og de formelle rammene som Buber reagerer på, at brudd med denne rammen kan skape de «spesielle øyeblikk» (s. 729, min oversettelse) som terapeuter som Taerk (2002) beskriver. Når tekniske responser legges til side til fordel for personlige, oppstår muligheten for et dypere autentisk møte, preget av avvik fra det terapeutiske skjemaet og med et stort endringspotensial for pasienten. Aron (1996) utdyper dette tosidige forholdet mellom teknikk og personlig deltakelse når han på den ene siden gir uttrykk for at han anser terapeutens tolkninger som «et kreativt uttrykk for hans eller hennes oppfatning av et aspekt ved pasienten» (s. 94, min oversettelse), samtidig som han presiserer at:

«[d]et er ... nettopp på grunn av at det subjektive elementet holdes innenfor en teknisk intervensjon at det omdannes fra å være ganske enkelt en idiosynkratisk emosjonell respons fra analytikerens side, til å bli en analytisk intervensjon som innehar en form for dialektisk objektivitet... og det er denne blandingen av det personlige og det tekniske som potensielt frembringer dens transformatoriske analytiske kraft» (s. 93, min oversettelse).

På samme måte som det vil være en feilrepresentasjon å underslå de grunnleggende subjektive, spontane og personlige aspektene i det tekniske arbeidet, vil det være en like stor forsømmelse å neglisjere de mer metodiske og målrettede aspektene til fordel for disse. I Bubers (1923) terminologi kan det terapeutiske rom sies å eksistere i en mellomposisjon mellom Jeg–Det og Jeg–Du; en posisjon som ifølge Aron kan sees som analog til Winnicotts (1951) begrep om overgangsrom. Den terapeutiske relasjon er delvis et ritualisert instrumentelt forhold og delvis en autentisk mellommenneskelig relasjon. Hvilket aspekt som er figur og hvilket som er grunn, skifter kontinuerlig, uten at det til enhver tid fremtredende aspektet noen gang opphører å være avhengig av det andre for å gi det den spesielle meningen det får i dette rommet. Med Hoffmans (1998) ord:

«[D]et er en dialektisk bevegelse mellom det personlige og det tekniske; ingen av dem eksisterer i ren form, isolert fra den andre. På den ene siden reflekterer analytikerens tolkninger motoverføringen; de er med andre ord personlig uttrykksfulle ... På den andre siden kan personlige, emosjonelle reaksjoner bli brukt i frembringingen av tolkninger; de blir med andre ord inkorporert i teknikk» (ss. 167–168, min oversettelse).

Terapeutens subjektivitet må antas å gjennomsyre den terapeutiske bestrebelse også i dens mer tekniske aspekter. Spørsmålet om terapeutens autenticitet er ikke et spørsmål om en autentisk, spontant selvuttrykksfulle terapeut versus en instrumentell, ritualisert teknisk. Det kan være personlig uttrykksfullt å følge en teoretisk disiplin, samtidig som terapeutens subjektivitet preger teknikk og faglig forståelse. Snarere vil det være snakk om å finne den balansen, eller, rettere sagt, den sammenvevingen av ulike aspekter –

indre og ytre; spontane og ritualiserte; tekniske og personlige – som er i overensstemmelse med ens selverfaring slik denne fluktuerer over tid.

### **Emosjonell tilgjengelighet**

Maroda (1999) har forsøkt å vise hvordan erkjennelsen av betydningen av terapeutens subjektivitet kan implementeres klinisk, og er en av de relasjonelle teoretikerne som fjerner seg lengst fra den klassiske analysens idealer om abstinens og nøytral objektivitet. Hun er særlig kritisk til det hun opplever som den klassiske posisjonens overvurdering av intellektets betydning med en sentrering rundt det hun kaller «et sannhetens øyeblikk». I stedet vektlegger hun den dype og helende emosjonelle kontakt.

**«En pasient formidler sin egen virkelighet med sikte på å øke sin egen selvforståelse, mens en analytiker formidler sin egen virkelighet med sikte på å øke selvforståelsen til den andre»**

### **Et gjensidig affektivt øyeblikk**

For å kunne gi pasienten den personlige kontakten og følelsen av å være av betydning som vektlegges av Mitchell (1993), skisserer Maroda (1999) en tilnærming til terapi som har et annet fokus enn det rent intellektuelle: på «gjensidig emosjonell ærlighet, gjensidig emosjonell tilgjengelighet, og gjensidig tillit» (s. 38, min oversettelse). Hun formulerer hva pasienten trenger, på denne måten:

«Det kan synes som at mange, om ikke de fleste, av våre pasienter lider av svekkelser i affektopplevelse og regulering, og at det er belegg for at vi er nødt til å uttrykke våre egne følelser for å fremme våre pasienters affektive utvikling» (s. 65, min oversettelse).

Innenfor denne modellen regnes det som en forutsetning at terapeuten ikke bare er seg bevisst sine egne emosjonelle reaksjoner på pasienten, men også formidler disse tilbake og gjør sin subjektive opplevelse kjent for pasienten. Maroda (1999) omtaler dette som et ledd i den nødvendige gjensidige «overgivelsen» mellom terapeut og pasient. Hun ser det som nødvendig at terapeuten på et tidspunkt både anerkjenner at pasienten også har en innvirkning på ham eller henne selv, og i tillegg gjør det mulig for pasienten å kunne oppleve sin emosjonelle innvirkning på terapeuten. Denne overgivelsen – som beskrives som «en emosjonell åpning, et bortfall av analytikerens motstand mot å gjøre seg kjent for pasienten på den dypest mulige måte» (s. 58, min oversettelse) – vil ifølge Maroda ha den spontane kvaliteten som Hoffman (1998) beskriver. Den vil av pasienten gjerne forbindes med personlig uttrykk og en opplevelse av å avvike fra konvensjoner. Opplevelsen av å være i personlig kontakt, og av å bli sett og verdsatt, som pasienten har

behov for, kommer ifølge Maroda i form av et slikt «gjensidig affektivt øyeblikk» (s. 66, min oversettelse). Det terapeutiske – selve den konkrete gevinsten av terapeutens autentiske, spontane posisjon og emosjonelle responsivitet og tilgjengelighet – er en komplettering av den affektive kommunikasjonssyklusen mellom pasient og terapeut. Ved å uttrykke egne emosjoner gjør terapeuten det tydelig for pasienten at det affektive budskapet er mottatt. Det vil være utilstrekkelig bare å bruke terapeutens emosjonelle erfaring til å opplyse og informere terapeutens forståelse og tolkninger i møte med pasienten, uten å faktisk uttrykke denne opplevelsen på en måte som lar seg erfare av pasienten. Ifølge Maroda er mange pasienter ute av stand til å bære egne følelser – som formidles gjennom projektiv identifikasjon – og er avhengige av at terapeuten kan føle og uttrykke disse følelsene for dem, slik at de selv kan lære å akseptere og uttrykke dem. Hun eksemplifiserer dette poenget i beskrivelsen av behandlingen av Mary – en svært krevende, kritiserende og emosjonelt ustabil pasient – hvor terapeuten har begynt å oppleve somatiske plager som muskelsmerter og hodepine i forbindelse med belastningen denne relasjonen representerer, og finner det nødvendig å konfrontere pasienten med dette:

«Jeg lot henne få vite at jeg var opprørt og at jeg ikke klarte mer. Med sinne i stemmen fortalte jeg henne at jeg ikke kunne finne meg i mer av hennes kritikk, krav og desperasjon... Jeg kunne bare tåle så mye. Da spurte hun meg hvorfor jeg trodde alt dette skjedde. Jeg fortalte henne... at vissheten hennes om at hun aldri ville kunne få det hun ville ha fra meg, frustrerte henne og gjorde henne grenseløst rasende. Jeg sa at hun... virket fast besluttet på å tilintetgjøre meg dersom hun ikke kunne få meg, selv om det innebar å tilintetgjøre seg selv i prosessen. Jeg sa at jeg ikke kom til å la henne få fortsette med å prøve på dette, og at hun var nødt til å finne en annen måte å håndtere følelsene sine på» (s. 117, min oversettelse).

Maroda (1999) beskriver en positiv utvikling i etterkant av denne interaksjonen, hvor pasienten uttrykte lettelse og en opplevelse av at terapeuten nå endelig kjente sannheten om henne. Ved å sette grenser – ved å si «Nå er det nok!» og uttrykke de ledsagende følelsene – kunne terapeuten oppfylle pasientens behov for at den andre både skulle oppleve og beskytte dem begge mot pasientens selvdestruktive impulser. Mary hadde ifølge Maroda behov for at terapeuten skulle uttrykke følelsene hun selv hadde, men holdt unna bevisstheten, for at hun skulle kunne komme videre. En «stille bruk» av motoverføringen vil ifølge Maroda ikke kunne fremme en slik utvikling hos pasienten, fordi informasjonen som pasienten da mottar, i dette tilfellet kommer i form av tolkninger som motoverføringen tenkes å opplyse. Disse vil være av verbal, rasjonell og ikke-affektiv karakter, og vanskelig nå frem som en empatisk speiling dersom pasientens opprinnelige kommunikasjon først og fremst er affektiv, og dermed av preverbal karakter.

«Det jeg foreslår angående teknikk, er at terapeuten fritt, men ansvarlig responderer på pasienten gjennom å avsløre de sterke affekter han opplever

overfor denne pasienten. Jeg forsvarer en slik avsløring av motoverføringen som reaksjon på projektiv identifikasjon, fordi jeg tror dette er den eneste gjennomførbare metoden for å komplettere den affektive kommunikasjonssyklus mellom pasient og terapeut» (Maroda, 1999, s. 113, min oversettelse).

### **Emosjonell responsivitet som speiling**

Et annet poeng Maroda (1998) har bemerket, er hvordan pasienter ofte inviterer til negativ tilbakemelding fordi de kjenner til disse aspektene ved seg selv, men trenger terapeutens hjelp til å få nok kontroll over seg selv til å kunne forandre seg. For å oppnå denne kontrollen er det nødvendig at de får kjennskap til hvordan de selv har en innvirkning på terapeuten, også når denne er av en negativ karakter. På denne måten – ved å uttrykke negative affekter og egen opplevelse av belastning i møtet med pasienters krenkende handlinger – kan terapeutens formidling av vanskelige sannheter bli en type speiling som gjør det mulig for pasienten å ta konsekvensene av sin egen atferd. Denne speilingen kan være like fundamental som den godartede, og dermed mindre problematiske, empatiske utgaven som vektlegges innenfor selvpsykologien (Kohut, 1977). Ehrenberg (1992) formidler en lignende holdning når hun hevder at:

«analytikerens største styrke i slike kontekster ligger kanskje ikke i autoritetshevdelsen, som ved å fortelle pasienten hva han eller hun må gjøre, men fra en anerkjennelse av analytikerens egen sårbarhet og begrensninger og av hans eller hennes uvillighet til å delta i et destruktivt forhold eller til å bli brukt på ikkeanalytiske måter» (s. 148, min oversettelse).

### **Empati versus autentisk emosjonell responsivitet?**

Marodas (1999) tilnærming kan stå i fare for å falle inn under kritikken som er blitt reist av Stolorow, Orange og Atwood (2001), på bakgrunn av det de anser som en skjult moralsk agenda innenfor enkelte deler av relasjonell psykoanalyse. Fremhevelsen av terapeutens subjektivitet kan innebære et krav om at pasienten skal anerkjenne denne subjektiviteten. Pasientens evne til å gjøre dette kan bli et mål på terapeutisk fremgang i form av dennes overgang fra «et aggressivt kleiniansk spedbarn til en etisk og mindre selvopptatt voksen». (s. 475, min oversettelse):

«En ødeleggende klinisk konsekvens av en slik skjult moralsk agenda er at psykoanalyse som spørrende dialog eller felles meningssskapende prosess (Orange, 1995) kan degenerere til at analytikeren påtvinger pasienten et krav om anerkjennelse, der sistnevntes evne til å overholde dette blir tatt som et mål på analytisk fremgang.» (s. 475, min oversettelse).

Bruk og uttrykk av terapeutens subjektive og emosjonelle erfaring er forbundet med en slik fare for «anerkjennelseskrav» som Stolorow et al. beskriver. Sullivans (1954) advarsler mot å la terapeutens «personlige tilfredsstillelse» (s. 12, min oversettelse) gå på bekostning av pasienten synes ikke mindre aktuelle i dag. Som Orange (2002)

påpeker, eksisterer det imidlertid ikke noe nødvendig motsetningsforhold mellom en anerkjennelse av terapeutens autentiske opplevelse og en empatisk terapeutisk holdning. Selv om faren for misbruk og overtramp vil være til stede, synes det ikke å være en tankenødvendighet at aktiv bruk av terapeutens subjektive og emosjonelle erfaring medfører en slik degenerering. Som Aron (1996) påpeker er det likevel grunn til å fremvise forsiktighet, for ikke å erstatte et relativt teknisk og upersonlig terapeutisk ideal med et ideal der vektleggingen av det personlige og spontane fører til en forkastelse av enhver form for rammer og retningslinjer. I diskusjonen over hevdes det, med bakgrunn i Mitchells (1993) definisjoner, at forpliktelsen til den terapeutiske prosess er en sentral faktor i terapeutens autentiske selvopplevelse. Samtidig vektlegges sammenvevingen av tekniske og spontane aspekter som et terapeutisk ideal. Som autentiske og spontane uttrykk for terapeutens selvopplevelse kan heller ikke de emosjonelle selvavsløringene Maroda (1999) beskriver, løsriver seg fra forpliktelsen til den felles terapeutiske bestrebelse, eller spontant implementeres fullstendig uavhengig av faglige overveielser. Terapeutens selvavsløringer må nødvendigvis være selektive for at det nødvendige instrumentelle målet om pasientens bedring kan bli ivaretatt. Med Reniks (1995) ord: «[T]il syvende og sist formidler en pasient sin egen virkelighet med sikte på å øke sin egen selvforståelse, mens en analytiker formidler sin egen virkelighet med sikte på å øke selvforståelsen til den andre» (s. 487, min oversettelse).

### **Fra samtale til samhandling**

I et større perspektiv er Marodas tilnærming et eksempel på den endringen i synet på agering som har foregått i de siste tiår innenfor psykoanalysen. Som Renik (1993) påpeker, var det Freuds nå utdaterte 1800-talls nevrologiske modell av refleksbuen som fikk ham til å konkludere at tenkning og motorisk aktivitet var gjensidig utelukkende, og at terapeuten derfor måtte avstå fra handling for å kunne være seg motoverføringen bevisst. Marodas (1999) tilnærming er representativ for nyere relasjonell psykoanalyse, da den ikke anerkjenner en slik motsetning, og oppmuntrer til forståelse *gjennom* og *i etterkant* av handling, i overensstemmelse med Reniks (1993) erfaring av at «bevissthet om motoverføring alltid er retrospektiv, med motoverføringsagering som forløper» (ss. 410–411, min oversettelse). Hoffman (1998) har tilsvarende, med utgangspunkt i den radikale kritikken av blank skjerm-paradigmet, hevdet at «en strøm av overførings- motoverføringsagering [i den terapeutiske situasjon] ikke bare er sannsynlig, men også potensielt nyttig» (s. 108, min oversettelse). Fra en mer filosofisk og begrepsmessig vinkel, i forhold til den overnevnte nevrologiske, refererer Aron (1996) til Wittgensteins (1953) argumentasjon for at språk må ansees som en form for handling. «Dersom ord er handlinger,» hevder Aron, «og dersom handlinger er kommunikasjoner, kan ikke psykoanalyse lenger ansees som en ren snakkekur; psykoanalyse må involvere handling og interaksjon» (s. 192, min oversettelse). Benyttelsen av terapeutens subjektivitet i det terapeutiske arbeidet trenger ikke å begrenses til å være en kilde til informasjon for «stille bruk». Snarere kan det, som både Renik (1993) og Frank (1999) hevder, synes som om en reell anerkjennelse av disse innsiktene innebærer at en faktisk

synliggjøring av terapeutens subjektivitet – motoverføringsagering – har en rettmessig plass innenfor psykoanalytisk teknikk.

## Avslutning

Den terapeutiske bestrebelse har i dag, i kanskje større grad enn å skulle gjøre det ubevisste bevisst, et mål om å gjøre personlig erfaring mer ekte og dypt meningsfull for den hjelpsøkende pasient. Sentrale teoretikere innen relasjonell psykoanalyse hevder at pasienten, for å nå dette målet, i større grad enn oppklaring og innsikt har et behov for å bli sett, engasjert og verdsatt i en nær og autentisk relasjon til sin terapeut. De klassiske idealene om abstinens, nøytralitet og anonymitet synes lite egnet til å fremme en slik relasjon. Jeg har presentert personlig autentisitet, handlingsmessig spontanitet og emosjonell responsivitet og tilgjengelighet som mulige sentrale bestanddeler for en «ny visjon» av terapeuten som person. Med utgangspunkt i sentrale relasjonelle teoretikere har jeg undersøkt problemstillinger disse idealene synes å reise, men har ikke funnet holdepunkter for at de er uforenlige med instrumentelle mål for bedring, tekniske intervensjoner, eller en empatisk holdning til pasienten. Disse idealene kan derfor være nyttige og verdifulle retningslinjer for klinisk terapeutisk praksis.

Rune Løvold

Voss DPS

NKS Bjørkeli

Bjørkelivegen 27

5700 Voss

Tlf 934 12 824

E-post [rune.lovold@gmail.com](mailto:rune.lovold@gmail.com)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 9, 2006, side 909-916*

### TEKST

**Rune Løvold**

+ [Vis referanser](#)

### Referanser

Aron, L. (1996). A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Buber, M. (1923/2003). Jeg og du. Oslo: De norske bokklubbene.

Ehrenberg, D. B. (1992). The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction. New York: Norton.

Ferenczi, S. (1932/1988). The clinical diary of Sandor Ferenczi, Ed.: J. Dupont. Cambridge: Harvard University Press.

Frank, K. A. (1999). Psychoanalytic participation. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Freud, S. (1912/1958). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. Standard Edition, 12 (ss. 109-120). London: Hogarth Press.
- Fromm, E. (1941). *Escape from freedom*. New York: Avon.
- Hart, T. (1999). The refinement of empathy. *Journal of Humanistic Psychology*, 39, 111-125.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Maroda, K. J. (1998). Why mutual analysis failed. The case of Ferenczi and RN. *Contemporary Psychoanalysis*, 34, 115-132.
- Maroda, K. J. (1999). *Seduction, surrender, and transformation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Orange, D. M. (2002). There is no outside. Empathy and authenticity in psychoanalytic process. *Psychoanalytic Psychology*, 19, 686-700.
- Renik, O. (1993/1999). Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. In S. A. Mitchell & L. Aron (Eds.), *Relational psychoanalysis: the emergence of a tradition* (ss. 407-422). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 466-495.
- Rowan, J., & Jacobs, M. (2002). *The therapist's use of self*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Stolorow, R. D., Orange, D. M., & Atwood, G. E. (2001). Cartesian and post-cartesian trends in relational psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 468-484.
- Sullivan, H. S. (1954/1970). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Taerk, G. (2002). Moments of spontaneity and surprise: The nonlinear road to something more. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 728-739.
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Taylor, C. (1991). *The ethics of authenticity*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Winnicott, D. W. (1960/1965). Ego distortion in terms of true and false self. I The maturational process and the facilitating environment (ss. 140-153). New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York: Basic Books.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*. Oxford: Blackwell.