

Forståelse av depriverte pasienter gjennom dyp empati

En dypt empatisk terapeut har stor tilgang til egne følelser og kroppslige opplevelser, og kan få kunnskap om pasientens følelsetilstand direkte. Gjennom dyp empati kan pasienten føle seg raskt og presist forstått.

TEKST

Eldfrid Amlund

PUBLISERT 1. august 2008

ABSTRACT:

«Deep empathy» and the understanding of deprived patients

Patients, who did not receive adequate «mothering» in early childhood, frequently communicate indirectly through projective identification and through creating a «physical affect» in their therapists. The author introduces a concept called «deep empathy», a form of communication that emphasizes specific qualities in the therapist. The author proposes that specific qualities in the therapist, associated with «deep empathy», are important factors in therapy with deprived patients. These patients have few alternative forms in which to communicate. Deep empathy may help them feel completely and precisely understood in a short time span. This experience of recognition, of value as a form of human connection, momentarily lessens the deprived patient's sense of existential aloneness in the world. Deep empathy shapes sensitivity according to the nuances of one's own experience, inviting the patient to deeply tune into and empathize with him or herself.

Keywords: psychotherapy, deep empathy, deprivation, projective identification, somatic countertransference

EMNER

psykoterapi

dyp empati

deprivasjon

Projektiv identifikasjon

somatisk motoverføring

Artikkelen er blitt til med økonomisk støtte fra Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Vest.

Empati har hatt en lang historie i psykoterapi. For Freud (1921/1955) «spiller empati den største rolle i vår forståelse av det som er dypt fremmed for vårt ego» (s. 108, min oversettelse). Flere teoretikere har senere påpekt empatiens sentrale plass i terapi. For Rogers og Truax (1967) er empati det som utgjør terapeutens «arbeid». Det er «hjertet og

definisjonen av terapi» (Brenner, 1982). Terapiforskningen gir klar støtte til et slikt syn på empati som helt sentralt. Det vektlegges i alle terapiformer, skjønt på ulikt vis.

Empati er altså en fellesfaktor, knyttet til bedre resultater i terapi. Flere kvalitative studier (Bachelor, 1988; Myers, 2000; Van Kaam, 1959) har funnet at det å føle seg empatisk forstått i terapi øker følelsen av trygghet i relasjoner. Det blir lettere å åpne seg og nærme seg vanskelige personlige områder. Pasientene kan lære at de er verdig respekt, at deres følelser og atferd gir mening, slik at de kan uttrykke sine følelser og behov i relasjoner. Forskningen (Altmann, 1973; Landfield, 1971) dokumenterer også en sammenheng mellom empati og det å forbli i terapi, i motsetning til prematur avslutning. Empati besørger en slags direkte læring eller «korrektiv relasjonserfaring». Det styrker selvet og bryter isolasjonen (Bohart & Greenberg, 1997; Jordan, 1997; Rowe & MacIsaac, 1989; Zimring, 2000). Empati fremmer utforskning og meningsdannelse. Dette omfatter å hjelpe pasientene til å tenke mer produktivt (Sachse, 1990a, 1990b), høyne nivåer av produktiv opplevelse (Klein & Mathieu-Coughlan, 1966; Rice & Saperia, 1984), og lette ny følelsesmessig bearbeiding (Greenberg & Paivio, 1997). I litteraturen om empati vektlegges det sterkt at det er pasientens opplevelse av å bli empatisk forstått og møtt som har betydning for resultatet. Det blir da viktig at terapeutens forståelse vises gjennom responser som henvender seg til pasientens behov, slik terapeuten oppfatter dem til enhver tid.

I denne artikkelen vil jeg drøfte hvordan terapeuten kan legge til rette for empati i forhold til den gruppe pasienter som har manglet god nok omsorg og som har få erfaringer med å bli møtt empatisk (depriverte). Slike pasienter er ofte ordløse og stiller store krav til innlevelse som kanskje den eneste veien til kontakt og forståelse. Begrepet «dyp empati» (Hart, 1997) introduseres. Teori om dyp empati får en sentral plass i min fremstilling fordi den i sterkere grad enn mer tradisjonelle kliniske teorier om empati fremhever visse kvaliteter ved terapeuten. I henhold til egne kliniske erfaringer er kvaliteter ved terapeuten som er karakteristiske for dyp empati, avgjørende for å kunne fremme psykologisk heling hos depriverte. Artikkelen illustrerer også, gjennom kliniske eksempler, hvordan dyp empati kan være til hjelp for depriverte pasienter.

Teoretiske betraktninger

Ved å benytte to empatimodeller, den «utvendige» («external») modellen og «i pasientens sko»-modellen (Mahrer, Boulet og Fairweather, 1994), vil jeg trekke opp hovedlinjene for en definisjon av dyp empati.

I den «utvendige» modellen skal terapeuten, ifølge de ovennevnte teoretikerne, oppnå målet med empati uten å prøve å gå inn i pasientens sko, eller å være på innsiden av pasienten. Mer spesifikt betyr dette at terapeuten, mens han/hun opprettholder sin identitet og følelse av selv, skal kunne se pasientens verden slik pasienten gjør, og vite hva pasienten tenker, føler og opplever, både på et overflatenivå og på et indre, dypere plan. Terapeuten skal altså i denne modellen ikke gå for langt inn i pasientens person og verden og ikke dele hva pasienten føler og opplever. Freud har ståsted i denne modellen når han ville forstå og gjennomtrenge det mest skjulte i pasientens

motivasjoner, samtidig som han ikke ønsket å oppleve og føle dette selv. Rogers (1959) har likeledes forankring i denne modellen, idet han hevder at empati betyr å forstå følelsene til pasienten, men uten at terapeuten selv opplever og deler pasientens følelser. Dersom terapeuten gjorde det, ville det, ifølge Rogers, være identifikasjon. Han understreker at identifikasjon ikke er det samme som empati. Rogers (1959) advarer sterkt mot at terapeuten mister «as if»-kvaliteten, som betegner en forestilt og indirekte kunnskap. Terapeuten, sier han, må fornemme pasientens forvirring, frykt eller sinne som om det var en følelse terapeuten kunne ha, men ikke har nå. Også Schroeder (1925) har stått i den «utvendige» empatimodellen i og med sin metode «empatisk fordobling» («empathic duplication»). Her finner terapeuten en liknende hendelse eller situasjon fra sitt eget minne og bruker det til å forstå hva pasienten føler eller opplever. Terapeuten får kunnskap om pasienten indirekte, ved å sammenlikne deres erfaringer med sine egne.

Når det gjelder «i pasientens sko»-modellen, tilstreber terapeuten her å komme «inn i pasientens sko» og se verden fra dennes perspektiv. Terapeuten prøver å forstå hva pasienten tenker, føler og opplever når terapeuten ser verden fra det perspektivet. I denne modellen, som i den «utvendige» modellen, vektlegges opprettholdelse av terapeuten sine følelser av selv. Ulikt den «utvendige» modellen åpner imidlertid «i pasientens sko»-modellen for midlertidig identifikasjon eller «empatisk deling» av pasientens opplevelser. Cooper (1970) har stått i denne modellen: Terapeuten «føler temporært at han er ett med objektet (pasienten), samtidig som han opprettholder sin individualitet» (s. 173, min oversettelse). Cooper advarer imidlertid terapeuten sterkt mot å smelte sammen («merge») med pasienten. Terapeuten kan da glemme at pasient og terapeut er to forskjellige personer, og slik kan det bli vanskelig å skille klart mellom pasientens fenomenologiske verden og sin egen.

Harts (1997) teori om dyp empati skiller seg på følgende måter fra de mer tradisjonelle kliniske teoriene om empati, som omfattes av de to nevnte empatimodellene: Dyp empati innebærer at terapeuten er i pasientens verden, og slik skiller denne relateringsmåten seg fra den som er beskrevet i den «utvendige» modellen. Under øyeblikk av dyp empati er terapeuten identifisert med pasienten, og på denne måten samsvarer dyp empati med «i pasientens sko»-modellen. Imidlertid skiller dyp empati seg fra relateringsmåten i den sistnevnte modellen ved at en dypt empatisk terapeut «smelter sammen» («merge») med pasienten. Karakteristisk for en slik terapeut er stor grad av åpenhet for egne motoverføringsfølelser; terapeuten føler hva pasienten føler, gjennomlever og deler hva pasienten opplever. En slik type relatering hos terapeuten, preget av stor følelsesmessig intensitet, er noe annet enn å fornemme eller fange opp pasientens private verden. En dypt empatisk terapeut, som en mindre «adskilt» person, er sterkt følelsesmessig engasjert og lever seg sterkere inn i pasienten enn en terapeut som «fornemmer». Typisk for dyp empati er også sterke kroppsupplevelser som spontant oppstår i terapeuten, forårsaket av pasientens ubevisste kommunikasjon. En dypt empatisk terapeut har et nært og interessert forhold til sin egen kropp og kommuniserer utilslørt, under kontroll, sine affektive reaksjoner til pasienten.

Terapeutens identifikasjon, som forårsaket av pasientens projektive identifikasjoner, leder i Harts tenkning til forståelse av pasienten. Han hevder at terapeuten må oppleve i seg selv pasientens psykiske reaksjoner for å kunne forstå. Hart beskriver dyp empati som en relateringsmåte som går forbi en grense for logisk slutning og deduksjon til direkte kunnskap om den andre. Det illustrerer en bevegelse fra «som om» til faktisk inntreden i pasientens verden. Begge parter går dypere, forbi det rasjonelles grenser.

Heimanns (1950) «motoverføring som erkjennelsesinstrument» synes å samsvare med Harts beskrivelse av dyp empati: «Analytikerens ubevisste forstår pasientens ubevisste på et mye dypere og mer presist nivå enn analytikerens bevisste resonnering» (s. 23, min oversettelse). Likeledes er Rogers (1980) på linje med Hart (1997): «Når jeg kan slappe av ... skjer det at jeg forholder meg på merkelige og impulsive måter i relasjonen, på måter jeg ikke kan rettferdiggjøre rasjonelt, som ikke har noe å gjøre med mine rasjonelle tankeprosesser. Men denne fremmede atferden viser seg å være riktig, på underlig vis» (s. 129, min oversettelse).

I sin redegjørelse for dyp empati opererer Hart (1997) med to hovedkategorier: dyp motoverføring og psykologisk resonans.

Former for dyp empati

Hart (1997) beskriver såkalt dyp motoverføring som terapeutens sterke følelsesmessige reaksjoner på pasientens ubevisste kommunikasjon. Muligheten for dyp empati oppstår, hevder han, når motoverføringsreaksjonene oppleves fullt ut. Han illustrerer dette ved å referere til en pasient som i en time hadde gitt ham en følelse av å være forført. Han beskriver hvordan han forble i denne følelsen, mens han forsiktig, men klart reflekterte sine reaksjoner til pasienten. Verbalisering av disse reaksjonene begynte å lage sprekker i hennes fasade. Hun uttrykte en følelse av forvirring og fortapelse, etterfulgt av uventet sinne. Hart fortsetter sin fremstilling med å beskrive hvordan det å «følge» pasientens sinne til slutt ledet til en opplevelse hos henne av dyp lengsel etter å bli elsket. Likeledes uttrykte hun raseri og dyp smerte over ikke å ha opplevd dette. Over tid ble forførringsrollen tiltagende falsk for pasienten, og hun begynte å nærme seg sin lengsel og smerte og sitt sinne mer direkte.

Ovenstående eksempel viser hvordan terapeuten ved å bruke egne reaksjoner som informasjonskilde (dyp motoverføring) kan hjelpe pasienten til å få tak i et sterkt forskanset mønster på relativt kort tid.

Terapeuten kan også oppdage et skifte fra å reagere på pasienten til å dele dennes opplevelser. Det vil si et skifte fra en dyp motoverføringsreaksjon til det Hart (1997) kaller empatisk resonans. Han illustrerer dette skiftet ved å referere til en tidligere supervisand. Denne hadde, overfor en pasient, reagert med ekstrem uvilje og avsky. Mens terapeuten var i disse reaksjonene og iakttok dem i en time, ble hun oppmerksom på spesifikke scener. Et lite barn ble der gitt følelsen av å være avskyelig og forkastet. Plutselig skyllet en bølge av dyp medfølelse og forståelse innover terapeuten i forhold til en pasient som kort tid før hadde vært gjenstand for avsky.

I sin tekst, der Hart redegjør for sitt begrep dyp empati, gir han nok et eksempel, som illustrerer de ulike aspektene ved dyp empati.

Pasienten det refereres til, beskriver frustrasjon og forvirring ved å fullføre et arbeid. Mens han er oppglødd over et nytt prosjekt, opplever han en tåketilstand, blir fysisk svak og hjelpeløs når han har kommet godt i gang. Idet terapeuten (Hart) sitter sammen med pasienten, blir også terapeuten «tåket», dissosiert og forapt. Det oppstår en fysisk følelse av «tilskyning» i hodet hans, som om en sløvende «tåke» har rullet inn over ham. I tillegg til den fysiske fornemmelsen oppstår følelser av hjelpeløshet, skuffelse og forvirring. Samtidig kommer det fram i terapeutens bevissthet et bilde av en bitte liten baby med hendene presset hardt sammen på brystet. Forståelig nok, fortsetter Hart, har pasienten store vansker med å kommunisere verbalt mens han er i denne tilstanden. Men når terapeuten åpent fremviser og beskriver sine følelsesmessige reaksjoner, som synes å komme fra pasienten, kjenner denne seg med en gang igjen og gir uttrykk for at det nettopp er slik det er!

Hart beskriver videre i sitt kasuseksempel hvordan han høyt bemerker når «tåken» begynner å rulle innover ham. Pasienten bekrefter da sin egen «tåke», og om kort tid får han tak i tåkeleggingen på egen hånd. Ved at terapeuten affektivt kommuniserer sine motoverføringsreaksjoner, begynner pasientens vanemønster å brytes. Nesten med en gang opplever pasienten et gjennombrudd i ideer om et skriveprosjekt, som har ligget dødt. Spørsmål om initiativ og personlig makt melder seg på andre områder også (for eksempel relasjoner), men nå er pasienten i stand til å gjenkjenne tåketendensen. Han kan forutføle dens forløpere og arbeide for å gå forbi det eller gjennom det.

Eksempelet ovenfor viser en relateringsmåte som går dypere, forbi det rasjonelles grenser. Terapeuten er her i pasientens verden og føler hva pasienten føler. Som en mindre «adskilt» person oppnår han direkte kunnskap om pasienten. Gjennom terapeutens affektive kommunisering av sine reaksjoner kjenner pasienten seg igjen og føler seg dypt og presist forstått.

Dyp motoverføring og projektiv identifikasjon

Det dype motoverføringsfenomenet, som illustrert ovenfor, har flere steder i litteraturen fått betegnelsen «projektiv identifikasjon» (Klein, 1946/1988). I henhold til egne kliniske erfaringer er denne forståelsen dekkende, spesielt der det er snakk om pasienter på et lite differensiert nivå av psykisk fungering (depriverte). I kontakt med slike pasienter blir jeg ofte grepet av en intens følelse som kommer brått på meg. Trolig har pasienten da formidlet seg subtilt ved å projisere inn i meg det som er for overveldende (projektiv identifikasjon). Å formidle seg på andre måter blir vanskelig for denne type pasienter, som har liten evne til symbolisering og til å holde på vanskelige følelser. I tråd med dette hevder Kernberg (1987) at dersom en preverbal (deprivert) pasient kunne snakke om sin desavuerte affekt, ville han ikke ha hatt behov for projektiv identifikasjon.

Terapeutens opplevelse av fremmedhet, forbundet med projektiv identifikasjon, betyr imidlertid ikke at hans/hennes reaksjoner bare har sitt utspring i pasienten. Dette er et

poeng Gabbard (1995) fremholder. Han hevder at mottakeren av det interpersonlige trykket i forbindelse med projektiv identifikasjon vanskelig kan bli beveget eller gå inn i det projiserte, med mindre projeksjonen var forbundet med et psykisk element i ham/henne selv. Slik krever projektiv identifikasjon en «krok» («hook») i mottakeren av projeksjonen for at den kan feste seg.

Implisitt i det ovenstående ligger en forståelse av projektiv identifikasjon som et relasjonsbegrep, et syn de fleste psykoanalytikere deler (for eksempel Joseph, 1985). Det dreier seg da om en intendert påvirkning av terapeuten. Via subtile signaler utøves et trykk på terapeuten, som kommer til å forholde seg eller oppleve seg selv på måter som passer inn i pasientens ubevisste mønster. Videre beskrives projektiv identifikasjon som en psykologisk mekanisme med tre komponenter: splitting, projeksjon og identifikasjon. For eksempel hevder Segal (1973) at pasienten spalter av deler av selvet og indre objekter og projiserer dette inn i det ytre objektet (terapeuten). Denne blir besatt av, kontrollert av og identifisert med de projiserte delene.

I en slik tilstand av midlertidig identifikasjon vil terapeuten i møte med depriverte pasienter ofte ha fysiske symptomer. Terapeuten har da en sterk opplevelse av å ha fått pasienten inn under huden.

Somatisk motoverføring

Fysisk påvirkning av terapeuten er mer vanlig der det dreier seg om en dyp og «infantil» overføringsform, karakteristisk for depriverte pasienter (Ross, 2000). Ross betegner motoverføringens fysiske manifestasjoner som «somatisk motoverføring». Dermed utvides definisjonen av motoverføring til også å inkludere de fysiske responsene som blir aktivert i terapeuten. «Vegetativ identifisering» (Andersen, 2007) er et relevant begrep i denne sammenhengen. Det er beskrivende for et interpersonlig nevrobiologisk fenomen. Det er «et ikke-verbalt tilknytningspunkt mellom terapeut og pasient som ligger forut for, og med det kan danne grunnlaget for, terapeutens empati for pasienten» (s. 137).

At motoverføring kan oppleves fysisk i form av for eksempel tretthet, tåketilstand, sultfornemmelse, tårer, skjelving, klossethet, eller smerte i en bestemt del av kroppen, står også sentralt hos Samuels (1985). Hans begrep legemliggjort motoverføring («embodied countertransference») fremhever nettopp dette.

I samsvar med Ross og Samuels påpeker Field (1989) den verdien fysiske følelser hos terapeuten kan få, der svært primitive emosjoner trenger å bli kommunisert (depriverte):

«Noen tilstander av frykt, raseri, lengsel ... kan dateres tilbake til en tid da ord ikke var tilgjengelig og psykisk traume ikke kunne skilles fra fysisk skade. I slike tilfeller kan kroppssymptomer hos terapeuten gi den første nøkkelen til forståelse» (s. 519, min oversettelse).

Hvordan må så terapeuten forholde seg for å kunne være til hjelp for den nevnte type pasienter, som helst formidler seg gjennom projektiv identifikasjon og ofte «bruker

terapeutens kropp» for å kommunisere? Dette drøftes i det følgende.

Projektiv identifikasjon og empatisk forståelse

Ved at terapeuten føler noe som pasienten ikke er beredt på å føle, og i stedet ubevisst projiserer inn i terapeuten (projektiv identifikasjon), dannes grunnlag for informasjon om pasienten, som beskrevet. Terapeut og pasient danner i denne prosessen et psykologisk system (Trop & Stolorow, 1997). For å kunne gjøre bruk av informasjonen i dette systemet kreves bevissthet hos terapeuten på egne reaksjoner og en spesiell form for deltagende observasjon (Hart, 1997). Terapeuten går da inn i «dramaet», heller enn å forbli i bakgrunnen. Winnicott (1971) er inne på dette når han sier at psykoterapi gjøres i overlappingen av to leke-områder, pasientens og terapeutens. Han refererer til området der et genuint møte skjer, som et potensielt rom («potential space»). I dette «rommet», som besittes av begge parter samtidig, er terapeuten spesielt oppmerksom på sine reaksjoner på pasienten. Å gjøre seg selv til objekt for egen vedvarende observasjon krever imidlertid, som Racker (1968) påpeker, kontinuitet og dybde i terapeutens bevisste kontakt med seg selv.

Ifølge Tansey og Burke (1989) er nettopp terapeutens oppmerksomhet på og undersøkelse av sin egen opplevelsestilstand en forutsetning for at projektiv identifikasjon kan lede til empatisk forståelse. Dette involverer ikke så mye å sette seg selv i den andres sted, men heller å være i den andres sted, i kraft av den andres projeksjoner og interaksjonelt press.

Når det imidlertid gjelder begrepet «dyp empati» (Hart, 1997), stilles ytterligere krav til terapeuten. I det følgende redegjøres det for kvaliteter ved terapeutens væren som korrelerer med og danner grunnlag for dyp empati.

Angstreduksjon og maksimal mottakelighet

I Harts (1997) teori om dyp empati vektlegges sterkt et lavt angstnivå hos terapeuten. Liten grad av defensivitet hos terapeuten fremholdes som en overordnet betingelse for at projektiv identifikasjon kan lede til dyp empati. Et dypt, spontant møte og en klar forbindelse med pasienten kan bli mulig bare når terapeuten er i stand til å overgi seg til sine motoverføringsreaksjoner og oppleve dem fullt ut. På den annen side, dersom terapeuten er for truet av følelser og fantasier som vekkes eller induseres av pasientens projeksjoner, kan terapeuten blokkere full adgang til sin opplevelsestilstand. Dermed blokkeres en empatisk forståelse av pasienten.

Dyp forståelse forutsetter også at terapeutens kropp er et åpent persepsjons-system. Når terapeutens kroppslige defensivitet ikke er for stor, kan han/hun bli en god registrator av pasientens følelsestilstander. Angstbaserte muskelspenninger (Reich, 1949) hos terapeuten vil altså være til hinder for indre sensitivitet og bruk av kroppen som sansesapparat. Angst betyr dermed svekket evne til empati, dvs. svekket evne til å ta inn signaler som informerer om pasientens følelsesmessige tilstand. Terapeutens bevisste arbeid med å utvikle større kroppslig åpenhet blir derfor viktig for å kunne bruke kroppen som erkjennelsesgrunnlag.

Videre impliserer dyp empati et skifte i intensjon fra assimilering og kategorisering av objekter til en radikal åpning og akkomodasjon (tilpasning) til pasienten (Hart, 1997).

Terapeuten slipper taket i hensikter og antakelser; han/hun beveger seg bort fra mentalt arbeid med persepsjoner og tanker, mot å motta den andre direkte («receptive mode», Deikman, 1984). En «diffus» og desentrert bevissthet, heller enn en sentrert og fokusert bevissthet, er beskrivende for en slik mottakelig modus. Terapeuten er da ikke opptatt av hva som har skjedd eller vil skje, men av hva som skjer. Han/hun henvender seg til pasientens umiddelbart tilgjengelige indre opplevelsesverden, og ikke til aspekter ved dennes ubevisste. Når terapeuten forholder seg til pasienten, kan terapeuten bli absorbert i møtet. Men mens absorpsjon kan tillate dyp opplevelse, kan den oppnådde informasjon vanskelig brukes uten oppmerksomhet. Terapeutens evne til å fastholde oppmerksomhet på egne prosesser, reaksjoner og forandringer i pasienten gjør det mulig å være fordypet i møtet og vitne om det.

Oppmyking av grenser og økt sensitivitet

Grenser kan forstås som mer eller mindre gjennomtrengelige (Hart, 1997), «tykke» eller «tynne» (Hartmann, 1984). En terapeut med «tynne» grenser er en som evner å forholde seg uten for mye angst og forutfattethet (for eksempel en narsissistisk forestilling om seg selv som høyt empatisk). En slik terapeut, med stor grad av «permeabilitet», vil kunne få en dypere forståelse av pasienten og relatere til dennes indre væren. Slik er gjennomtrengelige eller «tynne» grenser, ifølge Hart (1997), karakteristisk for dypt empatiske terapeuter.

«Tynne» grenser kan oppnås intrapsykisk først. Ved at terapeuten finner fram til indre skapte grenser og kontakter egen fornektet smerte og lengsel, kan et genuint møte på «utsiden» bli mulig. Hycner (1993) understreker viktigheten av terapeutens bevisste indre oppmerksomhet på, og aksept av, egen sårbarhet. Det er viktig å vedgå at vi som terapeuter er såret og ufullstendige, og at vi bruker denne kunnskapen i arbeidet med pasientene. Terapeutens uopphørlige streben etter å bringe egen sårbarhet inn i terapien er nettopp det som utvikler terapeutens selv. Denne streben er så sentral fordi det til sist er terapeutens selv som er instrumentet som vil bli brukt i terapi.

Under øyeblikk av dyp empati er grensene mer utydelige også på det interpersonlige nivået. En mer subtil form for bevissthet preger slike øyeblikk, der ens følelse av grenser er radikalt endret (J Rowan, personlig kommunikasjon, 26.11.2004). Han hevder at på et mer subtilt nivå av bevissthet holder ikke tanken om at «vi slutter ved vår hud». Riktignok er vi adskilte på et overflatenivå, men på et dypere nivå er vi en. Et slikt syn forutsetter tanken om alle tings fundamentale forbundethet. I kunnskapsøyeblikket oppleves da ikke lenger pasienten som «en annen»; det separate selvet blir «delt grunn». Fellesfølelse («co-feeling») og fellesforståelse («co-understanding») (Watkins, 1978) er her dekkende begreper. De viser til en type identifikasjon som er temporær, her-og-nå, en handling av bevisst valg.

Havens (1986) gir et godt eksempel som illustrerer terapeutens opplevelse av å være ett med pasienten: «Når han (pasienten) refererte til forkastelse fra sin mor, kjente jeg

(terapeuten) til og med en brennende sinne-liknende følelse på min egen hud» (s. 16, min oversettelse). May (1989) sier i et annet eksempel: Sammen med pasienten, i en scene der denne ble slått av sin far, «følte jeg (terapeuten) smerten ved farens slag ... det var som om jeg selv mottok slagene» (s. 62, min oversettelse).

«Ubevisst sammensmelting» og «oppmerksom kontakt»

De fleste teoretikere er imidlertid skeptiske til oppmyking av grensene og en så stor grad av involvering som beskrevet ovenfor. For eksempel understrekes det i gestaltterapi (Perls, Hefferline & Goodman, 1997) at kontakt krever klare grenser. Uten separate selv-grenser kan det lett oppstå en «sammenblanding». Kontakten blir fordreid, og forståelse av oppnådd informasjon blir svært vanskelig. Harts (1997) innvending til dette er at det ikke rommer et skille mellom regressiv fusjon og dyp kontakt. Eller, sagt med Washburn (1995): det skiller ikke mellom «mindless fusion», som er mulig i tidlig barndom, og «mindful contact», som noen ganger er mulig i høyere ordens utvikling. Han fremhever forskjellen mellom ubevisst å smelte sammen med en annen og miste sin identitet i prosessen, og å velge å tillate oppløsning av personlige grenser til fordel for pasienten. Hoffman (1994) får klart fram Harts poeng om at pasienten trenger å oppleve terapeutens dype følelsesmessige involvering: «Når pasienten føler at analytikeren, ved å bli mer personlig uttrykksfull og involvert, bryter en internalisert konvensjonell regel av ett eller annet slag, har pasienten grunn til å føle seg anerkjent på en spesiell måte» (s. 189, min oversettelse).

Hart (1997) avslutter sin fremstilling av kravene til terapeuten for oppnåelse av dyp empati med å presisere viktighet av dennes evne til å sette sitt selv til side. «Presis» empati, kurerende i seg selv, kan først da bli mulig. Dersom terapeuten ikke er i stand til å sette sitt selv til side, kan forståelse bli fordreid av terapeutens assosiasjoner og perseptuelle system. Heller enn å «lese» pasienten kan det bli projeksjon på denne. Ofte, hevder Hart, involverer motoverføringen å plukke opp informasjon fra den andre og reagere på den uten den oppmerksomhet som kunne gjøre det nyttig for forståelse av seg selv og andre. På den annen side, når oppmerksomhet og selvkunnskap er dyrket frem i terapeuten, kan reaksjoner som er stimulert av pasienten, bli en sterk kilde til empatisk forståelse, heller enn noe som unngås gjennom objektiv adskillelse.

Avslutningsvis vil jeg redegjøre for hvordan de omtalte kvalitetene hos terapeuten, beskrivende for dyp empati, synes å være spesielt viktige for depriverte pasienter.

Et lavt angstnivå, maksimal mottakelighet og utvidet sensorisk sensitivitet, som ubevisst registreres av pasienten, får betydning ved at det hos den depriverte muliggjør en dyp og «infantil» overføringsform. Det synes som det først er under disse betingelsene at slike intenst sårbare pasienter kan åpne seg. Økt «permeabilitet» hos terapeuten, karakteristisk for dyp empati, vil videre kunne gjøre ham/henne fordelaktig predisponert for fysisk opplevelse. Psykosomatiske reaksjoner hos terapeuten, forstått som ubevisst kommunikasjon, kan gi det første holdepunkt for forståelse, som tidligere vist. Hvem terapeuten er i terapi med depriverte, blir dermed helt avgjørende. Stor grad av følelsesmessig åpenhet, en slags hypersensitivitet hos terapeuten, synes å være en

forutsetning for at pasientens ubevisste budskapsformidling kan komme i stand, og for at terapeuten kan fange den opp.

Depriverte pasienter som mangler erfaring med en emosjonelt tilgjengelig mor, synes spesielt å trenge affektiv kommunikasjon fra terapeuten. De føler seg grunnleggende maktesløse i å ha en emosjonell virkning på andre, og trenger i terapi å vite at de kan ha en virkning på terapeuten. En opplevelse hos pasienten av å kunne påvirke kan oppnås når terapeuten røper motoverføringen, åpenlyst viser og uttrykker sine følelsesreaksjoner, stimulert av pasienten. Maroda (1998) har i denne forbindelsen et viktig poeng. Hun presiserer at terapeutens følelse må kommuniseres til pasienten i en form som denne kan forstå: «Mens et fuktig øye kan være mer enn nok for en pasient, ville bare åpenlys gråt kommunisere det samme nivået av empati eller tristhet til en annen pasient» (s. 51, min oversettelse). Verdien av terapeutens affektive kommunisering fremgår klart i Harts (1997) eksemplifisering av dyp empati, tidligere gitt. Pasienter med omfattende problemer får da mulighet til å kjenne seg igjen, til å akseptere at de tidligere deporterte følelsene tilhører ham/henne selv, oppleve en rett til å føle dem og lære å uttrykke dem.

Oppmyking av grensene - at terapeuten er villig til å bli dypt påvirket, til å gjøre seg sårbar for pasientens virkning på en - synes erfaringsmessig å ha stor betydning også ved at det momentant minsker de depriverte pasientenes følelse av eksistensiell ensomhet. De føler seg da ikke lenger så forkastet og alene. Det tradisjonelle synet på empati, som et separat selv som prøver å trekke slutninger over kløften som skiller det fra den andre, kunne vanskelig ha bevirket dette. Imidlertid kan en sensitiv terapeut som bruker konvensjonell empati, sikkert være i stand til å legge merke til og reflektere mønstre hos pasienten, slik Hart har beskrevet det. Men, understreker han (1997):

«Presisjonen og dybden ved empatisk resonans kutter' raskt og presist. I tillegg modellerer det sensitivitet for nyansene i ens egen opplevelse, noe som inviterer pasienten til å tone seg dypt inn på og empatisere med seg selv» (s. 253, min oversettelse).

Kasuseksempel

Ida, fem år gammel, ble henvist til terapi med bakgrunn i emosjonelle problemer. Dette hadde hovedsakelig å gjøre med opphør i kontakten med mor og hennes manglende omsorgsevne. Mor hadde forlatt familien i forbindelse med et samlivsbrudd, og ingen visste hvor hun oppholdt seg. Slik var også situasjonen i de årene terapien varte.

Ida fremsto som en spinkel og blek jente. Mens hun utforsket lekerommet, småløp hun fra det ene til det andre. Påbegynte lekeaktiviteter tok raskt slutt; det syntes som lek ikke ga henne noen opplevelse av mening. Jeg fornemmet samtidig en kontaktløs kvalitet ved hennes væremåte. Hun syntes stort sett upåvirket av mitt nærvær og ga få eller ingen gjensvar på mine henvendelser. Hun var også svært selvhjulpen. Når hun i visse situasjoner kom til kort, kunne hun med en rask håndbevegelse eller kroppslig bortvendt få «sagt» at hun ikke ønsket hjelpen jeg tilbød.

Uroen og kontaktløsheten jeg fornemmet hos Ida, hennes dårlige leke- og symboliseringsevne, manglende lekeglede og spontanitet, selvtilstrekkeligheten, ga støtte til min antagelse om deprivasjon. Dette er typiske trekk ved væremåten til pasienter som er berøvet de grunnleggende relasjonelle betingelsene et barn må ha for å kunne utvikle seg normalt. Trolig befant Ida seg også i en traumetilstand, som resultat av det for henne uforståelige bruddet i kontakten med mor.

Arbeidet med tillitsetablering skulle vise seg å ta lang tid. Det var først etter ca. et år at Ida gradvis våget å formidle sine vanskelige følelser. Disse kommuniserte hun indirekte, gjennom «prosjektiv identifikasjon» og fysisk påvirkning, som illustreres i det følgende.

Timene startet nå gjerne med at Ida gikk inn i en rolle som prinsesse. Hun iførte seg da en rosa, fotsid kjole, gullsko og krone på hodet. Med innstuderte bevegelser og et ansiktsuttrykk som «fortalte» at hun var høyt hevet, gikk hun rundt i rommet. Samtidig ga hun meg ordre. For eksempel måtte jeg finne en spade, grave fem groper i sanden i sandkassen, og så helle vann oppi. Dette skulle bli sjøer, som lekedyrene kunne bade i. Mens jeg holdt på med å grave, registrerte jeg at jeg ble nøye iaktatt. Jeg fornemmet en kjølig distanse i dette. Plutselig brøt Ida tausheten: «Du bruker feil spade. Du skulle ikke ha brukt den gule!». Hun pekte så bort på en rød spade med et kroppsspråk som det lå en befaling i: Leken skulle fortsette med «riktig» spade. Etter at jeg hadde fullført gravingen med rød spade, korrigererte hun meg på nytt: «Du har ikke gravd dypt nok, og det var ikke der du skulle grave.» Jeg skulle også ha klappet hardt med spaden, tre ganger, oppå hver sandhaug ved siden av gropene. Brått rev hun spaden ut av hånden min for å vise hvordan dette skulle gjøres. Når demonstrasjonen var over, så hun på meg med et oppgitt uttrykk: «Skjønner du det nå?»

I det videre terapiforløpet fortsatte befalingene, men tok nå andre former. For eksempel måtte jeg servere mat til «prinsessen». Dette innebar å finne kjeks og fylle krus etter krus med vann.

Disse måtte ha bestemte farger, og vannet en viss temperatur. Etter at jeg hadde båret dette bort til bordet, der hun satt, ble igjen alt galt: «Du tok for mye vann oppi!». Og: «Jeg liker ikke sånn kjeks!». Jeg hadde også gått for fort over gulvet. Hun reiste seg brått fra stolen og viste meg hvordan jeg skulle ha gått. Dernest stilte hun seg opp foran meg, avventende, for å se om jeg kunne gjøre det «riktig».

Idas ekstremt styrende væremåte og hennes gjennomførte misnøye med meg under leken vekket sterke reaksjoner i meg. Jeg hadde registrert at en økende irritasjon vokste fram i meg og, til tider, et spontant sinne. Disse følelsene var imidlertid ikke mer truende enn at jeg kunne forbli i det. I tillegg til mine psykiske reaksjoner la jeg enkelte ganger, etter timen, merke til noen røde områder på halsen min. Jeg knyttet dette til den affektive tilstanden jeg da var i som resultat av Idas devaluerende holdning i timen. Jeg antok at kroppen min hadde registrert det høye nivået av stress jeg følte sammen med henne. Således så jeg mine kroppsreaksjoner som et psykosomatisk fenomen (somatisk motoverføring), et uttrykk for at jeg hadde «plukket opp» budskap fra Idas

ubevisste om mangler og fortvilelse i hennes indre. Intensiteten, følelsen av uventethet og fremmedhet, som preget min opplevelse i kontakt med Ida, gjorde at jeg forsto hennes formidling som projektiv identifikasjon. Jeg var gjennom slik formidling blitt gjort til bærer av det som var umulig for henne å håndtere.

Terapeutens affektive kommunikasjon

Som respons på Idas affektive formidling (projektiv identifikasjon) ga jeg mine reaksjoner et emosjonelt uttrykk, i tråd med Marodas anbefaling. Jeg lot henne i visse situasjoner forstå at jeg var sint, og at jeg nå hadde fått nok! Slike konfrontasjoner, der jeg utilslørt og kontrollert viste mine følelser, stimulert av Ida, syntes å ha en positiv virkning på henne. Som regel reagerte hun med å avbryte leken og sette seg bort til bordet. Der kunne vi sitte sammen til timen var slutt, begge opptatt med å tegne.

I slike situasjoner, preget av taushet, opplevde jeg atmosfæren mellom oss som god. Det sterke presset jeg tidligere hadde kjent på i kontakten, var borte. Jeg registrerte roligere kroppsbevegelser hos Ida, større fokus og et tenksomt alvor. Videre la jeg merke til en åpen og direkte kvalitet i blikket hennes når hun av og til så opp på meg. Roen og den åpne kvaliteten i Idas formidling slo inn hos meg som anerkjennelse, en bekreftelse på at hun hadde følt seg forstått gjennom min affektive kommunisering.

Terapeutens sårbarhet

I de påfølgende timene gjorde et annet poeng ved dyp empati seg gjeldende, nemlig sårbarhet hos terapeuten. Sårbarhet ble fremkalt i meg i en time der Ida hadde gitt meg en helt spesiell ordre. Jeg måtte, i en lengre sekvens, gjenta nøyaktig etter henne hver gang hun, med tre små bjeff, imiterte hunden sin. Idas hund var en svært avholdt hund, som hun også hadde mistet kontakten med i forbindelse med foreldrenes samlivsbrudd. Etter at jeg hadde gjentatt etter Ida, hver gang i forskjellig toneleie, ble forsøkene mine igjen avvist. For eksempel kunne hun si: «Det var ikke sånn det var!». For første gang kunne jeg nå fornemme en sår kvalitet i Idas formidling. Jeg registrerte noe i stemmen og blikket hennes som berørte meg sterkt. En følelse av tristhet vokste fram i meg, og etter timen ble denne følelsen svært intens og hang ved. Jeg antok derfor at Idas affekt hadde stimulert eksisterende sårbarhet i meg, noe som gjorde situasjonen mer kompleks og vanskelig. Heller enn å fornekte og undertrykke egen sårbarhet valgte jeg å konfrontere sider i meg selv og gjennomarbeide det på en ny måte. Gjennom det kunne jeg oppnå en indre åpenhet som ville gjøre meg bedre i stand til å lytte til og forstå Ida (se Amlund, 2001).

Etter «ny gjennomarbeidelse» registrerte jeg at tristheten som fortsatt kunne bli vekket i meg i kontakten med Ida, ikke lenger var så truende. Reduksjon av angst hadde ført til at jeg nå var bedre i stand til å gi meg over til denne følelsen. Jeg kunne i større grad forholde meg åpent til smerte. Som tidligere reagerte Ida på min affektive kommunisering med å søke mot roligere lekeaktiviteter. Hun satt da gjerne ved bordet, opptatt med å tegne. I en periode tegnet hun den etterlengtede hunden sin. Dette gjorde hun med stort alvor og la hele seg selv inn i streken. Mens vi i slike situasjoner

satt sammen, opplevde jeg en ro, klarhet og intimitet i samspillet; det var som om det ikke betød noe om vi snakket eller var tause.

Den store endringen jeg hadde følt i terapiforløpet, fra en opplevelse av fremmedhet og anspenhet (prosjektiv identifikasjon) til perioder med ro og klarhet, tilskrev jeg først og fremst min evne til «overgivelse». Ved at jeg hadde lagt ned mitt forsvar og gitt meg over til egne motoverføringsreaksjoner, ble Ida mer i stand til å slippe tak i sitt forsvar og overgi seg til sin egen emosjonelle opplevelse. Idet Ida registrerte at jeg var i den samme følelsesmessige tilstanden som henne, følte hun seg trolig ikke lenger så alene.

Den positive endringen i kontaktforholdet hadde, slik jeg så det, også mye å gjøre med min affektive kommunisering. Jeg registrerte at stemmen min, etter «ny gjennomarbeidelse», hadde fått en mykere klang. Pusten min var ikke så bundet lenger, og jeg følte at jeg kunne se på Ida med et mildere blikk. I henhold til egne kliniske erfaringer er depriverede pasienter spesielt følsomme nettopp for kvaliteten i terapeutens ikke-verbale formidling. Trolig ble min indirekte formidling, som beskrevet ovenfor, avgjørende for om Ida kunne føle seg møtt på sitt sterke behov for aksept.

Dyp empati

Gjennom den økte tilliten i kontaktforholdet ble det mulig for Ida å gå ned på dypere nivåer i seg selv. Hun ville nå betro meg en drøm hun nettopp hadde hatt:

«Jeg drømte at jeg var hjemme i stuen. Så plutselig fikk jeg se mor, smilende, borte ved døren. Jeg ble så glad, kunne ikke tro at det var sant! Jeg løp mot mor, men akkurat da jeg skulle ta rundt henne, ble hun borte. Da våknet jeg. Da jeg skjønnte at det var en drøm, begynte jeg å gråte. Jeg lå i sengen min og hadde det så vondt inni meg.»

Det brå og uventede følelsesskiftet Ida beskrev, fra intenst opplevd gjensynsglede til dyp skuffelse, berørte meg sterkt og synlig. Ida kunne da kjenne seg igjen og føle seg dypt forstått. Dernest, etter at hun hadde fortalt drømmen sin, ble jeg dypt grepet av hennes ansiktsuttrykk. Dette formidlet sterk ensomhet og fortvilelse, som om «verden hadde rast sammen». Under leken kunne hun for eksempel nå legge seg ned på en saccosekk, bli liggende der på ryggen i resten av timen og se opp i taket. Trolig hadde hun gitt seg over til en følelse av håpløshet, forbundet både med det konkrete tapet av mor og hennes manglende omsorgsevne. Da jeg i denne situasjonen ikke fikk noe gjensvar på mine verbale henvendelser, satte jeg meg nær henne for å kommunisere min støtte. Dypt konsentrert på min egen indre opplevelse av tristhet, stimulert av Ida, rant tårer nedover kinnene mine. Jeg antok at hun kunne fornemme mitt medfølende nærvær når jeg i denne tilstanden, enkelte ganger, prøvde å nå henne med ord. Jeg opplevde at vi var sammen i en felles opplevelse, beskrivende for dyp empati.

Tilbaketrekning og taushet hos Ida, som beskrevet ovenfor, så jeg som en reaksjon på en begynnende erkjennelse av tap. Ida var trolig i ferd med å erkjenne at mor var ugjenkallelig borte, og at hun ikke vil få den omsorgen hun trenger fra henne. Hun hadde begynt å akseptere virkeligheten slik den var, uten å klamre seg til illusjonen om

at mor en dag ville stå i døren, smilende, slik drømmen hadde vist. Ida hadde med andre ord påbegynt en sorgprosess som i det videre terapiforløpet skulle vise seg å bety en dyptgripende endring mot større helhet.

Avslutning

Denne artikkelen har beskrevet dyp empati som en måte å bruke selvet på, der terapeuten er dypt personlig involvert i behandlingen. Dyp empati er således ikke noe villet eller lært; det vektlegges her mer hvem terapeuten er på det indre plan, enn hva han/hun gjør. Kroppslig åpenhet og tilgang til egne følelser er spesifikt fremholdt som kvaliteter, karakteristisk for en dypt empatisk terapeut. Slike kvaliteter ses som avgjørende for å kunne fremme vekst hos følelsesmessig depriverte pasienter, som gjerne «bruker terapeutens kropp» for å kommunisere. Kravene som stilles til dyp empati er imidlertid vanskelige å oppfylle. Likevel er det mulig å komme nærmere de omtalte kvalitetene ved at terapeuten arbeider med sin egen affekttoleranse og sine egne psykologiske mønstre. Et slikt arbeid vil gagne pasienter generelt og depriverte spesielt.

Eldfrid Amlund

Haugesund sjukehus

Helse Fonna

Psykisk helsevern for barn og unge

Postboks 2170

5504 Haugesund

Tlf. 52 73 28 00

E-post eldfrid.amlund@helse-fonna.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 8, 2008, side 949-957

TEKST

Eldfrid Amlund, Psykolog

KONTAKT: eldfridamlund@gmail.com

+ **Vis referanser**

Referanser

Altmann, H. A. (1973). Effects of empathy, warmth, and genuineness in the initial counseling interview. *Counselor Education and Supervision*, 12, 225-228.

Amlund, E. (2001). Betydningen av taust samspill i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 829-835.

Andersen, C. F. (2007). Vegetativ identifisering: Et interpersonlig nevrobiologisk fenomen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 132-138.

- Bachelor, A. (1988). How clients perceive therapist empathy: A content analysis of «received» empathy. *Psychotherapy*, 25, 227-240.
- Beres, D. & Arlow, J. A. (1974). Fantasy and identification in empathy. *Psychoanalytic Quarterly*, 43, 26-50.
- Bohart, A. C. & Greenberg, L. S. (1997). *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brenner, D. (1982). *The effective psychotherapist*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Cooper, L. (1970). Empathy: A developmental model. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 154, 169-178.
- Deikman, A. J. (1984). *The observing self: Mysticism and psychotherapy*. Boston: Beacon Press.
- Field, N. (1989). Listening with the body: An exploration in the countertransference. *British Journal of Psychotherapy*, Vol. 5 (4), 512-522.
- Field, N. (1996). *Breakdown & breakthrough*. London: Routledge.
- Freud, S. (1955). Group psychology and the analysis of the ego. *Complete psychological works, standard edition (Vol. 18)*. London: Hogarth.
- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: the emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 475-485.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Hart, T. (1997). Transcendental empathy in the therapeutic encounter. *The Humanistic Psychologist*, 25, 245-270.
- Hart, T., Nelson, P. L. & Puhakka, K. (2000). *Transpersonal Knowing: Exploring the horizon of consciousness*. New York: State University of New York Press.
- Hartmann, E. (1984). *The nightmare: The psychology and biology of terrifying dreams*. New York: Basic Books.
- Havens, L. L. (1986). *Making contact: Uses of language in psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31: 81-84.
- Hoffman, I. (1994). Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 187-218.
- Hycner, R. (1993). *Between person and person: Toward a dialogical psychotherapy*. Highland, NY: Gestalt Journal Press.
- Jordan, J. V. (1997). Relational development through mutual empathy. In: A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*, 343-352. Washington, DC: American Psychological Association.
- Joseph, B. (1985). Transference: The total situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 66, 447-454.
- Kernberg, O. (1987). Projection and projective identification: Developmental and clinical aspects. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 795-819.
- Klein, M. (1946/1988). Notes on some schizoid mechanisms. I: Envy and gratitude: and other works 1946-1963. London: Virago Press.
- Klein, M. H. & Mathieu-Coughlan, P. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. In: L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook (ss. 21-72)*. New York: Guilford.
- Landfield, A. W. (1971). *Personal construct systems in psychotherapy*. Chicago: Rand McNally.
- Mahrer, A. R., Boulet, D. B. & Fairweather, D. R. (1994). Beyond empathy: Advances in the clinical theory and methods of empathy. *Clinical Psychology Review*, 14, 183-198.

- Maroda, K. J. (1998). *Seduction, surrender, and transformation: Emotional engagement in the analytic process*. London: The Analytic Press.
- May, R. (1989). *The art of counseling*. New York: Gardner.
- Myers, S. (2000). Empathic listening: Reports on the experience of being heard. *Journal of Humanistic Psychology*, 40, 148-173.
- Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1977). *Gestalt therapy*. New York: Crown.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. London: Hogarth Press.
- Reich, W. (1949). *Character analysis*. New York: The Noonday Press.
- Rice, L. N. & Saperia, E. P. (1984). Task analysis of the resolution of problematic reactions. I: L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change*. New York: Guilford.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. I: S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science* (vol. 3, ss. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. & Truax, C. B. (1967). The therapeutic conditions antecedent to change: A theoretical view. I: C. R. Rogers (Ed.), *The therapeutic relationship and its impact* (ss. 97-108). Westport, CT: Greenwood.
- Ross, M. (2000). Body talk: somatic countertransference. *Journal of Psychodynamic Counselling*, 6, 51-67.
- Rowan, J. & Jacobs, M. (2002). *The therapist's use of self*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Rowe, C. & Maclsaac, D. (1989). *Empathic attunement: The «technique» of psychoanalytic self-psychology*. Hillsdale, NJ: Aronson.
- Sachse, R. (1990a). Concrete interventions are crucial: The influence of the therapist's processing proposals on the client's intrapersonal exploration in client-centered therapy. I: G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (ss. 295-308). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Sachse, R. (1990b). The influence of therapist processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered Review*, 5, 321-344.
- Samuels, A. (1985). Countertransference, the «mundus imaginalis» and a research project. *Journal of Analytical Psychology*, 30, 47-71.
- Schroeder, T. (1925). The psychoanalytic method of observation. *International Journal of Psychoanalysis*, 6, 155-170.
- Segal, H. (1973). *Introduction to the work of Melanie Klein*. London: Karnac.
- Szalita, A. B. (1976). Some thoughts on empathy. *Psychiatry*, 39, 142-152.
- Tansey, M. J. & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, N. J.: The Analytic Press.
- Trop, J. L. & Stolorow, R. D. (1997). *Therapeutic empathy: an intersubjective perspective*. I: Washburn, M. (1995). *The ego and the dynamic ground* (2nd ed.). Albany: State University of New York Press.
- Van Kaam, A. L. (1959). Phenomenal analysis: Exemplified by a study of the experience of really feeling understood. *Journal of Individual Psychology*, 15, 66-72.
- Watkins, J. G. (1978). *The therapeutic self: Developing resonance - a key to effective relationships*. New York: Human Science Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Zimring, F. (2000). Empathic understanding grows the person. *The Person-Centered Journal*, 7, 101-113.

