

# Den med-lidende nybegynder

Terapeuter møder patienter med stort lidelsestryk. Indføling resulterer ofte i med-lidenhed, når den professionelle empati ikke er tilstrækkeligt udviklet.

TEKST

**Line Bang Mikkelsen**

ILLUSTRASJON

**Bendik Kaltenborn**

PUBLISERT 5. oktober 2014

---



Som nyuddannet psykolog tænkte jeg, at jeg efter intensiv gennemgang af litteratur om relationelle aspekter i psykoterapi havde en forholdsvis god forståelse af disse temaer. Under studiet læste jeg om den stærke sammenhæng mellem kvaliteten af den terapeutiske alliance og effekten af terapi. Samtidig læste jeg, at evnen til at adressere problemer i den terapeutiske relation og udfordre problematisk patientadfærd også har betydning for den terapeutiske effekt (Bachelor & Horvath, 1999; Andrews, 1990). Og jeg læste, at brud på den terapeutiske alliance kan give unikke muligheder for terapeutisk arbejde med patientens relationelle adfærd (Jørgensen, 2000). Denne teoretiske viden viste sig udfordrende at omsætte i praksis. Konkrete episoder i relationen til patienten, eksempelvis et ønske fra patienten om hyppige hjemmebesøg, udløste stærk usikkerhed hos mig. Drevet af ønsket om at hjælpe blev jeg ofte splittet imellem bekymring for mulige konsekvenser af at løsne på terapeutiske rammer eller teoretiske retningslinier, og angst for at udfordring eller afvisning kunne medføre alvorlige brud på den terapeutiske alliance og i værste fald skade den enkelte patient.

Ud fra egne oplevelser samt observationer af kollegaer og supervisanders udfordringer i klinisk praksis har jeg dannet en hypotese om, at nye terapeuter er særligt sårbare i visse relationelle situationer. Undersøgelser af terapeuters udvikling støtter, at man på tværs af individuelle forskelle kan identificere generelle udfordringer i klinisk praksis, som terapeuter med samme erfaringsgrundlag deler (Rønnestad & Skovholt, 2013). Jeg argumenterer i dette essay for, at nogle typer patientadfærd er særligt problematiske for nye terapeuter. Dette fordi adfærden forstærker temaer, som nye terapeuter selv har udfordringer med både af følelsesmæssige grunde og på grund af manglende terapeutiske værktøjer.

**«Som graden af medlidenhed følges proportionalt af ønsket om at hjælpe, følges et stærkt ønske om at hjælpe af en tilsvarende stærk angst for at svigte patienten»**

I kontakt med relationsforstyrrede patienter ser erfarne terapeuter ud til at håndtere de relationelle aspekter af terapi mere effektivt end nye terapeuter. Dette er ikke fundet i undersøgelser af terapi med andre patientgrupper. Erfarne terapeuter danner stærkere alliancer med relationsforstyrrede patienter end nye terapeuter, og de er dygtigere til at identificere vanskeligheder i den terapeutiske relation (Horvath & Bedi, 2002). Evnen til at identificere og benytte emotionelle kvaliteter af alliancen terapeutisk er en af de færdigheder, som terapeuter vurderer, at de forbedrer mest med erfaring. Orlinsky og Rønnestad (2005) definerer dette som *avancerede relationsfærdigheder*, hvilket kan sammenlignes med evnen til at arbejde konstruktivt med overføringsfænomener i den terapeutiske relation.

Jeg tager i dette essay udgangspunkt i terapeutens almenpsykologiske forudsætninger for at udfylde terapeutrollen samt resultater fra empiriske undersøgelser af terapeuters udvikling. Så forsøger jeg gennem analyse af centrale karakteristika ved nye terapeuters normale udviklingsfase at belyse konsekvenser for evnen til at håndtere relationelle udfordringer i klinisk praksis. Nye terapeuter oplever markant større belastninger i klinisk praksis end erfarne terapeuter (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Sandsynligvis er deres udfordringer i arbejde med relationelle aspekter af terapi en baggrund for dette. Vanskeligheder i relationen til patienter er blandt de stærkeste belastninger for terapeuter generelt (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Fokus på dette tema vil kunne bidrage til øget bevidsthed hos nye terapeuter og deres vejleder, og forhåbentlig bidrage til at forkorte og lette den krævende proces forbundet med indlæring af avancerede relationsfærdigheder. I starten af karrieren er sammenhænge mellem sårbarheder for bestemte modoverføringsreaktioner og generelle karakteristika ved nye terapeuters udviklingsniveau efter min mening et mere hjælpsomt fokus end individuelle psykologiske sårbarheder i overføringen.

## Nye terapeuters normale udfordringer

Flere forfattere har belyst, hvordan vigtige relationelle professionsegenskaber for terapeuter har rod i almenmenneskelige egenskaber (Fog & Hem, 2009).

Videreudvikling af almenmenneskelige egenskaber til terapeutiske færdigheder er et centralt projekt i første fase af terapeuters udvikling (Rønnestad & Skovholt, 2003; Hill, Charles & Reed, 1981). Terapeuters professionelle empatiske evne er en udviklet udgave af den almene menneskelige empatiske evne, som har almenpsykologiske forudsætninger i menneskeartens tilknytningsinstinkt. Tilknytningen fører til udvikling af evnen til at føle sig ind i den andens tilstand og lære at genkende andres følelser. Relationsdannelse og genkendelse af den andens tilstand bliver med udviklingen to sider af samme sag (Fog & Hem, 2009). Evnen til at føle sig ind i den andens tilstand er en grundlæggende terapeutisk egenskab. Formodentlig er dens almenpsykologiske ophav en forklaring på, at terapeuter selv vurderer, at de fra starten af karrieren er kompetente i forhold til at skabe en relation til patienten, at formidle forståelse og bekymring til patienten og at forstå patientens problemer. Terapeuter rapporterer, at de ikke forbedrer disse *grundlæggende relationsfærdigheder* nævneværdigt med erfaring (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Det er en klassisk pointe i klinisk litteratur, at terapeuters indføling i patientens tilstand er et tveægget sværd (Fog & Hem, 2009; Ulvik & Rønnestad, 2013). Indføling er en nødvendig ingrediens i effektiv terapi samtidig med, at for stærk indføling medfører risikoen for overidentifikation med patienten, og er således en mulig terapihæmmende faktor (Ulvik & Rønnestad, 2013). Jeg benytter nedenfor Fog og Hem's (2009) begrebbrug. *Medlidenhed* bruges om den terapihæmmende proces, hvor terapeutens indføling tager karakter af, at terapeuten identificerer sig følelsesmæssigt med patienten. Terapeuten fyldes af disse følelser, *med-lidelsen*, og mister evnen til at se patienten udefra. Nye terapeuter har, ifølge både Rønnestad og Skovholt og Hill et al. sine undersøgelser, udfordringer med at regulere graden af indføling. Hill et al. (1981) beskriver dette som det mest centrale karakteristikum i første fase af terapeutens udvikling. Terapeutens overidentifikation med patienten optræder, ifølge Rønnestad og Skovholts (2013) undersøgelse, om end i varierende grad, særligt i de første fem år af karrieren. Medlidenhed er en almindelig følelsesmæssig reaktion, når vores empatiske evne bringer os i kontakt med andres lidelse (Vetlesen & Nottvedt, 1997). I mangel på tilstrækkeligt udviklede *avancerede relationsfærdigheder* vil nye terapeuters indføling ofte føre til denne almindelige reaktion fremfor terapeutiske responser.

Nye terapeuter har et stærkt ønske om at hjælpe patienten (Rønnestad & Skovholt, 2003). Jeg tænker, at graden af medlidenhed følges proportionalt af ønsket om at hjælpe, og at et stærkt ønske om at hjælpe følges af en tilsvarende stærk angst for at svinge patienten. Muligvis af samme grund tager nye terapeuter et uforholdsmæssigt stort ansvar for den terapeutiske proces (Rønnestad & Skovholt, 2003). Samtidig har de en tendens til at overvurdere potensen af terapeutiske metoder (Skovholt & Rønnestad, 2003), og efter min mening undervurdere patientens skader. Dette kan føre til en følelse af mislykkethed og selvbebrejdelse hos nye terapeuter ved vanskeligheder i terapien. De

flydende grænser mellem relationsfærdigheder som terapeutisk metode og som personlig egenskab bidrager til at nye terapeuter tager normale problemer i terapi personligt. Usikkerhed i terapeutrollen gør dem følsomme for kritik og fører samtidig til, at de har et stærkt fokus på at evaluere egne præstationer. Patientens udsagn er i de første år terapeutens primære målestok for egen succes (Rønnestad & Skovholt, 2013). Erfarne terapeuter anvender flere variabler i evalueringen af den terapeutiske proces, og er ikke lige så afhængige af patientens udtrykte tilfredshed med terapi.

I Fog og Hem's (2009) forståelse består den professionelle empati af to komponenter. På den ene side den ovenfor nævnte evne til indføling, som finslibes gennem erfaring. På den anden side evnen til at opfatte den emotionelle logik, som ligger bag patientens udtryk – *den dynamiske perception*. Rønnestad og Skovholt (2003) beskriver, hvorledes terapeuters erfaringer med patienter med tiden fører til udviklingen af en kontekstbaseret generaliseret viden, som genkaldes på baggrund af lighed. Erfarne terapeuter genkender mønstre i patientens emotionelle udtryk og relationelle adfærd. Disse færdigheder kan naturligvis ikke være tilstrækkeligt udviklet hos nye terapeuter, hvor generaliseret viden om relationer stadig har erfaringsmæssigt udgangspunkt i det private.

Menneskets relationelle evner indebærer, udover evnen til gennem indføling at forstå den andens tilstand, også procedural viden om nyttig hjælperadfærd (Fog & Hem, 2009). Allerede før studiestart er terapeuter socialiseret ind i en kulturel praksis, som rummer opfattelser af hjælp som koncept. Undersøgelser tyder på, at følgende bliver opfattet som god hjælp i det norske samfund, både når der blev spurgt til hjælp i terapeutiske og private relationer: Samtale med en støttende person, at få anledning til at udtrykke sine følelser, at få hjælp til at se nye perspektiver og handle anderledes, samt at få støtte til at fatte håb om ændring. Det at blive udfordret blev overordnet set ikke opfattet som hjælpsomt (Ulvik & Rønnestad, 2013).

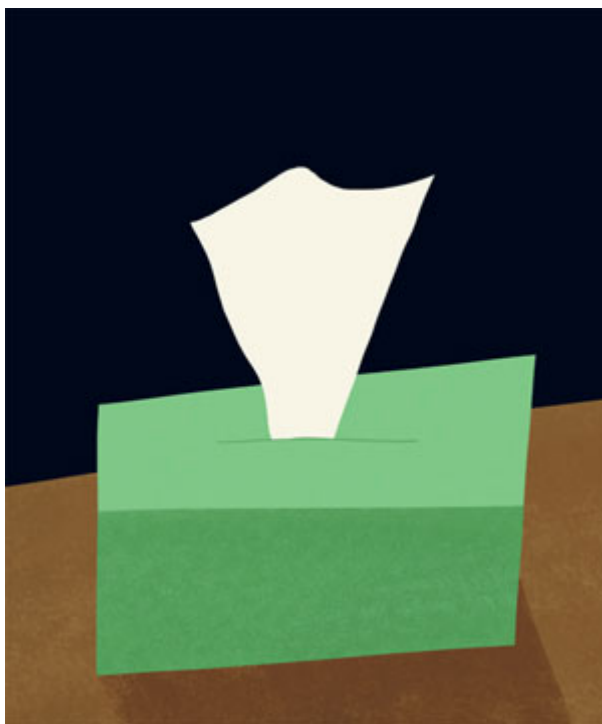
Ovenstående kulturelle forforståelser indeholder implicite forventninger til den hjælpsøgendes adfærd. I terapi kan vi møde patienter, hvis adfærd ikke stemmer overens med disse forventninger. De kan nægte at snakke, deler kun betemte følelser eller modsætter sig samarbejde indenfor grundlæggende terapeutiske rammer. Jeg vil vise nogle utilsigtede konsekvenser af en terapeutisk tilgang som primært bygger på grundlæggende fremfor avancerede relationsfærdigheder, belyst med eksempler fra kontakt med relationsforstyrrede patienter.

### **Normalisering af patologi**

Relationsforstyrrede patienter vil normalt have en tilknytningsadfærd, som afviger fra terapeuters tidligere personlige relationelle erfaringer. Disse patienters tilknytningssystem er forstyrret (Bateman & Fonagy, 2004), og den almindelige menneskelige indfølingsevne vil være et utilstrækkeligt værktøj til at forstå relationsforstyrrede patienter. Når terapeuters avancerede relationsfærdigheder ikke er tilstrækkeligt udviklet, må terapeuter benytte en erkendelsesform, som kun giver adgang til teoretisk viden for at opnå en relevant forståelse. Medlidenhed kan, som

stærke følelser generelt, hæmme reflekterende tænkning (Rønnestad & Skovholt, 2003), og kan således vanskeliggøre terapeutens tilgang til teoretisk viden. Dette øger risikoen for, at vurderinger i terapien primært bygges på en følelsesmæssig genkendelse baseret på en indfølelse udviklet i almindelige relationer fremfor en professionelt funderet evidensbase. Når terapeuten i indfølelse bliver med-lidende, kan det føre til, at terapeutens vurdering bygger på patientens stærkeste følelser frem for andre former for information. I mangel på en fuldt udviklet professionel empatisk evne bruger nye terapeuter almenmenneskelig empati til at føle sig frem efter genkendelige komponenter i patientens adfærdsmønstre. Selv om et reaktionsmønster som helhed afviger fra det kendte, vil enkelte komponenter i menneskelig adfærd altid være genkendelige. Dette kan derfor medføre, at vurderingen af patienten baseres på enkelte adfærdskomponenter, der løsriver fra helheden i patientens dynamik, og identificeres/genkendes som normale adfærdsmønstre.

Tidligt i min karriere havde jeg en patient, som kom i kontakt med psykiatrien efter et selvmordsforsøg. På overfladen fremstod han med en kronisk smerteproblematik, men det viste sig, at relationsforstyrrelser var en del af problematikken. Han havde mange konflikter med flere instanser i helsevæsenet angående diagnostik og forbrug af smertestillende. I det terapeutiske forløb fremstod han ganske neutral, og han var selv usikker på relevansen af kontakt med psykiatrien. Alligevel gjorde han fortsatte forsøg på at tage sit liv. Det tilsyneladende eneste tema, som kunne aktivere patienten følelsesmæssigt, var uretfærdig behandling i somatikken. Han var overraskende fattet i samtale om tidligere belastningshistorier og i mødet med nutidige belastninger såsom kontakt med Børneværnet. Det var grusomme historier, han fortalte, om stærke lidelser og manglende forståelse fra helsepersonel. Historierne vakte medlidenhed hos mig. Jeg blev gradvist overbevist om, at denne patient ikke havde en grundlæggende psykiatrisk problematik. Jeg begyndte at se ham som et normalt fungerende menneske, der var offer for systemet og derfor reagerede kraftigt men forståeligt. I vejledning fremlagde jeg, under påvirkning af medlidenhed, i en forsvarstale for patienten denne teori. Min vejleders kommentar er min tydeligste erindring fra denne sag. Hun fangede min medlidenhed og svagheden i min vurdering med følgende kommentar: «Jeg synes, det er pænt af dig, at du prøver på at se det normale i patientens reaktioner, men det her er altså ikke normalt».



Medlidenhed medfører, at objektet for medlidenhed placeres i offerrollen, som offer for lidelse. Påvirket af medlidenhed kan terapeuter have store problemer med at erkende patientens dysfunktionelle adfærd. Selvom vi har teoretisk kundskab om relationsskader, kræver det både en veludviklet dynamisk perception og en velreguleret medfølelse at erkende dem i praksis. Nye terapeuter kan have frygt for at stigmatisere patienten, og kan opfatte identifikation af relationel patologi som en fjendtlig handling overfor patienten. Muligvis kan nye terapeuters medlidenhed også være et forsvar mod at udvikle en fjendtlig holdning til patienten som følge af erkendelse af patientens destruktive sider. Patientens destruktive sider er vanskeligere at rumme og håndtere, når patologiforståelsen er usikker.

Det første år af min praksis fortalte en patient med personlighedsproblematik mig skyldbetyngt, at behov for opmærksomhed var en vigtig drivkraft bag hans gentagne selvmordsforsøg. Jeg husker, at jeg i første omgang ikke kunne tro ham. Jeg prøvede at finde en, i mine øjne, mere værdig forklaring. Indledningsvis var jeg ikke drevet af en søgen efter en mere nuanceret forståelse af kronisk suicidalitet.

Derimod var ønsket om at frikende ham fra hans egen tilståelse min første impuls.

Normalisering og bagatellisering af patientens patologi forekommer ofte, når almindelig indføling er terapeutens primære værktøj. Dette er risici ved en mindre udviklet evne til dynamisk perception, og optræder særligt, når terapeuten er emotionelt overvældet. Terapeutens ønske om at være den gode hjælper, kan paradoksalt medvirke til, at terapeuten ikke identificerer arbejdsområder, som er afgørende for patientens bedring. Det følger af klassisk patologiforståelse, at normale reaktioner ikke er behandlingskrævende per se. Dette er ikke medlidenhedens logik, hvor terapeutens oplevede forståelse af patientens følelsesmæssige lidelse afgør graden af behov for hjælp. Hjælp bliver i denne kontekst støttende interventioner frem for hjælp til ændring af patientens dysfunktionelle mønstre. Vi skal se nærmere på det.

## **Misforståede interventioner**

Kontinuerlig emotionel støtte er, ifølge Rønnestad og Skovholt (2013), en primær intervention hos den utrænede hjælper. Når medlidenhed og den almene kulturelle opfattelse af hjælp påvirker nye terapeuter, bliver det nærliggende for dem at opfatte graden af hjælp som proportional med graden af omsorg. Tilknytningsforstyrrede traumepatienter har tendens til skiftevis at presse terapeuten ind i rollen som enten *redningsmand*, *overgriber* eller *offer* (Liotti, 2004). Rollen som redningsmand er ikke så forskellig fra nye terapeuters egen opfattelse af terapeutrollen. Nye terapeuter kan have vanskeligt ved at begrænse deres involvering i patienten på grund af deres stærke ønske om at hjælpe (Hill et al., 1981; Ulvik & Rønnestad, 2013). Et ureguleret ønske om at hjælpe er destruktivt i terapi, særligt i kontakt med relationsforstyrrede patienter (Gabbart, 2003; Benjamin, 2003).

Borderlinepatienter har svære relationsforstyrrelser. Benjamin (2003 s. 124) beskriver den vekslende dynamik i samspil med disse patienter således:

**«There is a morbid fear of abandonment and a wish for protective nurturance, preferably received by constant physical proximity to the rescuer. The baseline is friendly dependency on a nurturer, which becomes hostile control if the caregiver fails to deliver enough (and there is never enough) (...).»**

Når patientens ønsker og terapeutens forventninger til sig selv i hjælperrollen forenes i billedet af en kompromisløs redningsmand, er risikoen, at en fantasi om terapeutrollens omnipotens udvikles. En fantasi hvor alene denne specielle terapeut forstår patientens lidelse, og hvor terapeutens handlinger forventes at kunne føre til markant ændring for patienten. Patientens rolle bliver at være passiv modtager af terapeutens tjenester, og terapeuten bærer hele ansvaret i relationen. Som det fremgår ovenfor, er faldet fra denne omnipotente hjælperrolle højt, nært forestående og uundgåeligt. I mangel af erfaring med denne type relationsmønstre kan terapeuter overse underliggende relationelle processer. Styret af medlidenhed kan de stræbe for meget efter at beholde rollen som redningsmand.

**«Patientens udsagn er i de første år terapeutens primære målestok for egen succes»**



Vi har været inde på, at et stærkt ønske om at hjælpe følges af en lige så stærk angst for at svigte patienten. Hvis terapeuten har angst for at udløse følelsen af svigt hos patienten, kan det være destruktivt i behandlingen. Ifølge Benjamin (2003) er borderlinepatienter særdeles følsomme overfor oplevede svigt, og oplevelsen af svigt udløses ofte og tildels uforudsigeligt. Hun skriver, at terapeuter, som bliver genstand for patientens fjendtlighed, risikerer at lade sig tvinge til at udøve den form for beskyttelse, som patienten kræver. Der kan være snak om indlæggelse, hyppigere kontakt og eventuelt fysisk kontakt. Når nye terapeuter benytter patientens udtrykte tilfredshed som primære kilde til at måle eget professionelle værd, er det risikabelt i kontakt med ustabile patienter. Denne form for selvevaluering medfører, at terapeuter kan miste det reflekterende perspektiv, tage patientens kritik for bogstaveligt og imødekomme patientens krav. Hvis patientens forventninger er uforenelige med terapeutiske rammer, kan dette føre terapien på vildspor.

Når patienten beskylder terapeuten for ikke at ville hjælpe, er der en særlig risiko for, at terapeuten underkaster sig og udfører bestemte handlinger for at bevise sine gode hensigter for patienten (Gabbard, 2003). Nye terapeuter er især sårbare overfor denne dynamik, da deres ønske om at hjælpe endnu ikke er velreguleret. Gabbard (2003) kalder dette fænomen: «disidentification with the aggressor». Han ser terapeutens ønske om, at bevise sin anderledeshed fra patientens tidligere overgriber, som central i denne dynamik. Terapeuter stræber efter at komme ud af den overgriberrolle, som patienten tillægger hende/ham. Han/hun søger tilbage til rollen som redningsmand, men nærmer sig i stedet offerrollen. Terapeuten oplever en øgende følelse af magtesløshed, og patientens dynamik kontrollerer relationen.

Når terapeuten mister kontrol over den terapeutiske proces, kan han/ hun deltage i patologiske relationsmønstre og således medvirke til at vedligeholde patientes patologi. Relationsforstyrrede patienters problemer præger den terapeutiske relation, hvilket giver mulighed for terapeutisk arbejde med dem (Bateman & Fonagy, 2004). Udfordring eller grænsesætning af patientens relationelle adfærd kan være vanskeligt, når terapeutens perspektiv er præget af medlidenhed. I begyndelsen af min praksis blev jeg fanget i endeløse refleksioner, når jeg fik impulser til at udfordre eller grænsesætte patienterne med højt lidelsestryk og appellerende adfærd. Tankernes fokus var risikoen for at gøre skade og således bidrage destruktivt til patientens tro på andre, på terapi, på livet. Hill et al. (1981) sammenligner nye terapeuter med overbeskyttende forældre, på baggrund af deres tendens til forsøg på at begrænse patientens negative følelser. Med dette fokus kan terapeutens frygt for at skade patienten føre til, at alle terapeutiske interventioner, som udfordrer patienten, forstås som fjendtlige. Hvis terapeuten hovedsagelig baserer sin vurdering af egnede interventioner på sig egen frygt for at udløse patientens oplevelse af svigt, bliver terapeutens begreb om fjendtlighed både bredt og upræcist.

Benjamins (2003) model for samspil kan bidrage med en mere præcis definition. Hun definerer kontrol og fjendtlighed som grundlæggende forskellige adfærdsdimensioner. I hendes model er kontrol i udgangspunktet følelsesmæssigt neutral og kan udøves

både venligt og fjendtligt. Fjendtlighed er tilstedeværelsen af en aggressiv grundstemning i adfærden og indebærer ikke kontrollerende handlinger i sig selv. Nye terapeuter kan i medlidenhed ligestille kontrollerende interventioner med fjendtlige, og derved overse kontrollerende interventioners terapeutiske potentiale. Venligt kontrollerende interventioner har, som venlige interventioner generelt, en positiv sammenhæng med terapeutisk effekt (Henry, Schacht & Strupp, 1986).

Til slut et eksempel, hvor terapeuten, med inspiration fra Bateman og Fonagys (2004) definition af teleologisk logik, undgår at ledes af medlidenhed og udnytter situationen terapeutisk. Terapeuten tolker patientens ønske som udtryk for, at patienten er i et modus, hvor hun opfatter andres adfærd som overensstemmende med deres intentioner. Et spørgsmål om terapeutens vilje til fysisk nærhed med patienten transcenderes med en venligt kontrollerende intervention.

Patienten: Jeg tænker, jeg skal blive her i byen i ferien.

Terapeuten: Hmm.

Patienten: Der kommer jeg sikkert til at møde nogen, som arbejder her.

Terapeuten: Det gør du nok.

Patienten: Jeg har allerede snakket lidt med L om det. Hun spurgte, om hun kan give mig et klem, hvis vi mødes.

Terapeuten: Hvad tænkte du om det?

Patienten: Jeg blev rigtig glad. Tænk at hun vil give mig et klem, og at hun vil snakke med mig i offentligheden.

Terapeuten: Du blev rigtig glad ved tanken om, at hun har lyst at give dig et klem.

Patienten: Ja, jeg ville også blive rigtig glad, hvis du vil give mig et klem.

*Jeg husker her både en følelse af pres, da hun fremhævede sin glæde ved min kollegas indstilling, og angst for at udløse en oplevelse af svigt.*

Terapeuten: Ville du så tænke, at det er bevis for, at jeg virkelig bryder mig om dig?

Patienten: Ja, jeg ønsker altid en slags bevis for, at andre kan lide mig.

Terapeuten: Er det en slags fysisk bevis, du vil have?

Patienten: Ja, jeg ønsker, at folk skal strække sig, og give det stærkeste bevis de kan. Det er klem fra damer og sex fra mænd.

Terapeuten: Hjælper det, når du får bevis?

Patienten: Jeg bliver jo glad en stund.

Terapeuten: Holder det i længden?

Patienten: Nej, da må de gøre noget mere, jeg tester altid ud hvor langt andre vil gå, hvor meget de vil gøre for mig.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 10, 2014, side 836-843*

#### TEKST

**Line Bang Mikkelsen**

#### ILLUSTRASJON

**Bendik Kaltenborn**

+ [Vis referanser](#)

#### Referencer

- Andrews, J. D. W. (1990). Interpersonal Self-Confirmation and Challenge in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 485-504.
- Bachelor, A. & Horvath, A. O. (1999). The Therapeutic Relationship. I M. A. Hubble, S. D. Miller & B. L. Duncan (Red.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (s. 133-178). New York: American Psychological Association.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. New York, NY: Oxford University Press.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. (2. udg.) New York, NY: The Guilford Press.
- Fog, J. & Hem, L. (2009). *Psykoterapi og erkendelse. Personligt anliggende og professionel virksomhed*. København: Akademisk forlag.
- Gabbard, G. O. (2003). Miscarriages of Psychoanalytic Treatment with Suicidal Patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 249-261.
- Henry, W. P., Schacht T. E. & Strupp, H. H. (1986). Structural Analysis of Social Behaviour: Application to a Study of Interpersonal Process in Differential Psychotherapeutic Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Hill, C. E., Charles, D. & Reed, K. G. (1981). A Longitudinal Analysis of Changes in Counseling Skills During Doctoral Training in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 428-436.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients* (s. 37-69). New York, NY: Oxford University press.
- Jørgensen, C. R. (2000). Den «tilstækkeligt gode» terapeuts håndtering af brud på den terapeutiske alliance: En kvalitativ enkeltcasestudie. *Psyche & Logos*, 21, 631-675.
- Liotti, G. (2004). Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad M. H. (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2003). The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2013). *The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*. New York: Routledge.
- Skovholt, T. M. & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58.

Ulvik, O. S & Rønnestad, M. H. (2013). I Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (Red.). *The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors* (s. 37-51). New York: Routledge.

Vetlesen, A. J. & Nortvedt, P. (1997). *Følelser og moral* (2.utg.). København: Hans Reitzels forlag.