

Terapeutens behov for at hele

Matrix, 2015; 1, 4-26

Mette Thuesen

Via eksempler fra praksis diskuteres, hvordan terapeutens egne behov i relation til patienten kan resultere i forhindringer i arbejdet med at hjælpe patienten. Dybe, ofte ubevidste, personlige motiver for at vælge terapeutfaget kan f.eks. vise sig som behov for, at patienten skal kunne lide én og forestillinger om at kunne give patienten dét, han eller hun aldrig fik. Disse behov forstås som hængende sammen med terapeutens egen relationelle historie, der både kan være en inspiration og en sårbarhed i terapeutens arbejde. Der argumenteres for vigtigheden af, at terapeuten opbygger en åbenhed og nysgerrighed over for egne motiver bag valget af terapeutrollen og undersøger, hvordan disse kan udspille sig i arbejdet med patienten. Emnet perspektiveres via eksempler fra forskning i terapeutens adfærd i psykotterapi. Artiklen er baseret på psykoanalytisk teori.

Behovet for at undersøge egne motiver

For snart 20 år siden, da jeg med en erfaren supervisor drøftede nogle problemer, jeg havde med en patient, nævnte jeg skyldbetyngtet, at jeg var klar over, at mine problemer med denne patient havde noget med min egen personlige historie at gøre. Min supervisor svarede: "En dag slukker vi lyset og fortæller hinanden, hvorfor vi er blevet terapeuter." Min supervisor og jeg kom aldrig til at dele vores personlige baggrunde for at vælge at blive terapeuter, men hans kommentar blev betydningsfuld for mig, fordi han på denne almengørende måde indikerede en bevidsthed om egne dybe motiver og deres betydning for hans eget terapeutiske arbejde. Han indikerede, at vi som terapeuter har noget i klemme og derfor uvægerlig indimellem får skyldfølelse. Og dét, at han stod ved dette vilkår, gjorde det nemmere for mig at bære min skyldfølelse, og der-

*Cand.psych., specialist i psykotterapi. Adresse: Nørlundvej 17, 7500 Holstebro, Danmark.
E-mail: psykologthuesen@mail.dk*

med se mere frit på, hvad der foregik i mig selv i relation til patienten. Min supervisors kommentar hjalp mig med andre ord, som forholdsvis ny terapeut, til at få mod til at se på mine egne motiver for at blive terapeut og deres betydning for mit terapeutiske arbejde. Min øgede forståelse for disse motiver har efterhånden givet mig en øget frihed i mit arbejde med patienter, og jeg håber med denne artikel at hjælpe andre terapeuter til at styrke deres mod til at undersøge deres egne motiver for at vælge terapeutrollen.

Jeg vil ikke her kunne berøre alle former for motiver, men jeg har udvalgt enkelte centrale motiver, som jeg har mødt hos mig selv, hos kollegaer og hos supervisander. Overordnet kan motiverne vise sig som ønsker om, at patienten skal kunne lide én, og som problemer med at udholde, når en patient har det meget svært. Som jeg vil vise i løbet af artiklen, kan disse forhold tage sig forskelligt ud i praksis, f.eks. ved at man søger nærhed – eller undgår nærhed – med patienten, og ved at man tager for stort et ansvar for den helende proces.

Overvejer man, hvad disse temaer handler om, kan de føres tilbage til dybe behov for at hele – ofte en forælder og/eller én selv – og behov for at sone skyldfølelse over omnipotente og destruktive impulser. Harald Searles (1966) skriver, at valget af terapeutrollen¹ i høj grad kan bunde i et ubevidst behov for at mildne skyldfølelse. Denne ubevidste skyldfølelse kan handle om, at vi ikke lykkedes med at hele vores forældre, eller den kan skyldes uforløste ødipale konflikter (Searles, 1966, s. 319). Searles uddyber ikke, hvad han mener med det sidste, men jeg går ud fra, at han mener, at barnets naturlige impulser om at fordrive den ene forælder for at have den anden forælder for sig selv, kan følge barnet ind i voksenlivet som ubevidst skyldfølelse over egne lystfyldte og aggressive behov. Og at terapeuten så, via jobbet som den gode, selvopofrende hjælper, kan forsøge at sone disse “forbrydelser” og derfor blandt andet vil have brug for at opleve sig selv som uegennyttig over for patienten. Searles vægtlægger i sit forfatterskab udviklingen af terapeutens evne til at forholde sig til sine behov i forhold til patienten, da disse både kan rumme væsentlig information om de relationelle processer og om patienten, men også kan sige noget centralt om terapeuten selv, som terapeuten må forholde sig til for at kunne være til hjælp for patienten.

Sheila Rouslin Welt og William G. Herron (1990) har, med blandt andet inspiration fra Searles, lavet en omfattende undersøgelse og analyse af, hvordan

1. Harald Searles, og også andre psykoanalytikere refereret i nærværende artikel, bruger udtrykket analytiker [analyst] og ikke terapeut, men jeg tillader mig at bruge betegnelsen terapeut, da det letter sproget at bruge en gennemgående betegnelse, og da det netop er en central pointe, at dybe motiver for at blive terapeut findes i forskellige former i alle terapeuter, uanset terapeutisk skoling og overbevisning.

terapeutens egne ubevidste relationelle behov på mange forskellige måder kan påvirke og skabe forhindringer for deres intentioner om at hjælpe patienten. I Welt og Herrons undersøgelse af terapeuters narcissistiske reaktioner beskriver de, hvordan nogle terapeuter i deres opvækst har været "terapeut" for deres mor, og de giver eksempler på, hvordan terapeutens ubevidste behov for at hele mor, så hun kan være en bedre mor for terapeuten, kan skabe alvorlige problemer i relationen til patienten: Terapeuten, der som barn tog sig af sin mor, kan ubevidst se patienten som sin skrøbelige mor. Terapeuten vil derfor tage sig af patienten med et ubevidst ønske om, at patienten kan blive i stand til at tage sig af terapeuten (Welt & Herron, 1990, ss. 26-27).

I denne artikel vil jeg påpege og diskutere dét, jeg ser som konsekvenserne af sådanne dybe motiver, men det er ikke min hensigt i den forbindelse at gå ind i en nærmere analyse af baggrunden for disse behov og motiver ².

Jeg vil belyse emnet via eksempler fra mit arbejde med patienter og fra mit arbejde som supervisor. Den teoretiske inspiration i forhold til emnet har jeg fra psykoanalytiske teoretikere, men da de processer, jeg beskriver, kan forekomme i alle former for psykoterapi, håber jeg, at læsere fra andre terapeutiske retninger også kan finde inspiration.

Det er min erfaring, at der i nogle terapeutmiljøer er et tabu omkring, at vores person påvirker vores måde at være terapeut på, og jeg tror, at det blandt andet hænger sammen med det vilkår, at samtidig med, at arbejdet som terapeut rummer store muligheder for at hjælpe, rummer arbejdet også risikoen for fejltagelser, der har meget alvorlige konsekvenser for andre mennesker. Og de fejl vi begår, skyldes indimellem manglende kendskab til os selv.

I mange sundhedsfaglige og socialfaglige miljøer er det en almindelig talemåde, at man siger til hinanden, når et forløb går skævt eller galt: "Du gjorde dit bedste." Denne velmenende måde at trøste hinanden på risikerer at friste os til at lægge de ubehagelige episoder eller forløb til side og dermed medvirke til en forsømmelse af at lære af vore fejl. At begå fejl giver skyldfølelse, men som Wilfred Bion har påpeget, så er dét at kunne rumme, at man fejler, en forudsætning for at kunne lære af sine fejl (Ogden 2012, s. 123). Man har brug for at kunne udholde skyldfølelse og tvivl for at kunne tænke over, hvad der er foregået, og hvordan man kan forstå sine egne og patientens reaktioner.

Denne artikel handler om, hvordan terapeutens egne behov, i udgangspunktet båret ind i relationen uafhængigt af den enkelte patient, påvirker processer-

2. For en teoretisk redegørelse se f.eks. kapitel 3 "Does psychoanalysis heal? A contribution to the theory of psychoanalytic technique" i Robert Caper (2007).

ne i terapirummet. Da disse processer handler om terapeutens eget indre og kan skabe forhindringer for at arbejde hensigtsmæssigt med patienten, vil nogle teoretikere beskrive dem som en form for modoverføring. Jeg vil derfor i det følgende forsøge at placere artiklens emne i forhold til begrebet modoverføring.

Afgrænsning i forhold til modoverføringsbegrebet

Der er mange definitioner på det oprindelige psykoanalytiske begreb modoverføring; fra den helt brede, hvor modoverføring ses som alle både bevidste og ubevidste reaktioner, som patienten aktiverer i terapeuten, til den snævre, hvor terapeutens modoverføring er en ubevidst reaktion på patientens overføring, hvilket skaber en forhindring i terapeutens indre i forhold til at forstå, hvad der foregår (Gelso & Hayes, 1998, s. 84). Da diskussionen omkring betydningen af modoverføring tager fart i psykoanalytiske kredse i 1950'erne, beskriver Annie Reich (1951), hvordan terapeuten ubevidst kan søge at opretholde sin egen ligevægt ved at sørge for, at ingen af hans eller hendes egne temaer bliver aktiveret i terapirummet eller ved at skabe en relation til patienten, der kan give ham eller hende den bekræftelse eller beroligelse, han eller hun mangler. Reich mener, at disse reaktioner er terapeutens metode til at tilfredsstille ubevidste behov, der har været centrale bag ønsket om at blive terapeut. Reich kalder disse reaktioner acting-out og skriver, at de ikke er udtryk for ægte modoverføring [countertransference proper], men derimod er dét, hun kalder permanent modoverføring. Hun skriver, at i tilfælde af permanent modoverføring er patienten for terapeuten ikke en person, noget overføres på (som ved dét man ellers forstår ved modoverføring): Patienten er et tilfældigt redskab til at løse en indre konflikt i terapeuten (Reich, 1951, s. 26). Ved dét, hun kalder akutte modoverføringer, aktiveres udfordrende reaktioner i terapeuten derimod i samværet med en bestemt patient eller en bestemt type patienter. Reich skriver, at disse modoverføringer er meget lettere at bearbejde end de permanente, der stikker dybere i terapeutens personlighed. De permanente modoverføringer kan dog, ligesom akutte modoverføringer, både være en forhindring for at forstå og hjælpe patienten og, hvis de bliver håndteret rigtigt, en positiv drivkraft bag det samme arbejde (Reich, 1951, s. 28-29).

Reich beskriver, at de forskellige reaktioner ofte opstår side om side og også kan gribe ind i hinanden. Og det er min erfaring, at det kan være svært i den enkelte situation både for terapeuten selv og for en supervisor at skelne mellem, hvad der er hvad. For mig at se viser Reich dog, at det *er* forskellige fænomener, da dét, hun kalder permanente modoverføringer, ikke opstår i *samspil-*

let med en bestemt patient eller en bestemt patienttype, men generelt præger terapeutens tilgang til det at være terapeut og dermed præger hans eller hendes samvær med alle patienter. Reichs begreb permanent modoverføring henviser således til det samme fænomen, som jeg benævner som terapeutens ubevidste motiver for at være terapeut. Andre forfattere, f.eks. Parsons (2006), bruger modoverføringsbegrebet på samme måde, som Reich. Jeg mener dog, at det er hensigtsmæssigt at skelne mellem de forskellige fænomener, og for at undgå en upræcis diskussion og for ikke at gøre den for bred vælger jeg ikke at kalde fænomener, der handler om terapeutens motiver for at være terapeut, for modoverføring. Dette valg tager jeg også for at styrke muligheden for at holde fokus på vores motiver bag valget af terapeutrollen ved at gøre det til en selvstændig diskussion, uden for diskussionen om modoverføring.

I undersøgelsen af, hvordan vores ubevidste motiver kan påvirke vores tilgang til terapeutrollen, vil jeg i det følgende beskrive, hvordan behovet for at have en positiv kontakt med patienten, behovet for at hele og problemer med at lade patienten være alene spiller ind i vores arbejde og giver udfordringer, som det er vigtigt at forholde sig til.

Behovet for en positiv kontakt med patienten

Mennesker er sociale væsner, og vi søger automatisk kontakt med andre. Dette foregår på et før-refleksivt niveau som en umiddelbar emotionel responsivitet (Waldenfels, 2012, s. 290). Vi søger derved som terapeuter også naturligt kontakt og nærhed med patienten. Vi er dermed også sårbare over for afvisning af kontakt. Jeg vil argumentere for, at det er vigtigt for hver af os at være opmærksom på, hvordan vi håndterer denne sårbarhed i samværet med patienten.

Ofte har supervisander ærligt fortalt mig, at det er vigtigt for dem, at patienten kan lide dem. Og jeg tror, at det er et aspekt i mange terapeuters motivation for at være terapeut, uanset at det ikke siges så åbent. Det er et forståeligt motiv, men det er et problem, hvis patientens sympati er afgørende for terapeuten, fordi patienten har brug for frihed til at udvikle sig. Og frihed i den terapeutiske relation betyder, at patienten har brug for frihed til at føle hvad som helst – også over for terapeuten. Patienten må have friheden til at være uenig med mig som terapeut, være vred på mig – ja, endog hade mig.

For at være fri som terapeut til at lære patienten at kende må vi også som terapeut være fri til at have alle slags følelser og tanker over for ham eller hende. Hvis dét, vi (ubevidst) har brug for, er "gode vibrationer", vil vi have

problemer med at se os selv og patienten, sådan som vi og han eller hun virkelig er. Det kræver, som Harold Searles (1979) har beskrevet det (se senere), at vi søger at have en åbenhed over for alle slags erfaringer.

Et eksempel: En patient, der er henvist til behandling i psykiatrien, sidder skeptisk og ser mig an og vil ikke sige andet end dét, der allerede står i journalen. Hvordan reagerer jeg på det? Bliver jeg krænket over patientens mistro? Eller usikker? Eller såret? Og hvordan forholder jeg mig til de følelser? Kan jeg rumme dem og dermed gå videre til en undersøgelse af, hvad patientens adfærd kan handle om, set ud fra patientens perspektiv? Hvis mit behov for patientens anerkendelse er ubevidst, kan det blive svært at forholde sig til, hvad det gør ved mig at blive afvist.

Løsningen på dette er ikke, at terapeuten antager, at det ikke betyder noget for hende, hvad patienten synes om hende. At påstå, at patientens sympati eller mangel på samme ikke har nogen betydning, ville være et forsvar mod at erkende egen sårbarhed og egne behov, da vi ikke kan komme uden om vores naturlige førsproglige responsivitet på f.eks. afvisning. Og hvis jeg påstår, at det ikke har nogen betydning for mig, hvordan patienten forholder sig til mig, vil jeg ikke kunne forholde mig bevidst til de reaktioner, patientens adfærd afføder i mig.

Behovet for at opleve sig selv som god

Flere forfattere, f.eks. Paula Heimann (1950/1999), Heinrich Racker (1953) og Margaret Little (1988), har påpeget terapeuters tendens til at se sig selv som havende ingen eller kun positive følelser over for patienten. Harald Searles (1979) skriver, at han i begyndelsen af sit arbejde som terapeut troede, at han var en rimelig venlig person [a fairly kind person], men at han senere har fået masser af beviser på, at dette ikke altid er tilfældet. Han beskriver nye terapeuters tendens til at tro, at de i forholdet til patienterne er varme og omsorgsfulde, og at hvis terapeuter får andre følelser og reaktioner, tror de primært, at det udspringer fra noget, patienten gør. Men Searles understreger, at vi kommer ind i relationen til patienten med egne behov rettet mod patienten, og at vi skal have en åbenhed over for alle erfaringer og reaktioner – også at disse ikke nødvendigvis er direkte affødt af patientens adfærd (Searles, 1979, s. 50). Vores reaktioner har således ikke altid noget med patienten at gøre, men med vores egne behov, der oftest er grundlæggende og naturlige, f.eks. behovet for nærhed og omsorg. Vi kan f.eks. have brug for at foretage en distinktion mellem, at patienten gør noget, der vækker had eller vrede i os, eller at vrede eller had vækkes, fordi patienten ikke opfylder vores behov.

Terapeutens behov for at hele

Det er vigtigt at opretholde en atmosfære, hvor terapeut og patient kan arbejde sammen. Men jeg tror, at hvis vi har et selvbillede som den rare og venlige terapeut, kan det være en indikation af, at vi ubevidst leder efter sympati i stedet for sandhed og derfor ikke forholder os til, hvad der faktisk foregår i os selv og i patienten.

Terapeutens behov for at blive opfattet som god kan ende med, at terapeut og patient samarbejder omkring at bevare godhed, fred og ro, hvor deres bekymringer og konflikter forbliver uberørte (Welt & Herron, 1990, s. 33).

En patient, jeg så i privat praksis, havde det med bekymret at sige til mig – lige pludselig, uden sammenhæng med det vi talte om: "Jeg er bange for, at du hader mig!" Og hver gang beroligede jeg hende og sagde noget i stil med, at hvorfor skulle jeg dog det. Jeg har siden tænkt på, om jeg ubevidst ved denne reaktion forsøgte at indikere, at hun da ikke er en person, der indeholder noget som helst hadefuldt, og/eller at jeg da ikke er en person, der kan hade. Uanset gav min reaktion hende (en midlertidig) ro og tryghed, og vi kunne arbejde videre med andre ting. Men en dag gik det anderledes: Da patienten ankom til den aftalte, ugentlige session mærkede jeg, at jeg som altid var glad for at se hende. Hun satte sig ned over for mig, kikkede kort på mig og kikkede dernæst væk. Som ud af det blå mærkede jeg pludselig et intenst had mod hende, og jeg blev overrasket. Jeg havde lige mærket disse varme følelser, og så pludselig følte jeg et ætsende had, uden at der var blevet ytret et ord mellem os. Det eneste, der var sket, var, at hun havde kikket på mig og kikket væk. Før andet blev sagt, sagde patienten som så ofte før, fuld af ængstelse: "Jeg er så bange for, at du hader mig". Erkendelsen af min oplevelse af had fik mig til at opfatte hendes ængstelse på en anden måde end tidligere. Jeg svarede: "Jeg tror, du gør noget, der kan få folk til at hade dig." Det, jeg sagde, var ikke velovervejet, men samtidig var det oplagt at tænke, at det kunne være noget, *hun* gjorde, der fik mine følelser for hende til at skifte så markant. Noget i hendes adfærd, i hendes blik eller i hendes attitude måtte have vakt dette had i mig, selv om jeg ikke umiddelbart kunne se, hvad hun gjorde³. Patienten forholdt sig til mit forslag, og hun begyndte at beskrive, at hun nogle gange fyldte sig selv med foragt og afsky for mennesker, hun var sammen med, og vi fandt derefter sammen ud af, at det ofte var i forhold til personer, hun følte sig afhængig af. Den ængstelse, hun oplevede sammen med mig, når dette skete, kunne hænge sammen med en ubevidst eller bevidst registrering i hende af, hvad hun gjorde og/

3. Vi kan blive emotionelt påvirket af affektive udtryk, uanset at vi ikke bevidst registrerer, at vi har været eksponeret for dem (se f.eks. Winkielman et al., 2005; Thuesen, 2012).

eller en ubevidst eller bevidst registrering af min respons på hendes adfærd. Det var ubehageligt for hende at snakke om og forholde sig til, at hun behandlede andre sådan, men det var blevet muligt for os at undersøge denne proces, idet den blev opdaget i vores relation. Og vi kunne derefter begynde et vigtigt arbejde med at undersøge, hvorfor hun følte behov for at lægge så voldsom en afstand til betydningsfulde andre.

Jeg tror, patienten havde brug for, at jeg kunne forholde mig til mit had, før hun var klar til at forholde sig til sit eget. Så længe jeg havde vedholdt en tro på, at det, der skete mellem patienten og mig, kun var rart og produktivt, var det ikke muligt for patienten og mig at blive klar over hendes måde at lægge afstand til betydningsfulde andre på. Erkendelsen i mig af, at det, der foregik, ikke altid var rart, tog en rum tid – måske på grund af min egen modstand mod at se mig selv som hadefuld over for en lidende person.

Den gode hjælper: At give patienten det, han aldrig fik

Som terapeut kan man have en bevidst eller ubevidst grundtanke om, at man skal, og kan, give patienten det, han eller hun aldrig fik. Ønsket om at gøre godt er selvfølgelig positivt, men er det sådan, at mennesker forandrer sig ved at få dét, de ikke fik? Patrick Casement (2002) beskriver, at den traumatiserede patient har brug for, at vi kan være der sammen med ham eller hende igennem (gen)oplevelse af det, der er sket, inklusive patientens oplevelser af ikke at have fået dét, han eller hun skulle have haft. Og at vi ikke kan tage disse oplevelser fra patienten ved at være bedre end dem, der tidligere har svigtet patienten (Casement, 2002, s. 70).

James F.T. Bugental (1964) kalder myten om det kurative i terapeutens kærlighed for en stræben mod omnipotens fra terapeutens side (Bugental, 1964, s. 273). Forestillingen om, at vi kan hele patienten ved at give ham dét, han aldrig fik, kan være et forsvar mod at erkende, at vi ikke kan hele vores forældre og/eller, at det heller ikke er på den måde, vi selv forandrer os. Hvis vores egen ubevidste stræben er at søge efter (eller være) den ultimative gode mor, vil det være vanskeligt for os at undgå at komme til at besvare patientens ønske om, at vi skal være denne gode mor – den ultimative hjælper. Og det vil være svært at give patienten ansvaret for sit liv, medansvar for processen, og den nødvendige plads til at udvikle sig.

I en undersøgelse af, hvordan 100 europæiske psykoanalytikere arbejder med deres patienter i praksis, finder David Tuckett (2012), at ca. halvdelen af terapeuterne lægger vægt på at give patienten en ny relationel oplevelse, frem

for brugen af tolkninger (og dermed hjælp til at forstå inter- og intrapsyriske processer), hvilket ellers er et grundelement i deres uddannelse og deres bevidste, teoretiske ståsted (Tuckett, 2012, s. 105). De samme terapeuter findes i undersøgelsen ofte at have problemer med at hjælpe patienten med at undersøge betydningen af destruktive og hadefulde impulser hos patienten (Tuckett, 2011, s. 1387). I en overvejelse over disse fund siger Tuckett, at disse terapeuter har en underliggende antagelse om, at deres kærlighed til patienten i sig selv heler (Tuckett, 2010). Tuckett finder dette problematisk, og han fremkommer på denne baggrund med et forslag om, at vi alle skal blive bedre til at overveje og klargøre de teoretiske overvejelser bag vores praksis (Tuckett, 2010; 2012, s. 105). Dette er selvfølgelig et godt forslag, men jeg tror, at det Tuckett finder, ikke kun er et resultat af manglende refleksion over teori, men et fund, der også viser, at vi kan være nok så veluddannede og overbeviste teoretisk, men alligevel være forhindrede i at arbejde hensigtsmæssigt i praksis på grund af ubevidste motiver. Tuckett skriver i en fodnote, at han tilbagevendende oplever, at opfordringer til at klargøre de bagvedliggende teorier for klinisk praksis giver udbrud af nær-katastrofeangst hos terapeuter (Tuckett, 2011, s. 1380). Diskussioner og overvejelser omkring teori, og måske først og fremmest hvad vi tror, er de aktive agenter i forandring, er vigtige og kan være med til at åbne øjnene for problematiske elementer i egen praksis. Men jeg vil tilføje til Tuckett, at for, at angsten ikke skal give for megen modstand mod at se på, hvad man som terapeut reelt foretager sig, er det vigtigt at være åben for, hvad der er på færde for os personligt, når vi er med patienten. Nogle af Tucketts fund tror jeg således viser elementer af veluddannede terapeuters ubevidste udageren af deres egne ubevidste motiver for at drive psykoterapi.

Terapeutens nødvendige attitude: Der er grænser for, hvad jeg kan – det centrale foregår i patienten

Sigmund Freud havde en henstilling til, at terapeuten gør sig klart, at han kan lægge forholdene til rette for, at heling kan finde sted, men at helingen sker i patienten (Caper, 2007, s. 19). Helingen gives ikke af terapeuten, men sker i samspillet mellem processer i patientens indre. Freud advarede mod, at hvis terapeuten tror, at han *skal* og *kan* hele patienten, vil det ikke alene sætte terapeuten i en sindsstemning, der ikke gavner hans arbejde, men også gøre ham hjælpeløs over for bestemte former for modstand i patienten. En sådan modstand er beskrevet senere i dette afsnit i eksemplet med patienten, der ubevidst lagde ansvaret for hele terapien over på mig.

Patienten vil ofte indledningsvis i en terapi forvente, at terapeuten kan tage det svære væk fra patienten. Dette er sjældent en bevidst forventning, men den er vigtig at være på udkig efter for terapeuten, da der skal findes en balancegang mellem ikke at bekræfte denne fantasi, men heller ikke at tage modet fra patienten ved at underkende vores evner som terapeut til at lægge forholdene til rette for, at heling kan finde sted. Men hvad kan terapi gøre for patienten? Er der noget i os, der ubevidst tror, at det er vores opgave at tage det svære væk? Hvis der er det, vil vi ikke turde se på det svære sammen med patienten, fordi vi ikke vil kunne udholde at se patienten lide, uden at kunne gøre andet (hvilket også er meget!) end at være der som medmenneske og vidne.

Vores forhold til denne problematik kan afhænge af vores evne til selv at være alene og selv at rumme de svære ting. Hvis man kan det, vil man kunne tro på, at patienten også kan – eller kan komme til at – udholde det.

Patientens tro på, at terapeuten kan tage det svære væk, kan man kalde en positiv overføring, der er et vigtigt motiverende element for patienten til at gå i gang med at se på alt det svære sammen med terapeuten. Det er en besnærende fase for terapeuten, hvor terapien måske rykker fint, og patienten er taknemmelig for at have mødt en person, der giver ham sin fulde opmærksomhed, og som forstår noget af alt dét, der før har været uforståeligt for patienten. Men jeg mener, det er vigtigt, at terapeuten er opmærksom på, at der kan opstå en illusion om, at mødet i sig selv heler. Ved en sådan illusion bliver terapeutens person ophøjet, og patientens egen evne til at rumme det svære risikerer ikke at blive belyst, understøttet og udviklet.

En ung mand, der var i et længerevarende psykoterapeutisk forløb i psykiatrien, udtrykte, at de ugentlige samtaler hjalp ham til at få det bedre, men han forstod ikke hvordan. Han konstaterede undrende, at jeg jo aldrig fortalte ham, hvad han skulle gøre eller mene om noget: Men det var nu alligevel mit værk alene, at han havde fået det bedre, udtalte han tilfreds. Hans beskrivelse efterlod mig med en følelse af ubehag og en diffus fornemmelse af, at han i virkeligheden ikke stolede på mig. Men jeg fandt ingen måde at sige dette til ham på, da han selv forstod situationen sådan, at han stolede blindt på mig, og hans holdning var et udtryk for ærbødighed over for mig og mine evner som terapeut. Da de sociale myndigheder bad om en vurdering af, hvornår patienten ville være klar til at starte på en revalidering, havde patienten og jeg nogle heftige diskussioner, fordi han mente, at jeg alene vidste, hvad han kunne magte, mens jeg vurderede, at han selv var i stand til at af gøre, hvornår han var klar til at starte på en uddannelse. I løbet af et par sessioner derefter for-

talte han forskellige historier med et gennemgående tema om, at de kloge narrer de mindre kloge, uden at de mindre kloge er klar over, hvad der sker. Da jeg undrede mig over, hvilken betydning disse historier havde, gik det op for mig, at han måske så mig som den kloge og sig selv som den mindre kloge – og måske havde han en tro på, at den forandring, han gennemgik, opstod via min manipulation af ham. Da jeg foreslog, at det var sådan, han så terapien, bekræftede han dette, og han beskrev, at hans overbevisning var, at min manipulation foregik gennem en slags suggestion, som jeg udsatte ham for, uden at han vidste det. Han tilføjede, at denne form for manipulation var i orden, da den tjente et godt formål. "Men manipulation nedbryder tilliden mellem mennesker!" udrød jeg forarget. Patienten blev ret paf over min reaktion, men han sagde senere, at han jo var enig med mig i mit syn på manipulation. Han begyndte derefter at arbejde i terapien på en selvstændig måde, og der opstod en ny direktehed mellem os. Jeg tror, hans overbevisning om, at terapiens effekt udelukkende kom fra mig, var hans ubevidste forsøg på at undgå at forholde sig til, at han selv skulle gøre et stykke arbejde – og faktisk gjorde et stort stykke arbejde. Patientens egen evne til at arbejde med egne mentale tilstande efterlod ham med et ansvar og konfronterede ham med en oplevelse af forladthed og isolation. Blandt andet via gensidigheden i vores relation blev han senere i stand til at forholde sig til, at billedet af mig som manipulerende også var en projektion af en bluffende, manipulerende side af ham selv. En side, som han havde udviklet gennem en ensom barndom med autoritære forældre i den tro, at *han* kun kunne påvirke andre via manipulation.

Denne patient så i udgangspunktet mig som en person, der skulle, og også kunne, hele ham. Hvis jeg som terapeut enten ubevidst eller bevidst havde troet på, at dette er min funktion og også min evne som terapeut, tror jeg ikke, at patienten havde kunnet komme ud af denne vildfarelse. Og hans forestilling om, at al magtfuldhed var hos mig, og al magtesløshed var hos ham, ville have været ved.

Det følgende er et eksempel på, hvordan terapeutens forestilling om at have til opgave at skulle tage det svære væk kan gøre patients relationelle adfærd usynlig for terapeuten: En terapeut i supervision fortæller om en episode, hvor hun ivrigt spørger en patient ud om en problematik, som terapeuten finder vigtig at undersøge. Terapeuten opdager, noget sent synes hun selv, at patienten er blevet mere og mere passiv og til sidst virker noget mut. Hun spørger patienten, hvad der sker, og patienten hvæser vredt. "Nu skal du stoppe!" Terapeuten fortæller mig, at hun derefter over for patienten undskyldte for sin ivrige adfærd og forklarede, at det ikke var hendes mening at overskride patientens grænser. Pa-

tienten vedblev med at være noget tilbagetrukket resten af sessionen, og terapeuten spørger skyldbetyngt mig, hvad hun skulle have gjort. Hun forklarer, at hun virkelig mente sin undskyldning, og at hun var ked af, at hun havde overset, at patienten følte sig så presset. Min oplevelse er, at terapeuten ikke har nogen overvejelser over patientens eget ansvar for, hvad der foregik i relationen, og at terapeuten skyldfølelse over at have "påført" patienten ubehag, lammer hende. Så jeg spørger terapeuten, hvorfor patienten mon ikke havde sagt fra noget før. Hvis terapeuten havde påpeget dette over for patienten, kunne de sammen have undersøgt patientens passivitet, der sandsynligvis er et tilbagevendende, relationelt mønster. Og denne proces kunne måske have hjulpet patienten ud af den oplevelse af at være et hjælpeløst offer, der kunne være forklaringen på hendes adfærd i sessionen. Men terapeuten mulige behov for at være god og tage det svære væk fra patienten kan have gjort, at det ikke faldt hende ind at overveje patientens andel i det, der skete.

Problemer med at lade patienten være alene

Udviklingen inden for psykoanalytisk teori og praksis fra egopsykologiens fjerne terapeut til en mere medlevende og aktiv terapeut har bragt vej for diskussioner og overvejelser over, i hvilken grad terapeuten skal inddrage sig selv. Det er min erfaring, at der i nogle terapeutmiljøer er strømninger hen imod at gøre relationen mellem terapeut og klient så gensidig som mulig. Forestillingen (ubevidst eller bevidst) om at være den helende kraft, tror jeg, kan gøre det svært at lade patienten være alene, og det kan friste os til at skabe en illusion om, at relationen er symmetrisk.

Relationen bliver imidlertid aldrig symmetrisk⁴; de to parter er i relationen af forskellige grunde, og kun patienten har brug for den andens hjælp, hvilket gør patienten mere sårbar end terapeuten. Patienter har forskellige måder at håndtere denne sårbarhed på, og det aktiverer også forskellige ting i dem – dét, psykoanalysen kalder overføring. Terapeuten gives derved en magt, og det giver et ekstra ansvar at forvalte den magt og dermed sin ageren i relationen (Fog, 1998, s. 76).

Dét, terapeuten gør, vil altid opleves ind i den specielle relation, som patienten har til terapeuten. Der er en reel relation, men overføringen er der også og

4. Ofte opstår der i denne diskussion forvirring, fordi ligeværd bliver forvekslet med symmetri. At terapeut og patient forhåbentlig bliver betragtet som ligeværdige, ændrer ikke ved det forhold, at de to parter er i relationen af forskellige grunde, og at den ene part søger hjælp hos den anden, hvilket skaber asymmetri.

Terapeutens behov for at hele

kan indeholde flere niveauer på samme tid. Og netop de mest forstyrrede niveauer bør være i fokus og skal gøres synlige, og det bliver de ikke, hvis man forsøger at gøre relationen så normal som mulig (og så positiv som mulig). Man kan også sige det på den måde, at hvis de negative, relationelle mønstre, patienten har, ikke bliver tydelige i terapirummet, kan patienten få en fed oplevelse af en god relation. Men de negative mønstre, patienten har ude i verden, bliver ikke opdaget og arbejdet med, så patientens andre relationer vil stadig bære præg af problematiske mønstre og være utilfredsstillende (Thuesen, 2012).

At lade som om, relationen er symmetrisk – at vi begge har samme (type) interesse i relationen, er at skabe en illusion, og derved taber vi også muligheden for at hjælpe patienten med at forholde sig til ensomheden og begrænsningerne i relationen: at den f.eks. ikke vil udvikle sig til et venskab, hvor patienten kan ringe i al fremtid, når det brænder på for ham.

At kunne være nær og alene i relationen

Både terapeuten og patienten har naturlige sociale behov og derved et ønske om ikke at være alene, og dette ønske bliver frustreret af selve relationens konstellation. Wilfred Bion beskriver terapi som isolation i et intimt forhold, hvor isolationen består i, at både terapeut og patient er bevidste om deres individuelle og forskellige roller i relationen, og intimiteten er derfor den, der kan opstå som følge af kontakt mellem to *separate* individer (Caper, 2007, s. 51). Dette står i modsætning til nærhed, der kommer af forestillinger om at være ens og symbiotisk forbundne.

Wolfgang Schmidbauer (1986) beskriver, at mange patienter frygter nærhed, fordi de på grund af deres relationelle historie forventer, at det betyder symbiotisk kontakt, grænseoverskridelser, eller at man skal være på en bestemt måde for at opretholde nærheden. "I terapien garanterer forholdets professionelle karakter for afstanden, og derfor muliggøres her ofte en første oplevelse af nærhed i frihed, der gradvist skaffer nyt spillerum også i forhold udadtil" (Schmidbauer, 1986, ss.147-148). Terapi er, når den lykkes, en kreativ og befriende proces for både terapeut og patient. Man har mulighed for at møde det indre og ægte i et andet menneske. Jeg har tidligere beskrevet de intense øjeblikke, hvor der opstår ny forståelse og et medfølgende møde mellem terapeut og patient (Thuesen, 2012).

Terapi giver mulighed for nærhed for begge parter. Samtidig er terapi forbundet med følelser af ensomhed og forladthed, fordi, uanset at terapeut og

patient er sammen om det terapeutiske arbejde, er de begge alene i det (Caper, 2007, s. 51). Det er nødvendigt at udholde ensomheden og forladtheden og dermed ikke glemme, hvorfor man sidder dér med patienten, fordi man der ved hele tiden har opmærksomheden rettet mod sin egen rolle i dét, der sker. Man kan også sige, at der er en spænding mellem asymmetrien og gensidigheden, der ikke ophører, og som *skal* være der (Kohon, 2005, s. 81).

Når det lykkes at skabe en genuin, dyb kontakt, er det meget gratificerende og motiverende for begge parter, men hvis terapeutens behov for nærhed er for presserende og/eller ubevidst, risikerer det at medføre, at de psykologiske grænser mellem terapeut og patient skrider. Hvis nærheden således opstår, fordi terapeuten har et behov for nærhed, kan patienten opleve at blive trukket ind i eller forført ind i nærhed, hvilket for patienten kan være krænkende og intimiderende.

På den anden side kan den gensidighed, relationen giver mulighed for, også få sårbarheden frem i terapeuten, hvilket kan gøre den til en udfordring for enhver terapeut på forskellige områder. Frygten for tab af kontrol over følelserne kan således få os til at vige fra den nærhed, patienten tilbyder.

Som supervisor for en mandlig terapeut så jeg f.eks. en sekvens af en videooptagelse fra en session tre måneder inde i et vellykket forløb med en kvindelig patient, der, i udgangspunktet, havde søgt psykoterapeutisk behandling på grund af depression. Kameraet var placeret, så optagelsen kun viste patienten. Patienten så bedre ud end på de videosekvenser, jeg havde set fra tidligere i forløbet; hun virkede vital og til stede i sig selv. Patienten siger på et tidspunkt, med varme og engagement, at terapeuten virkelig har hjulpet hende, og hun ser direkte på ham. Sekundet efter forsvinder lyset i hendes øjne, og hun falder sammen i overkroppen, så hendes ranke holdning afløses af den typiske depressive position. Samtalen fortsætter, men uden fokus og energi. Efter at videoen er stoppet, spørger jeg terapeuten, hvad der mon skete, da patienten roste ham. Han bliver forlegen, men siger ærligt, at han har tænkt på, at han undgår øjenkontakt, hvis folk roser ham. Sammen kunne vi derefter identificere, at patientens tab af energi sandsynligvis er hendes reaktion på, at han slår øjnene ned, da hun roser ham. Måske har hun oplevet hans reaktion som en afvisning af hendes positive følelser over for ham; ja, sandsynligvis som en afvisning af hende. En ærlig ros til et andet menneske er som en udstrakt hånd – en gave, man gerne vil glæde den anden med, og hvis personen tager imod gaven, giver det et møde i glæde og taknemmelighed. Patienten kunne ikke vide, at hendes terapeut ikke kan tage imod ros på grund af noget i ham, og hun reagerer prompte på, at hendes ros bliver afvist.

Dette er et eksempel på, at subtile, nonverbale reaktioner fra terapeuten kan have en meget stor effekt på relationen og dermed på patienten. Supervisanden var ikke opmærksom på denne interaktion, før han og jeg sammen fandt den, men måske havde han ubevidst en idé om, at noget var sket, siden han valgte at vise mig netop denne sekvens fra en session. Hans problem med at modtage ros og være i den medfølgende emotionelle intimitet med patienten, er ikke løst ved, at vi opdager den betydning, det havde for relationen til denne patient. Men han vil fremover sandsynligvis være mere opmærksom i sådanne situationer og derved bedre kunne opfange egne og patienters reaktioner i sådanne øjeblikke. Og hvis han kan bevare sin åbenhed og undring over for denne problematik i sig selv, har han gode muligheder for at få styrket sin evne til at indgå i den interpersonelle proces i terapirummet.

Psykoterafilorskning omkring terapeutens behov i terapirummet

Inden for psykoterafilorsningen er undersøgelser af terapeuters reaktioner i terapirummet, og terapeutens måde at forholde sig til egne reaktioner, generelt set et forsømt område, og jeg har ikke fundet nogen empirisk forskning, der direkte omhandler, hvordan terapeutens motivation for at være terapeut og terapeutens behov i den forbindelse viser sig i terapirummet.

I de større internationale reviews over psykoterafilorskning er terapeutens modoverføring og terapeutens håndtering af modoverføring⁵ de undersøgte faktorer, der kommer tættest på denne artikels emne. I det følgende vil jeg give en overordnet præsentation af problematikkerne omkring psykoterafilorskning af terapeutens andel i de relationelle processer i terapirummet. Jeg vil derefter beskrive enkelte undersøgelser, der efter min vurdering kommer tættest på emnet, og som kan belyse relevante aspekter af terapeutens adfærd i terapirummet.

Hovedparten af psykoterafilorsningen har i mange år handlet om at sammenligne forskellige behandlingsmetoders effektivitet for at finde frem til dét, man kalder evidensbaseret behandling. En tilbagevendende diskussion inden for psykoterafilorskning og psykoterafilpraksis handler om, hvorvidt det giver mening skarpt at adskille relationen mellem terapeut og patient fra den terapeutiske metode, når vi taler om effektiv behandling. Især inden for psykoterafi-

5. Dette kan virke modsigelsesfuldt, når jeg i afsnit 2 beskriver, at jeg lægger vægt på at afgrænse emnet fra modoverføring, men jeg håber, at den følgende beskrivelse af de metodiske problemer ved forskningen i relationelle processer kan afklare, hvorfor jeg finder modoverføringsforskningen interessant og f.eks. ikke bringer referencer til forskning i terapeutens evne til at danne og reparere den terapeutiske alliance.

forskningen går diskussionen på, hvorvidt relationen mellem terapeut og patient har en betydning for effekten af psykoterapien og i så fald, hvor stor en betydning, relationen har, i forhold til metoden, for effekten af psykoterapien. Blandt andet på grund af denne ofte bitre og splittende diskussion⁶ nedsatte The American Psychological Association i 1999 en taskforce for at undersøge og samle forskningsbaseret information om empirisk understøttede terapirelationer, og dette arbejde blev ti år senere fulgt op af opdateret viden om klinisk forskning og praksis omkring psykoterapeut/patient-relationen (Norcross & Lambert, 2011). I John C. Norcross og Bruce E. Wampolds (2011) redegørelse for resultaterne af taskforcens arbejde konkluderer de, at den psykoterapeutiske relation har en gennemgående betydning for patientens udbytte af psykoterapien uanset behandlingsmetode, og at den terapeutiske relation har mindst lige så stor indflydelse på, om patienten får det bedre (eller ikke) af den psykoterapeutiske behandling, som den terapeutiske metode, der benyttes.

I gennemgangen af dét, man kalder for effektive relationselementer, bliver terapeutens håndtering af modoverføring bedømt som et lovende og sandsynligvis effektivt element (Norcross & Wampold, 2011). Baggrunden for dette resultat er en metaanalyse af ti studier, der viser en lille negativ effekt ($d = -.32$) mellem modoverføring og behandlingseffekt, og syv studier, der viser en stor positive effekt ($d = 1.2$) mellem modoverføringshåndtering og effekten af psykoterapi (Norcross & Lambert, 2014, s. 401). Som det kan ses, er det et lille antal undersøgelser, man har kunnet finde, og forskningen på terapeutens andel i den terapeutiske proces er som sagt generelt sparsom (Greenberg, 2008). F.eks. fandt Johanna Roos og Andzej Werbart (2013), i en review-undersøgelse af forskning fra 2000 til 2011, omhandlende dropout fra psykoterapi, at kun lige under halvdelen af undersøgelserne forholdt sig direkte til spørgsmål om en mulig relation mellem dropout og terapeut, relation og procesfaktorer, uanset at tidligere internationalt tilgængelige undersøgelser havde påvist en sammenhæng mellem andelen af dropouts og terapeuters erfaring, fleksibilitet og egenterapi.

Der kan være flere grunde til, at forskningen i terapeutens andel i de relationelle processer i terapirummet er sparsom (blandt andet som tidligere nævnt, at det kan være et ubehageligt emne), men denne type forskning er under alle omstændigheder forbundet med store, metodiske udfordringer, hvilket jeg vil ride op i det følgende.

6. Norcross og Lambert kalder det "culture wars in psychotherapy", hvor de mener, at denne krig har splittet både praksis- og forskningsmiljøer – til skade for patienterne (Norcross & Lambert 2011, ss. 7-8).

Et traditionelt grundmateriale for forskningen i processer i det terapeutiske rum er afskrifter af det verbale indhold af terapisesioner. Fokus på kommunikationen i dyaden er således på det verbale, og kommunikation bliver ofte beskrevet som en proces, hvor der gives og tages. De affektive processer, der har en betydelig andel i etableringen, udviklingen og reguleringen af relationer, foregår imidlertid primært via non-verbal adfærd, og atmosfæren og de subtile interaktioner, båret gennem ansigtsmimik, blikretning, stemme, ånde-dræt og kropssprog, kan man ikke læse ud af en transkription.

Relationelle processer er alt i alt meget komplekse fænomener, der er vanskelige – måske umulige – at fange og beskrive på en både klinisk meningsfuld, og systematisk videnskabelig, anvendelig måde (Greenberg, 2008; Råbu, 2014). De praktiske problemer er også forbundet med det vilkår, at når to mennesker mødes, foregår der meget i etableringen og udviklingen af relationen, der ikke formidles gennem det talte ord, og som ikke når selv den erfarne terapeuts bevidsthed, hverken under sessionen eller efter. For eksempel viser en undersøgelse af Nissen-Lie et al., at patienter reagerer på terapeuter, der rapporterer personlig stress, selv om terapeuterne ikke selv mener, at deres personlige problemer har indflydelse på deres adfærd i terapirummet (Nissen-Lie et al., 2013). Man kan således ikke nøjes med at analysere det verbale materiale eller at tale med terapeuten, når det er ubevidste processer, der er ens fokus. Via videoptagelser, der viser begge parter, kan man få et godt indblik i adfærden i rummet, men sådanne optagelser indeholder så store mængder verbalt og nonverbalt materiale, at en psykoteraipforsker må vælge, hvad han eller hun vil kigge efter for ikke at drukne i materiale, hvilket selvfølgelig vil gå ud over muligheden for at belyse kompleksiteten i interaktionen.

Måske kunne man undersøge betydningen af terapeutens ubevidste motiver, hvis man gik ind på mikroniveau i undersøgelsen af det nonverbale og verbale samspil og processerne i dyaden, der varer fra splitsekunder til minutter, men det ville give en uoverskuelig mængde materiale, der skulle systematiseres og analyseres. Der er således en kløft mellem, hvad tilgængelige forskningsmetoder kan vise, og hvad vi oplever, at der foregår i psykoterapien (Luyten, Blatt & Corveleyn, 2008).

Samlende kan det siges, at arbejdet med at forstå, hvordan komplekse, relationelle processer udvikler sig og forløber, (endnu) ikke kan løses gennem empirisk forskning, men må undersøges gennem teoretisk refleksion omkring praksiserfaringer. Dog har jeg fundet nogle undersøgelser, der kan inspirere i diskussionen om terapeutens acting-out af egne behov i terapirummet, og jeg vil beskrive nogle af dem i det følgende og derefter diskutere dem.

Beskrivelse og diskussion af relevant psykoterapiforskning omkring terapeutens adfærd

I den ældste empiriske undersøgelse, jeg har fundet, hvor man fokuserer på terapeuters adfærd i terapirummet, beskriver forskerne, at nogle af de observerede terapeuter indgik i nonverbal, flirtende adfærd [quasi-courtship behavior] med deres patienter, og at dette skete for terapeuter med forskellige teoretiske baggrunde (Scheflen, 1965). Nogle gange blev denne adfærd initieret af terapeuten, andre gange af patienten. Det fremgår af artiklen, at forskerne vurderede, at terapeutens adfærd havde en markant betydning for det terapeutiske forløb, men ikke hvilken betydning denne terapeutadfærd havde. Et interessant resultat af undersøgelse er dog, at de fleste af terapeuterne ved efterfølgende interview ikke var klar over, at de havde denne adfærd, som forskerne betegner som seksuel i sin karakter, og som forskerne tolkede som havende til formål at skabe en god kontakt til patienten (Scheflen, 1965).

I en undersøgelse af de affektive interaktioner⁷ mellem terapeut og patient, sammenlignet med behandlingseffekt, fandt Jörg Merten og Rainer Krause (2003), at terapeutens affektive ansigtsadfærd i første session var en solid prædikator for effekten af terapien. Terapier, hvor terapeuten tilpassede sit affektive udtryksmønster til patientens, havde således en dårligere effekt, end terapier, hvor terapeutens affektive ansigtsudtryk var forskellige fra patientens. Eksempelvis havde succesfulde terapeuter mange negative udtryk (f.eks. vrede, foragt og afsky) sammen med patienter med gennemgående positive følelsesudtryk, hvor forløb med ringe effekt var kendetegnet ved, at terapeuten gennemgående besvarede patientens positive udtryk ved selv at vise positive udtryk. Merten og Krause udleder af dette, at de terapeuter, der ikke underkaster sig patientens relationelle mønstre, generelt er succesfulde, fordi de lykkes dem at bryde de negative cirkler, der normalt udvikler sig i patientens relationer på grund af patientens affektive relationelle adfærd. I undersøgelsen deltog terapeuter af forskellig teoretisk observans, og forskerne understreger, at der ikke var nogen sammenhæng mellem terapeuternes teoretiske ståsted, og hvorvidt

7. Jeg har tidligere mere udførligt beskrevet de nævnte undersøgelser af affektiv ansigtsadfærd i terapirummet i Thuesen, 2012. Det skal blot her understreges, at vi mennesker ofte ikke er bevidste om vores affektive ansigtsadfærd, og at terapeuter i denne type undersøgelser sjældent selv er klar over, hvilke udtryk de viser, også selv om de efter sessioner kan beskrive, hvad de følte under en session. Ligesom andre mennesker vælger terapeuter således ikke altid bevidst, hvilke affektive udtryk de kommunikerer.

de viste andre affektive ansigtsudtryk end patienterne (Merten & Krause, 2003, Merten; 2003, 2005). Med udgangspunkt i forskningsresultaterne foreslår Merten derudover, at en god terapeutisk relation ikke er karakteriseret af positive udtryk, fordi der må være en tilstrækkelig grad af negativ affekt, der gør det nemmere for terapeuten at forstå patientens problemer. Merten foreslår også, at de negative affekter kan være nødvendige for at kompensere for patientens forsøg på at få samtalen til at have et præg af hverdagsinteraktion (Merten, 2003, 2005). Jeg vil tilføje, at terapeutens afståelse fra at besvare de positive udtryk kan tænkes at signalere til patienten, at terapeuten er klar til at tale om de vanskeligheder, patienten kæmper med.

Marcus Rasting og Manfred E. Beutel (2005) beskriver, at de underliggende hypoteser i empiriske undersøgelser af terapeutens involvering oftest handler om, at terapeutens involvering vil reducere konflikter i dyaden, og at en sådan konfliktreducing er af det gode (Rasting & Beutel, 2005, s. 189). I flere undersøgelser af de affektive reaktioner i dyaden ses det da også, at i de relationer, hvor terapeuten fanges ind eller (måske bevidst) vælger at indgå i de interaktionsmønstre, som patienten ubevidst eller bevidst formidler, er arbejdsalliancen stabil. Det affektive samspil fastlægges tidligt i relationen, og der ses en lav grad af udtrykt negativ affekt hos både patient og terapeut. Imidlertid er disse terapier ikke succesfulde effektmæssigt, hvorimod de terapier, hvor terapeuten udfordrer patientens relateringsformer, har en bedre effekt (Anstadt et al., 1997; Merten & Krause, 2003; Rasting & Beutel, 2005; Benecke, Peham & Bänninger-Huber, 2005).

I forhold til artiklens emne kan flirtende adfærd og mange smil i første session ses som terapeutens forsøg på at skabe en god relation til patienten, enten fordi terapeuten har svært ved at modstå patientens relationelle invitation, f. eks. fordi det er for ubehageligt at være alene, eller fordi terapeuten ikke vil risikere, at patienten føler sig afvist. Måske kan man også sige, at den forskning der viser, at de smilende terapeuter hjælper patienten dårligt, indikerer, at det er vigtigt, at terapeutens fokus er at forstå, hvad det er, patienten kæmper med, i stedet for at terapeutens fokus er at skabe en god atmosfære. Uanset viser forskningen, at terapi kan indeholde stærke relationelle kræfter, som terapeuten har brug for at kunne manøvrere i for at kunne hjælpe patienten.

Den refererede psykoterapiforskning i terapeutens adfærd over for patienten dokumenterer, at der er en direkte forbindelse mellem terapeutens måde at forholde sig til sine egne og patientens emotioner på, og de interpersonelle processer i den terapeutiske relation: Terapeuten, der ikke svarer på patientens relationelle udspil, må man gå ud fra, gør et indre arbejde for at modstå det,

man på engelsk kalder det relationelle pull. Som forskerne i affektiv ansigts adfærd skriver: "If someone smiles at you, it is a strong invitation, nearly a request, to answer with the same behaviour. Usually people do smile back" (Krause et al., 2002, s. 230).

Desværre har forskerne ikke undersøgt, hvad terapeuter, der modstår dette pull, faktisk gør nonverbalt i øjeblikket, hvor terapeuten så at sige bliver tilbudt et smil. Og jeg har ikke fundet anden forskning, der siger noget om dette. Da det lykkes disse terapeuter at hjælpe deres patienter, og terapeuterne viser andre affektive udtryk end smil, må man gå ud fra, at disse terapeuter ikke bare sidder over for patienten uden at fortrække en mine. Det kunne være interessant at se nærmere på, hvordan terapeuter bærer sig ad med at afvise det relationelle pull, uden samtidig at afvise patienten og skade relationen. Min erfaring er, at det kræver en stærk tilstedeværelse og et direkte blik, når man nonverbalt skal signalere til patienten, at man er til stede og modtagelig, selv om man ikke ønsker at besvare patientens følelsesudtryk. At kunne finde dét i sig selv, der gør én i stand til at møde patienten på denne måde, kræver mod til selv at stå alene og mod til også at kunne lade patienten være alene.

Vores egen ubevidste og relationelle historie inspirerer os i vores arbejde og gør os sårbare

Flere forfattere, f.eks. Harold Searles (1966), Wolfgang Schmidbauer (1986) og Sue Wheeler (2007), fremhæver, at terapeutfaget tiltrækker mennesker, der har ar på sjælen. På engelsk har man udtrykket "the wounded healer", der refererer til, at mange terapeuter selv har belastende oplevelser og relationelle skader i bagagen, hvilket kan give blokeringer og i hvert fald giver os udfordringer, som beskrevet i denne artikel. Men samtidig kan selvsamme bagage motivere og inspirere os i arbejdet og give os mulighed for at opleve resonans i mødet med patientens oplevelser og indre kampe og dermed mulighed for dyb indlevelse og forståelse. Det afgørende er, hvordan vi forholder os til vores egen bagage; om vi kan opbygge og opretholde en åbenhed og nysgerrighed over for vore egne reaktioner. Som psykoterapeuter har vi således en vanskelig opgave. For at kunne hjælpe patienten skal vi sætte os selv på spil i den forstand, at vi må engagere os følelsesmæssigt. Men for at dette følelsesmæssige engagement skal gavne patienten og patientens proces, må vi til enhver tid være opmærksom på, hvordan vores egne følelser og behov påvirker os og relationen til patienten.

Terapeutens behov for at hele

Ludvig Igra skriver:

“... terapeuten [må] være i stand til at acceptere sine egne symbiotiske behov, sine urealistiske grandiose drømme, sin ondskab, sin kærlighed og sine alment menneskelige behov for nærhed og fællesskab og kunne tolerere, at alle disse indre tilstande kan dominere og “køre” ham som en stormild. Men terapeutens vanskelige opgave er *samtidig* at kunne gennemskue sig selv og sine egne regressive behov, så de ikke får en total og ubevidst magt over ham” (Igra, 1999, s. 201).

Psykotering er således ikke kun en indre proces for patienten, men også en sideløbende indre proces for terapeuten. At være opmærksom på og undersøge vore egne motiver i vores møde med patienterne er en vigtig del af terapeutens egen helingsproces.

Referencer

- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B. & Krause, R. (1997). Affective Duadic Behavior, Core Conflictual Relationship Themes, and Success of Treatment. *Psychotherapy Research* 7(4), 397-417.
- Benecke, C., Peham, D. & Bänninger-Huber, E. (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 15(1-2), 81-90.
- Bugental, J. F. T. (1964). The Person Who is the Psychotherapist. *Journal of Consulting Psychology* 28 (3), 272-277.
- Caper, R. (2007). *A Mind of One's Own: A Psychoanalytic View of Self and Object*. The New Library of Psychoanalysis.
- Casement, P. (2002). *Learning from our Mistakes*. Brunner-Routledge.
- Fog, J. (1998). *Saglig medmenneskelighed*. Hans Reitzels Forlag.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (1998). *The Psychotherapy Relationship. Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons.
- Greenberg, L. S. (2008). The case of Lisa: An integration and reaction to the process analyses. *Psychotherapy Research* 18(6), 677-682.
- Heimann, P. (1999). *About Children and Children-No-Longer. Collected Papers 1942-80*. Routledge.
- Igra, L. (1999). *Objektrelationer og psykotering*. Hans Reitzels Forlag.
- Kohon, G. (2005). Love in a Time of Madness. In Kohon, G. & Green, A. *Love and Its Vicissitudes*. London, New York: Routledge.
- Krause, R. et al. (2002). The Saarbrücken studies on unconscious interaction regulation: Multi-channel psychotherapy process research projects (SSUIR) (s. 228-232). International Psychoanalytic Organization: www.IPA.org.uk
- Little, M. (1988). *Transference Neurosis and Transference Psychosis. Toward Basic Unity*. Jason Aronson.
- Luyten, P., Blatt, S. J. & Corveleyn, J. (2008). Psychoanalytic Research: Progress and Pro-

- cess. Bridging the Gap Between Psychoanalytic Research and Practice: How, When and Why? *Psychoanalytic Research*, 7-10.
- Merten, J. (2003). Context-analysis of facial-affective behaviour in clinical populations. In Katsikitis, M. (Ed) *The Human Face. Measurement and Meaning* (s. 131-147). Kluwer Academic Publishers.
- Merten, J. (2005). Facial microbehavior and the emotional quality of the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 15(3), 325-333.
- Merten, J. & Krause, R. (2003). What Makes Good Therapists Fail? In Coats, E. J. (ed.) *Nonverbal Behavior in Clinical Settings*, (s. 111-124). Oxford: University Press.
- Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen & Rønnestad (2013) The Contribution of the Quality of Therapists' Personal Lives to the Development of the Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 483-495.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy Relationships That Work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2014). COMMENTARY. Relationship Science and Practice in Psychotherapy: Closing Commentary. *Psychotherapy*, 51(3), 398-403.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy* 48(1), 98-102.
- Ogden, T. H. (2012). *Creative Readings*. The New Library of Psychoanalysis.
- Parsons, M. (2006). The analyst's countertransference to the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal*, 87, 1183-1198.
- Racker, H. (1953). A contribution to the problem of countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 313-324.
- Rasting, M. & Beutel, M. E. (2005). Dyadic affective interactive patterns in the intake interview as a predictor of outcome. *Psychotherapy Research*, 15(3), 188-198.
- Reich, A. (1951). On Counter-Transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 25-31.
- Roos, J. & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4) 394-418.
- Råbu, M. (2014). Kvalitativ psykoterapiforskning: metodiske utfordringer, dilemmaer og muligheter. *Matrix* 31(1), 32- 45.
- Schefflen, A. E. (1965). Quasi-Courtship Behavior in Psychotherapy. *Psychiatry*, 28(3), 245-257. William Alanson White Psychiatric Foundation. Washington D.C.: Guilford Publications.
- Schmidbauer, W. (1986). *Tre skridt fra livet*. Hans Reitzels Forlag.
- Searles, H. F. (1966). Feelings of Guilt in the Psychoanalyst. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 29(4), 319-323.
- Searles, H. (1979). The Self in the Countertransference. *Issues In Ego Psychology*, 2, 49-56.
- Thuesen, M. (2012). Terapeutisk forandring gennem terapeutens egne emotionelle processer. *Psyke & Logos*, 33(1), 66-86.
- Tuckett, D. (2010). *Core components of the way that psychoanalysts work*. Forelæsning: 10th December 2010 UCL London conference "What is Specific About Psychoanalysis Today".
- Tuckett, D. (2011). Inside and outside the window: Some fundamental elements in the theory of psychoanalytic technique. *Int J PsychoAnal*, 92, 1367-1390.
- Tuckett, D. (2012). Some Reflections on Psychoanalytic Technique: In need of Core Concepts or an Archaic Ritual? *Psychoanalytic Inquiry*, 32, 87-108.
- Waldenfels, B. (2012). Svar på det fremmede. Grundtræk af en responsiv fænomenologi. I Keller, K.D. (ed). *Den menneskelige eksistens* (s. 283-294). Aalborg Universitetsforlag.
- Welt, R. S. & Herron, W. G. (1990). *Narcissism and the Psychotherapist*. The Guilford Press.

- Wheeler, S. (2007). What shall we do with the wounded healer? The supervisor's dilemma. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 13(3): 245-256.
- Winkielman, P., Berridge, K. C. & Wilbarger, J. L. (2005). Unconscious Affective Reactions to Masked Happy Versus Angry Faces Influence Consumption Behaviour and Judgements of Value. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 121-135.

Abstract:

On the basis of clinical examples and psychotherapy process research, it is discussed how the therapist's own needs in the relationship to the patient may result in obstacles in the efforts to help the patient. Deep, often unconscious personal motives for becoming a therapist may result in the need to receive affection from the patient, as well as a sense of being able to give the patient the love and care the patient never had. These needs are understood as rooted in the therapist's own relational history, which can inspire the therapist and at the same time make him or her vulnerable in the therapeutic relationship. It is argued that it is important that the therapist develop both openness and curiosity about his or her own motives for choosing to become a therapist and examine how these motives may affect the therapeutic process. The article is based on psychoanalytic theory.

Keywords: countertransference, psychoanalytic theory, psychotherapeutic process, psychotherapist attitudes.