

TILBAGETRÆKNING I PSYKOSETERAPI, MODOVERFØRING OG BEHOVET FOR SUPERVISION¹

Af Anne Birgitte Døssing²

I denne artikel tager jeg udgangspunkt i nogle bestemte aspekter af psykoterapi med psykotiske patienter, som kan medføre særlige udfordringer for det terapeutiske arbejde, set i et psykodynamisk perspektiv og hovedsageligt ud fra en teoretisk tilgang. Disse aspekter vedrører den form for tilbagetrækning, som af John Steiner beskrives som "psykisk tilbagetrækning", og som medfører ikke kun en tilbagetrækning fra patientens side, men som også risikerer at vække reaktioner hos omgivelserne, der forstærker tilbagetrækningen.

Aspekter af modoverføring og projektiv identifikation skal inddrages som en måde at belyse nogle af de vanskeligheder på, som terapeuten kan møde i sit terapeutiske arbejde med patienter præget af psykisk tilbagetrækning. Modoverføring og projektiv identifikation kan her udgøre en væsentlig forståelsesramme for dele af den emotionelle kommunikation mellem terapeut og patient, som kan være vigtig at være opmærksom på, måske særligt når den terapeutiske relation trues af brud og trusler om ophør af det terapeutiske arbejde.

Fokus på skabelse af kontakt, tålmodighed og refleksioner over modoverføring og projektiv identifikation i relation til patientens kommunikation skal til sidst belyses i forhold til behovet for supervision. Supervision kan have mange funktioner, men skal her ansues i forhold til arbejdet med feltet af projektive identifikationer og modoverføring, som til dels kan sættes ind i en meningsfuld sammenhæng med patientens kommunikation – med det formål at forstå patienten bedre og bevare en empatisk balance mellem identifikation og separation.

Nøgleord: psykoser, psykisk tilbagetrækning, modoverføring, projektiv identifikation, psykodynamisk, supervision, analytisk rum

-
- 1 De eksempler, der indgår i artiklen, er fuldt ud anonymiseret, og ingen identificerbare oplysninger fremgår.
 - 2 Anne Birgitte Døssing, cand.psych., specialist i psykoterapi, ph.d., adjunkt i klinisk psykologi og medleder af Universitetsklinikken på institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.

Indledning

En patient med diagnosen skizofreni fortalte mig engang, at hans største ønske var at blive rask. Han oplevede, at alle kiggede underligt på ham, og syntes, han var frastødende, når han havde det skidt og vandrede rundt i gaderne. Der var ingen, der ville tale med ham, og han følte sig skyldig og skamfuld. Han var konstant i dialog med sine stemmer, men ingen andre mennesker ville tale med ham.

En anden patient havde fået tilbudt et forløb med en psykolog, som hun havde sagt ja til. I begyndelsen satte patienten sig med ryggen til terapeuten og sagde ikke noget. Hun var optaget af sin egen verden og svarede indimellem kun ganske kort på terapeutens spørgsmål. Terapeuten fik tydeligt fornemmelsen af, at patienten ikke forventede, at terapiforløbet ville blive til noget, og overvejede da også selv, om forløbet kunne påbegyndes, altså om hun kunne få skabt en kontakt til patienten, der kunne gøre det meningsfuldt at holde fast i et samtaleforløb. En del år senere fortalte patienten terapeuten, at noget af det vigtigste, hun syntes, terapeuten gjorde, var at holde ud og ikke blive skræmt væk.

Beskrivelser af at føle sig uden kontakt med andre mennesker er ganske velkendt blandt nogle mennesker med psykotiske lidelser, og Hinshelwood (2013) har påpeget, hvordan mange psykotiske patienter og patienter med skizofreni mødes af andre med afstandtagen og en opfattelse af skizofreni som en tilstand præget af en affladning af affekt. Hinshelwood (ibid.) fremfører i sin artikel flere interessante pointer i relation til psykiatriske patienters møde med det professionelle system, men i denne sammenhæng skal særligt hans påpegning af tilbagetrækning fra patienter med skizofreni inddrages:

It is a matter of common observation that patients with schizophrenia make an impact on those who meet them. The result is that people can often pull away from the patient. This is true of visitors, of families who in the end want their relative removed to a psychiatric service, and also the team of professional caregivers ... But it is not only friends, relatives and staff who push the patient away and may reduce him or her to a non-personal status; the patient can depersonalise themselves. One of the core problems experienced by people with schizophrenia is that they suffer an intense anxiety about their own identity, existence even. Processes of identification can therefore be very abnormal and result in greater anxieties about their self (Hinshelwood, 2013, p. 85).

Patienten kan således blive mødt med tilbagetrækning og afstandtagen fra omgivelserne, der ikke kun, men også kan afspejle patientens depersonaliserede forhold til sig selv, og i den forbindelse risikere utilsigtet at forstærke patientens tilstand – patientens eget depersonaliserede forhold til sig selv.

Dette forhold, at patienten er præget af sin egen psykotiske verden og mødes af en afstandtagen fra omgivelserne samt det mulige selvforstærkende forhold, der eksisterer herimellem, er et vanskeligt dilemma, som jeg tænker, man som terapeut må forholde sig til, når man beskæftiger sig med terapi med psykotiske patienter.

Med udgangspunkt i denne problemstilling, nemlig en patients psykotiske tilstand og håndtering af tilbagetrækning, vil jeg se nærmere på, hvordan denne tilstand kan forstås ud fra Steiners begreb om "psykisk tilbagetrækning" (Steiner, 2002). Derefter vil jeg belyse modoverføring og projektiv identifikation som en central del af det psykoterapeutiske arbejde med psykotiske patienter og i den forbindelse sætte fokus på at undgå at handle på patientens tilbagetrækning med afvisning. Dernæst vil jeg se nærmere på, hvordan supervision kan udgøre et refleksionsrum, et analytisk rum, hvor terapeuten kan få hjælp til at håndtere svære dilemmaer som dette ved at skabe tilstrækkelig refleksiv afstand til sine egne modoverføringsreaktioner og projektive identifikationer. Det overordnede formål er at forstå patientens kommunikation om sin indre verden bedre og at skabe en optimal kontakt, hvor patienten ikke invaderes og heller ikke distanceres, og hvor terapeuten kan bevare en empatisk balance mellem identifikation og separation.

Artiklen er skrevet ud fra et primært *teoretisk* perspektiv og inden for en *psykodynamisk* ramme med særligt fokus på det emotionelle, relationelle forhold mellem terapeut og patient.

1. Behovet for og vanskeligheder med at etablere en tillidsfuld relation

I det psykoterapeutiske arbejde med psykotiske patienter spiller etableringen af en tillidsfuld relation en afgørende rolle. Etableringen af en tillidsfuld relation er imidlertid ikke givet, når den først er etableret, men kræver en vedvarende opmærksomhed og et ofte tilbagevendende arbejde for både patient og terapeut, da netop tilliden til omgivelserne for patienten kan være skrøbelig og truet.

På baggrund af mit eget tidligere arbejde i psykiatrien med psykotiske patienter er det min erfaring, at samarbejdet om at skabe eller nærme sig en tillidsfuld og tryk relation kan være en længerevarende proces, der både udgør grundlaget for at arbejde med de emner, der er i fokus, og samtidig fungerer som et fokus i sig selv. Med dette mener jeg, at skabelse af tillid til sig selv og omverdenen ikke kun er en forudsætning for at arbejde med andre temaer i et psykoterapeutisk forløb, men er en reel forandringsskabende proces i sig selv.

Nogle svært psykotiske patienter lever med en angst forbundet med ikke at have en stabil fornemmelse af identitet, med at flyde sammen med eller kontinuerligt angrebet af andre, eller med at følelsen af at eksistere er skrø-

belig og truet. For mange er det, der betragtes som naturligt og selvfølgerigt for andre, til konstant overvejelse og skaber tvivl om grundlæggende menneskelige vilkår, som kan resultere i følelser af fremmedgjorthed, værdiløshed, uvirkelighed samt manglende kontakt til sig selv og andre.

Dette sidste aspekt, den manglende eller truende kontakt til sig selv og andre, kan ses som en faktor i denne tendens til "depersonalisering", som Hinshelwood beskriver ovenfor, og ikke sjældent er det i denne tilstand, at patienten møder det professionelle system for første gang.

For nogle mennesker med vedvarende psykoser og et skrøbeligt "jeg", der er truet af psykotisk fragmentation, kan der forståeligt nok være knyttet en ambivalens og en tendens til at trække sig tilbage til sin "egen" verden, ikke mindst når relationen til terapeuten opleves som faretruende.

Der kan her ligge en implicit risiko for præmatur afbrydelse af forløbet, der *kan* handle om, at terapeuten ikke får øje på, hvordan hun kan møde patienten i den angst, der får patienten til at trække sig. At møde patienten omfatter ikke kun "at få øje på" angsten, men også at have fokus på, hvordan det terapeutiske rum kan gøres mere trygt for patienten at være i.

Steiners begreb om "psykisk tilbagetrækning" skal beskrives i det følgende med det formål at uddybe omfanget af den tilbagetrækning, der indimellem kan finde sted.

2. Psykisk tilbagetrækning og brud på relationen

Steiner (2002) har med inspiration fra Kleins begreber om den paranoid-skizoide position og den depressive position beskrevet en form for psykisk tilbagetrækning (oversat fra "psychic retreat"), som nogle psykotiske og borderline patienter tyr til, når patienten oplever en ellers meningsfuld kontakt med terapeuten som truende. Psykisk tilbagetrækning kan ske for alle mennesker i stærkt pressede situationer, men er særlig vanskelig, når det bliver en mere eller mindre permanent del af personligheden og bliver en tilbagevendende og dominerende organisering af og et forsvar mod psykiske belastninger og angst.

I denne tilstand vil patienten trække sig fra kontakten til terapeuten og adskille sig fra den ydre fælles realitet i større eller mindre grad. Patienten vil her relatere sig til omverdenen ud fra et system af bestemte forsvar såsom projektiv identifikation (uddybes senere), som Steiner (2002) kalder for "pathological organizations of the personality". Det er en tilbagetrækning, der placerer selvet mellem den paranoid-skizoide og den depressive position, hvilket bl.a. indebærer, at når patienten begynder at bevæge sig ud af sin tilbagetrækning, vil patienten møde en angst, der primært (men ikke kun) er kendetegnet ved den paranoid-skizoide position (forfølgelse og disintegration) eller den depressive position (ubærlig depressiv smerte).

Steiner (2002, p. 2) påpeger, at selve tilbagetrækningen kan give patienten en følelse af midlertidig fred eller beskyttelse af selvet mod den oplevede trussel og angst, som forbindes med den ydre realitet, men at den samtidig vanskeliggør eller endda forhindrer det terapeutiske arbejde. Kontakten til terapeuten og den fælles realitet er i denne tilstand brudt, og det terapeutiske fokus på patientens udvikling og vækst kompromitteret. Af og til bliver det tydeligt, hvordan psykotiske forestillinger og repræsentationer af sig selv og andre dominerer rummet og relationen til terapeuten. Bion (2003) foreslog, at den psykotiske patient angriber eller destruerer det observerende "jeg", som har kontakt med realiteterne, med det formål at befri sig selv fra den oplevede angstfyldte og hadefulde realitet. Dette angreb, sagde Bion (ibid.) videre, medfører en fragmentering af både selvet og oplevelsen af andre, hvor forfølgelse, forvirring og rædsel træder i forgrunden. Psykotiske forestillinger kan her ses som en måde at skabe en form for orden i kaos på, hvilket kan give en oplevelse af lindring trods dens destruktive natur. Den psykotiske organisering kan siges at stabilisere en endnu stærkere oplevelse af disintegration og fragmentering.

En patient sagde engang til mig, at han godt vidste, hvad der kunne få ham "over kanten" og gøre ham psykotisk, og at han af og til fremprovokerede dette, når hans oplevelser med andre blev uudholdelige eller for angstfyldte. Han fortalte, at selvom det var angstfyldt og havde konsekvenser, fik han en form for fred.

3. Udfordringen: at vende tilbage

Én af udfordringerne ved at trække sig tilbage til en psykotisk organisering omhandler at finde vej tilbage til den fælles realitet. Når relationer til andre præges af psykotiske forestillinger og afstand til sig selv og andre, er det vigtigt at se nærmere på spørgsmålet om, hvordan patienten kan vende tilbage til realiteterne og forholde sig til disse på en måde, der ikke bliver *for* angstfyldt og ubærlig. Dette kan være et særdeles krævende arbejde for både patient og terapeut, ikke mindst når realiteterne for nogle er eller har været præget af oplevelser af svigt og utilregnelige relationer, som har farvet forventningerne til, hvad kontakt med realiteterne kan medføre.

Flere (f.eks. Larkin & Read, 2008; Varese et al., 2012) har påpeget, at der for nogle psykotiske mennesker er klare sammenhænge mellem udvikling af skizofreni og traumatiske hændelser, og studier i tilknytning og skizofreni har vist sammenhænge mellem usikker tilknytning og risiko for udvikling af psykoser og skizofreni (Schwannauer, 2013; Korver-Nieberg, Berry, Meijer & de Haan, 2013). I min egen kvalitative interviewundersøgelse af syv skizofrene patienters egne oplevelser af deres vanskeligheder blev der ligeledes fundet oplevede sammenhænge mellem traumatiske forhold, stemmehøring og udvikling af skizofreni.

Alene det at integrere det psykotiske hændelsesforløb i sig selv og som en del af patientens levede tilværelse kan være en yderst sorgfuld proces (Cullberg, 2006), hvor tab af (dele af) realiteterne og de konsekvenser, psykosen har haft for patientens liv, har været eller er delvist fornægtet.

I det terapeutiske arbejde med at styrke “jeget” i at forholde sig til en tilbagevenden til de fælles realiteter, sorgen over det, der er mistet som konsekvens af den psykotiske lidelse, og adskillelse mellem sig selv og andre, er det vigtigt for terapeuten at forholde sig til at håndtere en eventuel “psykisk tilbagetrækning”.

Når patienten har trukket sig ind i sin egen verden og umiddelbart afstår fra at være i kontakt med terapeuten, kan det vække forskellige følelser, men ofte vækkes en form for ubehag, eventuel angst og mulig distancering hos terapeuten. Det er her vigtigt, at terapeuten ikke enten giver op i fortvivlelse over den fraværende kontakt eller “overreagerer” og forsøger at presse patienten for meget til at vende tilbage fra sin tilbagetrukkede position (Steiner, 2002).

Med respekt for den grad af reel kontakt, der er mulig, er det vigtigt at undgå at “gå med på” den psykotiske del af patienten, der søger psykotiske løsninger, men vedvarende at have en opmærksomhed på at ville i kontakt med den del eller de dele af patienten, der ikke er psykotiske. Cullberg (2006) skriver, at hvis patienten kan acceptere psykosens eksistens, vil det endvidere hjælpe ham eller hende til at kunne identificere tegn på eventuelle tilbagefald.

Steiner (2002) beskriver, at patienten i den tilbagetrukkede position ofte vil modsætte sig en egentlig forståelse af sine problemer, da formålet er at opnå en form for tryghed gennem tilbagetrækningen, og at han eller hun i stedet for vil have en tendens til at projicere de dele af sig selv, som ikke er til at bære, over på terapeuten. Terapeuten mærker ofte dette projektive pres meget tydeligt, men står med det problem, at patienten – i denne position – ikke er modtagelig over for at ville se på det, der sker, i relation til egne problemer, angst og vanskelige følelser (ibid.). Dette kan vække en angst eller et ubehag hos terapeuten, som patienten muligvis godt kan fornemme, men som ikke opleves som noget, der har med patienten at gøre.

Det projektive pres og den projektive identifikation bliver i denne sammenhæng centralt og skal sammen med modoverføring beskrives i det følgende.

4. Modoverføring og projektiv identifikation

“There are times when the most important communication from a patient is unspoken” (Casement, 1999, p. 72).

4.1 Modoverføring

Patientens udtalte kommunikation og nonverbale samspil med terapeuten er velbeskrevet i den psykodynamiske litteratur som et vigtigt fokus i psykoterapi, som det bl.a. ses i form af begreberne overføring og modoverføring samt projektiv identifikation. Begreberne er imidlertid ikke entydigt beskrevet.

Modoverføring blev introduceret af Freud, men har siden hen gennemgået en omfattende udvikling. I Freuds ikke helt entydige omtale af modoverføring refereres der bl.a. til modoverføring som en følge af patientens indflydelse på terapeutens ubevidste følelser, som ideelt set skal erkendes og overvindes (Freud, 1992). Hvis dette ikke sker, er der en risiko for, at terapeuten agerer eller projicerer noget ud i relation til patienten, som hører til terapeuten selv, og som dermed ikke er hensigtsmæssigt. Freud (ibid.) skrev bl.a., at “ingen psykoanalytiker går videre, end hans egne komplekser og indre modstand tillader”, hvorfor et vedvarende arbejde med sig selv er nødvendigt for at kunne bevare en forståelse af patienten og adskille sine egne problemer fra dette.

Modoverføringsbegrebet har siden hen strakt sig over et spektrum af definitioner gående fra den snævre betydning i form af *terapeutens overføring på patienten* til en udvidet betydning i form af *alle terapeutens bevidste og ubevidste holdninger og endog hendes personlighedstræk* (Sandler, Dare & Holder, 1994, p. 117). Sidstnævnte brede definition har sine rødder tilbage i tidligere opgør med det freudianske syn på modoverføring som en problemstilling, der primært var knyttet til terapeuten.

I 1950'erne opstod nemlig et begyndende skift i opfattelsen af modoverføring, som bl.a. Heimann blev repræsentant for. Frem for at se modoverføring som en problemstilling knyttet til terapeutens eget liv, anskuede hun modoverføring som et værdifuldt redskab til at forstå patientens indre liv.

Ifølge Heimann (1950) består modoverføring af alle terapeutens følelser, som hun må opleve i relation til sin patient, og som rummer information om patienten. Modoverføring betragtes her som et udtryk for, at terapeuten og patientens ubevidste “taler sammen”. Ved at rumme og reflektere over sine følelser kan terapeuten gradvist få en forståelse af denne ubevidste kommunikation og dermed af sin patient. Terapeutens arbejde med sin modoverføring bliver således betragtet som en vigtig informationskilde, der ikke skal adskilles fra det egentlige terapeutiske arbejde, men snarere bør indgå heri.

Heimann var ikke alene om at udfordre antagelsen om modoverføring som en potentiel forhindring for det terapeutiske arbejde, og bl.a. Racker (2002) skrev om modoverføring som betydningsfuldt i forståelsen af patientens indre liv.

Rackers bidrag fik ligesom Heimanns en banebrydende betydning, idet han både udfordrede den klassiske freudianske opfattelse af modoverføring og samtidig udviklede en måde at strukturere forskellige modoverføringsreaktioner på, som kan være en hjælp til at forstå patientens relationelle dyna-

mikker. Dette ses bl.a. i hans skelnen mellem komplimentære og konkordante identifikationer som følge af patientens projektioner, hvorved han forbandt modoverføring med projektiv identifikation (Racker, 2002).

Den konkordante projektive identifikation handler om, at terapeuten ubevidst identificerer sig med patientens projicerede selvrepræsentation (patientens selvopfattelse, selvbillede), mens den komplimentære identifikation kommer til udtryk som terapeuten ubevidste identifikation med patientens objektrepræsentation (patientens opfattelse af og relation til betydningsfulde andre) (Racker, 2002).

4.2 Projektiv identifikation

Projektiv identifikation er ligesom modoverføring et omdiskuteret begreb, der har undergået en udvikling, siden begrebet først blev introduceret af Klein (1946). Projektiv identifikation blev beskrevet bl.a. i tilknytning til den paranoid-skizoide position som en betegnelse for den proces, hvor jeget i fantasien projicerer følelser (f.eks. hadet mod dele af selvet) over i objektet (f.eks. omsorgspersonen), som det derefter identificerer sig med (ibid.). Det er selvets forsøg på at håndtere noget faretruende i den indre verden ved at projicere det over i en anden. Mens Klein (ibid.) betragtede projektiv identifikation som primært et forsvar, har Ogden (1990) påpeget, at det bør ansues som mere end det. Projektiv identifikation er en proces, der indeholder tre trin (ibid.). Først projiceres et aspekt af selvet ubevidst over i en anden. Dernæst opstår der et pres på "den anden" i retning af at identificere sig med eller tilpasse sig projektionen. Dette kan give en følelse af en(s)hed i den, der modtager projektionen. Til sidst bearbejder "modtageren" projektionen, der kan gøre det muligt for "afsenderen" at forholde sig til det projicerede indhold i afgiftet form, det vil sige i en form, hvor indholdet er til at holde ud at have med at gøre. Bearbejdelsen og afgiftningen udgør en dialektisk proces mellem det, der tilhører "mig", og det, der tilhører "ikke-mig", og hvor den inducerede følelse (projektionen) kan opleves, reflekteres over og skabe en forståelse af det, den er et udtryk for (ibid., p. 229).

Projektiv identifikation kan således ansues som ikke kun et forsvar mod at "eje" de ubærlige følelser selv, men også som en kommunikationsform og en form for forbundethed, uanset om det er af negativ eller positiv karakter.

Projektive identifikationer kan således forstås som relationelle fænomener, hvor terapeuten *ved gradvist at blive opmærksom* på disse mekanismer kan rumme patientens projicerede materiale og bruge det i sin forståelse af det, der foregår mellem patienten og terapeuten. Projektiv identifikation er imidlertid ikke en envejskommunikation, men indgår i et samspil, hvor processens forløb afhænger af, om og hvordan terapeuten reagerer eller responderer på den projektive identifikationsproces. Dette forudsætter ligeledes, at terapeuten gradvist bliver klar over, at der er noget "på færde", at der er noget "i spil" mellem de to parter, som ikke nødvendigvis fremstår klart og tydeligt lige med det samme.

Det kan f.eks. være noget, terapeuten undgår at forholde sig til, stærke følelser, der opleves som fremmede, eller oplevelsen af at blive presset ind i en bestemt position eller rolle, som ikke er i overensstemmelse med terapeutenes egne intentioner eller vanlige måde at forholde sig til problemstillingen på. Det kan også manifestere sig som tanker om at afslutte et forløb med en klient, der er vanskelig at få kontakt med, og som terapeuten er bange for ikke at kunne hjælpe, når patienten viser sine mere "syge" sider og psykiske tilbagetrækning. I sidstnævnte tilfælde – hvor terapeuten mærker en angst eller ængstelse for ikke at kunne hjælpe – *kan* den projektive kommunikation eksempelvis handle om, at patienten selv er bange for at få det værre.

De forskellige opfattelser af modoverføring, herunder projektiv identifikation, medførte og medfører muligvis fortsat en uklarhed eller manglende præcisering, når der henvises til "terapeutens modoverføring". Der har tidligere været en tendens til en dikotomisering (Hjulmand, 1998), hvor terapeutens modoverføring enten blev betragtet som en forhindring, der må overvindes af terapeuten, og som vedrører terapeutens egne uløste konflikter (terapeutens overføring), eller også som et udtryk for, at alle terapeutens følelser henviser til patientens indre liv, og som derfor er en værdifuld hjælp til terapeuten i hendes forståelse af patienten.

I stedet for at betragte modoverføring ud fra en enten-eller-optik kan man se modoverføring som et begreb, der rummer både-og. Dette konceptualiseres bl.a. af Gabbard og Wilkinson (1996, p. 33), der kalder det for *specifikke interaktionsmønstre i den terapeutiske proces*. Patientens projektioner og overføringer vil på den ene side afføde bestemte ensartede reaktioner hos forskellige terapeuter, men vil på den anden side hænge sammen med, hvor godt projektionerne eller overføringen "passer ind" i terapeutens egen indre verden, og hvordan terapeuten responderer eller reagerer på overføringen.

Mit eget faglige synspunkt er, at projektive identifikationer således ikke alene er et udtryk for det, der kommer fra patienten, men altså også må forstås i lyset af den "krog", der findes i terapeuten, som identificerer sig med de projicerede dele, f.eks. konkordant eller komplimentært (jf. Racker, 2002) – og som må kunne rummes af terapeuten. Terapeutens observationer anses ikke som objektive i den forstand, at terapeuten står "uden for" det, der observeres. Terapeuten indgår således i relationen med sin egen subjektivitet, som hun må forholde sig til fra et refleksivt ståsted.

Bollas (1987) skriver, at "for at finde patienten må vi søge efter ham inden i os selv" (ibid., p. 202), hvilket peger på vigtigheden af, at terapeuten kan være åben over for og rumme et både intrapsykisk og et interpersonelt fokus, også når det drejer sig om de følelser og sider af terapeuten selv, der er vanskelige at bære, og som eventuelt kan give indsigt i det, patienten bærer rundt på.

Dette stiller store krav til terapeutens introspektive arbejde, fordi det er det enkelte samspil, der må reflekteres over fra gang til gang med det vedvarende og primære formål at forstå sin patient. Der er imidlertid flere måder at reflektere på, og som Gabbard og Wilkinson (1996) skriver, medfører det terapeutiske arbejde med projektive identifikationsprocesser ofte et stort behov for genskabelse af et analytisk rum, hvor der kan reflekteres over den dynamik, der finder sted, *med det formål* at forstå patienten. Dette analytiske rum kan f.eks. findes i supervision, hvor det primære fokus er at forstå patienten bedre. Supervision som et analytisk rum uddybes lidt senere.

5. Supervision

Forståelse af patienten er et primært fokus i supervision, og det forudsættes som regel, at det er et grundvilkår ved psykoterapeutisk praksis i al almindelighed, at man ikke kan undgå at blive påvirket af den relation, man som terapeut indgår i sammen med sin patient (følelsen af at være upåvirket kan også siges at være en påvirkning). Ikke kun i forhold til psykoseterapi, men også generelt vil terapeuten kunne befinde sig i svære dilemmaer i relation til sin klient, som han eller hun har brug for hjælp til at håndtere. Da terapeuten ofte er dybt involveret i det terapeutiske arbejde, vil der ligeledes være aspekter af dette, som terapeuten ikke selv er opmærksom på. Det kan indimellem afstedkomme u hensigtsmæssige reaktioner fra terapeutens side, som af og til medfører brud i den terapeutiske alliance, og hvis ikke dette "opdages", kan man risikere, at muligheden for at reparere bruddet går tabt. Omvendt kan terapeuten overse aspekter af virksomme og udviklende processer i terapiens forløb, som ligeledes er vigtige at få en forståelse af. Påvirkninger i og af den terapeutiske relation er således et aspekt af det terapeutiske arbejde, der kan være yderst relevant at inddrage og få "andres øjne på" i supervision.

Supervision er endvidere en udbredt og anerkendt praksis på tværs af teoretiske skoler og anses mange steder som nødvendig i relation til terapeutens professionelle arbejde, uanset om terapeuten er uerfaren eller erfaren. Definitioner af supervision er imidlertid ikke entydige (Hedegaard, 2016) og har fokus på forskellige aspekter, herunder formål, supervisors rolle, bestemte problematikker i supervisionsforholdet, supervisionens rammer og funktion, den organisatoriske kontekst, proces eller resultat – og dette med forskellige erfaringsbaggrunde. Som Petersen (2015, p. 40) påpeger, er supervisionsbegrebet ikke kun komplekst og afspejler forskellige opfattelser i forskellige organisatoriske sammenhænge, men vil også kunne opfattes forskelligt inden for den samme kontekst. På baggrund af en gennemgang af forskelligartede definitioner af supervision, herunder Bernard og Goodyears ofte anvendte definition af supervision, foreslår Jacobsen og Mortensen (2017) imidlertid, at supervision betragtes som:

... en særlig professionel ydelse, der finder sted som kontraktsatte og relativt hyppige faglige møder over tid mellem to eller flere personer med samme professionelle virke. Supervisor er ofte, men ikke nødvendigvis, mere erfaren eller kyndig end supervisanden inden for den givne faglige funktion/profession. Parterne har faste og veldefinerede roller i en hierarkisk og asymmetrisk relation (ibid., p. 40).

Formålet med supervision udgøres af flere aspekter, som bl.a. vedrører udvikling eller videreudvikling af supervisandens professionelle funktion, sikring af, at arbejdet med patienten udføres forsvarligt, og supervisors vurdering af supervisandens indlemmelse i professionelle miljøer (Jacobsen & Mortensen, 2017, p. 41). Endvidere er der fokus på 1) at forstå og reflektere over klienten, 2) rammerne for det terapeutiske arbejde, 3) den organisatoriske kontekst, 4) relevant inddragelse af supervisorsforholdet og 5) *“samspillet mellem klienten og supervisanden samt supervisandens egne tanker, følelser og handlinger ...”* (ibid., p. 41, min kursivering).

Det er særligt dette sidste forhold – samspillet mellem klienten og supervisanden/terapeuten i supervisorsrummet og et fokus på terapeutens emotionelle reaktioner og handlinger – der i denne sammenhæng er relevant, og som jeg i det følgende vil fokusere på. Rønnestad og Reichelt (1999, p. 18) kalder det for terapeutcentreret supervision (“veiledning”), når fokus er på terapeutens emotionelle reaktioner og modoverføringsreaktioner. Det skal dog understreges, at supervision ikke kun antages at omhandle et terapeutfokus i relation til patienten, men at det kan være et værdifuldt fokus at inddrage, når vanskelige følelser og dilemmaer opstår i terapeuten eller i den terapeutiske relation.

6. Supervision som et analytisk rum

Ogden (2004, p. 188) definerer det analytiske rum mellem terapeut og patient som et rum, hvor patienten kan tænke, føle og leve. Det forstår jeg sådan, at patientens mulighed for at tænke, føle og leve forudsætter et rum, hvor patient og terapeut er til stede som adskilte personer og alligevel er forbundne og sammen om at forholde sig til et fælles tredje – at lege med en fælles virkelighed i Winnicotts terminologi, hvor noget bliver til, et potentiale, der udfolder sig (jf. Winnicott, 1974). Ethvert analytisk rum er unikt for hver patient og terapeut og kræver derfor forskellige tilgange til skabelsen af det.

Når relationen er præget af projektive identifikationer, bliver netop skabelsen af det analytiske rum vanskeliggjort, fordi det da kun er patientens fantasier og projektioner af disse, der er eneste fokus, frem for et fælles rum, skabt af både terapeut og patient, hvor begge kan tænke deres egne tanker om det indhold, der tales om – et analytisk rum.

Når terapeuten imidlertid er fastholdt i det *projektive* rum, er supervision ofte stærkt påkrævet (Gabbard & Wilkinson, 1996). Supervision kan således i sig selv udgøre et analytisk rum og derigennem være med til at facilitere terapeutens bidrag til etablering eller genetablering af et analytisk rum i terapien ved at se nærmere på den måde, terapeuten reagerer på sin klient på.

Jacobsen og Mortensen (2017, p. 115) beskriver, at supervisor, der kender sin supervisand, ofte har en fornemmelse af, hvordan han eller hun tænker teoretisk og intervenerer i forhold til sin patient. Når modoverføringen imidlertid er stærk, kan der ses et fald i denne evne. Sådanne fluktuationer er således nyttige at være opmærksomme på.

F.eks. beskrev en erfaren terapeut nedtrykt i supervision, at hendes patient var blevet psykotisk og kortvarigt indlagt, og at det nok var, fordi patienten ikke kunne tåle at tale om, hvor ked af det han var sidste gang over en afvisning, han havde følt i relation til sin kæreste. Terapeuten spekulerede videre over, om patienten mon kunne holde til at gå i terapi, og måske særligt terapi hos denne terapeut. Supervisor mødte sin supervisand i, hvor vanskeligt det kan være at føle sig skyldig i at have forværret tingene for sin patient, og bemærkede nænsomt, at supervisanden havde forsøgt at få sin patient væk fra at være ked af det ved at fokusere på positive ting i patientens liv, hvilket muligvis havde givet patienten en opfattelse af, at det vitterlig var farligt at være ked af det. Supervisanden vendte efterfølgende tilbage til sin patient og kunne bl.a. tale med ham om, at han sidste gang var blevet ked af det og bange for at få det værre ved at sige det højt, og at de sammen kunne se på, hvordan det kunne blive mere trygt at tale om sådanne følelser. Dette havde medført en uddybet om end fortsat skrøbelig kontakt.

(Gen)skabelsen af et analytisk rum i det terapeutiske arbejde kan i relation til patienter præget af psykisk tilbagetrækning i perioder være særlig vedkommende i supervisorsrummet. Dette omhandler bl.a. at finde mening i den emotionelle kommunikation, hvilket skal belyses i det følgende.

6.1 Modoverføringsproblemer og at finde mening i kommunikationen

Når en psykotisk patient præget af psykisk tilbagetrækning oplever realiteten som ubærlig, og kontakten til terapeuten og den fælles realitet indimellem forvrænges med udgangspunkt i en patologisk personlighedsorganisering, kan terapeuten føle et pres i retning af at tilpasse sig under de regler, der gælder for den psykotiske "orden".

Hvis terapeuten insisterer på at tolke eller hjælpe patienten med at opnå indsigt i den psykotiske tilbagetrækning, kan tilbagetrækningen risikere at blive forstærket. Terapeuten må således søge at undgå at presse sin patient til at forlade sit "sikre" sted, som han eller hun har trukket sig tilbage til, uden at have patienten med i det (Steiner, 2002). Terapeuten må på den anden side heller ikke forholde sig for distant og passivt til patientens tilbagetrækning eller ubevidst "bakke op om" tilbagetrækningen som det eneste sikre sted – hvorved terapeuten nemt kan opfattes som én, der har givet op (ibid.). Ud-

fordringer i denne balance mellem nærhed og afstand kan ofte medføre ubehagelige modoverføringsfølelser, som gradvist må afgiftes for at bane vej for en god-nok kontakt. Det er dermed ikke de ubehagelige følelser i sig selv, der udgør problemet, men en manglende afgiftning og forståelse af følelserne, der kan medføre en positionering i enten for stor distance eller for massivt og invaderende et pres i retning af at opgive tilbagetrækningen.

Steiner (2002) skelner i forbindelse med terapeutens ubehagelige modoverføringsfølelser mellem forståelse (*understanding*) og at blive forstået (*being understood*):

“the patient who is not interested in acquiring understanding – that is, understanding about himself – may yet have a pressing need to be understood by the analyst” (Steiner, 2002, p. 132).

Dette ønske kan være mere eller mindre bevidst, men overføringen til terapeuten er her ofte præget af angst, hvilket terapeuten må forholde sig til uden at reagere på det (*acting-out*). Terapeuten må med andre ord rumme og håndtere både det indhold (f.eks. angst), patienten projicerer over på terapeuten, og samtidig sine egne modoverføringsreaktioner. *Tolkninger*, der vedrører patientens problemer, ønsker og angst i relation til det projicerede materiale, kan svække kontakten og i stedet for opleves som angreb fra terapeuten side. Det projicerede materiale skal i denne sammenhæng – for en tid – bæres og “fordøjes” af terapeuten. Det kan således være befordrende i supervisorsrummet at reflektere over budskabet i den ordløse kommunikation, der formidles gennem f.eks. projektiv identifikation, med henblik på – ikke at afdække en skjult forklaring – men at skabe mening (jf. Killingmo, 1989).

Dette kan være et vigtigt element i supervision af terapi med psykotiske patienter, særligt når terapeuten overvældes af forvirring, kaos eller angst – eller modsat følelser af afstand, fravær af kontakt og opgiveness. Ved at have fokus på disse modoverføringsfølelser i relation til patienten kan supervisor sammen med terapeuten søge at skabe en refleksiv afstand til og forståelse af, hvad det er, patienten forsøger at fortælle og kunne have brug for, at terapeuten “hører”.

Endvidere er det vigtigt, at terapeuten formår at holde til de stærke følelser, som patienten selv oplever som ubærlige, for at følelserne i det hele taget *kan gøres* håndterbare og meningsfulde (Casement, 1999). Her kan supervision have den funktion, at terapeuten ikke står alene, og at et analytisk rum kan skabes, ligesom terapeuten kan formidle til patienten, at heller ikke han eller hun står helt alene.

Hvis patienten eksempelvis er præget af psykisk tilbagetrækning, er det et tilbagevendende tema at forholde sig til, hvordan det terapeutiske rum bliver sikkert nok, og den terapeutiske relation bliver tryk nok til, at patienten “tør”

bevæge sig tættere på kontakt med både terapeuten og den fælles realitet. Tryghed og sikkerhed kan i en længere periode være et primært fokus, hvor patientens skiftevis tilstedeværelse i kontakten og tilbagetrækning kan give et signal til begge parter om, at noget føles utrygt i deres relation, når tilbagetrækning og psykotisk angst forstærkes. I stedet for at tolke på den psykotiske angst kan formidlingen til patienten bestå i, at terapeuten ser, at der er noget, der har gjort patienten utryg, og give mening til det.

En terapeut fortalte sin supervisor, at hans patient ofte hallucinerede, også i terapisesionerne, og meget gerne bragte indholdet af hallucinationerne på banen i ønsket om at forstå, hvad de betød. Terapeuten ville gerne imødekomme patienten og sammen skabe en forståelse af, hvad indholdet i hallucinationerne var et udtryk for, med det formål at mindske det pres, de udøvede på patienten. Han oplevede dog, at patienten blev stadig mere højttalende, når hun fortalte om sine hallucinationer, som hun udmærket kunne identificere som hallucinationer, og at hans egne bestræbelser på at forstå dem ikke gjorde hende mere rolig. Supervisor og supervisand kiggede nu nærmere på, *i hvilke sammenhænge* hallucinationerne dukkede op, og reflekterede over, om de mon var et budskab til terapeuten om, at hun følte sig utryg. I så fald skulle terapeuten ikke så meget gå ind i *indholdet* af hallucinationerne som at lytte til *kommunikationen* fra patienten om, at hun følte sig utryg – og at hallucinationernes opdukken fortalte dem, at lige nu var der noget, der blev utrygt (invaderende) for hende. Tilbagevendende refleksioner i supervisorsrummet over, hvad det er, patienten forsøger at fortælle i den emotionelle kommunikation, kan således være centralt.

Modoverføring står naturligvis ikke alene som relevant at inddrage i supervision af psykoterapi med psykotiske patienter, men måske er det særlig brugbart at have fokus på dette, når der er brud i kontakten, truende svækkelser i den terapeutiske alliance, risiko for en for tidlig afslutning, tendens til psykisk tilbagetrækning og andre umiddelbart hindrende aspekter. Supervisor kan her formidle til terapeuten, at terapeutens reaktioner, eventuelle oplevelser af kaos, frygt, afvisning eller forvirring kan finde mening, rummes og forstås.

Det analytiske rum kan naturligvis også udfordres af supervisors påvirkning og håndtering af det fremlagte materiale og af relationen til terapeuten. Supervisors modoverføring er således også af betydning. Dette kan bl.a. komme til udtryk i parallelprocesser, som kort skal uddybes i det følgende.

6.2 Parallelprocesser

Gabbard og Wilkinson (1996) mener, at supervisorer på samme måde som terapeuter i terapien må lade sig skabe af de kliniske observationer, der fremlægges i supervision, og de projektive identifikationer, der kommer til udtryk fra terapeuten. På samme måde som terapeuten gør med sin patient, vil supervisor opleve sig selv på en måde, der er specifik for netop denne tera-

peut og hans eller hendes patient (ibid.). I supervision er supervisors interaktion med supervisanden således ikke kun en dyadisk relation, men som minimum triadisk:

... sættes der parentes om de overordnede kontekster, som supervisionen er indlejret i ... er der tale om et system, der mindst består af en klient, en terapeut/supervisand og en supervisor – eller to dyader, nemlig klient-terapeut- og supervisand-supervisor-dyaderne, og deres gensidige indvirkning på hinanden. Parallelprocesser beskæftiger sig netop med dette (Jacobsen & Mortensen, 2017, p. 230).

Hvordan de (minimum) to dyader indvirker på hinanden, kan være svært at afgøre, hvorfor det er vigtigt, at supervisor også inddrager sin egen rolle i sine refleksioner over den dynamik, der finder sted. I det omfang, en patients psykotiske angst imidlertid kan tænkes at være særlig aktiverende for terapeutens indre dynamik, egen angst og eget forsvar, kan det tænkes *potentielt* at skabe en parallel proces i supervisionsrummet – at eksempelvis angstens følte tilstedeværelse og forvaltningen af denne *kan* blive et centralt tema i supervisionen, hvis den ikke reflekteres over. Et eksempel fra en psykiatrisk afdeling kan illustrere dette, hvor supervisor senere i forløbet bliver opmærksom på sin egen rolle i håndteringen af de specifikke følelsesmæssige vanskeligheder:

En ung terapeut kom til supervision med en klient, som var meget ustabil, vred og svært selvskadende, ofte på et psykotisk grundlag, hvor stemmer og uvirkelighedsfølelser kunne forstærke de selvskadende impulser. Terapeuten ville gerne have supervision på, hvad hun skulle *gøre*, da hun følte sig handlingslammet og magtesløs, ikke mindst fordi fremmødet var så ustabil, som det var. Supervisor lyttede til terapeutens oplevelser og delte derefter med terapeuten, at han syntes, hun skulle afslutte forløbet. Det var tydeligt, at det ikke bar frugt, og når patienten ikke mødte stabilt op, var det svært at arbejde terapeutisk med hende. Patienten skulle derfor afsluttes med det samme og alene fortsætte med sin socialpsykiatriske kontakt.

Terapeuten havde det efterfølgende svært med supervisors beslutning og besluttede sig for at tage det op med supervisor igen. Her delte hun med ham, at hun havde mod på at give forløbet en chance og i højere grad fokusere på sammen med patienten at få en større forståelse af, hvad der var på færde imellem dem, og hvad der gjorde det svært at komme. Supervisor tilkendegav, at han havde reageret for hurtigt, og bakkede op om, at forløbet fik "en chance til" – med fokus på at få patienten i tale om det, der var så vanskeligt ved at komme.

Det kan diskuteres, om supervisors hurtige afvisning af forløbet og opfordring til at afslutte patienten er et udtryk for en egentlig parallelproces, men det er en mulighed, der må overvejes: at terapeutens stærke oplevelse af handlingslammelse og magtesløshed samt pres i retning af at *gøre noget*

“smittede” supervisor på en måde, der ikke blev reflekteret over, men snarere handlet på med beslutningen om afslutning.

I dette eksempel var det supervisanden, der vendte tilbage til supervisor, som med sin henvendelse åbnede op for en frugtbar refleksionsproces de to imellem, og som i sidste ende kom patienten til gode. Supervisandens opmærksomhed på problemstillingen blev endvidere en del af forståelsen af kommunikationen med patienten: vigtigheden af at skabe et rum til patienten, hvor *hun* kunne begynde at tale om det, der var vanskeligt (ved at komme til terapisesessionerne).

I dette lys kan man sige, at arbejdet med udfordringer i den terapeutiske relation mellem terapeut og patient ikke alene må omfatte en opmærksomhed på terapeutens modoverføringer, men også supervisors opmærksomhed på egne reaktioner og egen rolle – måske særligt der, hvor angst, tvivl eller negative følelser hos supervisor udfordrer det analytiske rum i supervisionen.

Udvikling af tillid, tryghed og kontakt er vigtige grundsten i et godt supervisionsforløb, hvor momentane svækkelser i relationen og (mindre) uoverensstemmelser ofte kan håndteres konstruktivt. Imidlertid kan arbejdet med modoverføring indimellem sætte supervisor i et dilemma, der handler om, hvornår og hvordan kilder til modoverføring kan og skal identificeres. Dette synes der ikke umiddelbart at være et klart og endegyldigt svar på, hvilket i sig selv kan siges at være en pointe. Spørgsmålet indeholder både individuelle og generelle faglige perspektiver og herunder også etiske overvejelser (f.eks. hvor tæt på sin supervisand kan man gå). I det følgende skal emnet ganske kort berøres, da det af og til kan indgå som en del af supervisors refleksioner over håndteringen af terapeutens modoverføring og projektive identifikationer.

7. Modoverføringens kilder og supervision

Som tidligere beskrevet, har der været divergerende opfattelser af, hvad modoverføring betegner, og hvilken rolle hhv. terapeutens og patientens følelser spiller i skabelsen af modoverføring. Min opfattelse af modoverføring afspejler det synspunkt, at modoverføring kan ses som et *samspil* af patientens overføring og mulige projektioner på den ene side og terapeutens modtagelse af overføringen og projektioner på den anden side, men at modoverføringsfølelser også kan henvise til terapeutens egne konflikter og følelsesmæssige dilemmaer, som ikke er afklaret eller accepteret tilstrækkeligt af terapeuten, og som derfor kan udspille sig i relation til patienten, uden at dette er klart for terapeuten.

Et spørgsmål, der melder sig i supervision, kan derfor være, hvordan og hvornår supervisor skal forholde sig til terapeutens modoverføring som no-

get, der kan afspejle en meningsfuld kommunikation fra patienten, og hvornår det drejer sig om terapeutens egne forhold – eller en blanding. Hvis en patient er præget af psykisk tilbagetrækning, og terapeuten har vanskeligheder med afvisning i sit eget liv, kan terapeutens følelse af opgivenhed ikke kun hidrøre fra patientens tilbagetrækning, men måske i lige så høj grad fra terapeutens egen problematik. I forlængelse af dette skriver Casement (1999, p. 94): “whose pathology is operating at any given moment, the patient’s or the therapist’s, and how can we distinguish one from the other?”

Dette *kan* betyde, at supervisor indimellem må være opmærksom på, om eventuelle modoverføringsreaktioner beskrevet af terapeuten vedrører private modoverføringer (dvs. affektive reaktioner, der har med terapeutens egen livshistorie og levede liv at gøre). Dette kan *eksempelvis* være en supervisand, der gentagne gange beskriver samme slags reaktioner i relation til forskellige patienter og problemstillinger; en supervisand, der møder sin supervisor med tilbagetrukkethed og afvisning eller devaluering, når samtalen omhandler bestemte emner eller (sårbare) følelser; modoverføringsfølelser, som ikke bakkes op af andre aspekter i de terapeutiske sessioner; eller reaktioner fra patientens side, som kan forstås i lyset af noget, terapeuten fik formidlet ud fra egne behov – som f.eks. hvis terapeuten forsvare sig mod skyldfølelse, udløst af patientens vrede og anklager, ved at trække sig fra patienten, hvorefter patienten efterfølgende udebliver.

Selvom sådanne følelser i sidstnævnte eksempel måtte være aktiveret af noget, der sker i relation til patienten, kan det være en hjælp for terapeuten og dermed hendes relation til patienten at acceptere det, der tilhører hende selv (f.eks. egen tilbøjelighed til at trække sig, når hun møder vrede og anklager, der inducerer følelser af skyld). I accepten af det, der tilhører terapeuten selv, kan der opstå en åbenhed over for og en forståelse af terapeutens eget bidrag til det, der foregår i den terapeutiske relation – en potentiel uddybning af det analytiske rum.

Ved at acceptere vanskelige sider hos sig selv kan terapeuten endvidere repræsentere en holdning i relationen til patienten, hvor det, der er vanskeligt, ikke opfattes som farligt eller (for) skræmmende. Ofte er det ikke kun indholdet, men i lige så høj grad terapeutens sindstilstand og *måde* at forholde sig til patienten på, der fornemmes af patienten, og således også terapeutens *grundholdning* til eksempelvis vanskelige følelser.

8. Afslutning

Oplevelsen af at blive afvist, udsat og isoleret kan hos nogle psykotiske patienter medføre en forstærket følelse af depersonalisering, som i forvejen kan være en del af patientens selvoplevelse. Vigtigheden af at skabe en emotionel kontakt, hvor patienten kan knytte en forbindelse til sin terapeut, til sig selv og til realiteterne, kan være en krævende, langvarig og udfordrende

proces for både terapeut og patient, som indimellem trues af brud i kontakten, "psykisk" tilbagetrækning og stærke projektive identifikationsprocesser, hvor terapeuten selv bliver trukket ind i projektionerne på en måde, der kan vanskeliggøre eller hindre det terapeutiske arbejde.

Supervision i en tillidsfuld relation til supervisor kan her fungere som et analytisk rum, hvor terapeuten kan "finde" sig selv igen i relation til sin patient og derved undgå, at han eller hun reagerer på sine modoverføringsfølelser af f.eks. angst og forvirring med afvisning eller for tidlig afslutning af et terapeutisk forløb til følge. Når terapeutens følelser kan rummes og reflekteres over i supervisionen, kan disse følelser potentielt være med til at give mening til den kommunikation, der formidles af patienten, herunder de følelser, patienten eventuelt finder ubærlige, og som må bæres af terapeuten, uden at denne går i stykker af det.

Modoverføring og projektiv identifikation er langt fra det eneste, der er centralt at have fokus på i supervision af psykoseterapi, men det kan tænkes at være særlig vigtigt der, hvor den terapeutiske relation er truet, hvor terapeuten begynder at tvivle på, at psykoseterapi nytter noget, og patienten trækker sig tilbage til sin egen verden, hvorfra realiteten (delvist) fornægtes.

REFERENCER

- Bion, W.R. (2003). *Second Thoughts*. London and New York: Karnac.
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object*. London: Free Association Books.
- Casement, P. (1999). *On Learning from the Patient*. East Sussex and New York: Brunner-Routledge.
- Cullberg, J. (2006). *Psychoses. An Integrative Perspective*. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Freud, S. (1992). *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gabbard, G.O., & Wilkinson, S.M. (1996). *Borderline-behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hedegaard, A.E. (2016). Supervisionsalliancen. Et longitudinalt processtudie af svækkelser i supervisionsalliancen. Ph.d.-afhandling. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31 (pp. 81-84).
- Hinshelwood, R.D. (2013). Suffering the impact: Psychosis and the professional caregiver. In A. Gumley, A. Gillham, K. Taylor & M. Schwannauer (Eds.), *Psychoses and Emotion* (pp. 84-98). London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Hjulmand, K. (1998). Modoverføring – Psykoanalysens askepot. *Psyke & Logos*, 19, 106-120.
- Jacobsen, C.H., & Mortensen, K.V. (2017). *Supervision af psykoterapi og andet behandlingsarbejde. Almen og psykodynamisk supervisionsteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70 (pp. 65-79).
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In J. Mitchell (Ed.) (1991), *The Selected. Melanie Klein*. England by Clays Ltd: Penguin Books.

- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C., & de Haan, L. (2013). Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87, 127-154.
- Larkin, W., & Read, J. (2008). Childhood trauma and psychoses: Evidence, pathways, and implications. *Journal of postgraduate Medicine*, 54(4), 287-293.
- Ogden, T.H. (1990). *The Matrix of the Mind. Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. Maresfield Library, London: Karnac.
- Ogden, T.H. (2004). *The Primitive Edge of Experience*. London and New York: Karnac.
- Petersen, B. (2015). Supervision af psykologkandidater i privat praksis. Ph.d.-afhandling. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Racker, H. (2002). *Transference and Countertransference*. London and New York: Karnac.
- Rønnestad, M.H., & Reichelt, S. (1999). *Veiledning i psykoterapeutisk arbeid*. In M.H. Rønnestad & S. Reichelt (Eds.), *Psykoterapiveiledning* (pp. 13-33). Oslo: Tano Aschehoug.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1994). *Patienten og analytikerens. Psykoanalysens kliniske struktur*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Schwannauer, M. (2013). Attachment, mentalisation and reflective functioning in psychoses. In A. Gumley, A. Gillham, K. Taylor & M. Schwannauer (Eds.), *Psychoses and Emotion* (pp. 68-84). London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Steiner, J. (2002). *Psychic Retreats. Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. East Sussex and New York: Brunner-Routledge.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W. ... Bentall, R.P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychoses: A meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671.
- Winnicott, D.W. (1974). *Playing and Reality*. London: Pelican Books.