

ER DET HÅRDT AT VÆRE PSYKOTERAPEUT? – EN DISKUSSION AF BEGREBET ”OMSORGSTRÆTHED”

Mette Thuesen¹

For mere end 40 år siden begyndte det at blive almindeligt at snakke om, at man som professionel hjælper kan blive udbrændt, og fra 1990'erne blev også udtrykket sekundær traumatiseret et udbredt begreb knyttet til risiko ved arbejdet med mennesker (Bang, 2002/2013; Cieslak et al., 2014). Inden for de seneste år er udtrykket omsorgstræthed dukket op – på engelsk ”compassion fatigue” – som en beskrivelse af en slags udtømmelse af den professionelle hjælpers reservoir af gode følelser. ”Medfølelse koster” hedder det blandt andet i danske og norske fagtekster om emnet.

Fokus for denne artikel er dette nye begreb, og artiklen er en undersøgelse af, hvordan der i faglitteraturen om og til psykoterapeuter argumenteres for idéen om, at kontakten med lidende mennesker skulle slide på os. Jeg argumenterer for, at der ligger alvorlige misforståelser bag disse beskrivelser af vores arbejdssituation, og jeg overvejer, hvad disse misforståelser kan handle om, og hvilke konsekvenser de kan have for psykoterapeuten (og for patienterne). Jeg argumenterer for, at der er en grundforståelse i denne litteratur omkring det at hjælpe mennesker, som i sig selv kan udgøre en risiko for psykoterapeuten.

Inspireret af psykoterapiforskning, og primært psykoanalytisk teori om terapeutens rolle, argumenterer jeg endelig for, at det – enkelt sagt – ikke er arbejdet med at hjælpe andre, som kan dræne os, men måden, vi går til dette arbejde på, og at der faktisk kan være (mulighed for) en beskyttelse i selve den professionelle psykoterapeuts aktive medleven i processen med patienten.

Nøgleord: omsorgstræthed, empati, emotions regulering, psykoterapeutisk proces, psykoterapi

Keywords: compassion fatigue, empathy, emotions regulation, psychotherapeutic process, psychotherapy

¹ Mette Thuesen, cand.psych., specialist i psykoterapi, ekstern lektor.
Mail: psykologthuesen@mail.dk.

Indledning

Arbejdet som psykolog og psykoterapeut beskrives i litteraturen om omsorgstræthed med udtryk som krævende, hårdt og belastende. Men det mest overraskende for mig i beskrivelserne er påstande om, at arbejdet som psykoterapeut kan skade os, fordi vi bliver smittet og belastet af patienternes² lidelse. De danske psykologer Janne Høgh og Halfdan Thorsø Skjerning (2018a) er fortalere for relevansen af begrebet omsorgstræthed og skriver: ”Møderne med lidende klienter indebærer en forhøjet risiko for at overbelaste hjælperens nervesystem” (Høgh & Skjerning, 2018a).

Høgh (2017a) skriver i en fagartikel på Dansk Psykolog Forenings hjemmeside: ”Det er af stor betydning for klientens bedring at blive mødt af én, som forsøger at forstå og fornemme, hvordan klienten har det. Men indfølelse og medfølelse lytten til traumatiserede klienters lidelse ’koster’ ”. Høgh citerer herefter den amerikanske psykolog Charles R. Figley, som ofte nævnes i litteraturen om omsorgstræthed: ”The very act of being compassionate and empathic extracts a cost under most circumstances. In our effort to view the world from the perspective of the suffering we suffer. The meaning of compassion is to bear suffering” (Figley, 2002, p. 1434).

Udbrændthed beskrives ofte som et resultat af langvarig stress hos den professionelle hjælper som følge af konflikt mellem, hvad der ønskes at opnås, og hvad der er muligt (Bang, 2002/2013, p. 43). Symptomerne på udbrændthed er blandt andet en oplevet følelsesmæssig nedslidning, hvor arbejdet med patienter kan virke uoverkommelig og/eller uinteressant. Sekundær traumatisering er specifikt knyttet til den professionelles arbejde med traumatiserede patienter, hvor den professionelle hjælper, på baggrund af sin egen historie, reagerer med psykiske belastningsreaktioner ”i selve udsættelsen af traumets realitet gennem samværet med klienten” (ibid., p. 255). Oplevelsen af traumet, som bliver delt med den professionelle hjælper, påvirker således den professionelle hjælper, så denne får symptomer, som om det var hjælperen selv, der havde været udsat for traumet. Hvor udbrændthed opstår gennem længere tids stress ikke direkte knyttet til patienterne, er sekundær traumatisering knyttet til en eller flere konkrete oplevelser med patienter³. Figley satte i 2002 lighedstegn mellem begreberne sekundær traumatisering og compassion fatigue, hvor symptomerne er de samme ved de to tilstande (Figley, 2002, p. 1435), samtidig med at han indikerede, at medfølelse med patienterne i sig selv kan udløse symptomerne. Begrebet omsorgstræthed bliver i de danske og norske fagskrifter knyttet til de samme

2 For læsevenlighedens skyld bruges udtrykket patient gennemgående i denne artikel frem for f.eks. klient, medmindre en anden betegnelse optræder i et citat.

3 Det er ofte vanskeligt i tekster på området at få klare definitioner – og der kan også opstå uklarhed ved andre tilstødende begreber, som f.eks. vikarierende traumatisering. Se Susanne Bang (2002/2013) for uddybende og meningsfulde definitioner.

symptomer, som kan udløses af udbændthed og sekundær traumatisering. I disse tekster vægtlægges blandt andet, at det er selve kontakten med patientens lidelse, som er belastende, uanset terapeutens egen historie og baggrund. Så hvor udbændthed og sekundær traumatisering er et samspil mellem terapeutens person eller vilkår og arbejdet med patienten, fremstilles omsorgstræthed som en belastning, der sker *uafhængigt af terapeutens person og arbejdsvilkår via selve eksponeringen for patientens lidelse*. I et interview siger den norske psykolog Per Isdal ligefrem, at omsorgstræthed ”er en form for udbændthed, som er helt særegen, fordi vi bliver svækket af den lidelse hos andre, som vi er sat i verden for at lindre” (Schelde, 2020).

I de danske og norske fagtekster om omsorgstræthed pointeres det, at der er flere medvirkende årsager bag udviklingen af omsorgstræthed. Centralt i argumentationen står ændringer i social- og sundhedsvæsenet, hvilket de beskriver har medført forringelser i mange psykologers muligheder for trygge og tilfredsstillende rammer og vilkår omkring psykoterapeutisk arbejde. Der er for mig ikke nogen tvivl om, at der bør sættes fokus på disse vilkår, men det er ikke emnet for denne artikel. Artiklens formål er at undersøge påstanden om, at selve arbejdet skulle være belastende for psykoterapeuten, så jeg vil lade de organisatoriske rammer og vilkår, som arbejdet udspiller sig under, træde i baggrunden.

Fra litteratur om udbændthed og sekundær traumatisering ved vi, at terapeutens egen historie og problematikker spiller ind i udviklingen af disse lidelser (Se f.eks. Bang, 2002/2013, og Wheeler, 2007). I beskrivelser af omsorgstræthed vægtlægges også, at udvikling af omsorgstræthed kan påvirkes af samme forhold. Det beskrives f.eks. både hos Isdal (2018) og Høgh (2017a), at mennesker, som søger hjælpefag, kan bringe egne psykiske problemer og belastninger ind i arbejdet, og dermed kan den professionelle hjælpers egne tematikker og konflikter blive aktiveret, når patienters problemer minder én om det, man selv kæmper med. Samme forfattere nævner også som medvirkende årsag til omsorgstræthed, at mange professionelle hjælpere netop bringes ind i faget af en opvækst, hvor de har fungeret som ”hjælpere” for betydningsfulde andre. Denne baggrund kan gøre dem mere sårbare over for situationer, hvor det f.eks. er svært eller ikke muligt at hjælpe. Det nye, når det tales om omsorgstræthed frem for udbændthed og sekundær traumatisering, er idéen om, at arbejdet i sig selv opfattes som drærende og sundhedsskadeligt, *uafhængigt* af psykoterapeutens tilgang til arbejdet.

Måden, terapeutens rolle beskrives, både implicit og eksplicit i litteraturen om omsorgstræthed, er et andet bemærkelsesværdigt forhold. Som citeret ovenfor siger Isdal (2018), at det er terapeutens opgave at lindre lidelsen hos patienten. Psykologen Pia Von Hirsch (2019) skriver i en artikel om omsorgstræthed på den norske psykologforenings hjemmeside at ”man er instrumentet, som skal helbrede”. Jeg vil i denne artikel argumentere for, at denne måde at se ens egen opgave som terapeut i sig selv vil være belastende,

og jeg vil overveje, om der kan være en sammenhæng mellem ændringer i synet på terapeutrollen og idéen om omsorgstræthed.

Jeg vil i det følgende først undersøge påstanden om, at vi skulle kunne blive syge af at være psykoterapeuter for mennesker, der på forskellige måder lider, og derefter vil jeg undersøge forventningerne til terapeutrollen og det terapeutiske arbejde i litteraturen om omsorgstræthed – og jeg vil overveje mulige konsekvenser for terapeuter, hvis terapeutisk arbejde forsøges udført som beskrevet.

Når der i medierne skrives om omsorgstræthed, nævnes Per Isdals bog fra 2017 *Vold smitter* (på dansk 2018: *Medfølelsens pris*) ofte som talerør for problematikken, både af psykologer og af andre faggrupper, der arbejder som professionelle hjælpere. Jeg vil derfor anvende hans bog i undersøgelsen af påstanden om, at vi skulle blive slidt af patienternes lidelse, og ligeledes vil jeg fokusere på hans bog i undersøgelsen af synet på terapeutens rolle. På baggrund af kritisk læsning af Isdals bog skiftevis redegøres for og diskuteres hans standpunkter.

Belastet af patientens lidelse?

Isdal (2018) definerer omsorgstræthed som terapeutens og hjælperens unikke blanding af sekundær traumatisering og udbrændthed (ibid., p. 31). Isdal beskriver sin egen vej gennem et intenst og travlt arbejdsliv som terapeut primært for patienter med voldelig adfærd og deres pårørende, hvor han endte med at blive syg af arbejdet. Han er gennem bogen opmærksom på personlige faktorer, som var med til at belaste ham, såsom ønsket om at præstere og få anerkendelse fra kollegaer. Samtidig påstår han tilbagevendende i bogen, at selve arbejdet med lidende mennesker skader os. Han beskriver f.eks., at ”hjælperen absorberer andre menneskers lidelse, næsten som om den har ramt hjælperen selv. Gennem hjælperens indlevelse og empati bliver hjælperen ”stedfortræder” i mødet med den uretfærdighed og de krænkelser, klienterne har oplevet” (ibid., p. 31). Et andet sted i bogen skriver han: ”Jeg var i meget lang tid eksponeret for mine klienters sorg, skam og ensomhed. Deres følelser var flyttet ind i mig og i min krop. Jeg havde absorberet deres emotioner” (ibid., p. 170).

Flere gange gennem bogen skriver Isdal om den store mængde af patienter, han har haft kontakt med, hvor samtalerne handlede om vold. ”... vi arbejdede med klienter, hvis livssituation, adfærd og historier kunne forgifte vores eget sind” (Isdal, 2018, p. 11). Han konkluderer, at ”det er summen og tyngden af denne vold og lidelse, som jeg mener, var den virkelige belastning i mit arbejde” (ibid., p. 72).

Samlet set kan man sige, at Isdal beskriver en idé om, at man gennem indlevelse absorberer lidelse og dermed belastes (næsten) i samme grad som patienten. Den lidelse, patienten bærer, bliver således ifølge Isdal lagt oven i

vores egen. Denne idé mener jeg, at det er vigtigt at forholde sig undersøgende til. Vi indeholder alle forskellige følelser og kan netop indleve os i patienterne, fordi patientens følelser vækker genklang i os selv. Men hvordan skulle det, at jeg f.eks. mærker patientens fortvivlelse, kunne belaste mig i sig selv? Jeg mærker patientens fortvivlelse; jeg mærker måske derved fortvivlelse som følelse fra mit eget liv. Men hvis jeg er fortrolig med den oplevelseskvalitet og har lært at rumme den i mig selv, hvorfor skulle det så belaste mig over tid? Det kan være ubehageligt at mærke sådanne følelser. Det kan endda være ekstremt ubehageligt at mærke andres svære følelser. Alle terapeuter, tror jeg, har oplevet, at man sidder med en patient og næsten ikke kan holde ud af at være med patienten i de følelser, han eller hun gennemlever. Og man kan være træt bagefter og berørt. Men belastet?

Hvordan argumenterer Isdal for denne idé om, at vi ikke alene kan mærke følelser lig patientens, men at vi også over tid optager patientens følelser og dermed belastes? Isdal argumenterer via et fokus på vores biologiske system. Han skriver:

Man bliver både følelsesmæssigt og fysiologisk aktiveret i mødet med andre menneskers lidelse. Det limbiske system i hjernen aktiveres. Aktiviteten i det autonome nervesystem øges. Det sympatiske nervesystem sætter hele kroppen i beredskab, så man er klar til at møde det, der kommer. Pulsens og blodtrykket øges. Det sker, så der kan pumpes mere blod ud i musklerne. Opmærksomheden skærpes og rettes mod tegn på fare. Arkiveringens indebærer et øget energiforbrug. Hjernen arbejder i højeste gear for at mestre situationen (Isdal, 2018, p. 97).

Isdal beskriver, at længere tids påvirkning af denne belastning vil skabe stress.

Det, Isdal beskriver her, lyder for mig, som at terapeuten er i alarmberedskab ved kontakten med patienten. Men hvorfor skulle man komme i alarmberedskab, fordi man sidder i et – må man formode – nogenlunde trygt terapirum med en patient og hører om voldsomme eller fortvivlende oplevelser og forhold? Isdal fortsætter: ”Hjælpere bruger koncentration og opmærksomhed på at fokusere på arbejdsopgaven og at opnå selvkontrol. De holder bevidst og ubevidst deres egne reaktioner tilbage. De spænder musklerne og kontrollerer åndedrættet” (Isdal, 2018, p. 110). Isdal skriver derefter, at ens faglige kompetence, ens erfaring og ens tilvænning gør, at man med tiden bliver mindre følelsesmæssigt og fysisk aktiveret. Han beskriver tilvænningen, som at man reagerer mindre på patientens lidelse. Denne antagelse om, at vi efterhånden kan reagere mindre, vender jeg tilbage til. Isdals specielle måde at beskrive terapeutens reaktioner på, gjorde mig nysgerrig omkring, hvordan Isdal forstår empati. Hvorfor mener han, at terapeutens opmærksomhed rettes mod farer, og hvad er det for reaktioner, som holdes tilbage?

Hvorfor skulle ens system reagere, som om man er truet? Det er jo bare følelser.

3. Empati – tæt på, men dog separat

I måden, Isdal (2018) bruger begrebet empati, ser det ud til at være synonymt med at føle patientens følelser uden samtidig refleksion. Det virker nærmest, som om der foregår en sammensmeltning, hvor terapeuten ikke har sine egne tanker og reaktioner samtidig med nærværet med patienten. Isdal skriver f.eks.

Du bliver som andre, og derfor føler du som andre (ibid., p. 174).

Hvis du skal overleve psykisk som hjælper, er du nødt til at rationere din empati. [...] Du skal være empatisk, når der er behov for det, men også begrænse indlevelsen, når det er muligt (ibid., p. 174).

100 procent empati er ikke godt, hvis det er ensbetydende med 100 procent spejlende tilstedeværelse i brugerens perspektiv hele tiden. [...] Jeres fuldstændige synkroniserede og spejlende tilstedeværelse vil kun gentage, forstærke og opretholde de følelser, brugere allerede har (ibid., p. 175).

Disse citater viser, at Isdal opfatter empati, som, at man føler det samme som patienten og kun kan få kontakt med sit eget perspektiv ved at dæmpe sin indlevelse og dermed sit nærvær. Retorikken bærer præg af en forestilling om empati og indlevelse som noget, der kan måles i mængde og skrues op og ned for. Læg også mærke til, at Isdal i det sidste citat nævner en konsekvens af hans syn på nærværet med patienten, som jeg tolker, som at man faktisk ikke kan tilbyde patienten et andet perspektiv, hvis man lever sig ind på den måde, som Isdal beskriver det. Jeg vil senere vende tilbage til mulige konsekvenser for patienten af denne måde at forstå empati og dermed terapeuten opgave på. Men først vil jeg sige noget om konsekvenserne for terapeuten.

Isdal er instrumentel i sin beskrivelse af, hvordan terapeuten beskytter sig ved at begrænse empatien. Han råder terapeuter til f.eks. at skrive notater eller se ud ad vinduet indimellem for at ”komme ud af kraftfeltet” (Isdal, 2018, p. 176). Det er for mig overraskende – og bekymrende – at idéen om, at man kan tænke, *samtidig* med at man lever sig ind, ikke eksisterer i dette perspektiv. Med andre ord kan man ifølge Isdal ikke være fuldt til stede med patienten, samtidig med at man har ”rum” i sit eget sind til refleksion. Det, Isdal kalder empati, lyder som sagt nærmest som en sammensmeltning med patienten, eller med andre ord en symbiotisk kontakt med patienten. Hvis det

er denne måde, Isdal – og måske også andre terapeuter – tror, at de skal være i kontakten med patienterne, giver det mening, at patientens følelser vil opleves belastende i sig selv. Jeg vil vende tilbage til dette, men for nu henvise til psykologen og psykoanalytikeren Neville Symingtons tilsyneladende paradoksale opfordring til terapeuten: ”You got to move further away from the patient to get closer.” Han har gennem sit forfatterskab på forskellige måder beskrevet, hvordan det er terapeutens opgave at bevare sig selv i den tætte kontakt med patienten for netop at komme helt tæt på patientens indre verden (Se f.eks. Symington, 1983).

4. Teoretiske perspektiver på empati

Der findes forskellige måder at forstå empati på. I kontrast til Isdals måde at beskrive indlevelse som en spejling af patientens følelser uden kontakt med sig selv og uden refleksion kan f.eks. nævnes, at psykolog Jette Fog (1998) peger på behovet for, at terapeuten er i kontakt med sig selv under den empatiske proces. Under overskriften ”Adskilt i forbundethed” advarer hun mod en symbiotisk sammensmeltning mellem terapeut og patient og skriver ”uden adskillelse er der ingen forbundethed” (Fog, 1998, p. 58-59). Fog citerer også psykologen Carl Rogers for at beskrive, at man i den empatiske proces oplever, som om man er patienten, men at Rogers understreger, at man aldrig må miste ”som om”-præget (Fog, 1994, p. 116).

I den psykoanalytiske tradition beskrives, at det er centralt for den professionelle holdning, at vi har en dobbelt bevidsthed, hvor vi både er fuldt til stede i mødet med patienten, men samtidig observerer os selv og patienten for at skabe et indre rum i os selv til refleksion. Den empatiske proces beskrives således som en interaktion mellem emotionelle og kognitive processer. Psykoanalytikeren Wilfred Bion beskrev dette, som at man lytter til sig selv, som lytter til patienten (Grotstein, 2009, p. 62). Bion beskrev via begrebet reverie (en drømmelignende tilstand) en særlig mental tilstand, man sætter sig i, hvor de følelser og reaktioner, man påvirkes af bevidst og ubevidst, gøres tilgængelig for tænkning hos terapeuten, således at hun eller han kan bruge dem til at forstå patienten på et dybere emotionelt og psykologisk plan (Bion, 1962, p. 36). I denne forståelse er man således fuldt nærværende med patienten i den empatiske proces, mens man samtidig mærker, hvad man selv føler, inklusive hvordan man fornemmer de relationelle processer, og hvordan den terapeutiske proces forløber. Formålet med denne måde at se terapeutens empatiske kontakt med patienten er ikke at beskytte terapeuten. Formålet er udelukkende at gøre terapeuten bedre i stand til at forstå patienten. Men i lyset af måden, empati beskrives hos Isdal (2018), Høgh (2017a) og Figley (2002), håber jeg at vise, at denne måde at se empati og den terapeutiske holdning også indebærer en beskyttelse af terapeuten i den forstand,

at terapeuten ikke risikerer at blive absorberet i patientens perspektiv og miste sig selv.

I litteraturen om omsorgstræthed bliver det tilbagevendende nævnt, at vi skal rumme patienten. Jeg forestiller mig, at dette udtryk er blevet en del af terapeuters hverdagsprog ud fra Bions teori om container - contained. Det er dog en problematisk udlægning. Som Thomas Ogden (2008) beskriver Bions teori, handler den ikke om, at terapeuten skal rumme patientens følelser, men om, at terapeuten skal rumme de følelser, som patienten vækker i ham. Der er en væsentlig forskel på, om vi i virkeligheden skal rumme os selv – frem for at have til opgave at ”rumme patienten”. Med Donald Winnicotts udtryk ”holding” kan der indimellem være behov for, at vi ”holder” patienten, mens denne er i svære følelser og oplevelser, men det er ikke det samme, som at vi overtager patientens indre kamp og lidelse (ibid.).

Hofmeyer, Kennedy og Taylor (2020) forsker i belastninger af professionelle hjælpere og har ledt i neurovidenskaben efter dokumentation for idéen om, at omsorg skulle medføre træthed, og de har fundet, at denne idé ikke kan bekræftes (ibid.).⁴

Opsummerende kan det siges, at det ikke er indlevelsen i patienten, som belaster os. Ofte sidder vi som terapeuter med patienter med stærke følelser, og for at forstå patienten skal vi turde lade os berøre og mærke genklang i os selv. Men det f.eks. at mærke patientens fortvivlelse behøver ikke at være belastende for mig. Det er jo ikke mig, som har oplevet det, som har gjort patienten fortvivlet. Jeg kan dog blive udfordret og måske belastet, hvis jeg af en eller anden grund, som ligger i mit eget følelsesliv, ikke kan rumme at mærke fortvivlelse, eller hvis patientens oplevelser eller stemning vækker erindringer i mig, som jeg ikke har forholdt mig til. Eller måske vækker oplevelsen af patientens fortvivlelse andre vanskelige følelser, som jeg ikke tillader mig eller ikke finder en måde at forholde mig til, og som derfor skaber stress og uro. Sådanne følelser kunne være afmagt og skyldfølelse, fordi jeg ikke kan lindre patientens fortvivlelse; måske irritation eller vrede, fordi jeg tager afstand fra svaghed eller føler mig belemret med patientens svaghed. Eller vrede, fordi jeg føler, at patientens fortvivlelse indeholder en underliggende bebrejdelse af, at jeg ikke har været en god nok terapeut, siden jeg ikke har lindret fortvivlelsen. Terapeuter påvirkes og reagerer, og mulighederne for, hvad patientens følelser og reaktioner kan aktivere i os, er mangfoldige (Thuesen, 2015). Vi kan blive belastede, hvis vi ikke forholder os til disse følelser og reaktioner, som er vores egne – men vi bliver ikke belastede af patientens følelser i sig selv.

4 Se også, hvordan Ledoux (2015) i et omfattende litteraturstudie af engelsksprogede tekster om compassion fatigue har sammenlignet med litteratur om, hvad compassion er som psykologisk fænomen, og konkluderer, at der både er manglende empiriske fund og teoretiske argumenter for, at fænomenet eksisterer.

5. Forskel på *the dealing and the feeling* – og behovet for kun at have gode følelser

Isdal (2018) mener som sagt, at man sammen med patienten holder sine egne reaktioner tilbage (p. 110). I beskrivelsen af terapeutens oplevelser sammen med patienten skriver Von Hirsch (2019) ligeledes, at ”egne behov, følelser og meninger dempes, så man kan gøre nøjagtig det man tror den andre trenger for å bli friskere, raskere, sterkere.[...] man inntar rollen som emosjonell container og undertrykker sitt eget hver eneste dag”. Når Isdal og Hirsch skriver, at man holder egne reaktioner tilbake eller undertrykker sit eget som terapeut, kan man overveje, om det glemmes, at der er forskel på at mærke følelser og at handle på dem; at der er forskel på ”*the feeling and the dealing*”. Hvis man kan rumme sine egne følelser, kan man således vælge at føle og tænke alt muligt – uden at handle på det. Men det kan også tænkes, at denne idé om, at egne reaktioner holdes tilbage, handler om, at det kun er de gode følelser, terapeuten forventes at føle over for patienten. Jeg har tidligere skrevet om terapeuters behov for at opleve sig selv som god (Thuesen, 2015). Jeg beskrev da blandt andet flere psykoanalytiske forfatters påpegning af terapeuters tendens til at se sig selv som ikke havende nogen følelser eller kun positive følelser over for patienten, og de problemer, denne forventning giver i forhold til at forstå sig selv – og patienten. Harold Searles (1979) beskriver f.eks., at vi som terapeuter også er mennesker med behov, og vi kan reagere med følelser af skuffelse, vrede og endnu stærkere følelser over for patienten, og at vi har behov for at være i kontakt med disse følelser for at forstå vores egen andel af det, som foregår i relationen (ibid., p. 50). Som beskrevet ovenfor mener Isdal (2018), at terapeutens erfaring vil gøre, at han eller hun efterhånden bliver mindre berørt af patientens lidelse, hvilket han giver indtryk af at mene, er en positiv udvikling. Inden for den psykoanalytiske tradition anses oplevede følelser af enhver art som vitaliserende, og der er ingen forventning om, at terapeuten med tiden bliver mindre berørt. Searles skriver det således: ”One does not become free from feelings in the course of maturation [...]; one becomes, instead, increasingly free to experience feelings of all sorts” (Searles, 1966, p. 323).

Hvordan man forstår den empatiske proces, hænger sammen med, hvordan man forstår terapeutens rolle og opgave. Jeg vil i det følgende komme med nogle nedslag omkring ændringer i synet på terapeutrollen inden for teori og psykoterapiforskning, hvorefter jeg vil overveje, om der er en sammenhæng mellem disse strømninger og den aktuelle optagethed af begrebet omsorgstræthed.

6. Teoretiske ændringer i synet på terapi og terapeutrollen

Der er gennem flere år generelt sket ændringer i synet på betydningen af den terapeutiske relation og terapeutens rolle i den terapeutiske proces.

Inden for dele af psykoanalysen har mange beskrevet det ændrede syn på betydningen af de primære relationer for personlighedsdannelsen (se f.eks. Mortensen, 2001), hvilket også har haft betydning for synet på den terapeutiske relation. Kvaliteten af de primære relationer ses således nu inden for flere psykoanalytiske retninger som mere central for personlighedsdannelsen, end man så det på Freuds tid, og sideløbende er også betydningen af relationen mellem terapeut og patient kommet mere i fokus som et vigtigt aspekt i den terapeutiske proces. Synet på betydningen af terapeutens adfærd i relationen har herigennem ændret sig. Psykoanalytiker Bjørn Killingmo (2006) peger på, at mere forstyrrede patienter, som ikke tidligere blev anset for egnet til psykoanalytisk psykoterapi, har brug for en mere bekræftende atmosfære end den traditionelt neutrale analytiker for at føle sig tryk nok til at gennemgå den terapeutiske proces. Psykolog Daniel N. Stern (2004, p. 148) beskriver, at fokus på intersubjektivitet som et primært motivationssystem fastlægger, at den terapeutiske relation skabes i samspil mellem terapeut og patient, og at det efter hans mening gør, at det intrapsyke er blevet sekundært i forhold til det intersubjektive.

Psykoanalytiker David Tuckett (2011) peger på, at de nye forståelser af betydningen af relationen til de primære tilknytningspersoner for barnets udvikling hos nogle terapeuter ureflekteret bliver overført til den terapeutiske setting og relation. Han argumenterer for, at en sådan overførsel sker, uden at der er teoretisk, endsige empirisk, belæg for, at det vil være gavnligt for patientens udvikling. Han fremhæver blandt andet, at der er fremkommet nye opfattelser af, at patientens relation til terapeuten kan give patienten et nyt objekt (et bedre objekt end forældrene) eller en ny oplevelse, hvilket i sig selv skulle være helende, men at de teorier, der står for disse standpunkter, ikke eksplicit gør rede for, hvordan det at give patienten en ny oplevelse eller et nyt objekt i sig selv skulle kunne skabe forandring (ibid., p. 1387). Tuckett (2012) advarer mod, at terapeuter risikerer at optage disse idéer uden at reflektere over, hvad psykologisk forandring er, og hvad det er ved terapi, som kan skabe forandring (ibid., p. 105). Jeg fremhæver Tucketts pointe, fordi jeg mener, at man kan se måden, terapeutrollen beskrives, f.eks. af Isdal (2018) og Von Hirsch (2019), som et udtryk for en ureflekteret idé om, at terapeutens rolle er at hele patienten. Denne pointe vil jeg vende tilbage til.

7. Psykoterapiforskningens dokumentation af relationens betydning

Også i refereringen af psykoterapiforskningen og i dele af psykoterapiforskningen optræder relationen som central. Dog nogle gange på det, jeg hævder er problematiske måder, hvilket jeg vil diskutere i det følgende.

Psykoterapiforskning fortæller os, at kvaliteten af relationen mellem terapeut og patient er central for patientens udbytte af behandlingen (se f.eks. Henry, Schacht & Strupp, 1990, p. 768; og Lambert, 2013, p. 202).

Ofte bliver disse fund tolket derhen, at det er selve relationen eller faktorer i relationen, som *fører* til udbytte af psykoterapi. Psykolog Bo Møhl (2013) bruger f.eks. i kapitel 1 i bogen *Psykoterapiens ABC*, udtrykket, at de non-specifikke faktorer, herunder relationen mellem terapeut og patient, er dokumenterede *virksomme* faktorer i psykoterapi (ibid., p. 16 og pp. 18-19). Efter gennemgangen af psykoterapiforskningens resultater skriver psykolog Michael Lambert mere forsigtigt: "Such ratings indicate that relationship variables not only predict positive change but may produce it as well" (Lambert, 2013, p. 202). Forskellen på de to beskrivelser af betydningen af relationen er således, at Møhl tolker psykoterapiforskningen derhen, at relationelle faktorer er *virksomme i sig selv*, hvor Lambert peger på, at det, som psykoterapiforskningen viser, er, at relationen har *betydning* for effekt. Lambert referer til forskning med fokus på de såkaldt nonspecifikke faktorer, hvor en eller flere relationelle faktorer bliver defineret og optalt, og forekomsten herefter sammenlignet med effekten af terapien. Denne type forskning kan pege på, at de terapier med den ene eller anden faktor (f.eks. attunement, genuineness, alliance) virker bedre end terapier uden denne faktor. Imidlertid fortæller dette os intet om, hvorfor disse faktorer er vigtige, og hvordan de evt. virker. En central forsker i brugen af begrebet terapeutisk alliance Jeremy Safran siger f.eks., at forskningen fortæller os, at en god terapeutisk alliance *altid* er til stede i terapier med et godt udbytte – men at dette ikke fortæller os noget om, hvordan en alliance udvikles. Og faktisk kan det tænkes, siger Safran, at alliancen udvikles, fordi terapien hjælper patienten og ikke er en del af det, som hjælper (Safran, 2008). Samme pointe fremhæves af Kazdin (2014).

Jeg har tidligere peget på misforståelser omkring forskningen i den terapeutiske alliance (Thuesen, 2012). Det er vigtigt at skelne mellem, om alliancen har en effekt eller en betydning, og således undgå at misforstå, hvilken rolle alliancen har for psykoterapi. Hvis vi tror, at alliancen *i sig selv* heler, frygter jeg, at terapeuter tænker: "Hvis bare patienten føler sig godt tilpas med mig, er alt godt." Og også – "åh nej, nu skrider alliancen, terapien vil mislykkes". Vi skal selvfølgelig til enhver tid være opmærksom på alliancen, men når den vakler, mener jeg, at vi skal tænke noget i stil med: "Hu hej, nu sker der noget, der kan fortælle mig og patienten en masse om, hvad patienten formentlig også oplever og gør i andre relationer."

Netop hvor terapi er ret vanskelig eller tæt på uudholdeligt, ligger potentialet til afgørende ahaoplevelser og forandringer, og vi kan udholde meget, som man ikke kan i andre relationer, fordi vi har den fastlagte ramme om relationen og vores professionelle rolle.

Tidligere har jeg (Thuesen, 2012) refereret til, at de underliggende hypoteser i empiriske undersøgelser af terapeutens involvering og den terapeutiske alliance ofte handler om, at terapeutens involvering vil reducere konflikter i relationen mellem terapeut og patient, hvilket forskerne går ud fra er positivt for effekten af psykoterapi (Rasting & Beutel, 2005, p. 189). Det ses da også i undersøgelser af den psykoterapeutiske proces, at i de relationer, hvor terapeuten fanges ind eller bevidst vælger at indgå i de interaktionsmønstre, som patienten ubevidst eller bevidst formidler, er arbejdsalliancen stabil gennem hele terapiforløbet, og både patient og terapeut rapporterer, at samarbejdet er tilfredsstillende. Imidlertid viser forskningen, at disse terapier ikke er succesfulde effektmæssigt, hvorimod de terapier, hvor terapeuten udfordrer patientens relateringsformer lige fra begyndelsen af terapien, har en bedre effekt (Anstadt, Merten, Ullrich, & Krause, 1997; Merten & Krause, 2003; Rasting & Beutel, 2005). Idéen om, at alliancen og den gode kontakt alene er helende, mener jeg, at denne type forskning påviser er en fejlslutning.

I forlængelse af Isdals (2018) beskrivelser af, at terapi primært består i at spejle patienten, vil jeg nævne et andet eksempel fra psykoterapiforskningen. I studiet undersøgte Merten og Krause (2003) de affektive ansigtsudtryk hos terapeuter og patienter under terapeutiske samtaler. Man havde forinden en forventning om at finde, at de terapeuter, som besvarede patientens smil med selv at smile, ville være de mest succesfulde. Imidlertid fandt man, at de terapeutiske forløb, hvor terapeuten tilpassede sit affektive udtryksmønster til patientens, havde dårligere effekt end terapier, hvor terapeutens affektive ansigtsudtryk var forskellige fra patientens. Således havde succesfulde terapeuter f.eks. mange negative udtryk sammen med patienter med gennemgående positive følelsesudtryk, hvor forløb med ringe effekt, var kendetegnet ved, at terapeuten besvarer patientens positive udtryk med selv gennemgående at vise positive udtryk (ibid., p. 117). Forskerne og psykologerne Jörg Merten og Rainer Krause tolker disse resultater som visende, at de terapeuter, som ikke underkaster sig patientens normale relationelle mønstre, generelt er succesfulde, fordi de lykkes med at bryde de negative cirkler, der normalt udvikler sig i patientens relationer (ibid.). I tillæg kan man forestille sig, at når terapeuter ikke (altid) spejler patientens affektive udtryk, men derimod viser en anden emotion, kan det skyldes, at terapeuten opfanger et andet niveau af patientens stemning, som patienten ikke er i kontakt med (Anstadt et al., 1997). Hvis terapeuten opfanger denne reaktion i sig selv, vil terapeuten dermed være i stand til at bidrage med en ny forståelse (Thuesen, 2012).

8. Søger vi harmoni i stedet for sandhed?

Psykoanalytikere advarede allerede for over 60 år siden ved blandt andet Paula Heimann (1959/1960) om, at terapeuter kan ønske at se sig selv som havende kun gode følelser i terapirummet. Hvis vi antager, at behovet for kun at føle gode følelser er en udfordring for de fleste terapeuter, kan man forestille sig, at de seneste års strømninger inden for teori og psykoterapiforskning risikerer at fungere som en legitimering af dette behov. Jeg har således taget de ovenstående nedslag fra teori og psykoterapiforskning med for at lægge op til en diskussion af denne problematik. Kan det tænkes, at teoriernes øgede fokus på relationens betydning for udvikling sideløbende med psykoterapiforskningens fund om relationens betydning kan føre til, at nye terapeuter tror, at det er deres omsorg og kærlighed, som (alene) skal hele patienten? Det kan i så fald have den følge, at de ikke forholder sig til deres egne følelser i terapirummet og derfor hverken får passet på sig selv eller får glæde af den rigdom af information, der er i vores egne både positive og negative reaktioner på patienten.

Det er centralt, at vi forsøger at skabe og opretholde en atmosfære i terapirummet, hvor terapeut og patient kan arbejde sammen. Men en forventning til os selv om at være den omsorgsfulde og altid varme terapeut kan være en indikation på, at vi søger harmoni og sympati i stedet for sandhed og derfor ikke forholder os til, hvad der faktisk foregår i os selv og i patienten (Thuesen, 2015).

Måden, terapeutens rolle bliver beskrevet af Isdal (2018), Høgh (2017a) og Von Hirsch (2019), giver indtryk af, at vi skal stille os til rådighed og bekræfte patienten i stedet for nogle gange at tilbyde en anden forståelse end patientens egen. Selv en terapeut, som giver og giver, vil imidlertid aldrig kunne tilfredsstille patientens behov helt og aldeles, og patienten kan have behov for hjælp til at undersøge sine reaktioner i den forbindelse. Men dette risikerer at blive vanskeligt, hvis terapeuten kun må fremstå og føle sig som den gode. Man kan som terapeut føle sig ond, når man f.eks. må afslutte en session med en ensom patient, som lige er kommet i kontakt med sin oplevelse af svigt. Men som Patrick Casement (1985) diskuterer så fint omkring patientens behov for at genopleve og bearbejde traumer, så sker bearbejdningen ikke ved, at terapeuten dækker over traumet ved at forsøge at erstatte det, som ikke var. Uanset om man er enig eller uenig i dette teoretisk, mener jeg, at det er vigtigt, at en terapeut med sig selv overvejer, hvad rationalet bag idéen om den kun gode og aldrig skuffende terapeut er.

9. Omsorgstræthed – et populært begreb?

Hvorfor kommer udtrykket omsorgstræthed nu, og er der behov for et nyt begreb for, hvad psykoterapeuter og professionelle hjælpere kan komme til

at lide af i relation til arbejdet med mennesker? Jeg har allerede beskæftiget mig med en hypotese om, at ændringer i teori og forskning kan stimulere ureflekterede forventninger til terapeutens rolle, så terapeuter risikerer at se sig selv som en slags curling-terapeuter, som skal lægge forholdene til rette for patienten og være, nøjagtig som patienterne ønsker, de skal være. Der er sandsynligvis et mangefold af andre faktorer, som også kan spille ind i, hvorfor omsorgstræthed i disse år bliver taget imod som begreb. Jeg vil i det følgende kort nævne et par, jeg finder centrale at overveje.

9.1 Effektivisering

Isdal (2018) og Høgh (2017b) nævner som sagt mange faktorer, som kan medføre omsorgstræthed, og en af dem, der peges på, er ændringer i social- og sundhedsvæsenet, hvor New Public Management har medført et fokus på effektivisering, registrering og dokumentation, med blandt andet øget antal af patienter og kortere forløb. I forlængelse af samfundsudviklingen, f.eks. beskrevet af Casper Feilberg (2019b), mod øget standardisering og instrumentalisering i social- og sundhedsvæsenet, er det også mit indtryk, at mange institutioner arbejder efter idéen om, at en terapisesession tager den tid, patienten er til stede, samt måske 10-20 minutter bagefter med dokumentation og registrering – og så er man klar til den næste patient. Bion bruger metaforen fordøjelse om processen, hvor tanker og følelser tages ind, smages og tygges på (Symington & Symington, 1996, p. 88). Vi har brug for tid og rum til at fordøje de oplevelser, vi har haft med patienterne; at overveje de beslutninger og valg, vi har taget, og at lære af, hvad vi har oplevet. Vi er ikke maskiner og kan ikke bestemme os for, at fordi arbejdsugen politisk er sat til 37 timer, så bør man kunne have alle de patienter, man kan nå at se, på den tid. Men jeg mener, at det er en alvorlig fejlslutning, hvis man derudfra konkluderer, at det er, fordi det er belastende at være med lidende mennesker generelt.

9.2 Omsorgstræthed – et besnærende begreb

Et sidste forhold, jeg vil nævne, som kan tænkes at have betydning for, at omsorgstræthed er blevet et udbredt begreb, er, at det er et besnærende udtryk. Det kan lede tanker hen på udsagn som: ”Jeg er træt, fordi jeg er så god ved andre og giver så meget omsorg.” Mit ansvar for at tage vare på mig selv og forstå mig selv kommer i baggrunden, og jeg bliver i stedet set på som en, som har ofret så meget af mig selv. I en perfektionisme-kultur kan det måske være svært at forholde sig til sit eget behov for at have tid og rum til refleksion og læring. Det er nemmere at tænke og sige, at arbejdet er for hårdt for alle, og at grunden ligger hos patienterne. Imidlertid mener jeg, at det er stærkt bekymrende, hvis man i faglige miljøer begynder at se patienterne som belastende, og hvis man begynder at tro, at deres stærke følelser

kan blive for meget for os. En sådan udvikling vil hverken gavne terapeuter eller patienter.

10. Hvad kan vi gøre for at passe på os selv?

Undersøgelser tyder på, at især yngre psykologer føler sig belastede af arbejdet (Skjerning & Høgh, 2018). I den nævnte litteratur om omsorgstræthed er der mange gode forslag til, hvordan man som terapeut bliver god/bedre til at passe på sig selv. Blandt andet foreslås indførelse af egenerapi på psykologistudierne. Man kunne også skrive *genindførelse*, da det mig bekendt tidligere, både på studiet i Aalborg og i København, var muligt for de studerende at deltage i egenerapi. Man kunne også overveje andre tiltag på uddannelserne, f.eks. længere og mere praktik, så de studerende bliver bedre klædt på til professionen. Det øgede fokus på forskning og evidens i undervisningen på de forskellige psykologuddannelser sker efter min vurdering derudover ofte på bekostning af, at de studerende gives et forhold til psykologisk teori, som gør det muligt for dem at forstå og reflektere over deres oplevelser i praksis (Feilberg 2019a).

Psykolog Ulla Holm (2003) skriver om, hvordan professionelle hjælpere kan lære at blive gode til at forholde sig til egne reaktioner: ”Det er også nødvendigt, at hjælperens kompetence med hensyn til at håndtere de emotionelle aspekter af kontakten med den hjælpsøgende får mere prestige – både i uddannelsessystemet og i den professionelle praksis” (ibid., p. 48). I beskrivelserne af omsorgstræthed hos Isdal (2018) fremhæves det tilbagevendende, at det er vigtigt, at psykologer kan tale om, hvordan arbejdet med patienter påvirker dem, og at der gøres op med tabu og skyld omkring dette. Jeg er helt enig. Analyserne i denne artikel står ikke i modsætning til dette mål. At vores egen tilgang til vores fag kan påvirke vores velbefindende i faget, kan vække skyld og skam (Thuesen, 2015). Som terapeuter har vi imidlertid brug for at give os i kast med at undersøge sammenhænge som disse, uden unødigt stor skyldfølelse.

Konklusion

Omsorgstræthed præsenteres i disse år som en risikofaktor for psykoterapeuter, hvor forskellen på omsorgstræthed og udbrændthed og sekundær traumatisering er idéen om, at terapeuten ved omsorgstræthed belastes af selve det at være medlevende i patientens lidelse. At det skulle være belastende og skadeligt i sig selv at udsættes for patienters lidelse, finder jeg ikke sandsynligt og heller ikke sandsynliggjort i litteraturen om omsorgstræthed. Idéen om, at omsorg og medfølelse skulle gøre terapeuten træt, synes at være

funderet i en misforståelse af den empatiske proces, hvor man ikke er opmærksom på behovet for at skelne mellem en selv og patienten.

I litteraturen om omsorgstræthed fremstilles terapeuten som primært tilbydende omsorg og medfølelse, og vores opgave ses som at lindre patientens lidelse. Terapeutens egne følelser og reaktioner ses som uvæsentlige for den terapeutiske proces, eller som alene skabt og vækket af patienten. Der er grund til at være bekymret for både patienterne og terapeuterne, når terapeutrollen fremstilles på denne måde. Hvis vi som terapeuter har dette syn på vores opgave, er der fare for, at vi vil blive belastet af det terapeutiske arbejde. Ikke fordi det i sig selv er belastende at føle omsorg og at være medlevende i patienters lidelse, men fordi vi via den tilgang både gør det vanskeligt for os selv at forholde os til de negative følelser hos os selv, hos patienten og i relationen mellem terapeut og patient, og fordi vi ikke vil opnå den dybere forståelse af patienterne, som de har brug for for at opnå nye forståelser af sig selv og dermed opnå forandring.

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.
- Bang, S. (2002/2013). Rørt, ramt og rystet. Supervision og den sårede hjælper. København: Hans Reitzel.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Casement, P. (1985). *On Learning from the Patient*. London: Routledge.
- Cieslak et al. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75-86.
- Feilberg, C. (2019a). Dannelsen af en eksemplarisk forståelsesbaggrund – inden for menneskefagsprofessionerne. I: Feilberg, C. & Maul, J. (red.), *Kvalitative iagttagelser*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Feilberg, C. (2019b). Vilkaerne for den kvalitative iagttagelse – i et nutidigt perspektiv. I: Feilberg, C. & Maul, J. (red.), *Kvalitative iagttagelser*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Fog, J. (1994). Empatisk formåen og sans for moral. I: A. Neumann (red.), *Det særligt menneskelige*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Fog, J. (1998). *Saglig medmenneskelighed – grundforhold i psykoterapien*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Grotstein, J. S. (2009). "... But at the Same Time on another Level..." *Psychoanalytic Theory and Technique in the Kleinian/Bionian Mode*. London: Karnac Books.
- Heimann, P. (1959/60). Counter-transference. In P. Heimann (1999) (red.), *About Children and Children-No-Longer. Collected Papers 1942-80* (pp. 151-160). London and New York: Routledge.

- Henry, W., Schacht, T., & Strupp, H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(6), 768-774.
- Hofmeyer, A., Kennedy, K., & Taylor, R. (2020). Contesting the term "compassion fatigue": integrating findings from social neuroscience and self-care research. *Collegian, 27*(2), 232-237.
- Holm, U. (2003). *Empati for professionelle – mødet mellem hjælper og hjælpøgende*. København: Hans Reitzels.
- Høgh, J. (2017a). Omsorgstræthed og egenomsorg for psykologer. Fagartikel fra Dansk Psykolog Forenings hjemmeside, hentet d. 1. dec. 2020 fra <https://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/fagartikler-psykologi-viden/omsorgstraethed-og-egenomsorg-for-psykologer/>
- Høgh, J. (2017b). Når omsorgen smuldrer, og spejlneuronerne er overbrugt – Omsorgstræthed kan ramme alle – også psykologer. Hvad gør man så? *P – Psykologernes Fagmagasin, 3*(11), 22–24.
- Høgh, J., & Skjerning, H. T. (2018a). "Jeg tænker ofte, om jeg kan blive ved med at holde til det" – Kvalitative resultater af en stor spørgeskemaundersøgelse om omsorgstræthed og egenomsorg blandt psykologer. *P – Psykologernes Fagmagasin*. 6. marts 2018. Retrieved from <https://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/fagartikler-psykologi-viden/>
- Høgh, J., & Skjerning, H. T. (2018b). Medfølelsens pris. Boganmeldelse fra *P – Psykologernes Fagmagasin*, hentet den 1. dec 2020 fra <https://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/boganmeldelser/medfoeelsens-pris/>
- Isdal, P. (2018). *Medfølelsens pris – Når professionelle hjælpere har brug for hjælp*. København: Akademisk Forlag.
- Kazdin, A. E. (2014). Moderators, mediators and mechanisms of change in psychotherapy. In W. Lutz & S. Knox (Eds.), *Quantitative and Qualitative Methods in Psychotherapy Research* (pp. 87-101). New York: Routledge.
- Killingmo (2006). A plea for affirmation. Relating to states of unmentalised affects. *Scand. Psychoanal. Rev., 29*, 13-21.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th Ed). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Ledoux, K. (2015). Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *Journal of Advanced Nursing, 71*(9), 2041-2050.
- Merten, J., & Krause, R. (2003). What makes good therapists fail? In E. J. Coats. (Ed.), *Nonverbal Behavior in Clinical Settings* (pp. 111-124). Oxford: Oxford University Press.
- Mortensen, K. V. (2001). *Fra neuroser til relationsforstyrrelser – psykoanalytiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi*. København: Gyldendal.
- Møhl, B. (2013). Hvad er psykoterapi? – og hvad virker for hvem? I: B. Møhl & M. Kjølbjerg (red.), *Psykoterapiens ABC*. København: Psykiatrifondens Forlag.
- Ogden, T.H. (2008). On holding and containing, being and dreaming. *International Journal of Psychoanalysis, 86*, 1349-1364.
- 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.
- Safran, J. D. (2008). Change in psychotherapy: Therapeutic processes and curative factors. Forelæsning på ph.d.-kursus ved Simo Køppe, 24. oktober 2008, Københavns Universitet.
- Schelde, N. (2020). Alle løber tør for empati før eller siden. Så hvorfor forventer vi, at sygeplejersker og pædagoger har det dagen lang? 17. september, Zetland. https://www.zetland.dk/historie/sowGvplR-ae6Ew15D-1ddad?utm_source=facebook&utm_medium=zetlanddk&utm_campaign=artikel

- Searles, H. (1966). Feelings of guilt in the psychoanalyst. *Psychiatry. Interpersonal and Biological Processes*, 29, 319-323.
- Searles, H. (1979). The self in the countertransference. *Issues In Ego Psychology*, 2, 49-56.
- Skjerning, H., & Høgh, J. (2018). Psykologers trivsel og udbændthed. Kvantitative resultater af en stor spørgeskemaundersøgelse om omsorgstræthed og egenomsorg blandt psykologer. <https://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/fagartikler-psykologi-viden/psykologers-trivsel-og-udbændthed/>
- Stern, D. N. (2004). The present moment: In psychotherapy and everyday life. New York: W W Norton & Co.
- Symington, J., & Symington, N. (1996). *The Clinical Thinking of Wilfred Bion*. Hove and New York: Brunner-Routledge.
- Symington, N. (1983). The analyst's act of freedom as agent of therapeutic change. *International Review of Psycho-Analysis*, 10(3), 283-291.
- Thuesen, M. (2012). Terapeutisk forandring gennem terapeutens egne emotionelle processer. *Psyke & Logos*, 33(1), 66-86.
- Thuesen, M. (2015). Terapeutens behov for at hele. *Matrix*, 32(1), 4-26.
- 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.
- Von Hirsch, P. (2019). "Livet i en emosjonell trykkoker". Norsk Psykolog Forenings hjemmeside. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/yngre-psykologers-utvalg-yppu/ny-i-arbeidsmarkedet/livet-i-en-emosjonell-trykkoker>
- 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.