

PSYKOTERAPEUTENS UDVIKLING GENNEM MODOVERFØRING

Lars Thorgaard

Indledningsvis vil den analytiske psykoterapeuts personlige rejse gennem modoverføring blive anskuet i relation til den psykoanalytiske historie om modoverføringsbegrebets udvikling. Denne rejse er en rejse væk fra et overvejende mistillidsforhold og hen imod et overvejende tillidsforhold til modoverføringer. Den analytiske terapeut må i sin udvikling og uddannelse erobre et overvejende tillidsforhold til sit ubevidste – og dermed til sine modoverføringer.

Især vil to nye begreber blive indført og diskuteret: DEN UANSTØDELIGE MODOVERFØRING og DEN SKABENDE MODOVERFØRING. Disse analyseredskaber og begreber betragtes i lyset af en diskussion af empatibegrebet, hvor der skelnes mellem EMPATISK FORMÅEN og EMPATISK INDSIGT. Den uanstødelige modoverføring er grundlaget for psykoterapeutens empatiske formåen og er terapeutens afgørende bidrag til den terapeutiske alliance: den terapeutiske kærlighed.

Introduktion

Den analytiske psykoterapeuts personlige rejse gennem modoverføring vil blive betragtet i lyset af nogle aspekter af udviklingen af den psykoanalytiske historie om modoverføringbegrebets udvikling. Tre begreber vil blive indført og diskuteret kort: den uanstødelige modoverføring, den skabende modoverføring og den anstødelige modoverføring.

Evnen til empati eller evnen til at føle sig ind i et andet menneske er grundlæggende for kreativ menneskelig kommunikation og udvikling. Empatien er selvsagt også et fundament for den analytiske psykoterapi. I alle mellemmenneskelige forhold kan empati enten være tilstede eller den kan etableres, men empatien kan også mistes – enten tidvis eller for stedse. Empatien kommer ikke nødvendigvis af sig selv og dens bevarelse er ikke en given sag, ej heller i analytisk psykoterapi. At have empati med et andet menneskes bevidste og ubevidste lidelser og konflikter kan i sagens natur ofte være konfliktfyldt og lidelsesfuldt for den empatiske – også for den analytiske psykoterapeut. En af denne artikels poin-

ter er følgende: terapeutens empati vil nødvendigvis tidvis mistes i den analytiske psykoterapi og alle bestræbelser på at genskabe og bevare empatien er derfor den analytiske psykoterapi's centrale omdrejningspunkt. Derfor må psykoterapeutuddannelse også have dette som et vigtigt omdrejningspunkt. Dette vil blive diskuteret i denne artikel.

Der vil blive redegjort for, hvorledes en meget væsentlig del af modoverføringen udgør grundlaget for overhovedet at få empati med patienten, og vi vil se eller ane, at modoverføringsanalysen er grundlaget for at kunne genskabe og bevare empatien, når denne tidvist er mistet.

Modoverføringsrejsen: en historisk og personlig rejse.

Den historiske rejse gennem litteraturen om modoverførbegrebet er for den analytiske terapeut både vigtig og interessant. Det er dog ikke mit ærinde, i denne artikel, at diskutere denne litteratur systematisk. I så henseende henvises til relevante oversigtsartikler og -arbejder (Sandler, Holder, Dare, 1994. Kernberg, 1965). Mit ærinde er at betone, at »modoverføringsrejsen« er en rejse, som enhver analytisk psykoterapeut må berede sig på, dels at have foran sig og dels at begive sig ud på. Den rejsende må også vide, at rejsen kun bringes til sin manifeste afslutning, den dag terapeuten har haft sin sidste patient til sidste terapitime. Og når jeg anvender udtrykket »manifeste afslutning«, er det fordi, jeg vil antyde, at rejsen også fortsætter efter at vore patienter er ophørte i deres terapi. Vi op-søges af rejseminder – på godt og ondt – i form af tidvise tilbagevendende modoverføringsfølelser, -tanker og -fantasier om vore tidligere og afsluttede patienter. Sådanne tilbagevendende »rejseminder« vil f.eks. skabe erkendelser om, hvorledes vedkommende måske kunne være blevet hjulpet bedre end tilfældet blev, hvis terapeuten havde forstået den modoverføringsfølelse, der nu vender tilbage, i det lys, som terapeuten nu ser det i.

Rejsen er med andre ord uendelig – og i særlig grad uendelig, idet vor personlige rejse delvist – og både bevidst og ubevidst – føres videre gennem de kundskaber, vi har bibragt og de holdninger vi har haft til samarbejdet med de terapeuter, vi hver især har været med til at uddanne. Holdninger til modoverføringer kan føres videre fra én generation til den næste.

Den enkelte psykoterapeuts helt personlige rejse gennem modoverføringen er derfor særlig vigtig og særlig interessant. Dels fordi vedkommende ofte kommer til, men ikke nødvendigvis behøver at gøre alle de samme erfaringer som sine forgængere og dels fordi den enkeltes, både bevidste og ubevidste, holdning til sin egen »modoverføringsrejse« er afgørende for udviklingen af en psykoterapeuts kvaliteter. Endelig er det afgørende for den enkelte terapeut, hvilke holdninger dennes lærere har haft til denne rejse.

Grundlæggende og enkelt udtrykt: Det er for psykoterapeuten afgørende om »modoverføringsrejsen« omfattes med overvejende tillidsfuldhed, eller om den bliver omfattet med overvejende mistillid eller selvmistænkeliggørelse? Den psykoanalytiske historie om modoverføringen afspejler også denne, for den enkelte terapeut, så afgørende konflikt. I det følgende vil vi opsøge pejlemærker for udviklingen i denne konflikt.

Fra tabu til tilladelse

Den psykoanalytiske historie om modoverføringen starter med mistillid til eller selvmistænkeliggørelse af analytikerens forhold til sin modoverføring. Ja, godt for det: selvanalyse og kritisk sans er uundværlige ingredienser i den analytiske holdning. Med rette insisterede Freud på, at den fremtidige analytiker må erkende sin egen overføring til sin patient og overvinde den (Freud, 1910). Til dette brug anbefalede han selvanalyse og senere læreanalyse, som han senere rekommenderede gentaget med en vis regelmæssighed (Freud, 1937).

Som en naturlig forlængelse af Freuds opdagelse af og benævnelse af overføringen, indførte han senere begrebet modoverføring, og hans forståelse af dette begreb finder vi i selve betegnelsen: *gegen-übertragung*, altså analytikerens reaktioner på eller imod patientens overføring. Først optræder overføringen, så følger modoverføringen; eller overføring *mod* overføring. Overføringen er, hvad enten den ene »vej« eller den anden, ubevidst, og det ubevidste kan man ikke (altid) have tillid til – eller kan man? Hvad enten berettiget, uberettiget eller begge dele, vi aner mistænkeliggørelsen.

Lad os overveje om ikke Freud selv – dybest set – betragtede modoverføringen med overvejende mistro og selvmistænkeliggørelse. Haga (1997) henviser til og fremhæver fra et brev fra Freud til Jung fra 1911: »Jeg konstaterer, at ingen af jer (Jung og Pfister) endnu har erhvervet den nødvendige kølighed i praksis, at i fortsat engagerer jer og fortæller en god del om jer selv i den hensigt at fremkalde et lignende respons. Man tager uvilkårlig fejl, når man anvender denne teknik. Man skal hellere være utilnærmelig og insistere på at modtage. Lad os aldrig blive drevet til vanvid af vore stakkels neurotikere. Artiklen om modoverføring, som jeg finder nødvendig, skal imidlertid ikke publiceres, men cirkulere i kopi-form iblandt os selv«.

Modoverføringen må siges at have været ganske tabu-belagte. Man kan måske konkludere, at Freud valgte den »sikre vej«, eller forsøgte at finde den »objektive rejsevej«; denne slog han jo ind på helt fra starten af sit faglige liv, hvor han planlagde en i forhold til naturvidenskaberne modsigelsesfri psykologi, en objektiv psykologi (Freud, 1895). Mistænkeliggørelsen af f.eks. egne ubevidste motiver gav selvfølgelig værdifulde

gevinster, bl.a. fokus på nødvendigheden af personlig terapi og dermed på udviklingen af terapeutens evne til selv-analyse (selv-refleksion). Ligeledes fokus på reglen om abstinens og dermed vigtige forsøg på at undgå, at terapien og dermed patienten bliver forstyrret med eller af terapeutens personlige problemer eller konflikter. Men: hvordan og hvorfor dog undgå det så absolut? Der er altid et reelt aspekt i overføringen. Den skabes også af relationen. Der er visse dele af terapeutens personlighed og måder at praktisere psykoterapi eller analyse på, der danner en reel støbeform for en specifik overførings etablering, selv om denne i sin videre udvikling antager urealistiske former, hvor patientens tidligere erfaringers støbeform overtager og blander sig i støbeprocessen. Terapeutens modoverføring er med til at »udkrystallisere« overføringen. Det er altså ikke »kun« overføringen, der skaber modoverføringen (gegenübertragung), selv om modoverføringen oftest, så at sige, »følger efter« overføringen ved mildere former for mentale forstyrrelser. Men ved alvorlige mentale forstyrrelser er det langt mere udtalt, at modoverføringen får stor betydning for udviklingen af overføringens natur.

Men tilbage til historien: held i uheld – eller nøden der tvang--- – bragte dog denne et skridt videre: i Budapest var der mangel på analytikere på træningsinstituttet. Her var Ferenczi en af hovedpersonerne, i tillæg til, at han efter bruddet mellem Freud og Jung, blev den nye kronprins for den psykoanalytiske bevægelse. Ferenczi havde været i læreanalyse hos Freud (Haga, 1997) og Freud havde »mærket« modoverføringen på sin krop. De var kolleger og venner, hvilket jo måtte give både overføringsanalyse og modoverføringsanalyse særlige forhindringer. Freud mærkede også efterveerne af den, idet han senere i korrespondancer med Ferenczi beklagede dele af analysens resultat og henviste til sit modoverføringsproblem i forbindelse med sin beklagelse (Jones, 1955).

Som anført var der ikke analytikere nok i Budapest til at klare efterspørgslen til uddannelsen, hvilket medførte at man indførte den såkaldte »Budapestmodel«, hvor kandidatens læreanalytiker også kom til at supervisere den ene af kandidatens analyser. Det sædvanlige er og var, at disse to dele af uddannelsen er helt adskilte, men den nye model medførte altså et nyt og forfriskende syn på modoverføringsbegrebet. Der blev i analysen mulighed for delvist at kunne differentiere mellem kandidatens personlige ubevidste, bl.a. terapeutens ubevidste overføring til sin patient, hvor terapeuten så at sige ubevidst søger at gøre sin patient til sin terapeut, og en del af modoverføringen, der overvejende var skabt af patienten. Man fik også lejlighed til at undersøge, hvorledes kandidatens personlige ubevidste konflikter var med til at skabe og udforme patientens overføring. Men én del af modoverføringen var altså ikke umiddelbart forståelig set ud fra kandidatens personlige konflikter. Denne del måtte komme fra patienten, og bevidstgørelse og erkendelse heraf kunne hjælpe kandidaten til bedre at forstå dele af sin patients ubevidste.

Modoverføringen var ikke længere kun et tabu, men blev tilladt, omend ofte stadig betragtet som en besværlig forhindring.

Fra forhindring til virkemiddel

Det blev M. Balint som på mange måder kom til at føre Budapest-traditionen videre. Han blev uddannet i Budapest af bl.a. Ferenczi. I 1939 immigrerede han til England. Hans indsigt i modoverføringens dynamik fik stor indflydelse på de kommende års psykoanalytiske udvikling i London. I en artikel fra 1939 (Balint, 1939) undersøgte han – inspireret af sine erfaringer fra »Budapest-traditionen« – ét for den tid så afgørende spørgsmål: skabes overføringen af patienten alene, eller har analytikerens holdning en del i den også? Balint henviser til, at den gængse holdning er, at hvis analytikerens har influeret på overføringssituationen på andre måder end gennem sine tolkninger, da har han lavet en graverende fejltagelse. Balint argumenterede overbevisende for, at den analytiske situation altid er et resultat af et samspil mellem patientens overføring og analytikerens modoverføring, men kompliceret af de reaktioner, der udløses i hver af dem på grund af den enes overføring på den anden og vice versa. Han konkluderede, at der ikke findes nogen steril (objektiv) måde at analysere på. Han skriver: »--- den objektive opgave kræver, at patienten – uanset på hvilken individuel måde han bliver analyseret – skal lære sit eget ubevidste at kende, og ikke sin analytikers«. Og senere i artiklen: »--- tilbage til Freud's metafor – hvor vi nu ser – at analytikerens virkelig må fungere som et velpudset spejl – dog ikke ved at forholde sig passivt som en ting, nej, men ved at reflektere patienten (og ikke sig selv) uden forvrængninger. Jo tydeligere patienten kan se sig selv i denne refleksion, des bedre er vores teknik; og hvis dette er opnået, har det ingen særlig betydning hvor meget af analytikerens personlighed, der er afsløret ved hjælp af hans aktivitet eller passivitet, hans strenghed eller mildhed, hans måder at fortolke på etc. Men på den anden side må analytikerens kræve at sig selv, at han gør sig bevidst om enhver emotionel gratifikation, der ligger bag hans individuelle teknik for at kunne opnå bedre kontrol over sin adfærd, sin holdning og sine teoretiske overbevisninger«.

Modoverføringen er nu ikke kun tilladt, men også på vej til at blive virkemiddel gennem et krav om bevidstgørelse – for at opnå kontrol over og fleksibilitet i sin teknik. (Vi skal senere vende tilbage til Balint i denne artikel og omtale hans indsats yderligere).

Hvilken lettelse for den analytiske psykoteraapeut, når denne i sin terapeut-udvikling er nået hertil. En af mine pointer er, at terapeuten ikke nødvendigvis behøver at gennemgå hele den »psykoanalytiske historie« og mærke den på sin krop, men kan starte i sin uddannelse med at udvikle et overvejende tillidsforhold til sine modoverføringer, i stedet for at kæmpe med et overvejende mistillidsforhold. Dette indebærer selvfølgelig-

lig at modoverføringer drøftes i et trykt uddannelsesmiljø og at sådanne drøftelser også værdsættes af lærere og supervisorere, og at modoverføringer betragtes som overvejende kreative ytringer og virkemidler i den psykoterapeutiske proces.

Som ét resultat af den overvejende kreative udvikling i psykoanalysen i England i krigs- og efterkrigsårene, fik vi endnu et tillidsvækkende budskab om modoverføringen. Heiman's artikel »On counter-transference« (Heiman, 1950) medførte en mindre revolution omkring modoverføringsbegrebet. For det første definerede hun modoverføringen langt bredere end hidtil: alle følelser og fantasier analytikerens får om sin patient og om interaktionen. Dernæst udvidede hun begrebet yderligere til ikke kun at være en del af den terapeutiske relation, nej, modoverføringen er skabt af patienten: er patientens kreation! Modoverføringen udtrykker en del af patientens personlighed. Hun tog selvfølgelig misteltenen i ed: dette syn er ikke defensivt (»It does not represent a screen for the analyst's shortcomings«). Det forudsætter, at analytikerens i sin egen analyse har gennemarbejdet sine infantile konflikter og sit paranoide og depressive angstberedskab, således at han eller hun relativt let kan etablere kontakt med sit eget ubevidste, og derfor ikke vil påføre patienten det, der alene tilhører analytikerens selv. Men --- : hvordan kan vi nu føle os sikre på dette? Tvivlen skal stadig nage, men tilliden har fået overvægt: terapeutens opgave er at være åben for alt. Principielt må han være i stand til at drømme vågne drømme om alt, hvad der vækkes i ham eller hende under samværet med patienten – det Bion senere også kalder »reverie« (Bion, 1992).

Terapeuten må have overvejende tillid til, at modoverføringen har mening og hensigt; at der er en meddelelse fra patientens ubevidste i den. En erkendelse af, at kommunikation også foregår »direkte« fra én persons ubevidste til en andens ubevidste. Betraget på denne måde er modoverføringen både et redskab til forstå patienten og til at forholde sig til patienten.

Diskussionerne udviklede sig i disse år omkring et indlysende spørgsmål: bliver vi nu alligevel ikke forførte af dette frie syn?

Racker (1957) tog et næste afgørende skridt. Han betragtede modoverføringsbegrebet ud fra introjektive og projektive »mekanismer«: en afgørende del af modoverføringen består af introjektiv identifikation. Han indførte begreberne konkordant identifikation og komplementær identifikation for at kunne forstå modoverføringsoplevelserne. I den *konkordante identifikation* identificerer terapeuten sig med den korresponderende del af patientens psykiske »apparat«, ego med ego, superego med superego, id med id, eller med andre ord med korresponderende selvrepræsentationer. Terapeuten oplever eller mærker dermed f.eks. følelser i sig selv, der korresponderer med patientens ubevidste, dvs. med patientens fortrængte eller afspaltede følelser eller fantasier. Den *komplementære identifikation* udtrykker terapeutens identifikation med patientens

overføringsobjekter. Terapeuten oplever i denne form for identifikation f.eks. følelser på samme måde som f.eks. patientens mor eller far har oplevet det i relationen til patienten, og patienten genoplever følelser sammen med terapeuten på samme måde, som han tidligere har oplevet sine signifikante andre. Det væsentlige er, at terapeuten søger at blive bevidst om det projicerede og i sig identificerede indhold. I Racker's tænkning og praksis bliver empati et nøgleord. Jeg vil udtrykke det på den måde, at modoverføringen er empatiskabende eller »empatiserende«, hvis vi åbner os for den. Risiko for fejlfortolkning af modoverføringen, og dermed risiko for tab af empati, opstår især omkring den komplementære identifikation, idet der stilles afgørende krav til, at terapeuten ikke kommer til, på grund af egne ubevidste konflikter (egne ubevidste internaliseringer), at behandle patienten på samme måde som patienten oplevede, at tidligere signifikante andre gjorde det. Racker nævner Thalion-princippets (øje for øje - tand for tand) universalitet i det ubevidste – også hos psykoterapeuter og analytikere. Hvis patienten f.eks. behandler terapeuten fordømmende eller afstraffende, er der en risiko for at terapeuten også ubevidst behandler sin patient fordømmende, altså agerer sin modoverføring istedet for at analysere den, for dermed – i stedet for og i det mindste – at tilbyde patienten en ny emotionel erfaring.

Med disse for mig vigtige og udvalgte ledetråde eller pejlemærker i den psykoanalytiske historie om modoverføringen, er vi fremme ved én af mine konklusioner, som vil blive uddybet i det følgende afsnit: nemlig at modoverføringen udgør grundlaget for empati, og modoverføringsanalysen er grundlaget for empatiens bevarelse. Alle kraftanstrengelser (f.eks. også fælles anstrengelser i supervision) for empatiens bevarelse er den analytiske psykoterapi's centrale omdrejningspunkt. Derfor må psykoterapitræning også have dette som et særdeles vigtigt omdrejningspunkt.

Den uanstødelige modoverføring

På en rejse i historien får man lyst til at genoplive gamle begreber: Freud (1912) talte om den uanstødelige overføring: »Løsningen på gåden er altså, at overføringen på lægen kun egner sig til modstand i behandlingen, for så vidt som den er negativ overføring eller positiv overføring af fortrængte impulser. Når vi gennem bevidstgørelse »ophæver« overføringen, så frigør vi kun disse to komponenter af følelsesakten fra lægens person; den anden (tredje) komponent, som er i stand til at blive bevidst, og som er uanstødelig, vedbliver at bestå og er i psykoanalysen i nøjagtig lige så høj grad bæreren af resultatet som ved andre behandlingsformer«.

Freud taler her om den del af overføringen, som nok kan bevidstgøres, men ikke skal problematiseres. Den er »uanstødelig« og udgør patientens

bidrag til, at en terapeutisk alliance overhovedet kan opstå. Dette bidrag udgøres af evnen til at skabe en personlig relation til analytikeren (og til andre mennesker) præget af *overvejende* tillid eller basal tillid (Erikson, 1950).

På lignende måde vil vi nu prøve at udskille en del af modoverføringen, som er uanstødelig, og som udgør terapeutens bidrag til, at en terapeutisk alliance kan opstå.

I den analytiske psykoterapi kræves i det mindste en tidvis dyb identifikation med den anden (Thorgaard, 1990). At terapeuten så at sige temporært opgiver sin egen identitet og sin egen egoistiske stræben til fordel for den anden, for derigennem at kunne forstå den anden; udvise en særlig tolerance og forståelse: *en empatisk formåen*, der som ovenfor nævnt i mit syn er den analytiske psykoterapi's krumtap. Flere forfattere udtrykker dette på forskellig vis. Little (1951) taler om, at terapeuten forvandler patienten til sit kærlighedsobjekt, som forsøges repareret. Searles (1979) taler om, at psykoterapeutiske bestræbelser er i mennesket iboende. Disse bestræbelser er de mest essentielle dele af menneskets intense stræben efter sine medmennesker, og opfattes af Searles nærmest som en universel psykoterapeutisk drift. Han skriver, at den ubetydelige procentdel af mennesker, der vier deres professionelle virke til udøvelse af psykoanalyse eller psykoterapi, kun eksplicit giver udtryk for disse almenmenneskelige bestræbelser, som alle deler. Searles mener, at denne grundlæggende psykoterapeutiske stræben hos mennesket kan blive omfattende forstyrret eller forhindret i sin udfoldelse, hvilket i hans syn er afgørende medvirkende til at skabe mentale forstyrrelser. I tråd hermed omtaler Greenson (1967), at de bedste analytikere er dem, der har overvundet deres egen tendens til depression, og han nævner, at de dermed har overvundet deres tidligere ubevidste, mislykkede bestræbelser på at helbrede deres egen mor. Money-Kyrle (1956) taler om et psykoterapeutisk motiv og omtaler en normal modoverføring: »The analyst's motive is a blend of curiosity with ----- parental and reparative drives« ----- »The analyst ----- absorbs the patients' state of mind through the medium of the associations he hears and the postures he observes, recognizes it as expressing some pattern in his own unconscious world of phantasy, and reprojects the patient in the act of formulating his interpretation. In this phase he may get the sense of helpfully understanding his patient *from within*, which *satisfies* both his curiosity and his reparative drives. To some degree, his interest is also a parental one; for, to the parent, the child is his early self, and it is with the same child the analyst is most concerned. His being in touch with it, *his empathy*, comprises his »normal« countertransference feeling« (mine fremhævninger).

Money-Kyrle beskriver her to forskellige psykoterapeutiske motiver og processer. For det første en proces, hvis motiver er en blanding af interesse og reparativ stræben. Sideløbende beskriver han en anden terapeutisk proces, hvis motiv han sammenligner og sidestiller med en for-

ældrefunktion, idet han, som jeg ser det, sammenligner med den kærlige forælders ubevidste identifikation mellem sit eget tidligste selv og barnet. Det er denne sunde og skabende narcissistiske identifikation, som for Money-Kyrle udgør empatiens basis, og som i den analytiske terapi udgør den normale modoverføring.

Vi lægger mærke til, at Money-Kyrle her indfører en vigtig sondring i empatibegrebet. Den sidst beskrevne »del« udgøres af en grundlæggende stræben efter den anden, at »ville den anden«, at ville den andens bedste med terapeutisk kærlighed, at søge at identificere sig med den andens udviklingspotentialer. Denne »del« af empatiens væsen udsiger ikke så meget om, hvorledes den anden specifikt føler sig, men den omfatter en evne til identifikation, især når den anden er lidende. Det er denne grundlæggende del af empatibegrebet, jeg – inspireret af Freud – kalder den uanstødelige modoverføring. Den først beskrevne del af Money-Kyrle's sondring i empatibegrebet, skal vi vende tilbage til, men blot her antyde, at den i højere grad bringes i stand gennem projektive og introjektive processer mellem terapeut og patient, og dermed omfatter muligheder for en mere specifik forståelse hos terapeuten af patientens indre liv.

Der er altså med disse betragtninger en del af modoverføringen, som er uanstødelig, og som er terapeutens afgørende bidrag til etableringen af den terapeutiske alliance. Patientens bidrag til alliancen er den uanstødelige overføring, og i forening udgør de to forudsætningen for at analytisk psykoterapi overhovedet kan finde sted og udvirke noget skabende. Når den psykoterapeutiske stræben, som også Searles omtaler, overvejende er rettet mod patienten og i mindre udtalt grad er rettet mod en heling af terapeutens eget selv, og når den for terapeuten ikke er omfattet af og underkastet alt for store forhindringer, da eksisterer der en grundlæggende uanstødelig modoverføring. Denne grundlæggende modoverføring er dermed i mindre grad forstyrret af kilder, der stammer fra terapeutens indre i form af ubevidste, ubearbejdede konflikter, som i stedet ville medføre, at terapeutens kontakt med sit ægte selv er delvist begrænset eller kompromitteret. Den vil i stedet overvejende risikere at blive forstyrret af patientens indvirkning på terapeutens indre,

Når den uanstødelige modoverføring forstyrres af projektive og introjektive processer, der udspringer fra patienten, risikerer terapeuten tidvist eller helt at miste sin empatiske formåen – at ville den andens bedste med terapeutisk kærlighed. Denne vil nu kun først kunne genetableres gennem en ny indsigt, forståelse og erkendelse, som opnås ved hjælp af terapeutens modoverførings-analyse: nemlig en analyse af den modoverføring, som patienten nu har skabt i terapeuten, og som er afgørende forskellig fra den uanstødelige modoverføring. Opgaven for psykoterapeuten bliver her fortsat at »ville den anden«, at ville vedblive at være tilstede for den anden, på trods af de forhindringer, der skabes gennem patientens ubevidste projektive og i terapeuten identificerede processer. Med denne form for tænkning, er vi tilbage til den anden del af

Money-Kyrle's sondring i empatibegrebet. Denne anden form for empati kan selvsagt aldrig være altomfattende. Jeg tænker her på den form for empati, der mere specifikt indebærer at kunne mærke, føle, erkende og forstå noget om, hvorledes den anden ubevidst har det, oplever sig selv, sine indre konflikter og sin lidelse. Denne form for empatisk indsigt forsøger den analytiske terapeut gradvist at erkende og udtrykke og dermed bibringe sin patient gennem sine fortolkende interventioner: altså terapeutiske forsøg på at befordre indsigt. Terapeuten nærmer sig herved de ubevidste konflikter, og dette medfører modstand: patienten både søger denne erkendelse og vægrer sig i mod den. Patienten vil med andre ord ubevidst også forsøge at forhindre terapeuten i at hjælpe sig. Typisk viser modstanden sig som overføringsmodstand, og overføringen indeholder da meddelelser til terapeuten, som får sit gensvar i terapeutens modoverføring. Eller udtrykt anderledes: disse forhold udspiller sig som projektiv identifikation og introjektiv identifikation.

Den form for modoverføring, der nu optræder, er en forstyrrelse af den uanstødelige modoverføring, og den kan medføre, at terapeuten mister både sin empatiske formåen og sin hidtidige empatiske indsigt. Dette sker især, hvis terapeuten ikke har mærket og forstået det projicerede eller overførte; hvis altså terapeuten må forsvare sig mod dette på grund af umiddelbare ubevidste forsvarsreaktioner, og hvis terapeuten »hænger fast« i dette forsvar – med andre ord i øjeblikket er overvældet, og ikke er i stand til at adskille det projicerede fra sit eget selv. Hvis og når terapeuten registrerer forstyrrelsen og erkender, at det, der vækkes ikke tilhører terapeuten selv, da kan og vil den empatiske formåen blive genoprettet gennem terapeuten forståelse – gennem modoverføringsanalysen. Forståelsen kan derefter – med den rette »timing« meddeles patienten gennem en *empatisk* modstandsanalyse, som kun er mulig og kun bliver acceptabel at modtage for patienten, når den uanstødelige modoverføring er genoprettet; ellers vil modstandsanalysens interventioner af patienten blive opfattet som »angreb« eller unødvendige krænkelser. Terapeuten er igen i terapeutisk position, og vi kan nu se neutralitetsbegrebet i dets dynamiske lys. Patienten vil for sin del internalisere terapiens rummelighed, dens empatiske rummelighed, og dermed selv kunne etablere et mentalt rum, der i stigende omfang og grad kan tåle og udholde de indre spændinger, senere udholde og forstå deres natur, for endeligt at søge dem transformerede i terapien.

Ovenstående illustrerer processerne, når der er tale om projektiv identifikation anvendt som forsvar. Lignende processer udvikler sig, når de projektive og introjektive identifikatoriske processer rummer kommunikation af mental smerte. Ved hjælp af forstyrrelsen af den uanstødelige modoverføring opfatter og erkender terapeuten i sin, af patienten skabte, modoverføring, noget af det mentale indhold, som patienten ikke kan rumme i sig lige nu, og som terapeuten af patienten ubevidst søges gjort opmærksom på. Eller terapeuten føler sig behandlet af patienten, som pa-

tienten selv tidligere har følt sig behandlet af andre og i øvrigt nu ubevidst behandler sig selv. Sådan empatisk indsigt kan derefter formidles til patienten, når denne er rede til at rumme den.

Sammenfattende ser vi, at forstyrrelser for terapeuten viser sig dels ved tab af empatisk fornåen og dels ved tab af indsigt. Terapeutens opgave er som omtalt at genskabe den empatiske fornåen gennem den empatiske indsigt. Den uanstødelige modoverføring skal være tilstede for, at der kan skabes forstyrrelser. Hvis den ikke er grundlæggende tilstede, vil terapeuten jo ikke bemærke og erkende forstyrrelserne. Og erkendelse af forstyrrelsen er forudsætningen for, at empatien kan genoprettes gennem terapeutens modoverføringsanalyse. Der er opstået en modoverføring, som er af en anden natur og udtryksform end den uanstødelige modoverføring. Det vi traditionelt i en rummelig modoverføringsforståelse betragter og betegner som modoverføring, vil i denne forståelse være udtryk for forstyrrelser af den uanstødelige modoverføring. Bevægelsen i den terapeutiske proces er da: empati → tab af empati gennem en forstyrrelse, der er skabt af patienten → erkendelse heraf og refleksion / modoverføringsanalyse → genskabelse af empati og erkendelse af nye indsigtsmuligheder.

Det væsentlige er, at terapeuten udvikler sin evne til at blive opmærksom på forstyrrelserne, og lærer at arbejde med hvad de betyder i terapien med netop denne patient. Analysen af modoverføringen bliver dermed et redskab til bedre at forstå patientens mentale liv og dets konflikter.

Money-Kyrle (1956) taler i modsætning til ovenstående om den alvidende terapeut, der ikke formår dette og som kun i sin modoverføring kan opleve de intuitive perioder, hvor alt går godt. Benedetti (1983) taler i stedet om en skabende mindreværdsfølelse. Jeg tror, han mener, at denne, som udspringer af en bearbejdelse af grandiose tilbøjeligheder, er forudsætningen for oplevelse og erkendelse af det, han beskriver som objektiv modoverføring i psykosepsykoterapi (Benedetti, 1990). Og når Greenson således taler om terapeutens opgivelse af de i barndommen mislykkede terapeutiske forsøg, og om derved at overkomme sin tendens til depression herover, taler han i min forståelse om den terapeut, der overvejende har kontakt med sin skabende mindreværdsfølelse, og derfor tidvis kan tåle udtalt frustration i sine forsøg på reparation eller helbredelse; eller med andre ord kan udholde – med basal tillid – når hans eller hendes terapeutiske bestræbelser, der har sin »rod« i den uanstødelige modoverføring, bliver frustrerede af patienten. Denne terapeut har med andre ord udviklet sin evne til containing, der således er en aktiv empatiskabende proces. Som en illustration af denne vekselvirkning mellem uanstødelig modoverføring og patientens overføring, mindes jeg en intervention, jeg engang har hørt Bion citeret for. Bion sagde – med bevaret empati – til sin i overføringen meget rasende og devaluerende patient: »Hvorfor er du så vred på mig, jeg prøver jo ikke engang på at

hjælpe dig lige nu« (why are you *so* angry with me, I am not even trying to help you).

Den skabende modoverføring

Al uddannelse og træning i analytisk psykoterapi har for mig følgende overordnede målsætning: dels at erkende det ubevidstes eksistens, og dels at udvikle et overvejende tillidsforhold til sit eget ubevidste; både til det personlige ubevidste og til den del af det ubevidste, der hele tiden og i vekslende form og indhold skabes i her og nu gennem interaktion med patienten.

En sådan kapacitet udvikles gradvist gennem en kombination af personlig terapi, klinisk praksis og erfaring og supervision. Lad os sige, at den personlige terapi i det mindste indstifter et grundlæggende overblik over det personlige førbevidstes og ubevidstes struktur og indhold og indstifter en vis evne til selvanalyse, til selvrefleksion. Supervision i kombination med tiltagende og efterhånden omfattende klinisk erfaring med mange forskellige patienter giver dernæst en god mulighed for at erkende, udvikle og forfine den bevidste og ubevidste professionelle personlighed. Igennem klinisk erfaring og supervision tilbydes en mulighed for at udvikle sit kendskab til hvorledes forskellige patienter indvirker på og forstyrrer hver enkelt – unikke – terapeuts uanstødelige modoverføring. Der gives dermed adgang til, at den professionelle personlighed kan forfines, individualiseres og gøres fleksibel i holdninger og teknik i forhold til hver enkelt – unikke – patient. Dette i den hensigt at kunne skabe, genskabe og opretholde sin grundlæggende empatiske formåen med mange forskellige personligheder og personlighedstyper. Det er indlysende at disse udefra kommende forstyrrelser også vil kunne indvirke på og forstyrre terapeutens personlige ubevidste. Hvis dette sker, optræder det især omkring hidtil helt ulokaliserede, upågtede og dermed ureflekterede konflikter i terapeuten af enten patologisk narcissistisk eller sadistisk natur. Det er i disse tilfælde, at der er risiko for udvikling af en anstødelig modoverføring, hvilket jeg vil vende tilbage til afslutningsvis,

Min afgørende pointe er, at den analytiske psykoterapeut kan udvikle sin personlighed, og især sin professionelle personlighed, gennem modoverføring, som artiklens titel antyder. Desværre modtager de fleste analytiske psykoterapeuter »kun« supervision på et fåtal terapier. Supervisionsforløb i uddannelsesforløb er ofte langvarige, og der gives »kun« plads til relativt få patienter og »patienttyper«. Det er i sig selv godt med denne fordybelse, men jeg ønsker i tillæg hertil at betone nødvendigheden og betydningen af stor klinisk praksis og erfaring som en afgørende mulighed for udvikling af den professionelle personlighed gennem modoverføring.

I dette ærinde vil jeg – som lovet – vende tilbage til M. Balint. Balint udviklede en særlig supervisionsmetode for praktiserende læger – såkaldte Balintgrupper (Balint, 1957, 1993). Denne supervisionsform er yderst anvendelig også for psykoterapeuter i deres bestræbelser på at videreudvikle og forfine den professionelle personlighed – altså udvikling gennem modoverføring. I en Balintgruppe undersøges komplicerede læge-patient-relationer. Idet gruppen bør mødes regelmæssigt over flere år, har alle deltagerne (ofte 10-12) muligheder for at fremlægge mange forskellige komplicerede læge-patient-forhold til undersøgelse. Alle i gruppen stimuleres af gruppelederen til aktiv lytten, især efter egne følelser og tanker om det fremlagte læge-patient-forhold. Der efterstræbes en udvikling af evner til at udtrykke sig spontant og åbent om sine følelser, tanker, fantasier og refleksioner over forholdet mellem læge og patient i den fremlagte sag og hen imod større evne til indfølelse og dybere forståelse af patientens problematik, af lægens problematik inden for læge-patient-forholdet og af relationen mellem læge og patient. Det er altså ikke enkelte personer, der undersøges, men en relation.

Med anvendelsen af en bred modoverføringsforståelse er gruppens og de enkelte gruppemedlemmers modoverføringer altså arbejdsredskabet. Gruppens arbejde gennem erkendelse og analyse af gruppemedlemmernes modoverføringer kan medføre en her-og-nu ændring af den fremlæggende læges syn på og holdning til patienten. Dette er båret af en ny indsigt i læge-patient-forholdets natur og patologi og en ny indsigt i forstyrrelser af, hvad vi ovenfor benævnte som lægens uanstødelige modoverføring. Gruppen undersøger med andre ord hvorledes den fremlæggende læges terapeutiske bestræbelser bliver forstyrrede af patientens ubevidste gennem projektiv og introjektiv identifikation.

Ofte medfører gruppens arbejde en umiddelbar genetablering af den fremlæggende læges grundlæggende empati med sin patient, og lægen kan herefter møde – og møder – sin patient på en ny måde ved den næste konsultation, hvormed patienten også møder en »ny« læge, idet lægen har ændret sig via sit og gruppens arbejde med modoverføringen. Patientten har først en mulighed for at forandre sig, når lægen har forandret sig i relationen. Vi mennesker har først optimale muligheder for forandring, når vi bliver mødt på en anderledes, ny og uventet (men nok savnet) måde, altså når vi bliver mødt med empati.

Denne summariske beskrivelse af Balint-metoden retfærdiggør den næppe, men vi har beskrevet den mere udførligt (Bernsted, Thorgaard, Liisberg, 1995).

Balint-metoden kan med stor fordel anbefales indført – helt fra starten – i uddannelse og videreuddannelse af analytiske psykoterapeuter. Der er for den enkelte terapeut mulighed for fremlæggelse og refleksion over mange forskellige komplicerede terapeut-patient relationer, samt mulighed for identifikation med de andre gruppemedlemmers fremlæggelser. Det er psykoterapeutens professionelle personlighed, der undersøges og

søges reflekteret indenfor terapeut-patient forholdet. Stræben efter generalisering af empati – »empatisering« – er et centralt område for gruppens arbejde. Gruppemedlemmerne trænes i at mærke, erkende, lokalisere den af patienten skabte modoverføring. De udvikler en tiltagende kapacitet til at udholde modoverføringen (Carp, 1989), til at reflektere over og om modoverføringen, og til at intervenere eller undlade at intervenere *udfra* modoverføringen. Gruppens fokus på modoverføringsanalysen udvikler et virkemiddel til empatiens bevarelse: den skabende modoverføring.

Den anstødelige modoverføring

Modoverføringen er også nøglen til psykoterapiens etik. Den anstødelige modoverføring er nøglen til de grænsesituationer, hvor psykoterapiens etiske regler risikerer at blive krænket og overtrådt, eller hvor psykoterapien risikerer at ende i en blindgyde.

Gabbard (1996) har udførligt beskrevet, at enhver psykoterapeut har risiko for at komme i, det jeg kalder, den anstødelige modoverførings vold. Gabbard fremhæver, at det ikke kun handler om alle de andre terapeuter. I sin artikel »Lessons to Be Learned from the Study of Sexual Boundary Violations« (Gabbard, 1996) påviser han også, hvordan dette er indeholdt i psykoanalysens historie. Lad os her se bort fra den manifest forstyrrede eller syge terapeut; de etiske problemer er her helt åbenbare. I stedet vil vi vende tilbage til ideen om, at udefrakommende forstyrrelser – det vil sige fra patienter – kan indvirke på og forstyrre både psykoterapeutens personlige ubevidste og den anstødelige modoverføring (helt adskilles kan de ikke). Dette kan ske på en sådan måde, at terapeuten bringer både sin patient og sig selv i anstødelige vanskeligheder, ofte med katastrofale konsekvenser for begge parter til følge.

Jeg beskrev tidligere, at dette især risikerer at optræde, hvis patientens indvirkning på psykoterapeutens personlige ubevidste kommer til at berøre hidtil helt ulokaliserede – eller på grund af krise i terapeutens liv aktuelt sårbare – og dermed aktuelt reaktiverede eller tidligere helt ureflekterede og utransformerede konflikter i terapeuten af enten patologisk narcissistisk eller sadistisk natur.

Den patologiske narcissisme kan vise sig ved udlevningen af »det« terapeutens troede tilhørte hans eller hendes anstødelige modoverføring – f.eks. en udlevning af en ubearbejdet forestilling om, at kærlighed og kun kærlighed er den væsentligste eller eneste af psykoterapiens kurative faktorer. Med en – i overføringen – udtalt kærlighedskrævende patient, vil denne terapeut måske give efter for patientens tilsyneladende entydige længsler og f.eks. indlede et seksuelt forhold til sin patient. Den patologiske narcissisme har sin rod i forstyrrelser i selvet, og skyldes spaltninger i den skabende narcissisme eller nærende narcissisme (Benedetti, 1983), som Money-Kyrle (1956) også refererer til i det tidligere frem-

hævdede og diskuterede citat om omsorg for og kontakt med det tidlige selv i analytikeren som basis for evnen til empati og dermed som grundlag for den uanstødelige modoverføring.

Ligeledes vil også den ikke bevidstgjorte sadisme kunne røbe sine katastrofale risici i terapeutisk samvær med patienter. Dette gælder i sin ekstrem ved psykoterapeutisk arbejde med suicidale eller ubevidst suicidale og selvdestruktive patienter, hvor terapeuten f.eks. kan blive inddraget i en for begge ubevidst suicidalfantasi. Terapeuten, der ubevidst behandles sadistisk af sin suicidaltruende og – truende patient, og som på grund af ubevidst skyld over sin egen reaktiverede ubevidste sadisme, ikke evner at være i kontakt med sit modoverføringshad, kan da ikke *samtidig* bevare sin empatiske formåen og møde sin patient med den nødvendige og terapeutiske grænsedragning. Terapeuten risikerer i stedet i sin ubevidste fantasi at »tænke« og dermed kommunikere til patienten: »så gør det dog!«. Da risikerer terapeuten ikke »kun« at miste sin patient ved et selvmord, men også på grund af sin ubevidste ageren at sidde tilbage med følelsen af at være blevet indirekte »morder«.

Det drejer sig med andre ord om aktivering af og inddragelse i ubevidste fantasiverdener omhandlende enten afvigende syn på hvad der helbreder eller skal til for at hele, eller omhandlende forholdet mellem kvinde og mand, der i stedet for grundlæggende at opfattes som overvejende kreativt, i en ubevidst fantasiverden betragtes som udtalt destruktivt, samt om ubevidste fantasiverdener om voldsomt liv og/eller voldelig død.

Ingen terapeuter kan være sikre på at »gå fri« omend de fleste heldigvis gør det. Selv omfattende erkendelse af og indsigt i egen ubevidste narcissistiske forstyrrelse eller af egen ubevidste sadisme, er ikke nogen sikker garanti i mødet med meget forstyrrede patienter. En skråsikkerhed vil være ét udtryk for terapeutisk omnipotens. Ydmyghed som psykoterapeutisk kvalitet lønner sig også her.

Gabbard (1994) vil givet være enig i ovenfor beskrevne betragtninger, og han er fortaler for åbenhed om modoverføringer. I særlig grad om det jeg kalder de anstødelige modoverføringer. Tillid og åbenhed bliver nøgleord. Åbenhed, oprigtighed og ærlighed, uden tendens til altid kun at skulle præstere det fejlfrie og perfekte. Ærlighed og redelighed og dertil hørende mod til at fremlægge det materiale fra sit terapeutiske arbejde, som man helst ville undgå at få frem i lyset, hvad enten det drejer sig om fejl, pinlig eller pinagtig modoverføring eller insufficiens. Der er også bud efter en overvindelse af angst for at blive fundet uegnet som terapeut, en angst der alt for ofte styrer hvilke modoverføringsfølelser der er åbenhed til at dele med andre. Men en sådan åbenhed opnås kun, ifald psykoterapeuten i hele sin udvikling har været vant til åbenhed i forhold til supervisorer og kolleger i f.eks. Balintgrupper: i »Modoverføringsgrupper«.

Det kræver altså en tradition, som udsiger, at det er godt at have et overvejende tillidsfuldt forhold til sine modoverføringer. Først da bliver

det også muligt at forpligte sig på – på trods af insufficiensfølelse, afmagtsfølelse, skyld og især skam – at konsultere en kollega eller supervisor, sin Balint-gruppe eller en terapeut, ifald der optræder tegn på anstødelig modoverføring (om nogle af sådanne tegn, se Gabbard, 1994). Kun i en sådan tradition og kultur kan psykoterapeuten trygt forvente at blive modtaget af supervisor eller gruppen med en holdning, der udsiger, at anstødelig modoverføring kun er anstødelig, hvis den bliver levet ud. I tide kan den – med god hjælp – transformeres til en skabende modoverføring, til gavn for både patient og terapeut og den psykoterapeutiske proces.

Anerkendelse

Jeg er dr. Eivind Haga, Stavanger, Norge, taknemmelig for at have gjort mig bekendt med Freud's betegnelse – den uanstødelige overføring – og for den inspiration, Haga's omtale heraf har givet mig til dette arbejde.

REFERENCER

- BALINT, M. (1957): *The doctor, the patient and the illness*. London: Pitman Medical.
- BALINT, E. et al. (1993): *The doctor, the patient and the group*. London: Routledge.
- BALINT, M., BALINT, E. (1939): »On transference and Counter-Transference«. *Int.J. Psycho-Anal.* 20:223-30.
- BENEDETTI, G. (1990): *Den farlige kärleken – om psykoterapi vid psykoser*. Ludvika: Dualis.
- BENEDETTI, G. (1983): *Psykoanalytikerens oplevelse i behandlingen af psykotiske patienter*. Læsemanuskript. Dansk overs. Kalør, J. og Thorgaard, L. Upubl.
- BERNSTED, L., THORGAARD, L., LIISBERG, P. (1995): »Lægen, patienten og balintgruppen«. *Agrippa*; 16:27-37.
- BION, W. (1992): *Cogitations*. London: Karnac Books.
- CARPY, D. (1989): »Tolerating the countertransference: A mutative process«. *Int.J. Psycho-Anal.* 70:287-94.
- ERIKSON, E H (1950): *Childhood and Society*. New York: W.W.Norton.
- FREUD, S. (1895): *Entwurf. Udkast*. København: Hans Reitzels Forlag.
- FREUD, S. (1910): »De fremtidige chancer for den psykoanalytiske terapi«. I: FREUD, S. (1992): *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København: Hans Reitzels Forlag.
- FREUD, S. (1912): »Om overføringens dynamik«. I: FREUD, S. (1992): *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København: Hans Reitzels Forlag.
- FREUD, S. (1937): »Den endelige og uendelige analyse«. I: FREUD, S. (1992): *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København: Hans Reitzels Forlag.
- GABBARD, G., WILKINSON, S. (1994): *Borderline Behandling og Modoverføring*. København. 1992: Hans Reitzels Forlag.
- GABBARD, G. (1996): »Lessons to Be Learned from the Study of Sexual Boundary Violations«. *Am. J. of Psychotherapy*, Vol.50, No.3: 311-21.
- GREENSON, R. R. (1967): »The Technique and Practice of Psychoanalysis«. *Int. Psycho-Analytic Library*. No.74. London: Hogarth (1985-reprint).

- HAGA, E. (1996): *Psykodynamiske synspunkter på placebovirkningen i psykoterapi*. Foredrag 10. oktober 1996. Upubl.
- HAGA, E. (1997): »Specielle Pennevenner«. *Tidskrift Norske Lægeforening*. No.30,117: 4482-3.
- HEIMAN, P. (1950): »On Counter-transference«. *Int.J.of Psycho-Anal.* 31: 81-84.
- JONES, E. (1955): *Sigmund Freud: Life and Work*. Vol.2. New York: Basic Books.
- KERNBERG, O.F. (1965): »Notes on Countertransference«, *J. of Am. Psycho-analytic Ass.* 13: 38-56.
- LITTLE, M. (1951): »Counter-transference and the Patients Response to it.« *Int.J.of Psycho-Anal.* 32: 32-40,
- MONEY-KYRLE, R. (1956): »Normal Counter-transference and some of its deviations«. *Int.J.of Psycho-Anal.* 37: 360-66.
- RACKER, H. (1957): »The meaning and uses of countertransference«. *Psychoanalytic Quarterly*.26:303-57.
- SANDLER, J., DARE, C, HOLDER, A. (1994). *Patienten og Analytikeren – psykoanalysens kliniske struktur*. København: Hans Reitzels Forlag.
- SEARLES, H. (1979): *Counter-transference and Related Subjects*. New York: Int.Univ.Press.
- THORGAARD, L. (1990):»Drømmenes kreative og kurative funktion – i psykoterapi med psykotiske og neurotiske patienter«. *Matrix*, 1: 3-22,