

GRUS I MASKINERIET – dåliga ögonblick i psykoterapi

Gudrun Olsson

Syftet med denna kvalitativa studie är att undersöka hur psykoterapeuter karaktäriserar de situationer då de anser att något terapeutiskt ogynnsamt skett i en psykoterapi. Hur framträder psykoterapeuters självrepresentation i deras berättelser om de dåliga ögonblicken, och vilken lärdom kan utvinnas ur berättelserna? Speciellt uppmärksammas strategier för att upprätthålla självrespekten då man ombeds erinra sig något dåligt.

Inledning

Föreställningar om det goda livet bär vi alla inom oss. Emellertid är det nog först då kontinuiteten i levandet på något sätt är hotad som vi riktar vår uppmärksamhet mot dessa föreställningar. Hälsan tiger still, säger vi! På motsvarande sätt finns i olika professionella praxiskulturer mer eller mindre dolda normer om hur livet idealt bör levas och vad som kännetecknar god praxis. Jag tänker här främst på de professionella sammanhang där människors växande och utveckling står i centrum, exempelvis psykoterapeutiska processer och övriga lärandeprocesser. Praxis betyder handling, och praktisk kunskap kan beskrivas som förmåga till goda handlingar (Rolf, 1995). Frågan som omedelbart infinner sig är: Hur kan goda handlingar skiljas från handlingar, som inte är goda? Kanske att det goda inte kan ges en abstrakt bestämning, utan det goda kan enbart utövas, och föreställningen om den goda praktiken blir synlig först i det godas frånvaro. Inte förrän det kommer »grus i maskineriet«, stannar vi upp för att undersöka maskinen.

Kernberg (1996) och Reeder (2001) har påpekat, att vissa professionella kulturer med långtgående specialisering kan verka hämmande för kreativitet och kunskapsutveckling. Den psykoterapeutiska verksamheten kan här tas som ett exempel på en praxisform, som är präglad av specialisering. Det, Reeder (2001) beskriver som det professionella överjaget, har en föreskrivande, vägledande, stödjande aspekt (jagidealet), som påbjuder vad psykoterapeuter bör veta och göra, och en hämmande aspekt, som fungerar som ett inre vakande öga, föreställningar om kritik och fördömande från auktoriteter.

Emellertid tycks den hämmande aspekten lätt ta överhand och inympa fruktan. Den intellektuella uppfinningsrikedomen beskärs. Det professionella överjaget lever dessutom i ett dialektiskt förhållande med det institutionella överjaget. Något »sitter i väggarna« som en del av en professionell kultur och är således inte bara ett privat fenomen. Organisationskultur och personlig utveckling kan negativt förstärka varandra. Hur detta spänningsförhållande ser ut kan förmodas ha betydelse för professionell identitet och yrkeskompetens.

Dessa frågor bildar utgångspunkten för denna studie. Studiens syfte är att undersöka, hur blivande psykoterapeuter karaktäriserar de ögonblick eller situationer i en psykoterapi, då något terapeutiskt ogynnsamt tycks ha inträffat, och hur psykoterapeuters självrepresentation framträder vid dessa ogynnsamma tillfällen. Vilken lärdom kan utvinnas?

Studien utgör en fortsättning på min tidigare forskning om psykoterapeuters själv-bilder (Olsson, 2004). Här fokuserade jag på den självbild, som framträder i goda terapeutiska ögonblick och i förlängningen härav blev det möjligt att utifrån dessa olika själv-bilder formulera väsentliga inslag i en psykoterapeutidentitet. Att nu be psykoterapeuter erinra sig en dålig händelse torde blottlägga spänningen mellan en fördömande, självkritisk hållning och en välvillig, stödjande inre röst. En speciellt känslig period i professionell utveckling torde vara den tid, då man efter en lång utbildning lämnas att själv forma sitt arbetsjag. Hur kan man finna sin egen röst? Hur klarar man av, att se sina brister med bibehållen självaktning? Hur hanteras skulden över, att man inte varit tillräckligt bra eller, som man kanske tror, skadat patienten och hur förhåller man sig till skammen över att inte veta, inte förstå? Vilka strategier används för att upprätthålla självrespekten?

Narrativ utgångspunkt

Jag utgår från ett narrativt forskningsperspektiv. Jag har blett psykoterapeuter, som just avslutat en 3-årig legitimeringsgrundande psykoterapiutbildning med psykoanalytisk inriktning, att skriva en berättelse om »ett tillfälle, då du tycker, att något terapeutiskt ogynnsamt hänt i en terapi med en patient«. Jag har tagit del av ca 100 skrivna berättelser.

Att utgå från narrativer i ett forskningssammanhang har visat sig medföra många fördelar. Att framställa ett skeende i berättelsens form innebär, att berättaren oftast dras in i själva händelsens dramatik, även om han/hon inte på djupet förstår, vad som hänt. Detta innebär, att det material, man som forskare har att arbeta med, ofta är rikt, mångtydigt med många lager av mening, alldeles som livet självt. Följdaktligen behöver en berättelse alltid tolkas, inte minst för att dess poäng eller dess sensmoral skall framträda. En berättelse är uppbyggd kring en specifik händelse i förfluten tid och följer en speciell berättelsegrammatik. Exempelvis ordnas händelserna i sekvenser,

och innebörden av varje sekvens ges av dess placering i den övergripande intrigen. En sekvens kan inte byta plats med en annan, utan att innebörden ändras. Vidare är en berättelse uppbyggd kring ett spänningsförhållande mellan det förväntade, vardagliga, normala och det extraordnåra, oväntade, »onormala«. Det är avbrott i kontinuiteten som formar berättelser, och berättelsens funktion kan beskrivas som ett återetablerande av det »normala« (McLeod, 1997). I psykoterapeutens gestaltning av något »dåligt« kan således berättelsens inneboende funktion komma till användning.

Analys

Hur analys av berättelsetexter kan gå till, har jag beskrivit i tidigare arbeten (t.ex. Olsson, 2002; 2004) och här vill jag bara nämna två väsentliga förhållningssätt som jag intar vid läsningen av texter. Mitt första förhållningssätt, innebär, att jag utgår från berättarens egen själv-förståelse. Hur framträder världen för henne/honom? Jag försöker inta berättarens perspektiv och försöker sätta min egen för-förståelse, min teori och min erfarenhet inom parentes. Mitt andra förhållningssätt innebär, att jag kritiskt, reflexivt läser och tolkar materialet. Här upphäver jag parentesen och låter min egen praxiserfarenhet och den psykoanalytiska teoribildningen utgöra tolkningsram. Är den dåliga händelsen dålig även ur mitt perspektiv? Finns motsägelser? Hur är den narrativa tonen? Vad kan läsas mellan raderna? Här intar jag mer rollen som »djävulens advokat«. I den slutliga analysen är dessa båda sätt att analysera texter sammanvävda. Man kan säga, att jag försöker kombinera ett fenomenologiskt, beskrivande perspektiv och ett hermeneutiskt tolkningsbaserat.

Frågan är, vad det innebär att utgå från en psykoanalytisk teoribakgrund i tolkningen av berättelsetexterna. Vilka begränsningar finns i ett sådant förfarande? Det dialogiska tolkandet i en psykoterapi bygger på det unika mänskliga mötet, men jag bygger inte mina tolkningar på möten, varken med patienter eller psykoterapeuter. Alla de ledtrådar, som ligger till grund för förståelse av en annan människa, den levande dialogen, det mellanmänskliga klimatet, som kan avläsas av båda parter, tonfall, mimik och gester, har jag inte tillgång till i mötet med en text. Man skulle kunna hävda, att en psykoanalytisk förståelse därmed är omöjliggjord. Själva premisserna existerar inte. Emellertid sker något mycket avgörande, då texten intar det levande talets plats, säger Ricoeur (1981). Texten öppnar upp för obegränsad läsning och är inte längre bunden till den tid och plats, där dialogen en gång ägde rum. Detta innebär, att man slipper den dialogiska situationens begränsningar. Texten hänger i luften i en slags »oavgjordhet« tills den möter en uttolkare. Genom tillägnelse («appropriation») har läsaren möjlighet att göra texten till sin egen unika text. Jag utgår från, att våra iakttagelser är teoriimpregnerade och att vi alltid betraktar världen utifrån en speciell

position – man kan inte tala utifrån en ingenstans-position – och detta innebär, att en annan läsare med andra teoretiska glasögon och andra perspektiv förmodligen finner andra tolkningar än de, jag funnit.

Har jag då som forskare inte något tolkningsföretråde alls? Min uppgift är att reflexivt försöka förankra mina tolkningar i data, så att det blir möjligt för en läsare att tolka mina tolkningar. Min uppgift är att söka mig fram mot konsistens och koherens i tolkningsprocessen. Man kan säga, att mitt tolkningsföretråde ligger i det faktum, att det är jag som skrivit artikeln, tematiserat, gjort urvalet av berättelser, sammanfattat dem, uteslutit avslöjande detaljer och lagt till fingerade detaljer för att dölja personernas identitet. I kvalitativ forskning är det ofta en svår balansgång mellan att å ena sidan förse läsaren med ett nyansrikt material att förhålla sig till, å andra sidan att skydda anonymiteten hos de inblandade.

Humanvetenskaplig forskning är en form av skrivande. Skrivandet är vår metod, säger Van Manen (1990). Att fråga, vilken metod som används, är samma sak som att fråga om skrivandets väsen. Skrivande innebär inte bara, att man producerar en text, utan man producerar sig själv. Man formar sig själv genom skrivandet. Genom den personliga stilen visar man, vem man är, vad man är förmögen att förstå, och hur man är orienterad till världen. Genom mina analyser av berättelsetexterna avslöjar jag mig själv. Är mina tolkningar ytliga? Är jag fördömande? Identifierar jag mig mer med vissa psykoterapeuter och/eller patienter än andra? Och varför intresserar jag mig överhuvudtaget för psykoterapins dåliga ögonblick?

Fem psykoterapeutberättelser

Övergiven

En kvinnlig terapeut berättar om en patient, en kvinna, vars grundläggande problem handlade om rädsla för beroende. »Nej, ett starkare ord behövs nog för att beskriva, hur hon upplevde det – skräck för beroende«, skriver terapeuten. Speciellt väcktes patientens sårbarhet till liv under somrar. Vi kommer in i berättelsen efter ett sommaruppehåll.

»Nu kommer jag till det, jag upplevt som terapeutiskt dåligt. Den första sessionen efter uppehållet kommer patienten med mycket 'glans i pälsen'. Hon ser frisk och välmående ut, hon är välfriserad och har make up, vilket hon inte brukar ha. Hon berättar, att hon under sommaren plågats av infektioner och inflammationer överallt, där man kan ha några sådana, som hon säger. Hon vill inte se något samband mellan detta och den separation, hon skulle kunna ha upplevt, dels med ursprungsfamiljen (patientens mor hade dött ett halvår tidigare), dels vårt uppehåll i terapin. Under sessionen gör hon allt för att inte sätta sam-

man någonting. Hon klyver och förnekar i sitt inre och jag upplever, att inget av det jag säger, hjälper henne.

Efter en dryg halvtimme säger hon i förbifarten: 'Förresten jag höll på att glömma en sak, det här är sista gången. Jag kommer inte hit mer'. Först blev jag överrumplad, ja, helt ställd inför detta faktum. Sedan gör jag någonting utifrån denna känsla, som inte blir bra. Jag försöker förstå, varför patienten vill sluta, och under den korta stund, som är kvar, talar vi om detta. Patienten säger, att hon vet att hon kommit till en punkt, där hon väljer att avsluta. Hon har tänkt mycket på detta och tagit ett beslut, säger hon. 'Jag kommer inte längre än så här. Det får bli så'. Resten av tiden berättar hon om händelser, där innehållet tydligt visar, hur hon agerar ut smärtan, som vi två inte kan tala om. Hon går ifrån terapin och mig i ett triumferande tillstånd.

Senare i handledningen kan jag reflektera över, vad som hände. Jag lyckades inte tala om, *hur* patienten avslutade terapin. Jag nämnde inte med ett ord, på vilket sätt hon gjorde det, trots att det var ett uppenbart sadistiskt sätt att lämna terapin på. Jag var så upptagen av, varför hon slutade, att jag inte kunde hantera min upplevelse terapeutiskt bra. Om jag hade kunnat det är det inte alls säkert, att patienten valt att fortsätta – det tror jag faktiskt inte. Men kanske hade hon fått med sig något av värde. Det terapeutiskt dåliga var, att jag lät patienten gå i sitt maniska tillstånd utan att arbeta med det och visa henne, att en separation, som sker på ett sådant sätt, går att känna och tänka kring«.

Självrepresentationen. Berättelsen handlar om en övergiven terapeut och en patient »med glans i pälsen«. Frågan är, hur terapeuten ser på sig själv i sin övergivna belägenhet. Hon granskar sina tillkortakommanden, utan att självrespekten allvarligt skadas. Möjligen kan man ana en viss skuld över, att hon i stunden inte lyckades konfrontera patienten med det triumferande och sadistiska sätt, på vilket hon lämnade. Patienten minimerar ju verkligen betydelsen av terapeuten och hennes insats. Hon höll på att »glömma« att säga att det var sista gången! Tanken på, att patienten kanske hade fortsatt sin terapi, om terapeuten förmått fånga detta tillfälle, tycks alltför smärtsam. Hon »vill inte« tro, att patienten hade fortsatt.

Terapeuten låter sig överraskas av patienten och hennes agerande. Hon talar till patienten utifrån en position av att »vara tagen på sängen«. Man kan förmoda, att terapeuten verkligen kände sig övergiven och att denna känsla kom att dominera henne. Det var hennes svaga punkt, som patienten sökt sig fram mot. Searles (1975) har beskrivit, hur patienter liksom »hakar på« de aspekter av terapeutens personlighet, som på något sätt är relevanta för deras problematik. Patientens projektiva identifikation, smärtan i att vara övergiven, meddelas endast på detta sätt, och den träffar sitt mål. Terapeuten låter sig infångas. Terapeuten kommer att motsvara den roll, som patienten

tilldelar henne (Sandler, 1976), även om hon i rollen som passiv undersåte i patientens glansfulla universum känner sig synnerligen obekväv.

Kan vi ana några strategier, som terapeuten använder sig av för att rädda sin självaktning? Patientens problem accentueras. Exempelvis genom att terapeuten redan i berättelsens inledning förstärker sitt uttryck, övertygar hon om den svåra problematiken. Terapeuten avslutar sin berättelse med egna reflektioner. Hon påpekar, att hon senare i handledningen »kan« reflektera över, vad som hände. Kanske hon vill säga, att även om patienten inte förmår att tänka om sitt handlande, så förmår terapeuten tänka om sitt.

Lärdomen. Terapeuten tycks vilja förmedla följande lärdom. Om vi enögt inriktar oss på motiven till en handling, *varför* patienten handlar på ett speciellt sätt, och inte uppmärksammar *hur* handlingen göres, då riskerar vi att missa något väsentligt, som bör förstås och sedan kommuniceras. Det är, som om patienten vill säga: » Ha, ha, ha, det är rätt åt dig, objekt. Där kan du sitta och längta efter mig! Så kan du få veta, hur längtan känns!«. Den abrupta avslutningen kan betraktas som en omedveten bestraffning för att ha blivit övergiven av terapeuten (modern) och ett föregripande av det kommande avskedet, terapiavslutningen och i förlängningen den oundvikliga döden. Att inte passivt invänta utan att aktivt överge har förmodligen blivit patientens sätt att undgå hjälplösheten och utsattheten från de tidiga årens trauman. Terapeuten kom att befinna sig i, vad Racker (1957) benämner en »motöverföringsposition« till skillnad från att reagera med »motöverföringstankar«. Skillnaden mellan dessa båda begrepp ligger i, hur starkt jaget är inbegripet i terapeuten upplevelse. Motöverföringstankar består av fantasier utan någon större känslomässig intensitet. De har sitt ursprung i en motsvarande situation inom patienten. Då terapeuten befinner sig i en motöverföringsposition, är däremot upplevelserna starka och av »drunkningskarakter«. Jaget är indraget. Upplevelserna härrör från patientens utagerande. Att plötsligt ställas inför patientens beslut om avbrott med det latent budskapet om allmakt kom att försätta terapeuten i en motöverföringsposition av vanmakt.

Uppdämd

Följande berättelse är kort och koncis, men den innehåller de nödvändiga ingredienserna för en berättelse. Itrots av den knapphändig beskrivningen får vi en känsla av den stämning, som råder i terapirummet, ett rum där huvudrollsinnehavaren, tjuven, ställs mot väggen. Scenen är närmast en rättgångsscen.

»Jag träffade en tonåring tillsammans med hans pappa och dennes sambo. Dessa berättade, hur tonåringen snattat och burit sig åt, stulit från sambon. Jag påverkades av all ilska, som de vuxna kände mot tonåringen, och efter ca 45 minuter kunde jag inte behärska mig längre utan tog upp ett resonemang med tonåringen i fall han gjort besök i

fängelse. Tanken jag agerade ut var, att om han inte skärper till sig, så kommer han att hamna där. Genom mitt utagerande stängde jag möjligheten till, att pojken skulle kunna uttrycka skälen till, varför han gör som han gör. Klienten bidrog till utvecklingen med en dold aggressiv hållning. Han var tyst och tillbakadragen, och på något sätt provocerande i sitt sätt att förhålla sig till oss vuxna«.

Självrepresentationen. Terapeuten föll in i de anklagandes kör. Att han identifierade sig med dem, märks genom uttalanden som att patienten hade »snattat och burit sig åt« (terapeuten lånar orden från »de vuxna«) och att patienten hade ett provocerande förhållningssätt »till oss vuxna«. Racker (1957) har beskrivit, hur terapeuter ibland identifierar sig komplementärt, inte med patienten, utan med patientens inre objekt, i detta fall de fientliga föräldraauktoriteterna. Terapeuten lockas in i en sådan identifikation som ett svar på, att patienten behandlar honom som ett inre fientligt objekt.

Genom tidsangivelsen, »efter ca 45 minuter«, kommer läsaren skärpa uppmärksamheten och ställer in sig på, att det är nu, som det dåliga kommer att beskrivas. Tiden anger också något annat. Den framhäver terapeutens känsla av att vara »uppdämd«. Självbilden präglas av uppdämd vrede. Han hade »hållit sig« nästan hela sessionen, lyssnat på de vuxnas arga anklagelser under 45 minuter, men så går det inte längre. Bärandet av andras hat blir för mycket. Han är inte längre härskare över sitt inre tillstånd.

När sedan terapeuten reflekterar över sin »dåliga« kommentar om fängelsebesök framgår det tydligt, hur han ville ha gjort i stället. Han skulle ha velat ge patienten möjlighet att »uttrycka skälen till, varför han gör, som han gör«. Men skälen till stölderna vet väl knappast patienten, åtminstone inte de mer omedvetna skälen. Patientens stjal kanske det, han inte tror är möjligt att få på något annat sätt, exempelvis kärlek. Det är heller ingen slump från vem, han stjal. Han stjal kanske av hämndbegär, svartsjuka eller besvikelse. Skälen till stjälandet finns att söka i själen!

Man kan förmoda att patientens stölder kom att aktivera terapeutens överjagsproblematik. På 20-talet beskrev Sharpe (1927), hur hon identifierade sig med föräldrarnas fördömande av en patients, en 15-årig flickas, sexuella intressen, och detta fördömande »igenkände jag som ogillande från mitt eget infantila överjag« (sid. 5).

Lärdomen. Det är ju uppenbart, att terapeuten i första hand identifierar sig med de fördömande rösterna från föräldraauktoriteterna, men på en mer omedveten nivå identifierar han sig nog även med patienten. Att under nästan hela sessionen lyssna till vredesuttrycken riktade mot patienten utan försök till perspektivering från terapeutens sida är väl ett uttryck för hans rädsla för vrede. Om han skulle ha försökt bryta det destruktiva förloppet, hade han ju löpt risken att själv bli föremål för föräldraauktoriteternas ursinne. I stället offerar han patienten – och sig själv. Beskrivningen av patienten som »tyst och tillbakadragen« och med »en dold aggressiv hållning« kan således

vara aspekter även av terapeutens självuppfattning, måhända inte accepterad eller medveten. Den konkordanta identifikationen bygger på terapeutens igenkännande av det som tillhör patienten som sitt eget, och på likställande av det, som är ens eget med det, som tillhör patienten (Racker, 1957).

Vad kan vi då utvinna för lärdom ur berättelsen? Vad bestod det dåliga av? Kanske terapeuten vill visa på det problematiska i att fastna i en komplementär identifikation med de fördömande och hatiska objekten, samtidigt som den konkordanta identifikationen är höljd i dunkel. Racker (1957) påpekar, att om vi inte förstår de konkordanta identifikationerna och i stället avvisar dem, kommer vissa komplementära identifikationer att förstärkas. Med hjälp av den konkordanta identifikationen har terapeuten möjlighet att förstå djupt liggande personliga konflikter både hos sig själv och sin patient. Empatin har sitt ursprung i den konkordanta identifikationens sublimerade form.

Förhörd

Följande exempel illustrerar, hur en berättelse som var tänkt att illustrera något terapeutiskt dåligt ändå kommer att sluta bra. Berättelsen är kort och har en dramatisk upptakt.

»För en tid sedan hände det, som är det svåraste jag kan tänka mig att möta i en terapiesession. En kvinna med borderline-problematik kom till sin timme och sa', att hon tänkte ta livet av sig... Jag greps av en sådan oro för henne, att jag inte orkade lyssna på, vad hon egentligen sa'. Jag började ställa frågor mer som ett förhör i stället för att låta henne uttrycka, vad hon kände. Trots att jag egentligen såg, att hennes oro ökade, kunde jag inte riktigt sluta. Jag orkade inte bära hennes ångest utan agerade ut den. Till slut höjde hon rösten och sa: 'Jag sa' inte, att jag ska ta livet av mig. Jag sa' att jag vill'. Då kom jag till sans, och vi kunde börja samtalet i en annan ända«.

Självrepresentationen. En utmanande patient, som presenteras med en diagnos, träder in på scenen och tycks ha »luktat sig« fram till vad terapeuten fruktar allra mest. Och terapeuten svarar i enlighet med regin. Trots att hon med hjälp av reflektion-i-handling (Schön, 1987) i stunden kan se, hur hon bidrar till, att patienten blir alltmer orolig, fortsätter terapeuten i sina gamla hjulspår och är oförmögen att omforma sitt handlande. Hon intar förhørsledarrollen. Kanske var det precis detta, som patienten på en nivå önskade uppnå för att gestalta ett gammalt drama, och kanske att terapeuten verkligen ville ställa till med förhör. Hon kände sig förmodligen anklagad av patienten, ställd till svars för att patienten inte längre ville leva. Bättre att förhöra än att själv bli förhörd och göras ansvarig för en annan människas liv, kan terapeuten i sitt inre ha tänkt. Föreställningen om att bli förhörd präglar självbilden.

Läsaren förväntar sig att få läsa om något dåligt, men det sker en vändning i riktning mot något bra. Vändpunkten markeras med patientens höjda röst och det direkta talet: »Jag sa' inte att ...«. Varför framställa en solskenshistoria som exempel på något dåligt? Man kan tänka sig, att detta är ett sätt för terapeuten att rädda självaktningen. Förhöret, hon ställde till med, hade inte så farliga konsekvenser.

Lärdomen. Hur kan vi förstå det »dåliga«, som hände? Terapeuten håller på att ta över patientens känslor och problem och gör dem till sina. Empatin förbyts till sympati. Att vara empatisk, säger Greenson (1960), innebär, att man delar en annan människas känslor och tillfälligt upplever dem. Man tar del av kvaliteten i känslorna, men inte i styrkan. Man står kvar som observatör. Sympatin bygger på sammansmältning med patienten och man ser sin egen spegelbild i honom/henne. Sympatin rymmer beklagande och medhållande. Förmågan att vara inklämmande, empatisk, att förstå vad en annan människa känner, är metodens väsen. Om det uppkommer någon form av motstånd mot det material, som patienten kommer med, finns risk att terapeuten istället övergår till sympati, medkännande (Etchegoyen, 1991). Att terapeuten upplevde motstånd inför patientens självmordshot är uppenbart. Genom terapeutens svårigheter att metabolisera oron glider den projektiva identifikationen och den därmed förknippade empatin över i en introjektiv identifikation och sympati.

Situationen räddas emellertid, och det är patienten, som räddar den genom att återta kommandot över sitt liv. Genom att hon kommer i kontakt med sin vrede, kommer terapeuten att befrias från sin förhørsledarstil. Dessutom använder patienten sin vrede till att börja tänka. Hon visar, att hon minsann kan skilja mellan önskan och handling. Att önska är en sak, att handla en helt annan.

Förgiftad

I den bakgrundsbeskrivning, som terapeuten, en kvinna, ger av sin kvinnliga patient, framställs patientens liv, som minst sagt problematiskt. Hon har under lång tid misshandlats av sin man och har svårigheter att släppa honom. Hon har ryggbesvär efter en trafikolycka. Hon ställer sig frågan, varför hon alltid drabbas av allt. Ingen förstår henne. Terapeuten konstaterar, att hon haft svårt att hålla ramarna, då patienten har velat ha direkta råd, uttryckt en önskan om att hon skulle ordna saker för henne eller ringa till henne. Detta sammandrag utgör berättelsens inledning. Vi kommer in i berättelsen under en speciell session.

»Hon kommer med en hel lista, där det är nedskrivet, vad hon ska ta upp med mig av det, som är negativt. Hon gör detta argt, anklagande mot vänner och myndigheter. Detta är även riktat mot mig och jag känner ett starkt obehag. Hon riktar det i uttryck: 'Ge mig råd, vad ska jag göra. Jag skulle inte ha kommit hit'. Jag känner obehaget långt ner

i magen. 'Ja, jag borde inte gått hit, jag är helt slut, jag kunde ju ha somnat i bilen och det finns ingen, som skulle sakna mig om en olycka inträffade, jo, min dotter, men ingen annan. Vad är det för vänner, jag har; de hör inte av sig eller frågar, om vi ska göra något, det är alltid jag, som måste höra av mig, nästan i alla fall. Nej, då kan det kvitta'. Här säger jag – och det bara kommer, som om jag ville ta tillbaka det, innan det ens är uttalat – men jag hör mig säga: 'Det är mycket anklagelser och en del tycka synd om dig själv'. Mycket starka reaktioner kommer från patienten: 'Vad menar du, förklara! Har inte jag varit med om mycket. Jag har inte ens fått sörja min mamma, eftersom allt bara blir problem med dödsboet och allt. Tycker synd om mig själv, nej, det gör jag verkligen inte'.

Jag kände så starkt, vilket dåligt uttryck 'tycka synd om sig själv' var, det var inte speciellt psykoterapeutiskt, och inte var det läge för denna konfrontation, som detta blev. Snarare gjorde jag det på ett sådant sätt, att jag ville värja mig mot allt detta dåliga, som hon lyckas göra mig till... 'Nej, det är ingen idé mer idag', säger hon. 'Ja, nu har jag väl fått parkeringsböter; det är över tiden'. Mycket riktigt, jag hade dragit över. Patienten gick inte i speciellt god sinnesstämning från terapin. Jag mådde dåligt, jag visste, att hon skulle åka bil hem några mil. Jag kände mig mycket olustig. Jag tänkte, att jag får betala parkeringsböterna om hon har fått några, och jag hoppas, att det går bra hem. Jag kände mig misslyckad, när jag kom hem.«

Självrepresentationen. Berättelsen vittnar om de starka krafter, som råder inom och mellan de två parterna i dialogen. Sado-masochistiska spel är kraftfulla. Offret, patienten som fallit från balkongen och som låter sig misshandlas av mannen, intar i den aktuella sessionen snarare misshandlarens roll. Men den masochistiska undertonen är stark, vilket märks bland annat i det språk av icke-ansvarighet, som patienten använder: hon har inte fått sörja, allt blir problem, ingen hör av sig, ingen förstår. Hela berättelsen kan ses som ett uttryck för en enda stor anklagelse mot terapeuten. Terapeuten göres ansvarig för allt! Det är denna anklagelse, som terapeuten införlivar, och hon gör sig i fantasin ansvarig för patientens liv såväl som hennes parkeringsböter. Anklagelsen, hatet, från patienten blir som ett gift inom terapeuten. Terapeutens självbild kommer att färgas av självanklagelser och hon riktar kraftfulla attacker mot egna arbets-jaget. I ett förgiftat tillstånd åker hon hem, och väl hemma är inte giftet ur kroppen. Självrespekten har fått sig en riktig törn. Winnicott (1947) påpekar, att terapeuten måste vara i kontakt med det hat, som patienter ibland väcker. Annars kommer »aggressivitet och fruktan att vara de motiv, som bestämmer, vad han gör med dem« (sid. 214). Winnicott jämför med relationen mellan mor och spädbarn. Det finns inte bara moderskärlek. Det finns också modershat. »En mor måste kunna uthärda, att hon hatar sitt barn utan att uttrycka det. Om hon av fruk-

tan för, vad hon kan göra, inte kan känna hat på ett adekvat sätt, måste hon tillgripa masochism« (sid. 222).

Fliess (1942) rekommenderar en kortvarig identifikation med patienten, en providentifikation likt en téavsmakares snabba smuttande på drycken. Téet skall sedan spottas ut, inte sväljas. Genom en sådan kortvarig identifikation, som egentligen är en oral introjektion, kan man få veta, hur den andre har det, men sedan skall innehållet återprojiceras på patienten. Terapeuten förmår dock inte smaka av. Hon sväljer allt. Det är, som om hennes inre är uppsvält av det gift, hon fått i sig. Giftet förvaras symboliskt någonstans i hennes mag-tarmkanal. Det påverkar henne inifrån så mycket, att den terapeutiska ramen bågnar. Terapeutens autonomi är allvarligt hotad.

Lärdomen. Läsaren övertygas om, att det är stora svårigheter, som patienten brottas med. Hon begär mycket, men säger nej till det, hon får. Hon begär det just för att kunna avvisa den andre. Obehaget inom terapeuten växer. För att använda Meltzers (1992) språk, torde terapeuten ha känt sig instängd, tillfångatagen i patientens claustrum, i de inre rum där hon enväldigt härskar och söndrar. Vad säger då terapeuten?

I kommentaren »det är mycket anklagelser och en del tycka synd om dig själv« hör patienten bara mera anklagelser. Och det är väl just »tycka synd om sig själv« på ett ömsint, varmt empatiskt sätt, som patienten är oförmögen till. Hon är själv inlåst i sitt claustrum. Man får förmoda, att bristen på erfarenhet av ett tillfredsställande självobjekt, de uteblivna gensvaren från tidiga omsorgspersoner på djupet har ristat in känslan av att inte vara värd kärlek och heller inte vara värd en annan människas hjälp.

Sessionen slutar med, att patienten i en anklagande ton lämnar i meningslöshet och tomhet. Hon har krävt allt, tid, engagemang, råd. När terapeuten givit henne lite extra av något gott (tid), anklagas hon även för detta. Det, som var ett uttryck för något gott, förvandlar patienten till något ont.

Lärdomen kanske nu kan formuleras. Att inkorporera eller svälja någon annans destruktiva, förgörande inre har sitt pris. Fliess (1942) menade, att det inte är nådigt för en analytiker att vara martyr. Hotet om själv-förintelse hänger tungt över patientens hela liv. Terapeuten låter sig smittas ner av hotet och hatet och får skuld känslor för det. Hon undrar, hur hon skall kunna betala skulden och ser det som sitt åtagande att betala för den tid, som patienten »parkerat sig« hos henne. Terapeuten förlorar sina jaggränser ett ögonblick. Grinberg (1962) introducerade begreppet projektiv motidentifikation, med vilket han menade terapeutens svar på patientens våldsamt intensiva bombardemang av projektiva identifikationer, vilkas rötter finns att söka i patientens traumatiska upplevelser av att själv ha varit utsatt för något liknande. Patientens omedvetna intention är just, att terapeuten skall gestalta patientens avspjälkade problematik på ett konkret sätt. Problematiken kan sammanfattas i livshållningen »you are damned if you do, you are damned if you don't«. Det obehag, terapeuten ger uttryck för, kan rymma en känsla av att inte längre vara sig själv, när någon försöker belasta henne

med allt ansvar och all skuld. Hon blir för en stund förvandlad till det döda objekt, som patienten omedvetet önskar att hon skall bli.

Förförd

En manlig terapeut berättar om sin kvinnliga patient.

»Hon kommer sent till sessionen. Hon pratar mycket på ett ytligt plan. I stunden tappar jag koncentrationen.

P: Jag är trött igen, jag har arbetat förra helgen. Nästa torsdag (som är terapitid) ska det vara ett möte om förskolläraryrket.

T: Du vill ställa in nästa gång?

P: Ja, om det går bra?

T: Du bestämmer, hur du gör. Hur tänker du kring förhållandet att ge till andra respektive att ge till dig själv?

P: Ja, men det här handlar ju om existensen, så det är nog viktigt, att jag går på det mötet (följs av ett försiktigt leende).

Sessionen fortsätter, och jag släpper ämnet. Min upplevelse är, att jag växelvis är utanför och i kontakt med patienten. Hon bjuder inte in mig, utan arbetar själv. Ett tema genom terapin har varit förhållandet till män... Männen har antingen varit goda och svaga eller onda och starka. Patienten kan inte bli lycklig med män bara lyckliggöra dem. Hon placerar mig genom starka överföringar i en god men svag mansroll. Mina känslor av detta förstärks av egna motöverföringskänslor p.g.a. att jag själv vuxit upp med en stark modersfigur och en svagare fadersfigur. Det har tagit tid, innan jag upptäckt, att jag medverkar i och gör det lätt för henne att ställa in sessioner eller rucka på tiderna. I sessionen undvek jag att arbeta med överföringen och var kvar i den idealiserade bilden av den goda men svaga mannen«.

Självrepresentationen. Terapeuten framställer sig som god och svag, god men svag. Visserligen är det patientens bild av terapeuten och det är hon som, enligt honom, placerar honom i »en god men svag mansroll«. Men terapeuten tycks inte ha något att invända. Vad kan han mena med god? Och vad är svag? Kanske han tänker, att det är en god handling att ge patienten »ledigt« från terapin – och befria henne från honom och det ansträngande terapiarbetet. Eller har patienten förfört honom; hon beundrar honom och han trivs med att bli beundrad, idealiserad. Hennes budskap skulle kunna vara: Om jag idealiserar dig, kan du inte säga obehagliga saker till mig. Och han är helt enkelt »svag« för beundran. Som Olsson (1999) påpekar, är det i en terapeuts arbete något positivt att ha fri tillgång till sin narcissism, inte minst därför, att man skall orka och vilja vara i patienters strålkastarljus. Emellertid är det ännu viktigare att nyansera och modifiera uppladdningen

av den egna självbilden. Om inte terapeuten förmår detta, sätts inte patienten i fokus, utan terapeuten ser främst sig själv och sina egna behov. Terapeuten ser sig då inte som ett överföringsobjekt utan ser bara sin egen spegelbild. Hur terapeuten handhar en överföring, exempelvis idealisering, hänger samman med terapeutens psykiska realitet. Om terapeuten i sitt arbete söker att kompensera för en personlig objektförlust, kan patienten framstå som ett möjligt ersättningsobjekt. Men patienten är inte längre intresserad av att arbeta i sin terapi. Terapin håller på att transformeras till veritabla strejkmöten, möten hon strejkar från, och det, som borde kommuniceras innanför dess ramar, förläggs nu utanför. En kompromiss i form av en alternativ terapitid hade ju kunnat förhandlas fram. Terapin håller på att tömmas på sin kraft. Det är sannolikt detta, terapeuten menar, då han ser sig själv som »svag«. Hur räddar han då självrespekten? Han påpekar, att det tagit tid för honom att upptäcka, att han medverkat i rambrotten. Han antyder väl därmed, att han börjar ta sig upp från vad Racker (1957) kallar en »fixerad konkordant motöverföringsreaktion«, i vilken han identifierat sig med patientens idealiserade bild av honom.

Lärdomen. Terapeuten förmedlar genom sitt språk en lite passiv hållning: »Hon placerar mig...« och »Hon bjuder inte in mig utan arbetar själv«. Han framställer sig som oförmögen att ta sig in. Men vid ett tillfälle intar han en påtagligt aktiv hållning, nämligen då han föreslår patienten att ställa in kommande session. Han gör det minst sagt lätt för henne att prioritera bort terapin, sig själv och honom. Man kan misstänka, att han vill bli av med henne. Anar han att förförelsens ljuva tid är över? Hon har ju just i denna session visat, att hon är måttligt intresserad av att träffa honom. Hon kommer sent och är trött och oinspirerad. Hon är så ytlig, att han tappar intresset för henne. Han lyckas inte se att det ytliga genom sin tematik kan ha något budskap till honom, ha ett djup. Han konstaterar, att patienten inte kan »bli lycklig med män, bara lyckliggöra dem«. Hur kan man lyckliggöra utan att själv vara lycklig! Man kan undra, om patienten önskar göra terapeuten till en sådan lyckliggjord man. Kanske att patienten håller på att bli en ny modersfigur för honom, en »stark«, självgående modersfigur, som gör arbetet själv och som dessutom har tagit över hela terapi-projektet. Det är, som om hon vill säga, att den lilla terapeut-pojken inte har mycket att erbjuda i jämförelse med de starka kvinnor, som håller politiska möten. Hon säger, att strejkmötet, hon ska gå på, handlar om existensen. Precis som terapi inte skulle handla om just existensen!

Vilken lärdom kan utvinnas ur berättelsen? Det, terapeuten kanske trodde var en god handling (att »hjälpa« patienten att ägna sig åt denna existens verkligt viktiga, att gå på strejkmöte), var snarare en bestraffning av en patient, som inte visade sig tillräckligt intresserad av terapin/honom. Man kan föreställa sig, att terapeuten handlar utifrån en kränkt position. Rambrotten, han medverkade i, blev dock förmodligen en ögonöppnare. »Gott« är inte alltid så gott, som man tror, och »ont« är heller inte alltid så ont.

Sammanfattning och diskussion

Indragenheten

Gemensamt för alla de situationer, som upplevdes som terapeutiskt ogynnsamma, var terapeutens indragenhet i förlopp och interaktioner med patienten. Detta medförde en begränsning i autonomin, i förmågan att förstå och förmågan att tolka. Med andra ord reagerade terapeuten utifrån sin motöverföring. Utifrån en upplevelse av att vara övergiven, uppdämd, förhörd, förgiftad och förförd kom terapeuten omedvetet att gestalta något av patientens inre omedvetna drama – och förmodligen också av sitt eget. Det är troligt, att patienten »luktar sig fram« till terapeutens svaga punkter: rädsla för övergivenhet, svårighet att hantera egen vrede, föreställningen om att vara tvingad till ansvar för andras liv och andras död, föreställningen om att förstöra den andre (och sig själv) och behovet av beundran. Och det tycks vara just på dessa ömma tår, som patienten kliver. Han/hon finner en krok att hänga upp sin livsberättelse på. Little (1960) konstaterar, att »motöverföring är ofrånkomlig i analys och som sådan är den väsentligen neutral, eller, kanske hellre, ambivalent. Det vill säga, att den är potentiellt både god och ond, både värdefull och skadlig« (sid. 31). Frågan är, när den övergår från att vara god och värdefull till att vara ond och skadlig. Hur vet man, när det är fara å färde?

Alla våra teorier, abstraktioner och begrepp hjälper oss att sortera i det flöde av intryck och uttryck, som präglar varje mänskligt möte. Teorier kan betraktas som ett system av symboliseringar, som tillsammans med det psykoterapeutiska kontraktet omgärdar och skyddar den psykoterapeutiska processen. Terapeuten kan således använda sig av teorier som värnande barriärer så att omedvetna önskningar inte ageras ut i förstörelse mot patienten eller mot honom/henne själv. Teorier kan ha en svalkande effekt i stundens hetta. Sett i detta ljus kan vi fråga oss, vilken teori om motöverföring är vi mest hjälpta av.

Genom sin lyssnande mottaglighet, genom att försätta sig i ett tillstånd av »drömskhet« (Bion, 1962) inbjuder terapeuten till omedveten kommunikation. Terapeuten erbjuder sitt omedvetna, hela sin personlighet som en klangbotten för det patienten förmedlar. Detta sker genom att följa fantasiernas strömningar och vara i kontakt med det inre flödet. Terapeuten riktar sin uppmärksamhet mot den känslomässiga genklangen, som väcks inom honom/henne och försöker bli varse de inre bilder, som framträder i kontakten med patienten. Vad vill patienten förmedla om sig själv och sitt liv? Med sitt medvetna försöker således terapeuten att förstå, vad som sker i det egna omedvetna och vad som sker i patientens. Denna resonans, som väcks inom terapeuten, är motöverföring i vid, eller »totalistisk« mening. Emellertid kommer flödet förr eller senare att bromsas upp. Det blir svårt för terapeuten att uppfatta, vad som sker i det egna omedvetna, uppmärksamheten är inte längre jämnt svävande. Terapeutens omedvetna konflikter och begär

gör, att han/hon reagerar med en egen överföring som svar på patientens omedvetna kommunikation. Självanalysen bör nu få högsta prioritet. Detta är motöverföring i snäv eller »klassisk« mening. Enligt min uppfattning bör båda dessa aspekter rymmas i vårt motöverföringsbegrepp. De är invävda i varandra och måste alltid beaktas.

Jag återkommer nu till frågan om indragenheten och vändpunkten, då det »goda« i motöverföringen blir »ont«. Att man som terapeut låter sig lockas in i den andres värld är förutsättningen för att förstå, hur det är att vara den andre. Berge (1999) beskriver, hur han närmar sig patientens psykiska värld genom att låta gränserna mellan sig och patienten flyta, tills någon hinderande tanke sätter stopp: »Jag rör mig alltså mellan det analytiska rummets centrum och dess ytterväggar, ömsom nästan sammansmältande, ömsom mera avskild« (sid. 96). Kernberg (1965) menar, att terapeuten genom en empatisk regression, där jaggränserna tillfälligt sviktar, kan förstå något av vad patienten vill kommunicera på en omedveten nivå. Vi kan använda andra uttryck för, som jag tror, liknande processer. Genom den kortvariga (prov)identifikationen med patienten, den snabba »avsmakningen«, genom projektiv identifikation, konkordant identifikation, eller genom ett reflexivt accepterande av den tilldelade rollen i den gemensamt författade pjäsen kan terapeuten få veta, vad som pågår inom patienten. Och kanske det är möjligt att få veta det endast på detta sätt. Emellertid kan, som vi sett i terapeutberättelserna, andra processer ta överhand. Projektiv identifikation kan glida över i introjektiv identifikation, konkordant identifikation i komplementär, empatin blir sympati, det som bara skulle smakas av, slukas med hull och hår och terapeuten kliver in på scenen och kräver att få vara med som fullvärdig deltagare i patientens drama. Utagerande i form av exempelvis ett verbalt påhopp eller stum tystnad kan bli följd. Eller patientens hela inre relationsdrama iscensätts. Iscensättningen är en interaktiv aspekt av den terapeutiska relationen, påpekar McLaughlin (1991). Den behöver inte vara någon stor, iögonfallande tanke eller handling utan en knappt märkbar inblandning av terapeutens psykiska verklighet. Den framträder i intonation, ordval, minspel, motorik och färgar av sig på vad terapeuten säger och inte säger. Det går knappast att gardera sig eller förutse iscensättningen, och det är oftast efter en komplicerad räcka av iscensättningar, som terapeuten kan bli medveten. Gullestad och Killingmo (2002) beskriver, hur patienter försöker att manövrera in terapeuten i gamla dialogscenarier. Patienten bär med sig en uppsättning av sådana internaliserade dialoger, dialoger, som en gång har förts med viktiga personer för att framlocka önskade gensvar. Olika strategier har använts i relation till olika objekt. Budskapen från de gamla dialogerna aktiveras i en psykoterapi, men de är inte kopior, utan snarare konstruktioner färgade av patientens fantasi och känslor och av samspelet mellan patient och terapeut. Det är i ett komplext mönster av internaliserad själv-objektdymanik som dialogen bakom dialogen kan bli hörbar.

Avgörande för att indragenheten skall vara av godo är, att man inte fastnar i den. Att lyssna till dialogen bakom dialogen och träda i dialog med de olika rösterna från de gamla dialogerna är av godo. Att dras med i patientens relationsstil blir däremot som då en blind försöker leda en blind. Visserligen erfares en viss gemenskap, ett delande av samma öde, men de båda blinda trevar i mörker. Det är pendlingen, den hela tiden pågående fluktuationen mellan sammansmältningen och särskiljandet, indragenheten och steget tillbaka, flödet och reflektionen, identifikationen och avidentifikationen som skapar det utrymme, i vilket det omedvetna kan utforskas. Och det omedvetna utgör en mäktig kraft, både skapande och destruerande.

Självrespekten

Hur är det möjligt att upprätthålla självrespekten, då man tycker sig ha gjort »fel«? Några strategier kan urskiljas i terapeutberättelserna. *Patientens problem framhävs*, vilket får läsaren att förstå, vilka utmaningar terapeuten har ställts inför. Exempelvis förses patienten med en allvarlig diagnos; vi förstår, vilket svårt liv patienten lever, och i rollen som »help rejecting complainer« kräver och avvisar han/hon i samma andetag. Terapeuten göres ansvarig för patientens liv. Direkta eller indirekta hot om självmord blandas med ytligt »prat«. I stort sett saknas beskrivningar av patientens resurser och starka, livskraftiga sidor. (Det måste dock påpekas, att trots att det problematiska i patienternas sätt att visa sig i världen framhävs, frånhänder sig inte terapeuterna eget ansvar för skeendena). *Att låta en berättelse om något terapeutiskt dåligt sluta bra* är en annan strategi, som används för att rädda självrespekten. Det ger ett intryck av, att det ändå inte var så stort »misslag« som terapeuten gjorde. Den narrativa tonen är optimistisk, trots allt. *Att rikta stark kritik mot sig själv* kan ha syftet att från presumtivt kritiska andra, framlocka tröst eller beundran för modet att så öppenhjärtigt »erkänna«. Självrespekten kan med hjälp av sådana tänkta, stödjande gensvar återställas. Den viktigaste vägen till återställande av självaktningen går kanske via *det personliga berättandet* och *reflektionen*. Just genom att det förväntade inte sker, tvingas man till självreflektion, och nyckelfrågorna i denna reflektion är: Vad gör jag (inte)? Hur vill jag göra? Man väger faktiska och fantiserade handlingar mot idealets. Självkänslan är oftast i obalans, då man tvingas inse, att man inte förstår (Olsson, 1996). Narrativiseringen av erfarenhet är emellertid ett sätt att förstå, vad man varit med om. Den glädje och tillfredsställelse, det innebär att se något på ett nytt sätt, ger näring åt självkänslan. Den reflekterande aktiviteten kan betraktas som själva förutsättningen för övergången från det obevekliga, dömande, skoningslösa överjaget med konformitet och självförakt som följeslagare till det vägledande, stödjande, välvilliga jagidealet, präglad av intresse och nyfikenhet (Reeder, 2001). Men subjektet måste ha mod att stå emot det grymma överjagets välde, och väldet är starkt, då det får sin näring från

hatet. Rösterna från jagidealet är en kärleksröst, som viskar om goda sätt att utöva yrket på.

REFERENSER

- BERGE, A. (1999): Öppna och slutna rum i psykoanalys: perspektiv på motöverföring. I J. Norman & F. Ylander (Red.). *Motöverföring. Om omedveten kommunikation*. Stockholm: Natur och Kultur.
- BION, W.R. (1962): *Learning from experience*. London: Tavistock.
- ETCHEGOYEN, H. (1991): *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London: Karnac Books.
- FLIESS, R. (1942): The metapsychology of the analyst. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 211-227.
- GULLESTAD, S. & KILLINGMO, B. (2002): Dypteintervjuer: Dialogen bak dialogen. I M.H. Rønnestad & A. von der Lippe (Red.). *Det kliniska intervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- GREENSON, R. (1960): *Empathy and its vicissitudes. Explorations in psychoanalysis*. New York: International Universities Press, 1978.
- GRINBERG, L. (1962): On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. *The International Journal of Psychoanalysis*, 43, 436-440.
- KERNBERG, O. (1965): Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- KERNBERG, O. (1996): Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1032-1040.
- LITTLE, M. (1960): Countertransference. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 29-31.
- MCLAUGHLIN, J. (1991): Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 595-614.
- MCLEOD, J. (1997): *Narrative and psychotherapy*. London: Sage Publications.
- MELTZER, D. (1992): *The claustrum: a projective view of the world*. London: Clunie Press.
- OLSSON, B. (1999): Förälskelse som motöverföringsupplevelse. I J. Norman & F. Ylander (Red.). *Motöverföring. Om omedveten kommunikation*. Stockholm: Natur och Kultur.
- OLSSON, G. (1996): Självkänsla i obalans. En studie över terapeutelevers uppfattning om sina färdigheter. *Nordisk Psykologi*, 48, 4, 252-265.
- OLSSON, G. (2002): Att förhålla sig till komplexitet. *Nordisk Psykologi*, 54, 313-333.
- OLSSON, G. (2004): Psykoterapeuters själv-bilder. *Matrix*, 2, 123-143.
- RACKER, H. (1957): The meaning and uses of countertransference. *Transference and countertransference*. London: Karnac, 1968.
- REEDER, J. (2001): *Hat och kärlek i psykoanalytiska institutioner*. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag symposion.
- RICOEUR, P. (1981): *Hermeneutics and the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ROLF B. (1995): *Profession, tradition och tyst kunskap*. Nora: Nya Doga.
- SANDLER, J. (1976): Countertransference and role-responsiveness. *The International Review of Psychoanalysis*, 3, 43-47.
- SCHÖN, D. (1987): *Evaluating the reflective practitioner*. San Francisco & London: Jossey-Bass Publishers.
- SEARLES, H. (1975): The patient as therapist to his analyst, *Countertransference*. New York: International Universities Press, 1979.

- SHARPE, E.F. (1927): Contribution to a symposium on child analysis. *Collected Papers on Psycho-Analysis*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- VAN MANEN, M. (1990): *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press.
- WINNICOTT, D.W. (1947): Hat i motöverföringen. *Den skapande impulsen*. Stockholm: Natur och Kultur, 1993.