

TERAPEUTISK FORANDRING Gennem TERAPEUTENS EGNE EMOTIONELLE PROCESSER

Mette Thuesen

Klinisk erfaring tilsiger, at terapeuten via det affektive samspil med patienten uforvarende kan blive involveret i relationelle mønstre, som sætter den terapeutiske proces i stå. Dette bekræftes af empirisk psykoterapiforskning baseret på emotionspsykologiens tradition for at se på affektiv ansigtsadfærd som indikatorer for ubevidste emotionelle processer. Med udgangspunkt i en klinisk case og eksempler fra psykoterapiforskning argumenteres for, at terapeutens arbejde med egne emotioner kan opløse maladaptive relationelle mønstre og åbne for nye erkendelser og oplevelser for patienten. Terapeuten har brug for sensitivitet over for relationelle processer samt en åben tilgang til egne reaktioner for at kunne gøre det nødvendige emotionelle arbejde. Terapeutens emotionelle arbejde og dette arbejdes effekt på patienten diskuteres med udgangspunkt i psykoanalytisk teori; i denne artikel primært repræsenteret ved Wilfred Bion og Neville Symington.

1. Indledning

For en terapeut er nogle af de stærkeste oplevelser i et psykoterapeutisk forløb de øjeblikke, hvor det pludselig lykkes at forstå noget fundamentalt omkring de relationelle processer mellem en selv og patienten. Noget falder på plads indeni, og man mærker, at ens oplevelse af samværet med patienten er forandret. De destruktive processer, som før bremsede for ny tænkning, er pludselig opløst. Ofte vil denne indre begivenhed hos terapeuten følges af en ændring af den interpersonelle atmosfære, og patienten vil opleve en lettelse og få tilgang til hidtil uerkendte følelser. Nogle gange vil der komme verbale tilkendegivelser fra patienten om, at noget er forandret. Kontakten mellem patient og terapeut bliver dyb og autentisk. De relationelle processer, som før blokerede for kontakten og indlevelsen, er opløst i samme nu, som de blev erkendt af terapeuten.

Forud for dette øjeblik er gået en ofte lang og vanskelig kamp i terapeutens indre. Det er denne kamp, den medfølgende ændring i terapeuten og det interpersonelle øjeblik, som følger denne ændring, som jeg ønsker at belyse i denne artikel.

Kampen i terapeutens indre kan man kalde en kognitiv-emotionel proces, selvom jeg egentlig tror, at den primært er emotionel. Terapeuten skal forholde sig til følelser, som aktiveres i hende i samværet med patienten, og hun skal forsøge at rumme og fordøje disse følelser, så de ikke lammer hende, men derimod bringer ny forståelse frem i hendes indre. Terapeutens nye forståelse vil ændre terapeutens adfærd og vil forandre de relationelle processer. Dermed åbnes der for nye erkendelser og oplevelser hos patienten. Resultatet af terapeutens håndtering af egne følelser ses derfor som terapeutiske handlinger på et implicit niveau uden verbalisering.

Neville Symington skriver i sin bog *The Making of a Psychotherapist* følgende:

”The analyst’s task is to reach his own feelings. These feelings are partly modelled by the patient who is in interaction with him. This happens through a communication system that occurs at the sensational level of experience. To reach his own feelings means pain and loneliness. If, however, he reaches his own feelings, it frees the patient and favours his emotional development. This inner task is a life’s work for the analyst.” (Symington, 1996a, p.34).

Et eksempel fra mit terapeutiske arbejde med en patient jeg vil kalde Søren:

Søren havde i sit tredje år i psykoterapi gennem en lang periode følt sig meget angst og på selvmordets rand. Han fortalte mig, at han i desperation flere gange havde kontaktet andre psykologer for at høre, hvad de mente om min behandling af ham. Ved hver sessions start anklagede han mig for ikke at hjælpe ham godt nok.

I begyndelsen af en sådan session rejste jeg mig for at lukke et vindue. Da jeg vendte mig om, så jeg Sørens blik på mig. Jeg mærkede et pludseligt intenst raseri, som jeg straks forstod, var min reaktion på hans sadistiske smil. Dette smil havde jeg ikke set hos ham før, og det forsvandt, så snart han blev klar over, at jeg så på ham. Jeg rettede mig op med en fornemmelse af en ny erkendelse om vores relation, og jeg gik tilbage til min stol over for ham. Jeg følte mig kraftfuld og klar til at gå ind i arbejdet med ham. Han så udforskende på mig og sagde så roligt: ”Jeg troede, du ville være deprimeret efter alt det, jeg har gjort på det sidste.” Jeg svarede lige så roligt: ”Måske havde du håbet, at jeg *var* blevet deprimeret.” Søren bekræftede dette med et overrasket og lettet udtryk.

Jeg var ikke længere hjælpeløs over for Sørenes sadisme (Bion ifølge Symington, 2008)¹ og vi var dermed blevet i stand til at undersøge hans aggressive følelser over for mig, og hans selvmordstanker forsvandt.

Dette caseeksempel vil senere i denne artikel blive diskuteret for at illustrere de teoretiske overvejelser over, hvordan terapeutens emotionelle processer har betydning for forandring i patienten.

Men først vil jeg referere til noget af den psykoterapiforskning, som beskæftiger sig med terapeutens reaktioner i de relationelle processer mellem terapeut og patient.

2. Empirisk forskning i relationelle processer

I min interesse for sammenhængen mellem relationelle processer og forandring i psykoterapi har jeg undersøgt, hvilken forskning der findes inden for dette område, og jeg må konstatere, at det er vanskeligt at finde forskning, som er relevant. Der er således meget forskning med fokus på de såkaldt non-specifikke faktorer, hvor en eller flere relationelle faktorer blive defineret og optalt, og forekomsten herefter sammenlignet med effekten af terapien. Denne type forskning kan pege på, at terapier med den ene faktor (fx attunement, genuineness, countertransference management)² virker bedre end terapier uden denne faktor. Imidlertid fortæller dette os intet om, hvorfor disse faktorer er vigtige, og hvordan de evt. virker. Fx fortæller det ofte brugte begreb 'terapeutisk alliance' os intet om, hvad sådan en faktor eventuelt repræsenterer i forandringsprocessen. En central forsker i brugen af begrebet terapeutisk alliance Jeremy Safran siger, at forskningen fortæller os, at en god terapeutisk alliance *altid* er til stede i terapier med et godt udbytte – men at dette ikke fortæller os noget om, hvordan en alliance udvikler sig. Og faktisk kan det tænkes, siger Safran, at alliancen udvikles, fordi terapien hjælper patienten, og ikke omvendt (Safran, 2008). Således kan denne form for effektforskning ikke fortælle os noget om, hvordan kvaliteten i relationen påvirker eller måske skaber forandring. For at undersøge dette, må man ind og se nærmere på processerne i terapirummet, men hvordan gør man det?

1 Neville Symington (2008) refererer en supervision han havde med Wilfred Bion. I supervisionen fortæller Symington Bion om en af sine patienter, som er sadistisk mod ham. Bion kommenterer dette ved at sige: "Strange thing sadism: it only works if the victim is helpless."

2 Se fx review af undersøgelser af sammenhæng mellem relationelle faktorer og behandlingseffekt i Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004, og review over forskning hvor behandlingseffekt måles i forhold til forskellige elementer i terapeutens egen-skaber og adfærd hos Beutler, 2004.

Relationelle processer og forandringsprocesser er meget komplekse fænomener, som er vanskelige at måle og beskrive i måder, som både er klinisk og forskningsmæssigt meningsfulde (Henry, Schacht & Strupp, 1990; Merten et al., 1996; Greenberg, 2008). Oftest er fokus i procesundersøgelser analyser af det verbale samspil samt forskellige retrospektive undersøgelses- og interviewmetoder. Når terapeutens andel i udviklingen af relationen er i fokus, kan undersøgelsen fx være baseret på en kombination af analyser af terapeutens verbale adfærd og et retrospektivt interview af terapeuten omkring forløbet (se fx Jørgensen, 2000).

Men der foregår meget i etableringen og udviklingen af en relation, som ikke formidles gennem det talte ord, og som ikke når selv den erfarne terapeuts bevidsthed, hverken under sessionen eller bagefter. Videoptagelser af interaktioner i terapirummet giver derimod en rig mulighed for at studere subtile relationelle processer, som ikke kan opfanges ved at spørge terapeut eller patient, og som heller ikke kan opfanges via verbale transskriptioner alene.

Væsentlige dele af de relationelle processer sker gennem nonverbal affektiv kommunikation, hvor specielt ansigtets bevægelser er centrale. Derfor endte min søgen efter relevant procesforskning ved forskning med fokus på affektiv ansigtsadfærd.

Jeg vil i de følgende to afsnit overordnet redegøre for baggrunden for forskning i affektive ansigtsbevægelser i terapirummet, hvorefter jeg vil fremlægge og diskutere relevante resultater fra denne forskning.

2.1. Hvad viser den affektive ansigtsadfærd?

Der er en lang tradition inden for emotionspsykologi for at undersøge ansigtsudtryk som observerbare *indikatorer* for uobserverbare emotionelle processer (Kaiser, 2003, p. 236). Ansigtets udtryk er vanskeligt at kontrollere – så snart vi forsøger at lægge ansigtet i de rette folder, kan det ses, at vi gør noget, som ikke er spontant (Ekman, 1997). Man kan sige, at vi kommunikerer med vores ansigt, uanset om vi ønsker det eller ej. Forskning i ansigtsadfærd i terapirummet kombinerer psykoterapiforskning med den emotionspsykologiske tradition, hvor et deskriptivt system kaldet Facial Action Coding System bruges til at kode ansigtsudtryk.³ Det er dog ikke så enkelt, at det affektive

3 FACS er udviklet af Paul Ekman og Wallace V. Friesen efter inspiration fra emotionspsykologen Silvan S. Tomkins. Det er indtil nu det mest differentierede deskriptive system, og er et udbredt redskab til systematisk beskrivelse af voksnes ansigtsbevægelser inden for forskning på mange forskellige felter omhandlende menneskelig adfærd (Lazarus, 1991, p.71, Peham, 2007). FACS bygger på anatomisk baseret selektion, og diskriminerer 44 forskellige enkelte muskel eller muskelgruppe bevægelser, som enkeltvis eller i kombination dækker alle synlige bevægelser i ansigtet, som det er muligt for mennesket at foretage. Hver enkelt bevægelse kaldes en action unit og har et nummer. Fx kodes løftede mundvige i en skrå bevægelse opad og udad med ”au 12”.

udtryk, man finder på personens ansigt, til enhver tid vil være et udtryk for, hvad hun føler. Mennesker lærer tidligt i livet at kontrollere udtryk, og vi kan bevidst eller ubevidst bruge (eller undlade at bruge) udtryk for at ønske at kommunikere noget bestemt, og udtrykket kan også fungere som en del af ens indre selv-repræsentations processer. Forsøg på kontrol af udtryk kan tillige være en del af den enkeltes forsøg på at håndtere overvældende følelser (Kaiser, 2003, p. 238). Nogle gange er det således ikke følelser, man kan aflæse, men tegn på regulering af følelser (Peham, 2007).

2.2. Ubevidst opfangelse af nonverbale affektive udtryk

Generelt har mennesket en evne og en tendens til at opfange andres følelsesmæssige tilstand via aflæsning af nonverbal adfærd (Chartand, Maddux, & Lakin, 2005). Og ansigtsudtryk er en vigtig kilde til information om den andens tilstand.

Affektive ansigtsudtryk kan være så subtile og bevægelserne så hurtige, at de ikke kan opfanges med det blotte øje. De kan dog ses på videooptagelser (Bänninger-Huber, 1992, p. 292). Michael Heller og Véronique Haynal bruger med association til udtrykket 'slip of the tongue' udtrykket 'slip of the face', når de henviser til kortvarige ansigtsudtryk, som viser en helt anden følelse end den følelse, som ellers vises på personens ansigt (Heller & Haynal, 2005, p. 510). Mark G. Frank (2003) mener, at man har påvist, at de ufrivillige ansigtsbevægelser udløses i det subkortikale område af hjernen: Et område som er associeret til aktiveringen af emotioner (Frank, 2003). Så måske er disse kortvarige udtryk indikatorer for, at der er emotioner i personen, som vedkommende endnu ikke har forholdt sig til. Imidlertid kan disse udtryk have en effekt på en samtalepartner.

I en undersøgelse af Piotr Winkielman et al. (2005) viser man forsøgspersoner billeder af ansigter med vrede henholdsvis glade ansigtsudtryk med en så kort eksponering, at billederne ikke kan opfattes bevidst. Man spørger forsøgspersonerne om deres følelsesmæssige tilstand før og efter, at de har fået vist ansigterne. Derefter beder man dem vælge, hvor meget de vil drikke af en saftlignende væske. Ingen af testpersonerne beskriver en ændret sindstilstand efter eksponeringen af de affektive ansigtsudtryk. Men deres drikkeadfærd samt deres villighed til at betale for det, de drikker, ændres, og ændres forskelligt, alt efter om de er blevet eksponeret for et vredt eller et glad ansigt. Således er lysten til at drikke og betale for det, man drikker, større hos dem, som er blevet vist et glad ansigt, end hos dem, som er blevet eksponeret for et vredt ansigt.

Winkielman et al. konkluderer, at vi ubevidst kan registrere affektive udtryk, og at affektive udtryk kan aktivere følelser, som kan være ubevidste. Og at disse ubevidste følelser påvirker vores adfærd og motivation (Winkielman et al., 2005).

Ifølge Elizabeth A. Phelps findes der adskillige psykologiske undersøgelser, som viser, at emotioner kan findes uafhængigt af kognitiv bevidsthed, og

at disse kan påvirke en række kognitive funktioner såsom perception, opmærksomhed og hukommelse. Og at den emotionelle kvalitet af stimuli kan opfanges mere automatisk (uden kognitiv bearbejdning) end ikke-emotionelle kvaliteter ved samme stimuli (Phelps, 2005; 2006). Chartand, Maddux og Lakin skriver: "Emotions and moods are infectious . . . We pick up moods effortlessly and efficiently (and thus automatically) from our environment and the people around us" (Chartand, Maddux, & Lakin, 2005, pp. 341-342).

Omsat til den kliniske hverdag kan disse undersøgelser give idéer om, hvordan nogle terapeuter kan fornemme væsentlige elementer af patientens ubevidste indre liv, og hvordan terapeuten også bevidst og ubevidst kan formidle noget af sit eget indre til patienten. Som Jeremy Safran og Christopher Muran skriver: "The phenomenon of unconscious communication becomes less mysterious when we recognize the central role that emotion plays in human interactions" (Safran & Muran, 2000, p. 46).

Jeg vil i det følgende afsnit give eksempler på psykoterapiforskning med fokus på affektiv ansigtsadfærd hos terapeut og patient.

2.3. Eksempler fra proces forskning med fokus på affektiv ansigtsadfærd i terapirummet

Ligesom ved psykoterapiforskning generelt har det meste af forskningen i affektiv ansigtsadfærd fokus på patienten alene, men der findes også enkelte undersøgelser, hvor terapeutens reaktioner og de interpersonelle interaktioner er undersøgt.

I nogle af disse undersøgelser består data i scoring og optælling af affektive ansigtsudtryk, og i andre går man tættere på og identificerer mønstre i affektive interaktioner og kombinerer de opserverede data med kontekstanalyse.

Jörg Merten og Rainer Krause (2003) har undersøgt de affektive processer i psykoterapeutiske forløb og sammenlignet dette med effekten af de enkelte forløb. 11 erfarne terapeuter med forskellig terapeutisk orientering (kognitiv/behavioristisk, psykoanalytisk og klient-centreret) behandlede hver en patient efter eget valg i forløb af 15 sessioner. Alle patienter havde alvorlige forstyrrelser.

I undersøgelsen scorede man både patienter og terapeuters affektive ansigtsudtryk, og man sammenlignede derefter forekomsten af de forskellige udtrykte affekter med behandlingseffekten. Forskerne havde forventet, at terapier, hvor patienten viste mange negative udtryk; fx vrede, foragt og afsky, ville have en dårlig effekt. Denne forventning blev imidlertid ikke bekræftet, da man ikke fandt nogen sammenhæng mellem negativ behandlingseffekt og patienters gennemgående negative affektmønstre. Derimod viste det sig, at *terapeutens affektive ansigtsadfærd i første session var en solid prædikator for effekten af terapi*. Terapier, hvor terapeuten tilpassede sit affektive udtryksmønster til patientens, havde således en dårligere effekt end terapier, hvor terapeutens affektive ansigtsudtryk var forskellige fra patientens.

tens. Fx havde succesfulde terapeuter mange negative udtryk sammen med patienter med gennemgående positive følelsesudtryk, hvor forløb med ringe effekt var kendetegnet ved, at terapeuten besvarede patientens positive udtryk med selv gennemgående at vise positive udtryk. Merten og Krause uleder af dette, at de terapeuter, som ikke underkaster sig patientens relationelle mønstre, generelt er succesfulde, fordi det lykkes dem at bryde de negative cirkler, der normalt udvikler sig i patientens relationer på grund af patientens affektive relationelle adfærd. Og forskerne understreger, at der ikke er nogen sammenhæng mellem, hvordan dette lykkes for terapeuter, og hvilken teoretisk skole de tilhører: "Facial behavior depends more on individual characteristics or dyadic adaption processes than on theoretical orientation" (Merten & Krause, 2003, p. 116).

Jörg Merten (2003; 2005) har i undersøgelser af terapeuters affektive ansigtsadfærd fundet, at de terapier, hvor terapeuten smiler meget i første session, har signifikant den ringeste effekt. De terapier, hvor terapeuten derimod i første session har flest udtryk af negativ affekt (vrede, foragt og afsky), korrelerer positivt med et godt terapeutisk udbytte. Med udgangspunkt i disse resultater foreslår Merten, at en god terapeutisk relation ikke er karakteriseret af positive udtryk, fordi der må være en tilstrækkelig grad af negativ affekt, som gør det nemmere for terapeuten at forstå patientens problemer. Merten foreslår også, at de negative affekter kan være nødvendige for at kompensere for patientens forsøg på at få samtalen til at have et præg af hverdagsinteraktion (Merten, 2003; 2005).

Eva Bänninger-Huber og Christine Widmer (1999) har i undersøgelser af videooptagede psykoterapeutiske forløb identificeret tilbagevendende prototypiske interaktionsmønstre initieret af patienten. Disse er ganske korte (fra 10 til 30 sekunder), består i en kombination af verbal og nonverbal adfærd rettet mod terapeuten og lægger op til, at terapeuten besvarer patientens udspil med resonans. Forskerne giver et eksempel fra en terapi med sådanne tilbagevendende relationelle udspil fra en kvindelig patient mod sin kvindelige terapeut. Den beskrevne interaktion varer i alt 7 sekunder. Den optræder i en kontekst, hvor patienten beskriver at have modtaget en konkret kritik fra sin mand over, at hun er udeblevet fra noget undervisning, han havde betalt for. Efter at have beskrevet mandens kritik lægger patienten både nonverbalt og verbalt op til, at terapeuten skal optræde i en autoritær rolle og kommentere hendes beskrivelser en konfliktreducerende facon. Patienten siger: "men det var da ikke så slemt" og ser samtidig på terapeuten med et specifikt ansigtsudtryk, som består af en kombination af et smil og samtidigt løftede og sammenbragte øjenbryn. Forskerne opfatter patienten som søgende støtte og sympati i et forsøg på at håndtere skyldfølelse. Bänninger-Huber og Widmer beskriver forskellige måder, hvorpå terapeuten gennem terapiforløbet reagerer på disse 'fælder', patienten lægger ud. Terapeuten går nogle gange med på at tage rollen som forstående autoritet både verbalt og nonverbalt og smiler fx bekræftende til patienten som svar på patientens adfærd. Andre

gange forholder terapeuten sig udforskende til det, patienten udtrykker, men dog kun til det verbale indhold og ikke til patientens her og nu-relationale adfærd over for terapeuten. Og så vidt jeg kan se af forskernes beskrivelser, ændres patientens relationelle adfærd ikke i løbet af terapien (Bänninger-Huber & Widmer, 1999).

I min reference til psykoterapiforskning vil jeg sluttelig beskrive en undersøgelse, som går endnu tættere på terapeuten. Undersøgelsen bekræfter de ovennævnte fund, men derudover giver den et stærkere indblik i, hvad terapeuter, som kommer til at indgå i fastlåste relateringsmønstre, nogle gange står overfor.

I en undersøgelse af det affektive samspil mellem terapeut og patient beskriver Thomas Anstadt et al. (1997), hvordan en patient tilbagevendende i samtale med sin terapeut får et udtryk af afsky på sit ansigt, samtidig med at han verbalt udtrykker en længsel efter at blive holdt af. Terapeuten er verbalt imødekommende over for patienten. Men på videoptagelserne, hvor kameraer er stillet skarpt på både patientens og terapeutens ansigter, ser man, at terapeutens ansigt gentagne gange i forbindelse med patientens udtryk af afsky viser et udtryk af foragt. Ved interview af den erfarne terapeut efter sessionerne er han ikke selv klar over, at han i mødet med patienten udtrykker foragt. Han har dog en fornemmelse af, at han ikke lykkes med at hjælpe patienten, hvilket bekræftes af den efterfølgende effektundersøgelse. Terapeutens ubevidste udtryk af foragt kan ses som en afspejling af hans vanskelige kamp med at forholde sig til patientens modstridende signaler (Anstadt et al., 1997).

3. Diskussion af forskningsresultaterne

Analysen af spontane emotionelle ansigtsudtryk i den terapeutiske relation viser, at patientens affektive adfærd hurtigt kan påvirke terapeutens adfærd, og dermed relationen. Maladaptive relationelle mønstre er sandsynligvis oftest initieret af patienten, men terapeutens individuelle reaktioner er derefter med til at skabe relationen, og de gensidige mønstre har så gennemgribende en betydning for terapien, at de i sidste ende påvirker effekten af terapien. Som kommentar til disse resultater skriver Marcus Rasting og Manfred Beutel, at de underliggende hypoteser i empiriske undersøgelser af terapeutens involvering, oftest handler om, at terapeutens involvering vil reducere konflikter i duaden, og at dette er af det gode (Rasting & Beutel, 2005, p. 189). Det ses da også i undersøgelser, at arbejdsalliancen er stabil i de relationer, hvor terapeuten fanges ind eller bevidst vælger at indgå i de interaktionsmønstre, som patienten ubevidst eller bevidst formidler. Imidlertid er disse terapier ikke succesfulde effektmæssigt, hvorimod de terapier, hvor terapeuten udfordrer patientens relateringsformer, har en bedre effekt (An-

stadt et al., 1997; Merten & Krause, 2003; Rasting & Beutel, 2005; Benecke, Peham, & Bänninger-Huber, 2005).

Terapeuter er altså ikke passive modtagere af patientens udspil, men aktive deltagere i processerne som skaber relationen, og de afgør i udpræget grad karakteren af den terapeutiske relation. Blandt andet Merten og Krauses (2003) undersøgelser viser, at succesfulde terapeuter ikke besvarer patientens affektive udtryk med lignende udtryk. I ingen af de nævnte undersøgelser af affektiv adfærd gives der dog et mere detaljeret bud på, hvad det er, terapeuten gør for at håndtere nødvendige brud i patientens relationsforventninger, så de bliver produktive og ikke ødelæggende for relationen, og jeg har ikke kunnet finde forskning på dette område. Jeg har heller ikke fundet forskning, som undersøger, hvordan patienten spontant reagerer på terapeuten's spontane affektive udtryk.

3.1. Terapeutens ubeviste affektive svar - terapeuten som viser foragt

Anstadt et al. (1997)'s eksempel med terapeuten, der efter patientens udtryk af afsky får et udtryk af foragt på sit ansigt, viser, at de relationelle processer etableres og opretholdes af ubevidste emotionelle processer. De ufrivillige affektive udtryk hos terapeuten må antages at påvirke patientens oplevelse af terapeuten og dermed interaktionen med terapeuten. Men hvordan kan man forstå, at terapeuten tilbagevendende viser foragt? Terapeuten er ikke klar over, at disse udtryk vises på hans ansigt, og de indikerer således, at der foregår noget i terapeuten, som han ikke er bevidst om. Terapeutens udtryk af foragt kommer prompte efter patientens udtryk af afsky. Patientens udtryk af afsky kommer i forbindelse med, at han udtrykker et ønske om at blive holdt af, og man kan sige, at udtrykket ikke hænger logisk sammen med det, han taler om. Hans udtryk af afsky kommer uden for kontekst. Når mennesker i samtale med andre viser negative affektive ansigtsudtryk, uden sammenhæng med hvad der tales om, viser undersøgelser, at dette forvirrer en samtalepartner samt aktiverer negative affektive gensvar fra samtalepartnern (Merten & Krause, 2003). Hvordan kan man forstå patientens udtryk af afsky? Hvis man tænker ud fra en objektrelations teoretiske tradition, kunne man forestille sig, at der er en indre del af patienten, som angriber ham, når han mærker ønsket om nærhed eller angriber konceptet om nærhed som sådan. Eller måske illustrerer udtrykket en forestilling i patienten om, at terapeuten føler afsky for ham, når patienten ønsker nærhed med terapeuten. Udtrykket kan også tænkes direkte at være ment for terapeuten som et ubevidst led i en projektiv identifikation, hvor patienten søger at slippe af med sin oplevelse af at være afskyvækkende ved at placere denne følelse i terapeuten.

Siden terapeutens udtryk af foragt kommer direkte i forbindelse med patientens udtryk af afsky, kan det tænkes, at terapeuten ubevidst oplever udtrykket som rettet mod ham. Det fremgår ikke af undersøgelsen, om terapeuten er klar over, at han opfanger patientens udtryk. Måske er patientens ud-

tryk af afsky så hurtigt og/eller uventet, at terapeuten ikke er bevidst om, at han registrerer det. Men at der er en synkronisering af udtrykkene, viser, at terapeuten, uanset om han er klar over det eller ej, 'ser' udtrykket og reagerer på det. Terapeuten 'svarer' patienten med et udtryk af foragt. Udtrykket af foragt kan forstås som et led i en intrapsykisk regulering af de reaktioner, det vækker at blive mødt med afsky. Måske oplever terapeuten udtrykket af afsky som værende rettet mod ham i hans forsøg på at skabe en relation til patienten, og dette rammer terapeutens selvfølelse, som han så regulerer ved at udvise foragt, og dermed kaster han sin skam tilbage på patienten (Merten & Brunnhuber, 2004, p. 270). Forstået på denne måde kan de beskrevne tilbagevendende udvekslinger af afsky og foragt mellem terapeut og patient være en illustration af, hvordan intrapsykisk og interpsykisk regulering kan filtreres ind i hinanden – og ubemærket kan ende i en destruktiv, selvforstærkende proces.

Denne terapi havde ifølge forskerne en dårlig effekt, ligesom andre terapier (Merten & Krause, 2003) med gentagne gensidige affektive udtryk. Men er det, fordi terapeuten viser foragt som reaktion på afsky, at terapien ikke hjælper patienten? Så enkelt er det nok ikke. Det, at terapeuten ikke var bevidst om sit udtryk af foragt, kan tyde på, at han ikke var opmærksom på patientens nonverbale kommunikation. Og at han i tillæg heller ikke var opmærksom på elementer i egne emotionelle reaktioner. Både patientens nonverbale kommunikation og terapeutens egne emotionelle reaktioner kunne have været en indgang til en dybere forståelse af en sandsynligvis central del af patientens problematik, som patienten ikke selv kunne verbalisere. Men da terapeuten ikke opfangede disse forhold, kunne han ikke hjælpe patienten til at forstå dennes eget indre, men kom måske i stedet til at bekræfte patienten i dennes frygt for, hvad relationer til andre indebærer.

Det skal her noteres, at denne terapi var en korttidsterapi. Hvis terapien havde forløbet længere, og terapeuten havde kunnet bevare en undring omkring, hvad der foregik i terapirummet, kan man forestille sig, at terapeuten kunne have gjort det emotionelle arbejde, som ville have ført ham til at forstå og dermed bryde de subtile, men stærke relationelle processer, han var blevet en del af.

3.2. Relationelle processer som forsvar

Interaktionen i Bänninger-Huber og Widmers (1999) undersøgelse, hvor patienten søger syndsforladelse hos terapeuten, er nemmere at forstå end interaktionen i det netop diskuterede eksempel. Men den er alligevel ikke uskyldig. Patienten appellerer til, at terapeuten bekræfter, at hun ikke behøver at føle sig skyldig. Hun gør dette med affektive signaler, som lægger op til et bestemt affektivt svar, som terapeuten ud fra forskernes beskrivelse ser ud til at kæmpe med at undgå at give. Patienten bruger således det følelsesmæssige samspil i relationen til at regulere følelsen af skyld i stedet for at forholde sig til den. Vedbliver dette mønster, risikerer terapeuten og patienten

ten ikke kun at overse, hvilken betydning patientens behov for at slippe af med skyldfølelsen har for hendes indre liv og hendes relationer til andre. De overser også, hvad det er for et grundlæggende syn, patienten har på terapeuten og dermed måske på alle autoriteter – og på sig selv sammen med autoriteter. Patientens adfærd over for terapeuten kan således ses som ageren eller iscenesættelse af patientens indre psykiske landskab. Og de relationelle processer, så længe de vedbliver, fungerer samtidig som forsvar mod at forholde sig til disse aspekter. Man kan forestille sig, at patientens relationelle adfærd over for terapeuten ligner den adfærd, hun bruger i sine øvrige relationer – men denne adfærd har ikke hjulpet hende til at forstå sig selv bedre. Patientens problemer ageres ud i relationen til terapeuten, og terapeutens aktive deltagelse slører begge parter mulighed for at se problemerne.

3.3. Nonverbal adfærd og modoverføringsreaktioner

De beskrevne empiriske undersøgelser viser, at studiet af nonverbal ansigtsadfærd i terapirummet er en metode hvormed man kan opfange de nonverbale manifestationer af terapeutens ubevidste modoverføringsreaktioner (Fauth, 2006).

Nogle psykoterapiforskere, som beskæftiger sig med ansigtsadfærd, mener, at man bør træne terapeuter i at se og afkode patientens ansigtsudtryk, fordi der er en masse information gemt i dem (se fx Frank, 2003). Aflæsning og objektiv kodning af nonverbal adfærd er et væsentligt forskningsredskab, men jeg er ikke enig i, at terapeuter har behov for at kunne dette i deres daglige arbejde. De væsentlige ansigtsudtryk er, som allerede beskrevet, ofte så subtile og kortvarige, at selv trænede observatører af nonverbal adfærd ikke kan nå at aflæse dem bevidst, før samtalen går videre, og der er nye udtryk, man må koncentrere sig om. Aflæsningen af andres ansigt og øvrige nonverbale signaler sker langt hurtigere via ens egne følelsesmæssige reaktioner på det, man ser. Fx fortæller de to psykoterapiforskere og erfarne FACS-kodere Véronique Haydal og Michael Heller om en videoptagelse, hvor en patient tilbagevendende viste et bredt smil, som så ud til at være genuint. Først da de undrede sig over terapeutens manglende gensvar på dette smil, opdagede de, at patienten i sit smil skjulte en fjendtlig bevægelse – en bevægelse der ofte associeres med den bevægelse, en hund gør, når den blotter sine hjørnetænder (Heller & Haynal, 2005). Smilet så ud til at være genuint, og genuine smil aktiverer som regel et spontant gensvar fra andre. Men terapeuten må have fornemmet den skjulte fjendtlighed, og det er derfor ikke mærkeligt, at terapeuten ikke følte for at gengælde smilet.

Der er vigtig information i det nonverbale, og der er ingen tvivl om, at det er et aktiv, hvis terapeuter er gode til at aflæse andre. Men det er stadig vores emotionelle 'apparat', som vi må bruge for at opfange nuancerne i denne information.

For at undgå at indgå i destruktive affektive mønstre med patienten og for at komme ud af disse mønstre, hvis terapeuten uforvarende er kommet ind i

dem, har terapeuten brug for at gøre et emotionelt arbejde. Det er dette arbejde, jeg i det følgende vil beskæftige mig med. Hvorefter jeg, via diskussion af caseeksemplet fra mine egne oplevelser som terapeut for Søren, vil uddybe, hvordan de emotionelle processer i terapeuten kan føre til forandring hos patienten.

4. Terapeutens emotionelle processer

Den i afsnit 2.3. refererede forskning dokumenterer, at emotionelle tilstande kan opstå uden terapeutens vidende, og at terapeuten kan reagere på dem uden at vide det. Den ubevidste emotionelle tilstand, terapeuten kan komme i, påvirker hendes adfærd over for patienten og dermed relationen, men den må også antages at kunne påvirke hendes kognitive funktioner og således gøre hendes oplevelser sammen med patienten mere eller mindre farvede og forvrængede. Endelig ligger der information gemt i de oplevelser, som har aktiveret den emotionelle tilstand – information som kan blive tilgængelig, hvis hun kan komme i kontakt med sine egne følelser. Der er således flere gode grunde for terapeuten til at forsøge at komme i kontakt med egne følelser. Men hvordan forholde sig til noget, man ikke er bevidst om?

Psykoanalytikeren Wilfred Bion beskæftiger sig gennem hele sit forfatterskab med, hvordan terapeuten sætter sig i stand til at udføre bevidst og ubevidst psykologisk arbejde med emotionelle oplevelser. Han beskriver, hvordan man kan sætte sig i en mental tilstand af åbenhed og undring for at facilitere de emotionelle processer, som kan føre til ny forståelse og erkendelse (Symington, 2006, pp. 16-18).

Bion hævder, at evnen til at tænke grundlæggende udvikles ud fra behovet for at tænke over foruroligende emotionelle oplevelser, og at vi til enhver tid potentielt har et valg mellem at forholde os til frustration eller at vige udenom. At forholde sig til foruroligende emotionelle oplevelser kræver et mod og en kapacitet til at være i det uviste, hvilket er angstfyldt, og derfor kan vi komme til at undgå at gøre dette arbejde. Men hvis vi vælger at undgå at forholde os til frustration, kan vi ikke lære af vores erfaringer (Bion, 1967/2006, pp. 110-119).

Bion mener således, at det menneskelige sind er indrettet med forbundne mentale funktioner, som potentielt kan udføre bevidst og ubevidst psykologisk arbejde med emotionelle oplevelser (Ogden, 2004, p. 1355). Ifølge Bion oplever vi vores sind struktureret omkring et todelt element, som Bion kalder container-contained. Indholdet, som containeren skal rumme, kan opleves for voldsomt, eller det kan opleves, at containeren er for skrøbelig til at rumme indholdet (Symington & Symington, 1996, pp. 50-58). I udgangspunktet fungerer moren som container for det lille barns ufordøjede oplevelser, hvorefter barnet selv udvikler kapaciteten til at rumme og forholde sig til sine egne oplevelser. Nogle tanker og følelser kan dog også for

den voksne være så forstyrrende og skræmmende, at de kræver to sind for at kunne opleves (Ogden, 2009, p. 100).

Nogle gange tror jeg, at Bions princip om at *rumme* følelser bliver brugt synonymt med idéen om at *udholde* følelser. Men centralt i Bions forståelse af *arbejdet* med at rumme emotionelle oplevelser er, at når noget ubevidst bliver bevidst, skal det ændre form; selve processen fra ubevidst til bevidst kræver, at det ubevidste differentieres, så det kan tage form og blive bevidst. Denne transformation medfører ny erkendelse og mental vækst (Bion, 1970/1993, pp. 106-124). Dette er en anden forståelse af håndtering af følelser end der oftest er implicit, når man bruger udtrykket affektregulering, hvor følelsers intensitet reguleres (Fonagy et al., 2002; se i øvrigt diskussionen i Pedersen, Lunn & Poulsen, 2010).

4.1. *Without memory and desire*

Bion beskriver, at terapeuten, for at kunne gøre det nødvendige emotionelle-kognitive arbejde, skal sætte sig i en mental tilstand uden ”memory, desire and understanding” (Bion, 1970/1993, p. 47). Han appellerer til en slags mental fleksibilitet og åbenhed og en kapacitet til at udholde uvished. Bion giver et eksempel: Hvis patienten er gift, men terapeuten føler, at patienten ikke er det, så betyder det psykoanalytisk set, at patienten ikke er gift. Der er en diskrepans mellem den emotionelle realitet (at patienten er ugift) og den realitet, at der foreligger en vielsesattest. Selvfølgelig husker terapeuten, at patienten er gift, ligesom den meget regredierede patient også bevarer sin hukommelse, men evnen til at befri sig fra hukommelsen og dermed opleve den emotionelle realitet er afgørende for at opnå forståelse for emotionelle realiteter (Bion, 1970/1993, p. 49).⁴ Bion skriver tilbagevendende om terapeuten evne til at bruge sin intuition og fornemme forhold, som er centrale for forståelsen af patienten; forhold som ikke kan fanges via de sædvanlige sansemæssige kanaler. Han sammenligner denne tilstand med det, som kræves for at kunne hallucinere: Personen, som hallucinerer, har ikke en oplevelse baseret på sansemæssige data; det samme med terapeuten som får intuitive erkendelser (Bion, 1967/1984, p. 163).

Bions tilgang kan misforstås som en åbning til ’vild analyse’, hvor terapeuten, uden at have nogen som helst holdepunkter i terapirummet for sine intuitioner, kan påstå hvad som helst. Pointen her er imidlertid, at terapeuten har brug for en speciel tilgang til at holde sig åben for at opdage egne emotionelle reaktioner og derefter forholde sig til, hvad de reaktioner er et resultat af, og hvordan det, som er sket, har påvirket hende.

4 Jeg går ud fra, at Bion mener, at den emotionelle realitet; at patienten ikke er gift, er en indgang for terapeuten til at overveje, hvorvidt der i patientens psykiske liv er elementer, som skaber denne emotionelle realitet; er patienten fx ikke knyttet til sin kone, eller er han i en dyb narcissistisk tilstand, hvor andre ikke eksisterer i sig selv.

Irma Brenman Pick (1985) beskriver, at man som terapeut kan føle sig usikker på, hvad der foregår. Og at man har brug for i stilhed med sig selv at forholde sig til denne emotionelle uro, indtil man kan frigøre sig tilstrækkeligt fra den til at se, hvad der har sat den i gang, og hvordan man har været påvirket (Brenman Pick, 1985, p. 157). Med dette indikerer Brenman Pick ligesom Bion, at der sker en ændring af den emotionelle tilstand, så snart disse forståelser, som for øvrigt ofte falder ret hurtigt efter hinanden, er opnået. Ved at man rummer sine egne reaktioner, ændres de. Hvor de, før de kan rummes, 'flyder over' og påvirker vores adfærd, sådan som fx terapeutens udtryk af foragt i Anstadt et al. (1997)'s undersøgelse, vil det kognitiv-emotionelle arbejde i sig selv ændre indholdet af det emotionelle, når det optages som en del af en selv.

4.2. Stærke følelser

Den enkelte har forskellig tolerance for og erfaring med at være berørt af følelser. Jon Monsen (1991) beskriver følelsesmæssig bevidsthed som, at vi skal kunne lade os bevæge. Derefter skal vi 'afkode' den sansemæssige information, der er i følelsen, og dette kræver et refleksions- og integrationsarbejde, som rækker ud over den umiddelbare stemningsmæssige påvirkning. Denne proces kræver både opmærksomhed og tolerance: Opmærksomhed for at vi kan lægge mærke til og genkende og iagttage egne følelsesreaktioner. Tolerance for at vi skal tåle at være i følelsen et stykke tid for derigennem at lade os påvirke kropsligt og mentalt (Monsen, 1991, p. 147). Som terapeuter skal vi kunne tåle at føle stærke følelser. Fx tror jeg, at noget af min kamp med at erkende det destruktive relationelle mønster mellem min patient Søren og mig, beskrevet i caseeksemplet i begyndelsen af denne artikel, handlede om, at jeg havde brug for at blive klar til at mærke så intenst et raseri, som reaktionen på patientens sadisme medførte.

Teoretisk viden om intra- og interpsykiske processer hjælper terapeuten til at udholde de stærke følelser (Ogden, 1979, p. 367).

4.3. Den neutrale terapeut

Det er en almindelig myte i terapeutiske miljøer, at den ideelle terapeut er neutral i den forstand, at hun ikke føler noget over for det, patienten siger eller gør. Dette er en misforståelse af konceptet om terapeutisk neutralitet, som overordnet handler om, at terapeuten ikke *handler* på følelser og impulser i forhold til patienten (Langs, 1989, p. 294).

Paula Heimann udgav i 1950'erne banebrydende artikler om modoverføring med det formål at gøre opmærksom på mange terapeuters angst for egne følelser. Hun skriver, at målet med, at terapeuten selv går i terapi, ikke er, at hun skal ende med intet at føle, men at gøre det muligt for hende at udholde sine følelser, i stedet for ligesom patienten at skubbe dem fra sig (Heimann, 1959/60, p. 152).

Terapeuten skal således forholde sig til, at hun bliver påvirket, og kunne rumme sine følelser og kunne tænke over dem og føle sig fri til at handle på følelserne eller lade være, alt efter hvad der er hensigtsmæssigt i behandlingsmæssigt øjemed. Og hvis man, ud fra denne position, vælger at handle på sine følelser, sker det ikke som en automatisk reaktion, men som en fri handling fra ens eget indre (Symington, 2008).

Men at gøre dette arbejde med egne følelser kræver, at man forsøger at frigøre sig fra eventuelle antagelser om, at nogle følelser ikke er i orden at have over for ens patient.

Ifølge Bion fremkommer de vigtigste tolkninger som følge af terapeutens egne emotionelle reaktioner (Bion, 1961/2009, p. 149). Symington beskriver i samme ånd, at afgørende forandring i patienten sker, hvis det emotionelle arbejde lykkes for terapeuten (Symington, 2006, pp. 65-67). Var det dette, som skete i terapien med Søren?

5. Sammenhængen mellem terapeutens emotionelle processer og forandring

5.1. *Diskussion af caseeksemplet*

Når jeg ser tilbage på forløbet op til den beskrevne episode, tænker jeg, at Søren sadisme havde som formål at producere skyld i mig (Searles, 1966). Ønsket om at producere skyld i mig hang sammen med hans fantasier om, at jeg ville kunne redde ham fra at opleve forladthed; og han havde et ubevidst naturligt raseri over, at jeg ikke gjorde det. Samtidig repeterede han overfor mig både den hjælpeløse position over for en deprimeret mor og omnipotensen, som var hans forsvar mod at opleve denne hjælpeløshed (Symington, 1985). Indtil den beskrevne episode deltog jeg imidlertid blindt i relationelle processer, som fastholdt os i en destruktiv spiral. Jeg havde en 'teoretisk' forståelse af, at Søren adfærd var aggressiv, men var ikke klar over, hvilken effekt hans adfærd havde på mig.

Før den beskrevne episode havde jeg tilbagevendende tolket Søren adfærd som værende udtryk for ubevidst raseri mod mig, men lige lidt hjalp det. Han var lydhør, men spurgte mig, hvad han skulle gøre for at få det bedre, og jeg sagde noget i stil med, at han skulle mærke sit raseri. Men det kunne han ikke, og han følte sig derfor med god grund bebrejdet af mig, når jeg således fortalte ham, hvad han 'burde gøre'.

Hvordan skulle han kunne udholde sin vrede, når det var mig, den var projiceret over i, og jeg ikke var i stand til at rumme den? Så længe jeg lod mig bebrejde, lykkedes det ham at 'destruere mig'.⁵ Så hvordan skulle han

5 Det lille barn kan tro, at den deprimeredes mors lidelse og 'dødhed' skyldes, at barnet via sine destruktive impulser har slået den gode mor ihjel (Green, 2005).

turde mærke vrede, når den kunne ødelægge mig? Jeg var ikke deprimeret i klinisk forstand, men min appellerende snak om, at han skulle mærke vrede, var i samme familie. Jeg kunne ikke sætte grænser for hans angreb på terapien, fordi jeg ubevidst var klar over, at jeg ikke ville kunne gøre det på en moden måde. Først da jeg var i stand til at mærke mit raseri og se hans sadisme, kunne jeg sætte grænser for ham, uden at det fik en straffende eller afvisende karakter – og da var det ikke længere nødvendigt.

Det, som ændrede situationen, var ikke en teoretisk forståelse af, hvorfor Søren var sadistisk over for mig, men en emotionel erkendelse af interaktionen mellem en sadist og hans offer. Mit raseri, der var affødt af patientens sadisme, klingede straks af via den nye forståelse af vores samspil og en slags erkendelse: 'Nå, det er *det* Søren har forsøgt at fortælle mig'.

Der er en væsentlig forskel på at kommunikere: 'Du er aggressiv mod mig' ud fra en teoretisk forståelse og ud fra en emotionel erkendelse. Så længe jeg er ramt af patientens adfærd, vil en sådan kommunikation have en vis karakter af: 'Hold op med det'. Men da jeg bliver i stand til at se patientens adfærd, er jeg ikke længere sårbar over for den og er dermed i stand til at være genuint nysgerrig og åben over for ham (Symington, 2006, pp. 113-114).

Jeg havde været viklet ind i relationelle processer og kunne først vælge ikke at deltage, da jeg blev klar over, hvad jeg havde været involveret i (Stern, 1989, p. 1). Erkendelsen af relationen og min egen andel i den ændrede mig; ændrede min attitude overfor Søren. Og jeg forstår hans kommentar: "Jeg troede, du ville være deprimeret ..." som et af flere tegn på, at han så, at min attitude var ændret, og at han straks begyndte at forholde sig til denne nye attitude.

Symington kalder resultatet af terapeutens emotionelle arbejde i terapirummet "an inner act of freedom" og mener at denne har en forandrende effekt på patienten (Symington, 1983). Hvilken effekt kan den oven for beskrevne erkendelse i mig tænkes at have på Søren?

Der er sandsynligvis flere interagerende elementer i oplevelsen for Søren, hvilket jeg vil beskrive i det følgende. Først og fremmest møder Søren en person, som ikke svarer på hans adfærd, sådan som han havde ventet. Da jeg ikke længere er offer for Sørens destruktive følelser, bliver han frataget sin mulighed for at regulere sine følelser via relationen. Med min opmærksomhed og tilstedeværelse afviser jeg ham ikke, men svarer ham på en ny måde. Min attitude formidler, at jeg er klar over, at der er sket noget specielt – for ham, for mig og for os. Uanset at jeg ikke længere 'spiller med' i det relationelle mønster, er han med andre ord ikke alene, og det giver ham mod og styrke til at forholde sig til, hvad der er foregået, og han kan derigennem erkende sin sadisme. Havde jeg undladt at 'spille med' uden at kunne formidle min forståelse, havde han følt sig afvist og alene og havde sandsynligvis ikke kunnet rumme sine voldsomme følelser.

Min involvering i et destruktivt relationelt mønster havde i første omgang sat terapien i stå. En vigtig pointe her er imidlertid, at da jeg først får viklet

mig ud af dette mønster, giver min erfaring fra samme involvering mig en viden og forståelse, som hjælper Søren til at tåle at se sin andel i det, som er sket. Således bliver det muligt for ham, som resultat af min emotionelle proces, at forholde sig til hidtil uerkendte følelser og reaktioner i sig selv. En anden følge af min erkendelse af det relationelle mønster er, at Søren ikke længere udsættes for den adfærd jeg havde før. Ligesom terapeuten som viser foragt over for patienten i undersøgelsen i Anstadt et al. (1997), har jeg uden at vide det ageret mine ufordøjede følelser over for Søren. Først da jeg bliver i stand til at rumme mine følelser, kommer der billedligt talt en membran rundt om dem, så de ikke påvirker min adfærd. Søren bliver derfor fri for, at jeg lader min indre turbulens gå ud over ham (Symington, 2007, p. 1417). Idet jeg rummer mine følelser, er de ikke længere i vejen for, at jeg kan være i kontakt med ham, og han møder således et menneske, som er mere autentisk til stede. Søren bliver som sagt selv i dette øjeblik i stand til at rumme sine følelser, og et interpersonelt møde bliver muligt, da de forvrængende projektioner fra begge parter for et øjeblik er ophørt. Et interpersonelt møde var på dette tidspunkt en ny oplevelse for Søren og blev en motiverende faktor både for ham og mig i det videre terapeutiske arbejde (Siegel, 2006).

Endelig kan min indre emotionelle kamp tænkes at tjene som inspiration for Søren. Han ser, at jeg kan blive udsat for sadisme uden at blive skadet, og at jeg kan forsvare mig mod hans sadisme, uden at jeg hævner mig. Han ser også, at jeg kan rumme mit eget raseri, uden at det får mig til at skade ham eller mig selv. Søren kan identificere sig med mig i min proces med at rumme mine egne følelser, og dette kan give ham mod til at forholde sig til sine egne vanskelige følelser (Searles, 1963).

Opsamlende vil jeg understrege, at den centrale forandring med Søren sker, da det bliver muligt for ham at erkende sin egen sadisme. Der resterede meget arbejde i terapien, blandt andet med at verbalisere og bearbejde de forskellige forhold, som aktiverede sadismen, men dette arbejde blev først muligt, efter at det relationelle mønster, som kamuflerede hans problemer, var blevet opløst.

5.2. Sammenfatning af resultaterne fra den empiriske forskning og klinisk erfaring.

Den refererede psykoterapiforskning i afsnit 2.3. dokumenterer, at der er en direkte forbindelse mellem terapeutens emotionelle forhold til sig og de interpersonelle processer i den terapeutiske relation: Terapeuten involveres i patientens relationelle mønstre formidlet gennem affektiv nonverbal adfærd, og terapeuten, som ikke klarer at bryde disse mønstre, lykkes ikke med at hjælpe patienten. Dette svarer til klinisk erfaring, hvilket illustreres via caseeksemplet, hvor jeg og patienten uden at vide det havde været viklet ind i en destruktiv relationel proces, som havde lammet mig. Mens jeg var lammet,

var den terapeutiske proces sat i stå – til skade for patienten. Samtidig gav det, at jeg havde været lammet, og kunne komme ud af det igen, både mig og patienten ny viden og forståelse. Via min emotionelle proces blev det muligt for patienten at integrere hidtil uerkendte sider af sig selv.

6. Afrunding og konklusion

Mange terapeuter finder ikke, at empirisk psykoterapiforskning er relevant for dem, da den ikke fanger den kompleksitet, der er i psykoterapi. Der er en kløft mellem, hvad tilgængelige forskningsmetoder kan vise, og hvad vi oplever, at der foregår i psykoterapi (Luyten, Blatt & Corveleyn, 2008). Ved at referere til forskningen i affektive og relationelle processer har jeg ønsket at vise, at vi med objektive målemetoder kan illustrere meget komplekse ting. Så måske behøver kløften ikke at være så dyb, og måske kan vi praktisk lære noget om terapi gennem empirisk psykoterapiforskning.

Forskningen i ansigtsadfærd viser os, at terapeuter udspiller mere over for patienten end mange terapeuter tror. Løsningen er ikke at forsøge at lægge ansigtet i de rette folder, men at forholde sig åbent og undersøgende til at vi, uanset om vi vil det eller ej, bliver emotionelt påvirket i samværet med patienten, og at vi påvirker patienten med mere end vores verbale udspil. Den empiriske forskning understreger over for terapeuter (og deres supervisorer), hvor afgørende emotionelle reaktioner fra terapeuten er, og hvor vigtigt det derfor er at være opmærksom på dem.

Betydningen af terapeutens emotionelle processer for udbyttet af psykoterapi svarer til psykoanalytisk teori, hvor psykoterapi ikke kun opfattes som en indre proces for patienten, men også som en sideløbende indre proces for terapeuten (Symington, 1996b).

Illustreret med et caseeksempel har jeg ønsket at vise, at den terapeutiske relation ved dybere forandringer i patienten, er en gensidig proces, hvor terapeuten indgår i en relation og bliver påvirket og bruger sine egne emotionelle processer til at forstå, hvad der foregår, og derigennem hjælper patienten til at rumme det, som før ikke kunne rummes.

Jeg har endelig ønsket at understrege, at terapeutens emotionelle arbejde – med Symingtons ord fra det første citat i artiklen – er en smertefuld og ensom proces. Terapeuten har brug for at kunne udholde alle typer følelser og at forholde sig til sine modoverføringsreaktioner uden unødigt stor skyldfølelse (Langs, 1989, p. 299).

LITTERATUR

- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B. & Krause, R. (1997). Affective Duadic Behavior, Core Conflictual Relationship Themes, and Success of Treatment. *Psychotherapy Research*, 7(4), 397-417.
- Benecke, C., Peham, D. & Bänninger-Huber, E. (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 81-90.
- Bänninger-Huber, E. (1992). Prototypical affective Microsequences in Psychotherapeutic Interaction. *Psychotherapy Research*, 2(4), 291-306.
- Bänninger-Huber, E. & Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 9 (1), 74-87.
- Beutler, L. E. et al. (2004). Therapist Variables. In M. L. Lambert, *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227-306). New York: John Wiley and Sons.
- Bion, W. R. (1961/2009). *Experiences in Groups and other papers*. Routledge.
- Bion, W. R. (1967/2006). *Second Thoughts*. London: Karnac.
- Bion, W. R. (1970/1993). *Attention and Interpretation*. London: Karnac.
- Brenman Pick, I. (1985). Working through in the countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 66, 157-166.
- Chartand, T. L., Maddux, W. W. & Lakin, J. L. (2005). Beyond the Perception-Behavior Link: The Ubiquitous Utility and Motivational Moderators of Nonconscious Mimicry. I: Hassin, R.R., Uleman, J.S. & Bargh, J.A. *The New Unconscious* (pp. 334-361). Oxford University Press.
- Ekman, P. (1997). Should We Call it Expression or Communication? *Innovations in Social Science Research*, 10(4), 333-344.
- Fauth, J. (2006). Toward More (and better) Countertransference Research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 16-31.
- Frank, M. G. (2003). Getting To Know Your Patient: How Facial Expression Can Help Reveal True Emotion. I: Katsikitis, M. (Ed.), *The Human Face. Measurement and Meaning* (pp. 255-283). Kluwer Academic Publishers.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Green, A. (2005). The dead mother. In *On Private Madness* (142-173). Karnac.
- Greenberg, L. S. (2008). The case of Lisa: An integration and reaction to the process analyses. *Psychotherapy Research*, 18(6), 677-682.
- Heimann, P. (1959/60). Counter-transference. I: Heimann, P. (1999), *About Children and Children-No-Longer. Collected Papers 1942-80* (pp. 151-160). Routledge.
- Heller, M. & Haynal, V. (2005). Perspectives for Studies of Psychopathology and Psychotherapy. I: Ekman, P. & Rosenberg, E.L. *What The Face Reveals. Basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding system (FACS)*. 2nd ed. (pp. 506-511). Oxford University Press.
- Henry, W., Schacht, T. & Strupp, H. (1990). Patient and Therapist Introject, Interpersonal Process, and Differential Psychotherapy Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 768-774.
- Jørgensen, C. R. (2000). Den "tilstrækkeligt" gode terapeuts håndtering af brud på den terapeutiske alliance. En kvalitativ enkeltcasesstudie. *Syke & Logos*, 21(2), 631-675.
- Kaiser, S. (2003). Facial expressions as indicators of "functional" and "dysfunctional" emotional processes. In Katsikitis, M. (Ed.), *The Human Face. Measurement and Meaning* (pp. 235-253). Kluwer Academic Publishers.
- Langs, R. (1989). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*. Volume II. Jason Aronson Inc.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaption*. New York: Oxford University Press.

- Luyten, P., Blatt, S. J. & Corveleyn, J. (2008). Psychoanalytic Research: Progress and Process. Bridging the Gap Between Psychoanalytic Research and Practice: How, When and Why? *Psychoanalytic Research*, 7-10.
- Merten, J. (2003). Context-analysis of facial-affective behaviour in clinical populations. In Katsikitis, M. (Ed.), *The Human Face. Measurement and Meaning* (pp. 131-147). Kluwer Academic Publishers.
- Merten, J. (2005). Facial microbehavior and the emotional quality of the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 15(3), 325-333.
- Merten, J., Anstadt, Th., Ullrich, B., Krause, R. & Buchheim, P. (1996). Emotional experience and facial behavior during the psychotherapeutic process and its relation to treatment outcome: a pilot study. *Psychotherapy Research*, 6(3), 198-212.
- Merten, J. & Brunnhuber, S. (2004). Facial Expression and Experience of Emotions in Psychodynamic Interviews with Patients Suffering from a Pain Disorder. *Psychopathology*, 37, 266-271.
- Merten, J. & Krause, R. (2003). What Makes Good Therapists Fail? I: Coats (Ed.), *Non-verbal Behavior in Clinical Settings* (pp. 111-124). Oxford: University Press.
- Monsen, J. (1991). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Udrag fra klinisk psykologi*. Tano.
- Ogden, T. H. (1979). On Projective Identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357-373.
- Ogden, T. H. (2004). On holding and containing, being and dreaming. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1349-64.
- Ogden, T. H. (2009). Rediscovering Psychoanalysis. Thinking and Dreaming, Learning and Forgetting. London and New York: Routledge.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, H. R. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. I: Lambert, M.J. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York: John Wiley and Sons.
- Peham, D. (2007). *Forelæsning september 2007 på FACS kursus*. University of Innsbruck, Clinical Emotion and Interaction Research, Austria.
- Pedersen, S. H., Lunn, S. & Poulsen, S. (2010). Affektregulering – holding, containing og spejling. *Psyke & Logos*, 31, 552-576.
- Phelps, E. A. (2005). The Interaction of Emotion and Cognition: The relation Between the Human Amygdala and Cognitive Awareness. I: Hassin, R.R., Uleman, J.S. & Bargh, J.A. *The New Unconscious* (pp. 61-76). Oxford University Press.
- Phelps, E. A. (2006). Emotion and Cognition: Insights from Studies of the Human Amygdala. *Annu. Rev. Psychol.*, 57, 27-53.
- Rasting, M. & Beutel, M. E. (2005). Dyadic affective interactive patterns in the intake interview as a predictor of outcome. *Psychotherapy Research*, 15(3), 188-198.
- Safran, J. D. (2008). *Change in psychotherapy: Therapeutic processes and curative factors*. Forelæsning på ph.d.-kursus ved Simo Køppe, 24. oktober 2008, Københavns Universitet.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiation the Therapeutic Alliance*. The Guilford Press.
- Searles, H. F. (1963). Transference Psychosis in the Psychotherapy of Chronic Schizophrenia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 44, 249-281.
- Searles, H. F. (1966). Feelings of Guilt in the Psychoanalyst. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 29(4), 319-323.
- Siegel, D. J. (2006). An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(4), 248-56.
- Stern, D. B. (1989). The Analyst's Unformulated Experience of the Patient. *Contemporary Psychoanalysis*, 25(1), 1-33.

- Symington, J. (1985). The Survival Function of Primitive Omnipotence. *International Journal of Psycho-Analysis*, 66, 481-487.
- Symington, N. (1983). The analyst's act of freedom as agent of therapeutic change. *International Review of Psycho-Analysis*, 10(3), 283-291.
- Symington, N. (1996a). *The Making of a Psychotherapist*. London: Karnac.
- Symington, N. (1996b). The patient makes the analyst. *Psychoanalytic Inquiry*, 16(3), 362-375.
- Symington, N. (2006). *A Healing Conversation. How Healing Happens*. Karnac.
- Symington, N. (2007). A technique for facilitating the creation of mind. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 1409-22.
- Symington, N. (2008). *The understanding and treatment of severely disturbed patients*. Forelæsning ved AIP seminar Århus, 6.5.2008.
- Symington, J. & Symington, N. (1996). *The Clinical Thinking of Wilfred Bion*. Brunner-Routledge.
- Winkielman, P., Berridge, K. C. & Wilbarger, J. L. (2005). Unconscious Affective Reactions to Masked Happy Versus Angry Faces Influence Consumption Behaviour and Judgements of Value. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 121-135.