“Bare gå og heng deg, din jævla dritt!” Motoverføring og suicidalitet

Ved Kim Larsen

“Know thyself.”

Orakelet i Delphi.

I was angry with my friend:

I told my wrath, my wrath did end.

I was angry with my foe:

I told it not, my wrath did grow.

William Blake (1757–1827) i “A poison tree”.

Det er en nærliggende fare at profesjonelle i sin iver etter å omtale suicidalitetsproblematikk på en ikkefordømmende og terapeutisk konstruktiv måte også uintensjonelt kommer i skade for samtidig å benekte og underkjenne sine egne emosjonelle reaksjoner overfor fenomenene.

Nøkkelen til profesjonalitet ligger etter mitt skjønn i særlig tre momenter: ærlig åpenhet overfor å kjenne på egne motoverføringsreaksjoner uansett hvor “mørke” og “politisk ukorrekte” de er, kombinert med en dyp faglig forståelse av pasientens psykopatologi og en realistisk oppfatning av hva en kan oppnå i psykoterapi og hvor lang tid det kan ta.

Innledning

Klassisk psykoanalytisk behandling foregår ved at pasienten ligger på en divan med terapeuten sittende bak seg, utenfor synsvidde. Pasienten instrueres om å si alt som faller ham inn og ikke sensurere noe. Dette terapeutiske oppsettet fasiliteter pasientens regresjon til måter å forholde seg til viktige personer i sitt liv på, særlig til foreldre og tidlige omsorgspersoner. Det at terapeuten er en vag og passiv skikkelse for pasienten medfører etter hvert at pasienten forholder seg til ham med emosjonelle reaksjoner og interaksjonsmønstre som er typiske for hans måte å forholde seg til andre på. Denne dynamikken kalles *overføring* og gir terapeuten mye informasjon om pasienten. Terapeuten vil utover i behandlingsforløpet presentere tolkninger for pasienten basert på observasjoner av overføringen. Dette skaper innsikt hos pasienten om hvordan hans grunnleggende væremåter kan skape typiske reaksjoner hos andre og bidra til at det dannes karakteristiske samspillmønstre rundt ham. Den psykoanalytiske erkennelsesprosessen vil bevirke at pasienten etter hvert ser disse mønstre og hvordan han selv bidrar til dem, slik at han kan endre dem, med de vidtrekkende konsekvenser dette vil kunne ha for hans liv. Vi er alle eksperter på å ubevisst fremkalle reaksjoner som bekrefter grunnleggende antakelser vi har om verden og om oss selv. Vi bidrar til å skape typiske samspillmønstre, som vi i sin tur ikke erkjenner (andres skyld, “trist at folk skal være slik”, etc). Vi er alle også eksperter på å frasi oss “forfatterskapet” i våre liv; paradoksalt nok, for her ligger jo også nøkkelen til endring. Denne generelle menneskelige dynamikken ser en imid-

lertid best i den psykoanalytiske behandlingssituasjonen, som er et slags laboratorium for å få den frem. Dette blir særlig tydelig hos pasienter med ekstreme væremåter, slik en for eksempel kan se det ved borderline personlighetsforstyrrelse.

Her er en klinisk vignett fra den kjente psykoanalytikeren Glen Gabbard: “Rachel var en 28 år gammel pasient med borderline personlighetsforstyrrelse som hadde gått i psykodynamisk psykoterapi i tre måneder. En dag ankom hun til en terapitime ca. ti minutter for sent, slengte seg ned i stolen, og begravet hodet i hendene. Jeg spurte henne hva som var galt. Hun forble taus. Etter noe tid spurte jeg henne om hun ønsket å snakke om hvordan hun hadde det. Rachel så på meg med et blikk fullt av forakt og snerret, ‘Ser det slik ut? Hvis jeg hadde lyst til å snakke hadde jeg gjort det! Du skal alltid snoke etter noe’. Jeg svarte at jeg var bekymret fordi hun hadde hatt selvmordstanker nylig og at jeg ønsket å finne ut hvordan hun hadde det. Hun snerret tilbake: ‘Alt du bryr deg om er å ikke få en tilsynssak på deg!’ Jeg ble irritert og forsøkte å forsvare meg: ‘Det er en svært urettferdig anklage. Jeg er oppriktig bekymret for deg’. ‘Hva mener du?’ svarte Rachel, ‘du hadde ikke engang giddet å snakke med meg dersom ikke foreldrene mine hadde betalt honoraret ditt’ (2001. s. 986–987. Min oversettelse).

Dette er et ekstremt eksempel, men du har sikkert lagt merke til at det er visse personer du enten liker eller misliker ganske fort uten at det alltid er så lett å vite hvorfor, og at visse personer med sin væremåte kan aktivere “ømme punkter” hos deg selv. Du har kanskje også lagt merke til at det er et mønster her ved at det er bestemte kategorier av personer (for eksempel feminine menn,

maskuline kvinner) du liker eller misliker. Forelskelse er vel den prosess utenfor terapirommet som viser dette mest rendyrket; en innledende idealisering og beundrende dyrkelse, som lett kan ende i skuffelse og bitterhet når overføringen får forsøkt seg mot realitetene over en viss tid. Fallhøyden blir så stor og uunngåelig fordi det blir umulig å imøtekomme de innledende forventningene. Det er heller ikke tilfeldig hvem vi blir forelsket i, “objektvalget” her er også basert på tidligere mønstre (Freud, 1910a; 1915).

Siden overføring er et generelt menneskelig fenomen kan heller ikke terapeuten unngå det og “melde seg ut”; hans overføringsreaksjoner overfor pasienten kalles motoverføring (“counter-transference”). Motoverføring (og overføring) impliserer at en ubevisst reagerer på andre ikke bare etter hvordan **de** er (“objektiv motoverføring”) men også delvis som følge av hvordan **en selv** er (“subjektiv motoverføring”), og tilskriver andre personer egenskaper som ikke er reelle. Motoverføringsbegrepet benyttes også med forskjellig “bredde”. Noen bruker det i en snever betydning for å betegne terapeutens reaksjon på pasientens overføring (for eksempel Glover, 1927), noen bruker det i en utvidet betydning hvor motoverføring henviser til terapeutens reaksjon på **alle sider** ved pasienten (for eksempel Heiman, 1950), og noen bruker det som en egenskap ved objektvalg generelt i livet (for eksempel Sandler, 1976). (Se Orr, 1953 for en gjennomgang av de forskjellige betydningene). I forhold til denne artikkelens tema om motoverføring og suicidalitet er det naturlig å bruke begrepet i en utvidet sammenheng slik Heiman (1950) bruker det til å henviser til terapeutens reaksjon på pasientens totale væremåte.

Plate VI from Charles Darwin's *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (1872). From Chapter XI: Disdain—Contempt—Disgust—Guilt—Pride, etc.—Helplessness—Patience—Affirmation and negation.

2

1

4

3

PLATE VI

Motoverføringens historie

I tidlig psykoanalyse så man på motoverføring utelukkende som en hindring for psykoterapien. Den var en slags forstyrrende støy som måtte minimeres, beherskes og overvinnes (Freud, 1910b; 1915) – terapeuter med en vellykket egenanalyse ville ikke oppleve den (Freud, 1912). Freuds berømte sammenligninger av terapeuten med henholdsvis en kirurg og et speil som metaforer på henholdsvis emosjonell distanse og kognitiv uforstyrrelighet (Freud, 1912, s. 115–118) kommuniserer klart at overføringsreaksjoner utelukkende er uønskelige. Dette synet på overføring (se for eksempel også Stern, 1924) er typisk for tidlig psykoanalyse; motoverføringsreaksjoner er illegitime og kun en fare for terapien. Med Sandor Ferenczis (1873–1933) halsbrekkende terapeutiske eksperimenter mot slutten av hans karriere innførtes imidlertid tanken om at motoverføringsreaksjoner både er uunngåelige, at de kan være terapeutisk nyttige, og at de kunne kommuniseres til pasienten (se for eksempel Aron & Harris, 1993; Ferenczi, 1932/1988; Larsen, 1998;). Det siste elementet med å kommunisere motoverføringsreaksjoner til pasienten har imidlertid ikke fått

generelt gjennomslag. Det neste som skjedde var at D.W. Winnicott i en epokegjørende artikkel i *International Journal of Psycho-analysis* fra 1949, "Hate in the counter-transference", hevdet at motoverføringsreaksjoner er uunngåelige og forventede og kan gi mye informasjon om pasientens patologi dersom de blir analysert og brukt riktig i terapien. Winnicott skilte mellom de motoverføringsreaksjoner pasientens væremåte vil skape hos alle, den "objektive" motoverføringen, og de "subjektive" motoverføringsreaksjoner som skyldes at "ømme punkter" og personlige idiosynkrasier i analytikerens personlighet blir aktivert av pasienten. I det første tilfellet vil motoverføringsreaksjoner gi uvurderlig informasjon om pasientens patologi og væremåte. Her kreves det dog at terapeuten klarer å skille mellom de to typene. Dersom terapeuten attribuerer den andre typen motoverføringsreaksjoner til personlighetstrekk og egenskaper ved pasienten, vil jo dette være katastrofalt for terapien. Winnicotts artikkel gav gjennomslag for en ny måte å se motoverføring på.

Hans bidrag ble raskt etterfulgt av artikler fra fremtredende psykoanalytikere som støttet Winnicotts betraktninger: "... it implies danger of self-deception to assume that such absolute resistance to counter-transference can ever be attainable" (Weigert, 1954, s. 242), "... counter-transference is no more to be feared or avoided than is transference; in fact it **cannot** be avoided, it can only be looked out for, controlled to some extent, and perhaps used" (Little, 1951, s. 40. Uttheving i originalen), samt at "... he [the therapist] must use his emotional response as a key to the patient's unconscious" (Heiman, 1950, s. 83).

Etter hvert økte også interessen for hvordan visse typer patologi og væremåter hos pasienter kan skape følelser av inkompetanse, hjelpeløshet og desperasjon hos terapeuter, og for hvordan en kan takle dette så konstruktivt som mulig i en terapeutisk setting (for eksempel Adler, 1972; Giovacchini, 1970; Groves, 1978; Main, 1957; se også Koekkoek et al. 2002 for en oppsummering). Samtidig utføres også studier av utbrenthet i hjelpeyrkene (Freudenberger, 1974). Groves (1978) delte vanskelige pasienter inn i

fire hovedkategorier som hver skaper distinkte utfordringer for sine terapeuter: “dependent clingers”, “entitled demanders”, “manipulative help-rejecters”, og “self-destructive deniers”. Mye av litteraturen om motoverføring og om terapeutiske tiltak kom etter hvert til å dreie seg om borderline personlighetsforstyrrelse basert på Kernbergs (1967, 1975) analyse av typiske mekanismer ved denne type patologi (se for eksempel Burnham, 1966; Buie & Adler, 1972; Gabbard, 1989).

Hvilke motoverføringsreaksjoner kan være et resultat av suicidalitet og selvmord?

Selv mord hos en pasient er det åpenbart verst tenkelige og uopprettelige utfall i psykiatrisk behandling, og kan sies å utgjøre en slags ur-frykt og ur-traume for behandlere. Selv om gjennomførte selvmord heldigvis er lavfrekvent, er suicidalitet og suicidal kommunikasjon utbredt, og “hverdagsangsten” hos terapeuter knyttet til selvmord betydelig (Menninger, 1990). Emosjonelle reaksjoner hos terapeuter ved selvmord hos pasienter er godt dokumentert (se for eksempel Chemtob et al. 1988a, 1988b; Hendin et al. 2001, 2004; Waern, 2003). Litteraturen beskriver sjokk, selvbebreidelser, lav profesjonell selvtillit, skyldfølelse, angst, følelse av svik, aggresjon, paranoid beredskap og generelt et traume med psykologiske følger for resten av karrieren. Grovt sett kan man si at litteraturen om selvmordets innflytelse på terapeuter tyder på at terapeuter opplever mye av de samme reaksjonene som pårørende/etterlatte (for eksempel Collins, 2006; Fine, 1997; Gambotto, 2003; Wertheimer, 2001). I tillegg opplever terapeuter ofte at de ufortjent blir bebreidet for det inntrufne (American Psychiatric Association, 2003; Bongar, 2002).

Selv mordsforsøk har ofte et kommunikativt aspekt (Retterstøl et al, 2002; Sifneos, 1966; Sifneos et al., 1966; Siegal & Friedman, 1955; Stengel, 1956, 1964), og personen har ofte bakt inn en (varierende) mulighet for å bli reddet i selve forsøket (Jensen & Petty, 1958). Dersom en leser eldre suicidologisk litteratur, for eksempel i perioden fra 1950-tallet til

1980-tallet, ser en at denne **appellfunksjonen** var vesentlig mer vektlagt da enn nå. Man anså selvmordsforsøk og suicidalitet som et kommunikativt middel til å “presse frem” ønskede forandringer i sitt interpersonlige miljø, og til dels også som en manipulativ handling av voldsom og aggressiv art (Eitinger & Retterstøl, 1979; Siegal & Friedman, 1955; Sifneos, 1966; Sifneos et al., 1956; Stengel, 1952, 1956, 1964). Eksempelvis beskriver Eitinger & Retterstøl denne kommunikative funksjonen slik i sin bok *Kriser og nevroses* fra 1979: “Nevrotikeren oppnår gjennom sine symptomer å bli tatt vare på og bli lagt merke til, og bli synes synd på. Ofte må de nærmeste omgivelser, ektefelle, barn, søsken, innrette seg etter pasientens nevrose. Nevrosen er blitt en del av pasientens ‘hersketekniske armamentarium’. Selvmordsforsøket kan være et ledd i samme hersketeknikk, et meget effektivt instrument ... Selvmordsforsøket blir en alvorlig appell til omgivelsene om at de må ofre pasienten mer oppmerksomhet og innrette seg mer etter hans behov” (s. 156–157). Retterstøl et al. (2002) omtaler appellfunksjonen slik: “Det er viktig å støtte appellsiden, siden den er uttrykk for motivasjonen om et videre liv. I noen tilfeller kan appellen være helt dominerende, eksempelvis når det i realiteten foreligger ubetydelig selvmordsrisiko. Man må derfor ikke belønne appellen på en slik måte at trusler om selvmord kan bli en måte å oppnå fordeler på” (s. 194–195). Borderline-pasienter og ungdom er eksempler på pasienter som kan bruke et suicidal språk på en appellerende måte for å oppnå kortsiktige fordeler og sekundærgevinst, men hvor denne kommunikasjonen virker fullstendig ødeleggende på lang sikt. På dette punktet har det imidlertid etter mitt skjønn skjedd en betydelig endring i tidsånden i suicidologien, hvor det nå er blitt mer illegitimt å betone selvmordsforsøkets appellerende og/eller manipulative funksjon i den grad at begrepet selvmordstrusler omtrent har forsvunnet ut av vokabularet. Tvert imot er det blitt tidsriktig å hevde at “alle selvmordsforsøk må tas alvorlig”, eller lignende.

Jeg ser dette skiftet i tidsånden i suicidologien som ønskelig ved at en har fått måter å omtale suicidale og selvskadende pasienter på som ikke moralsk fordømmer dem, og som omtaler væremåter konstruktivt på en måte som legger til rette for endring. Dialektisk atferdsterapi har nettopp dette som en avgjørende ingrediens i psykoterapi med borderline-pasienter med parasuicidal adferd (Linehan, 1987a; 1987b), samtidig som teraputen ikke unnlater å kommunisere verken de negative effekter selvmordsforsøk og selvskading kan ha for pasienten selv eller de effekter det har for den terapeutiske relasjonen (Linehan, 1993, s. 474–475). Dialektisk atferdsterapi ivaretar således en fruktbar balanse mellom både en konstruktiv og en realistisk innramming av selvmordsatferden overfor pasienten.

Utenfor rammen av en spesialisert og sofistikert terapiform som dialektisk atferdsterapi kan det imidlertid være en nærliggende fare for at profesjonelle i sin iver etter å omtale suicidalitetsproblematikk på en ikkefordømmende og konstruktiv måte også uintensjonelt kan komme i skade for samtidig å benekte og underkjenne sine egne emosjonelle reaksjoner overfor fenomenene. Denne faren kan bli særlig stor når de følelsene som vekkes er av dysforisk og emosjonelt “mørk” natur, som for eksempel hat og aggresjon. Det kan til og med være slik at ubehaget og motviljen mot å erkjenne slike motoverføringer kan være en grunn til at de er så lite diskutert i faglitteraturen (Maltzberger & Buie, 1974; Watts, 2004). Jeg mener å ha lagt merke til at suicidologifagets tidsånd har utviklet seg slik at det er blitt noe i retning av “politisk korrekt” å ikke legge vekt på at en reagerer sterkt på selvskading og suicidalitet. Det har nærmest fått noe uprofesjonelt over seg; at en “lar følelsene løpe av med seg”, “lar personlige holdninger få fritt spillerom”, etc. Dersom det er slik, har vi dessverre skrudd tiden 100 år tilbake, til Freuds artikkel fra 1910 hvor han forfekter terapeutens emosjonelle nøytralitet som et potensielt oppnåelig mål.

En kan faktisk argumentere for at terapeuter vil reagere sterkere enn andre på suicidalitet av flere grunner. For det første

har (unge) terapeuter ofte urealistiske krav til seg selv (Maltsberger & Buie, 1974; Searles, 1966). De ønsker som Goethes Faust å "know all, love all, heal all", og kan derfor til en viss grad bli ofre for en følelse av narsissistisk omnipotens (Finell, 1985; Marmor, 1953; Schumacher, 1985; Sharaf & Levinson, 1964). For det andre kan de være selvelektet til yrket ut fra visse personlighetstrekk og motivasjonelle tilbøyeligheter, for eksempel ønsket om å hjelpe andre og lindre nød (Main, 1957). Disse forholdene bevirker at selvpåførte skader og selvmord utfordrer grunnleggende verdier i hjelpeyrkene. Suicidale handlinger kan fra terapeutens perspektiv betraktes som en avvisning av hjelpen, og kan derfor fremstå som et uforståelig angrep på sentrale og grunnleggende verdier i yrket. Det kan også være avgjørende for den emosjonelle reaksjonen til medisinsk personale som behandler en skade om den er påført med vilje eller ikke. Det vil være en betydelig emosjonell forskjell på å behandle identiske skader, den ene oppstått ved en ulykke og den andre selvpåført. Det kan oppleves som meningsløst å behandle somatiske skader som er påført av personen selv (Michel et al., 2002).

Viktigheten av selverkjennelse og ærlighet, samt forskjellen på emosjoner og adferd

På bakgrunn av det som er nevnt over, er det ikke overraskende at suicidalitet skaper voldsomme motoverføringsreaksjoner og motoverføringshat hos terapeuter (Maltsberger & Buie, 1974; Plakun, 2001). Gabbard (1986) beskriver hvordan pasienter med suicidal kommunikasjon induserer voldsomme reaksjoner i terapeuten ved proaktiv identifikasjon (se for eksempel Ogden, 1979 for en beskrivelse av dette psykologiske og atferdsmessige fenomenet). Dette kan være så umiddelbare og intense reaksjoner at Gabbard kaller dem "fysiologisk motoverføring": "The accusatory hatred and rage in these patients is so intense that it often involves what I call 'physiological countertransference' in the treaters ... This response includes dry mouth, tremulousness, increased heart rate, pounding in the ears and perspiration" (s. 340).

Plate IV from Charles Darwin's *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (1872). From Chapter XI: Disdain—Contempt—Disgust—Guilt—Pride, etc.—Helplessness—Patience—Affirmation and negation.

Analyse av motoverføringsreaksjoner er nå en selvsagt del av mange terapiformer (Gabbard, 1986; Groves, 1978) og fører til en ønsket selverkjennelse hos behandlere (Adler, 1972; Gabbard, 1986; Groves, 1978). Veien til profesjonalitet går gjennom ærlig erkjennelse selv av vanskelige og "politisk ukorrekte" følelser for å hindre at de slår ut i teraphindrende og uprofesjonell **atferd**. Som Groves (1978) påpeker, er det ikke hva en føler overfor pasientene, men hvordan en oppfører

seg overfor dem som bærer det profesjonelle elementet i yrkesutøvelsen. Maltsberger (1984–85) omtaler viktigheten av dette skillet slik: "Terapeutens overjeg må kunne tillate at sadistiske impulser og fantasier fritt kan forekomme i bevisstheden uten at terapeuten føler for mye skam eller skyld; det som er viktig er at terapeuten ikke spiller dette ut i atferd ... Faren for pasienter hvis terapeuter er for intolerante overfor sine egne sadistiske reaksjoner er at terapeuten vil stå

i fare for å trekke seg fra pasienten for å dempe sin egen skyldfølelse og sin angst ... Terapeuter som er for intolerante overfor å føle aggresjon og hat overfor sine pasienter eller som for sin selvbekreftelse er for avhengige av at pasientene gjør fremgang i terapien, vil svært sannsynlig oppleve uttalt angst når selvmord blir et tema i terapien ... Den modne psykoterapeut må være i stand til å tolerere hjelpeløshet i sitt terapeutiske arbeid med disse pasientene uten å la seg overvelde av en følelse av å være verdiløs som person.” (s. 150/151. Min oversettelse). Gabbard (1986) sier det slik: "... if treaters are inclined to deny their countertransference hate out of guilt, they will nevertheless communicate their intense negative feelings through non-verbal methods" (s. 338).

Toleransen overfor å kjenne på egen motoverføring er også avhengig av hvilke forestillinger kulturen og faget har om behandler-pasient-forholdet, og hva det kan inneholde. Kulturens normer for hva som er et forventet emosjonelt innhold i en relasjon danner en avgjørende "baseline" for tolkning av emosjonell ambivalens og motoverføring innenfor relasjonen. Et eksempel på en relasjon hvor kulturen har en høy toleranse for emosjonell ambivalens er ekteskapet ("i gode og onde dager", etc). Et eksempel på en relasjon der kulturen har en lav toleranse for emosjonell ambivalens er forholdet mor-barn, hvor morskjærligheten forventes å være ubetinget og uten ambivalens av betydning. Dersom normene i kulturen hadde vært mer realistiske i utgangspunktet, ville det hatt gode effekter ved at mødre ikke behøver å selv-sensurere og bebreide seg selv når de føler noe annet enn en ubetinget "morslykke". Det samme med motoverføring i terapi; det vil være en fordel om ikke profesjonene opererer med den urealistiske forventningen om å kunne utøve en total faustiansk empati med alle, men heller tar høyde for det realistiske i at til dels sterke negative motoverføringsreaksjoner er forventelige (Perr, 1966; Searles, 1968), og at den profesjonelle utfordring ligger i å håndtere dem.

Faren ved uerkjente og ubearbejdede motoverføringsreaksjoner

Terapeuter som har opplevet selvmord blant sine pasienter beskriver at de i tiden etterpå var så preget av hendelsen at de satte i gang mange "unødvendige" selvmordsforebyggende tiltak (Cotton et al. 1983; Hodgeson, 1987). Tiltakene kan på denne måten stå i fare for å bli benyttet mest for personalets del og ikke for pasientens. Overdrevne selvmordsforebyggende tiltak kan motiveres i ønsket om å dekke seg selv ("jeg brukte i hvert fall de tiltak jeg kunne – det er i hvert fall ikke min skyld") og ubevisst i ønsket om å straffe pasienten gjennom en tilsynelatende terapeutisk begrunnet motoverføringsreaksjon. Mange selvmordsforebyggende tiltak kan ha en uheldig effekt i retning av ansvarsfraskrivelse og umyndiggjøring, og kan virke regresjonsfremmende på pasienten. De kan også resultere i en håpløs maktkamp mellom pasient og behandler. Noe av dette er en generell fare i alle hjelpetiltak (Brickman et al., 1982), men en ser det ofte i "full blomst" ved individuelle selvmordsforebyggende tiltak med frihetsbegrensninger som ingrediens (Henden, 2009. s. 141/145). Kontinuerlig observasjon er vel det tiltaket som lettest kan resultere i denne typen vikarierende bruk og da også medfølgende antiterapeutiske effekter (Bowles et al., 2002; Duffy, 1995; Neilson & Brennan, 2001). Dersom motoverføringen er intens og ikke erkjent, kan tiltakene i virkeligheten være en sadistisk utagering av motoverføringen, mens de blir pseudobegrunnet som iverksatt til pasientens beste i en slags terapeutisk versjon av orwelliansk "Newspeak" (Main, 1957; Watts & Morgan, 1994). Motoverføringsreaksjoner kan også lett føre til grenseoverskridelser ved at terapeuten "for å redde liv" ser seg nødt til å gjøre unntak fra vanlige profesjonelle normer ved å gjøre seg mer tilgjengelig for pasienten. Dette kan lett resultere i en eskalerende sirkel av større og større unntak som kan ende i grenseoverskridelser (Gabbard, 2003). En kan også tenke seg, slik Modestin (1987) fant, at uerkjente motoverførings-

reaksjoner i ekstreme tilfeller kan føre til at pasienten utfører selvmord (se også Watts & Morgan, 1994). Suicidalitet kan også lett lamme hele den terapeutiske prosess ved at "the clinician becomes the paralyzed deer in the suicidal headlights of the patient" (Jobes, 2006. s. 70). Det vil ofte være et motsetningsforhold mellom kortsiktige selvmordsforebyggende tiltak og langsiktige terapeutiske målsettinger (Davis et al. 1999; Larsen, 2010; Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, 2008; Paris, 2004).

Hvordan kan motoverføringsreaksjoner bearbejdes?

Profesjonelle har utviklet "egenterapeutiske rom" for bearbejding av motoverføringsreaksjoner i form av veiledning og egenterapi. Det er i dette rommet motoverføring skal "tas ut", slik at det så lite som mulig kommer til uttrykk overfor pasienten. Noen pasienter forteller imidlertid at de opplevde "sannhetens øyeblikk" da terapeuten "sprakk" og virkelig fortalte dem hva han mente. I noen terapiformer er det et avgjørende terapeutisk virkemiddel å gi pasienten en svært direkte og ærlig tilbakemelding på væremåte og personlighet. Eksempler på dette er særlig "reality therapy" (Glasser, 1972. Kap. 4) og "rational-emotive therapy" (Ellis, 1962. Kap. 10), som går atypisk langt i slike påpekninger. Det kan selvsagt være på sin plass med påpekninger/tolkninger av negative sider ved pasientens atferd (Buie & Adler, 1972), men disse skal **aldri** være et resultat av ubearbejdet motoverføring og skal **alltid** begrunnes i terapeutiske hensyn. Det påhviler terapeuten en vanskelig oppgave i selverkjennelse, idet terapeuter må "have sufficient familiarity with their own internal object and self-configurations that they can sort out countertransference problems arising from within themselves versus those identifications that are reactive to the patient's projections" (Gabbard, 1986. s. 337). Det eksisterer også klart en del uformelle fora for å ta ut og bearbejde motoverføring, som avreagerende samtaler på vaktrommet, uformelle samtaler med kolleger, etc. Bearbejding kan også skje ved

bruk av bisarr humor og avreagerende tanker, eller ved at utsagn av tabuoverskridende art gjennomføres for seg selv (Hegdal, 2006). Tittelen på denne artikkelen er eksempel på et slikt utsagn (som en terapeut uttalte til seg selv etter å ha vært objekt for en kommunikativ selvmordstrussel i en svært ubeleilig situasjon), som Hegdal (2006) fant i sin undersøkelse om hvordan terapeuter emosjonelt håndterer å arbeide med selvmordsproblematikk.

Konklusjon

Nøkkelen til profesjonalitet ligger etter mitt skjønn i særlig tre momenter: ærlig åpenhet overfor å kjenne på egne motoverføringsreaksjoner uansett hvor "mørke" og "politisk ukorrekte" de er, kombinert med en dyp faglig forståelse av pasientens psykopatologi, samt en realistisk oppfatning av hva en kan oppnå i psykoterapi og hvor lang tid det kan ta. Det å foreta en adekvat faglig analyse av det psykopatologiske tilstandsbildet gir grunnlag for økt empati med pasienten (Gabbard, 1989; Racker, 1957). Det er viktig å ha realistiske forestillinger både om egne reaksjoner som terapeut (Searles, 1966) og om hva som er mulig å oppnå i psykoterapi og hvor lang tid det kan ta (Maltsberger & Buie, 1974). I psykoterapi er det også slik at terapeuten personlighet er det viktigste "instrumentet". Dette gjør det til en nærliggende fallgrube for terapeuten å "confuse the limitation of his capacity to heal with his sense of self-worth" (Maltsberger & Buie, 1974, s. 627). Gabbard (1986) oppsummerer de idelle kravene til terapeuter som arbeider med borderline pasienter og med suicidalitetsproblematikk slik: "Terapeuten ... må være forberedt på å eksistere i et klima av hat og forakt, og oppleve liten eller ingen takknemlighet for sin anstrengende innsats. Han må ha en grunnleggende forståelse av overføring og ikke la seg lokke til aggressive utspill overfor sine pasienter. Hvis terapeuten blir for ivrig i sitt ønske om å kurere sine pasienter vil de bare oppdage hans akilleshæl og utnytte den til det ytterste ved å bli mislykkende terapikasus. Terapeuten må heller ikke la sin selvbekreftelse bli for avhengig av at

pasientene gjør fremgang i terapien, for at ikke de vanskeligheter han vil møte i terapi skal drive ham til desperasjon" (s. 346. Min oversettelse). [Ganske voldsomme krav. Men kanskje er det også slik som Goethe sier, at "Wenn der Mensch alles leisten soll, was man von ihm fordert, so muß er sich für mehr halten, als er ist.".]

Kim Larsen er psykologspesialist ved Sykehuset Østfold og RVTS/Ø. Han er spesialist i klinisk samfunnspsykologi og arbeids- og organisasjonspsykologi. Faglige spesialinteresser er: sosialpsykologi, Freudbiografi og psykoanalysens historie, psykiatrihistorie og suicidologi.

Referanser:

- Adler, G. (1972). Helplessness in the helpers. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 315–326.
- American Psychiatric Association. (2003). **Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors**. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1–60. Supplement
- Aron, L. & Harris, S. (Red) (1993). **The legacy of Sandor Ferenczi**. Hillsdale: Analytic Press.
- Blake, W. (1977). **A poison tree**. I **The complete poems**. Edited by Alicia Ostriker. Harmondsworth: Penguin. Side 129.
- Bongar, B. (2002). **The suicidal patient. Clinical and legal standards of care**. Washington D.C.: American Psychological Association. Second edition.
- Bowles, N. et. al. (2002). **Formal observations and engagement. A discussion paper**. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 255–260.
- Brickman, P. et. al. (1982). **Models of helping and coping**. *American Psychologist*, 37, 368–384.
- Buie, D.H. & Adler, G. (1973). **The issues of confrontation with borderline patients**. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 1, 90–108.
- Burnham, D. (1966). **The special-problem patient: Victim or agent of splitting?** *Psychiatry*, 29, 105–122.
- Chemtob, C. et. al. (1988a). **Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists**. *American Journal of Psychiatry*, 145, 224–228.
- Chemtob, C. et. al. (1988b). **Patient's suicides: Frequency and impact on psychologists**. *Professional psychology*, 19, 416–420.
- Collins, J. (2006). **Sanity and grace. A journey of suicide, survival and strength**. Harmondsworth: Penguin books.
- Cotton, P.G. et.al. (1983). **Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit**. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 55–59.
- Davis, T. et. al. (1999). **Borderline personality disorder**. I Douglas G. Jacobs (Red): **The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention**. New York: Wiley & Sons. Kap. 18. Ss. 311–331.
- Duffy, D. (1995). **Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric inpatients**. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 944–950.
- Ellis, A. (1962). **Reason and emotion in psychotherapy**. Seacucus: Lyle Stuart.
- Eitinger, L. & Retterstøl, N. (1979). **Kriser og nevroses**. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ferenczi, S. (1932/1988). **The clinical diary of Sandor Ferenczi**. Redigert av Judith Dupont. Oversatt av M. Balint & N.Z. Jackson. London: Harvard University Press.
- Fine, C. (1997). **No time to say goodbye. Surviving the suicide of a loved one**. New York Doubleday.
- Finell, J.S. (1985). **Narcissistic problems in analysts**. *International Journal of Psychoanalysis*, 66, 433–445.
- Freud, S. (1909a). **A special type of choice of object made by men**. I **The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud**. Translated from the German under the general editorship of James Strachey. In collaboration with Anna Freud. Assisted by Alix Strachey and Alan Tyson. London: Hogarth Press. 1957. (Heretter Standard Edition). Vol. 11. Ss. 163–175.
- Freud, S. (1910b). **The future prospects of psychoanalytic therapy**. I **Standard Edition**. Vol. 11. Ss. 139–151.
- Freud, S. (1912). **Recommendations to physicians practising psycho-analysis**. I **Standard Edition**. Vol. 12. Ss. 109–120.
- Freud, S. (1915). **Observations on transference-love**. I **Standard Edition**. Vol. 12. Ss. 157–171.
- Freudenberger, H. **Burnout. The high cost of achievement**. New York: Anchor Books.
- Gabbard, G.O. (1986). **The treatment of the 'special patient' in a psychoanalytic hospital**. *International Review of Psycho-analysis*, 13, 333–347.
- Gabbard, G.O. (1989). **Splitting in hospital treatment**. *American Journal of Psychiatry*, 146, 444–451.
- Gabbard, G.O. (2001). **A contemporary psychoanalytic model of countertransference**. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 983–991.
- Gabbard, G.O. (2003). **Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients**. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 249–261.
- Ganbotto, A. (2003). **The eclipse. A memoir of suicide**. Australia: Broken ankle books.
- Glasser, W. (1972). **The identity society**. London: Harper & Row.
- Glover, E. (1927). **Lectures on technique in psychoanalysis**. *International Journal of Psychoanalysis*, 8, 311–338 og 486–520.
- Groves, J.E. (1978). **Taking care of the hateful patient**. *New England Journal of Medicine*, 298, 883–887.
- Heiman, P. (1950). **On counter-transference**. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84.

- Hegdal, A.K. (2006). **Behandleres opplevelse og mestring i arbeid med selvmordsproblematikk.** Skriftlig arbeid til spesialiteten i klinisk voksenpsykologi.
- Henden, J. (2009). **Preventing suicide. The solution focused approach.** Chichester: John Wiley & Sons.
- Hendin, H. et. al. (2000). **Therapists' reaction to patients' suicides.** American Journal of Psychiatry, 157, 2022–2027.
- Hendin, H. et. al. (2004). **Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient.** American Journal of Psychiatry, 161, 1442–1446.
- Hodgkinson, P.E. (1987). Responding to in-patient suicide. British Journal of Medical Psychology, 60, 387–392.
- Jensen, W.W. & Petty, T.A. (1958). **The fantasy of being rescued in suicide.** Psychoanalytic Quarterly, 27, 327–339.
- Jobs, D.A. (2006). **Managing suicidal risk. A collaborative approach.** London: Guilford Press.
- Kernberg, O. (1967). **Borderline personality organization.** Journal of the American Psychoanalytic Association, 15, 641–985.
- Kernberg, O. (1975). **Borderline conditions and pathological narcissism.** New York: Jason Aronson.
- Koekkoek, B. et. al. (2006). **"Difficult patients" in mental health care: A review.** Psychiatric Services, 57, 795–802.
- Larsen, K. (1998). **Sandor Ferenczi (1873–1933): Et historisk tilbakeblikk.** Impuls. Tidsskrift for psykologi, 51, No. 1, 32–40.
- Larsen, K. (2010). **Antiterapeutiske effekter ved selvmordsforebyggende tiltak.** Publisert online på www.rvts.no
- Linehan, M. (1987a). **Dialectic behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide.** Journal of Personality Disorders, 1, 328–333.
- Linehan, M. (1987b). **Dialectic behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method.** Bulletin of the Menninger Clinic, 51, 261–276.
- Linehan, M. (1993). **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.** New York. Guilford Press.
- Little, M. (1951). **Counter-transference and the patients response to it.** International Journal of Psychoanalysis, 32, 32–40.
- Main, T.F. (1957). **The ailment.** British Journal of Medical Psychology, 30, 129–145
- Maltsberger, J.T. (1984–1985). **Consultation in a suicidal impasse.** International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 10, 131–158.
- Maltsberger, J.T. & Buie, D. (1974). **Countertransference hate in the treatment of suicidal patients.** Archives of General Psychiatry, 30, 625–633.
- Marmor, J. (1953). **The feeling of superiority: an occupational hazard in the practice of psychotherapy.** American Journal of Psychiatry, 110, 370–376.
- Menninger, W.W. (1990). **Anxiety in the psychotherapist.** Bulletin of the Menninger Clinic, 54, 232–246.
- Modestin, J. (1987). **Counter-transference reactions contributing to completed suicide.** British Journal of Medical Psychology, 60, 379–385.
- Neilson, P. & Brennan, W. (2001). **The use of special observations. An audit within a psychiatric unit.** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8, 147–155.
- Odgen, T.H. (1979). **On projective identification.** International Journal of Psychoanalysis, 60, 357–373.
- Orr, D. W. (1953). **Transference and countertransference: a historical survey.** Journal of the American Psychoanalytic Association, 2, 621–670.
- Paris, J. (2004). **Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline disorder?** Journal of Personality Disorders, 18, 240–247.
- Plakun, E.M. (2002). **Making the alliance and taking the transference in work with suicidal patients.** Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10, 269–276.
- Sandler, J. (1976). **Countertransference and responsiveness.** International Review of Psychoanalysis, 3, 43–47.
- Searles, H.F. (1966) **Feelings of guilt in the psychoanalyst.** Psychiatry, 29, 319–323.
- Sharaf, M.R. & Levinson, D.J. (1964). **The quest for omnipotence in professional training. The case of the psychiatric residents.** Psychiatry, 27, 135–149.
- Sifneos, P.E. (1966). **Manipulative suicide.** Psychiatric Quarterly, 40, 525–537.
- Sifneos, P.E. et. al. (1956). **A preliminary psychiatric study of attempted suicide as seen in a general hospital.** American Journal of Psychiatry, 112, 283–288.
- Siegal, L.J. & Friedman, J.H. (1955). **Threat of suicide.** Diseases of the Nervous System, 16, 37–46.
- Stengel, E. (1952) **Enquiries into attempted suicide.** Proceedings of the Royal Society of Medicine, 45, 613–620.
- Stengel, E. (1956) **The social effects of attempted suicide.** Journal of the Canadian Medical Association, 74, 116–120.
- Stengel, E. (1964). **Suicide and attempted suicide.** Harmondsworth: Penguin.
- Stern, A. (1924). **On the countertransference in psychoanalysis.** International Journal of Psychoanalysis, 11, 166–174.
- Waern, M. (2003). **Nar patienten valjer døden. Suicid hos den egne patienten – ett trauma for lakaren.** Lakartidningen, 100, 2140–2143.
- Watts, D. (2004). **Malignant alienation – a concept that has not yet arrived?** The Psychiatrist, 28, 459.
- Weigert, E. **Counter-transference and self-analysis of the psycho-analyst.** International Journal of Psychoanalysis, 35, 242–246.
- Wertheimer, A. (2001). **A special scar. The experience of people bereaved by suicide.** Howe: Brunner-Routledge. Second edition.
- Winnicott, D.W. (1949). **Hate in the counter-transference.** International Journal of Psychoanalysis, 30, 69–75.

DBT-konferansen i Nordfjordeid 10. og 11. november 2011

Intervju med utdannings- og prosjektkoordinator Anniken Dønvold
Ved Hilde Matre Larsen

DBT-miljøet i Norge har i løpet av de senere årene vokst seg så stort at det har fått sin egen konferanse: 10. og 11. november 2010 ble det for første gang arrangert en nasjonal konferanse for DBT-terapeuter. Konferansen ble avholdt på Nordfjordeid, samlet 70 DBT-terapeuter og ble behørig dekket av pressen.

Arrangører av konferansen var Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) og Nordfjord psykiatriske senter, som har et eget DBT-team.

Konferansen var nettverks- og erfaringsbasert, med foredragsholdere fra inn- og utland. Ansatte ved NSSF holdt flere av foredragene, og DBT-team og -terapeuter utvekslet erfaringer fra sitt arbeid.

Utdannings- og prosjektkoordinator Anniken Dønvold ved NSSF forteller om en svært vellykket konferanse – arrangørene har fått positive tilbakemeldinger. Det var mye presse til stede, og konferansen ble godt dekket i ulike medier. Dette har igjen ført til økt interesse for DBT som behandlingsmetode.

- Som en følge av de gode erfaringene fra konferansen, har vi besluttet å satse på videre konferanser også i fremtiden. Vi vil avholde en DBT-konferanse annethvert år, sier Dønvold. - Planen er å forflytte konferansene geografisk, og forankre dem lokalt hos gode DBT-miljøer. NSSF vil også i fortsettelsen være faglig ansvarlig for konferansen.

Neste nasjonale DBT-konferanse finner sted i Molde 2012. Mer informasjon kommer.