

«Nå faller det sammen» – motoverføring i gruppepsykoterapi



Joakim Thiesen
Spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser, Gaustad sykehus
joathi@ous-hf.no

Ingen oppgitte interessekonflikter

Organisatorisk uro kan gjøre klinikerer sårbar for å agere på motoverføringsreaksjoner.



Illustrasjon: Audun Gjerdi

Psykodynamisk teori har lenge vektlagt betydningen av at behandleren arbeider med seg selv og reflekterer rundt egen virksomhet. Et av fenomenene som gjerne er et utgangspunkt for refleksjon er *motoverføring*. Begrepet viser til en ubevisst kommunikasjon mellom behandler og pasient, der noe skjer som bringer eller kan bringe behandler ut av terapeutisk posisjon (Zachrisson, 2008, 2012). Ifølge Sigmund Freud (1912a, 1912b) omhandler overføring og motoverføring det at vi reagerer følelsesmessig på andre mennesker. Wilfred Bion var opptatt av overføring og motoverføring i en gruppekontekst, og blant annet hvordan gruppen kan mane frem et press som dytter terapeuten i en viss retning eller rolle (Bion, 1961).

Jeg jobber som terapeut i en kunstterapeutisk gruppe for alvorlige spiseforstyrrelser ved Spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser ved Oslo universitetssykehus (OUS). Jeg er i spesialisering og veiledes av en psykologspesialist gjennom blant annet å legge frem et refleksjonsnotat fra gruppen. I en av veiledningene spurte veilederen min «Hva skjedde her?». Det hun pekte på, var uttalelser jeg hadde gjort i starten av gruppen, som bestod av at jeg ga informasjon om mulige hendelser frem i tid. Jeg svarte veilederen at uttalelsene var spontane og uplanlagte, men spørsmålet hennes ble værende i meg. Jo mer jeg reflekterte, jo flere koblinger så jeg mellom denne hendelsen og det som foregikk i gruppen, i hver av deltagerne, i meg og i poliklinikken.

Her vil jeg se nærmere på hendelsen, med utgangspunkt i fenomenet motoverføring. Slik jeg nå husker det, hadde jeg en opplevelse av at gruppen holdt på å falle sammen. I samme periode som

hendelsen inntraff, var klinikken involvert i en omorganiseringssprosess som etter hvert ble offentlig: Klinikken fremtid var usikker. Jeg vil derfor også undersøke hvordan denne konteksten kan ha påvirket meg, mine opplevelser og gruppen.



Presentasjon av gruppen

Gruppen jeg jobber i, er en sakte-åpen kunstterapeutisk gruppe med et gruppeanalytisk behandlingsprinsipp. Den består av pasienter i 20-årene med alvorlig spiseforstyrrelse, uten barn. Formålet med gruppen er å være et sted for å utforske relasjonelle vansker, samt hvordan mat blir en måte å regulere disse vanskene på. Gruppen kan bestå av maks åtte pasienter og har en tredelt form. De første 45 minuttene er en fri samtaledel. I andre del, også på 45 minutter, lager pasienter hver for seg kunst ut fra det de kjenner på der og da. Siste del av gruppen varer i 60 minutter. Her deler og utforsker gruppen kunsten pasientene har laget. Det er også satt av 30 minutter før og etter gruppen for terapeuten(e) til å reflektere rundt gruppens prosesser og skrive journal.

På tidspunktet den aktuelle hendelsen inntraff, var kulturen i gruppen preget av forsiktighet. Unnvikelse av egne følelser, redsel for å være nær i relasjon og å gjøre seg synlig var sentrale temaer. Gruppemedlemmene uttrykte flere ganger frykt for å si noe som kunne vekke følelser i andre. Det kjentes tryggest å vente på tur, og å overlate ansvaret til terapeuten. Felles var en overbevisning om at deres utfordringer vil skape enda større utfordringer for viktige personer rundt dem, og en usikkerhet på om familien vil kunne tåle mer.

Gruppens historikk

Jeg kom inn som terapeut i gruppen i mai 2022. Det representerte det første terapeutbyttet på flere år, og også den første mannen i gruppen. Høsten 2022 sluttet min kvinnelige ko-terapeut i gruppen, og en ny kom inn. Grunnet omstendigheter måtte hun tre ut av gruppen uten forvarsel i februar 2023.

I overgangen mellom 2022 og 2023 valgte flere pasienter å slutte med noe tids mellomrom. Især én av disse var en dropout som senere ble referert til av gjenværende gruppemedlemmer som «dramatisk» og «brå». Utrygghet, ustabilitet og mistillit var tilbakevendende temaer for gruppen i perioden. Frem mot sommeren 2023 sluttet enda to pasienter. Gruppen hadde altså gått fra å bestå av syv pasienter og to terapeuter ett år tilbake i tid, til tre pasienter og én terapeut. I slutten av september 2023, da hendelsen utspilte seg, hadde det nylig startet et nytt gruppemedlem. Gruppen bestod dermed av meg, samt fire kvinnelige pasienter. To av dem beskrives i det følgende:

Lisa beskriver en stor ensomhetsfølelse, samt at hun ikke opplever at hun fortjener å motta hjelp fra andre. Hun har i oppveksten opplevd utfordrende langvarige innleggelser som har involvert hele familien, og inntatt en rolle der hun tar hensyn til de rundt seg på bekostning av sitt eget. I gruppen inntar hun ofte en aktiv rolle der hun stiller mye spørsmål til andre medlemmer, hvilket avleder oppmerksomheten fra henne.

Kari strever med gjennomgående negative forestillinger om seg selv og har høy sensitivitet for å bli vurdert av andre. Samtidig er hun tilsynelatende ressurssterk og velfungerende med et stabilt sosialt nettverk. Hun opplevde tidlig at mor og far ble skilt, og hun hadde en søster som uttrykte mye behov for omsorg og ivaretagelse av mor. Utenforskap er et tilbakevendende tema, samt frykt for å være ensom resten av livet. Hun inntar ofte en avventende posisjon i gruppen i frykt for å si noe feil, som igjen øker opplevelsen av utenforskap.

Kontekst: Poliklinikken og omorganiseringsprosessen



I løpet av høsten 2022 ble vi informert om at OUS stod overfor en omorganiseringsprosess. Det skulle spares penger til et nytt sykehus, og ulike alternativer for sammenslåing, nedleggelse og forflytninger ble vurdert. Nyheten traff personalgruppen voldsomt. Etter hvert kom det inn sykemeldinger og fravær, og flere rapporterte om utmattelse, fantasier om å flykte og opplevelse av maktesløshet. Noe av det mest frustrerende var at endringene fremstod utydelige for oss. Mangel på informasjon fra ledelsen var problematisk. I september 2023 hadde vi fremdeles ikke fått noe klarhet i hva omorganisering faktisk ville innebære for vår klinikk.

Selv hadde jeg nylig fått fast stilling etter lengre periode i vikariat. Arbeidsplassen var under trussel og potensielt i ferd med å gå i oppløsning. Omorganiseringsprosessen opplevdes truende for fagmiljøet og kulturen som var bygd opp over mange år. Menneskene som hadde vært mine kollegaer og allierte, var mindre til stede.

Hendelsen

Når hendelsen inntreffer, er to av fire gruppemedlemmer fraværende. Den ene har informert om sitt fravær på forhånd. Den andre sender en tekstmelding og gir beskjed samme morgen som gruppen skal finne sted. Kari og Lisa, som er presentert ovenfor, møter opp. De har vært i gruppen over lengre tid, og erfart den gjennom mange av dens endringer.

I minuttene før gruppen starter, kjenner jeg på en uro i meg selv knyttet til fraværet av de to gruppemedlemmene. Gruppens forhistorie, med flere avslutninger og dropouts på kort tid, har preget meg. Når gruppen begynner, ser jeg de to tomme stolene og merker en stillhet i rommet idet jeg trer inn. Kari og Lisas øyne søker mot meg. De som ikke er til stede, både nåværende og tidligere gruppemedlemmer, dukker opp i meg.

Jeg starter gruppen med å informere om det ene gruppemedlemmets sykdom, og at det andre hadde meldt fravær. Så, uten å ha hatt en plan på forhånd, kjenner jeg på et behov for å si noe mer til gruppen utover det faktiske. Det er som om jeg kjenner meg alene, og de to tomme stolene blir enda mer fremtredende for meg. Jeg informerer så om at det blir arbeidet med å få inn en ny ko-terapeut, at det antakeligvis vil komme på plass i løpet av høsten, og at det ser ut til å bli en spesifikk kollega som trer inn. Dette var enda ikke avklart i poliklinikken eller med den gjeldende kollegaen. Jeg sier også at det arbeides videre med å få inn nye gruppemedlemmer – at én allerede har takket ja, men at oppstartsdato er uklar, og at jeg er i samtaler med en annen. Videre sier jeg at jeg gir nærmere beskjed når ting er mer avklart. Denne typen informasjon om gruppen har jeg for vane å vente med å gi frem til det er satt en dato.

Når jeg er ferdig, tar Lisa ordet og tematiserer det å få inn en ny ko-terapeut, at jeg har hatt gruppen alene lenge, og at det vil være annerledes å ha to terapeuter i gruppen igjen. Kari stemmer i, og sier hun er glad jeg fortsetter, at det ikke blir helt nytt, og at det vil være noe trygt videre. Senere i gruppen forteller Lisa om en hendelse med sin mor. Hun forsvarte sykehuset overfor moren, da moren fortalte om et vennepar som var misfornøyd med sin behandling på sykehuset. Hun beskriver hvordan hun kom i kontakt med behov for at poliklinikken skulle være noe godt og trygt for henne selv. Videre blir Karis frykt for å bli misforstått i sammenheng med å uttrykke irritasjon og frustrasjon tematisert. Karis søster ble ofte irritert hvis hun ikke fikk svar umiddelbart, og sa hun kjente seg nedprioritert. Det ble først tydelig for søsteren at Kari selv hadde det vanskelig, da sistnevnte brast i gråt under en telefonsamtale.

I kunstdelen av gruppen tar Lisa et gult ark, stempler det med røde tall samt limer på ulike tall og ligninger. Kari klipper til en avlang rund form, maler ytterkanten i gull og fyller innsiden med kull. I siste del av gruppen, der deltakerne i fellesskap utforsker hva de har laget, forteller Lisa om hvordan sosiale situasjoner blir mer som regnestykker enn frie, genuine opplevelser. Kari forteller om vanskeligheten med å se seg selv i speilet.



Motoverføring

Da jeg i ettertid av gruppen leste referatet, fremsto det fremmed for meg å skulle si så mye om mulige endringer som enda var uavklarte. Nå tenker jeg at minnene om den store gruppen «den gang da», som var blitt liten «her og nå», nok hadde truffet meg. Stillheten og tomrommet ble fylt med mine ord. Som nevnt innledningsvis ønsker jeg å se på hendelsen i lys av begrepet motoverføring. Før jeg gjør det, gir jeg en kort redegjørelse for motoverføring.

Motoverføring refererer til noe som skjer med terapeuten innenfor rammen av behandlingssituasjonen (Zachrisson, 2008). Begrepet ble først beskrevet av Freud i 1895 som reaksjoner og følelser terapeuten får i møte med pasienten, men som bunner i terapeuten egen ubevisste problematikk. Freuds idé var at pasientens overføring kunne vekke en motoverføringsreaksjon i terapeuten (Freud, 1912a). Det innebar en slags forskyvning av følelser som hadde utgangspunkt i terapeuten egen ubearbeidede problematikk, og som ville utgjøre en utfordring med tanke på arbeid med pasienten (Freud, 1912a).

Motoverføring som begrep har blitt videreutviklet og nyansert etter Freud, fra å være en forstyrrelse til å bli et viktig redskap for terapeuten. Etter hvert beskrev flere psykoanalytikere (bl.a. Heimann, 1950; Winnicott, 1949) hvordan motoverføring ikke nødvendigvis står i veien for, men tvert om kan være en vei inn til, en forståelse av pasienten. Heimann (1950) beskrev motoverføring som å omfatte alle bevisste og ubevisste reaksjoner terapeuten har i møte med pasienten, og at disse reaksjonene er knyttet til pasientens problematikk, og ikke terapeuten. Motoverføringen blir i dette perspektivet en slags «kongevei» til pasientens ubevisste, både til å forstå pasientens overføring og andres reaksjoner på pasienten.

Gullestad og Killingmo (2022) beskriver motoverføring som et affektivt gjensvar på ubevisst emosjonell og relasjonell kommunikasjon fra pasienten. De peker på betydningen av behandlerens åpenhet og responsivitet på pasientens verbale og nonverbale kommunikasjon. En pasients indre relasjonelle verden og relasjonshistorikk trer frem gjennom pasientens overføring, og kan således fanges opp gjennom særlig oppmerksomhet rettet mot ens egen emosjonelle respons til pasienten, altså motoverføring (Gullestad & Killingmo, 2022).

Sandler (1976) argumenterer for hvordan analytikerens *rolleresponsivitet* viser seg gjennom reaksjoner på pasienten, ikke bare gjennom tanker og følelser, men og i hens holdninger og atferd. Analytikeren vil, innen rammene av den analytiske situasjonen, ha en tendens til å bøye seg for rollen som kreves av hen, og integrere det inn i hens gjensvar og relatering til pasienten. Det er kun i etterkant av situasjoner at hen har mulighet til å observere ens egen atferd, responser og holdninger (Sandler, 1976).

Sett i lys av Heimanns (1950) definisjon av motoverføring kan vi forstå mitt behov for å trygge gruppen som et gjensvar til det jeg har tolket som pasientenes ikke-verbaliserte usikkerhet. Måten jeg valgte å gjøre dette på, var å fremstille det som om jeg hadde oversikt over hva som skulle skje fremover. Det var som om jeg kjente på gruppens redsel for å gå i oppløsning, og fikk et behov for å uttrykke noe som skulle illustrere håp. Samtidig, ut fra et mer personlig og organisatorisk perspektiv,

kan jeg forstå det som skjedde, som en freudiansk motoverføring, der det omhandler min egen situasjon. Jeg hadde sannsynligvis et ubevisst ønske om at gruppen skulle overleve og ikke falle fra hverandre. Jeg kan også ha reagert mer direkte på omorganiseringsprosessen, hvilket jeg kommer tilbake til lenger ned i teksten.



Å forstå gruppens uro

Gruppen opplevde frafall, både av pasienter og behandlere, over en lengre periode. Noen av frafallene kom plutselig. Mulighetene for å arbeide med avslutning og gruppens overlevelse ble derfor utfordret. Det var som om det lakk i gruppen, og det var mangel på kontinuitet over tid. Således ønsker jeg å se nærmere på hendelsen opp mot tenkning rundt gruppe som et holdende og «containing» miljø.

Bion kobler projektiv identifikasjon med hans «container–contained»-modell. Han beskriver hvordan spedbarnet håndterer uhåndterlige følelser og interne tilstander gjennom å avskrive disse og projisere dem inn i mor. Følelsene gjennomgår da en slags transformasjonsprosess der de blir containet av mor, som da «avgifter», fordøyer og bearbeider det psykiske materialet, slik at barnet kan ta det imot (Bion, 1962). Et sentralt element blir hvordan omsorgsgiver får til å ta imot og skape mening ut av det barnet kommuniserer i den affektive dialogen. Bion forstod dette ikke bare som noe som evakueres fra spedbarnet, men også som et primitivt forsøk på å kommunisere med mor om det som er vondt og vanskelig. På samme måte vil pasienten i den analytiske situasjonen kunne kommunisere, der analytikerens vil arbeide med å containe pasientens ulike følelser.

Bion skriver om hvordan en gruppe kan bli mottager av «anonyme bidrag». Dette kan skje når individet selv ikke har et ønske om at det skal komme tydelig fra hen selv. Han peker mot en tilblivelse av et ubevisst nivå i gruppekultur. Gruppen blir ikke bare «den andre» for individet, men også delvis skapt av individet gjennom de anonyme bidragene (Bion, 1961). Dersom gruppeanalytikerens får til å romme pasientens projektive identifikasjon, vil det være mulighet å modifisere og formidle tilbake gjennom for eksempel tolkning. Pasienten får tilbake både en modifisert del av seg selv, og analytikerens forstående og rommende aspekt (Hinshelwood, 1999).

Winnicotts begrep om «holding» har likhetstrekk til modellen om container–contained, og omhandler hvordan mor ivaretar spedbarnets væren over tid. Modning i spedbarnet skjer ved at det gradvis internaliserer mors «holding» av dens væren over tid. «Holding»-erfaringen skjer primært gjennom ulike emosjonelle vekslinger, og knyttes opp mot spedbarnets «going on being». Det er en frase Winnicott benytter for å formidle opplevelsen av å være i live i en tid før spedbarnet har blitt et subjekt (Winnicott, 1956). Hans hypotese er at når denne opplevelsen bryter sammen, ligger det en «fear of breakdown» i bunn (Winnicott, 1974). Dette gjelder især hos pasienter med sterke behov for rutiner, forutsigbarhet og kontroll, der avhengighet til den andre holdes på avstand.

Winnicott (1974) beskriver «fear of breakdown» som en ordløs erfaring av et sammenbrudd i båndet mellom mor og spedbarn – en traumatisk separasjonserfaring som ingen i omgivelsene ser eller legger merke til. Barnet har på den ene siden opplevd et traume, men har samtidig ingen bevisste minner om at det har skjedd, ettersom ingen i omgivelsene registrerte, identifiserte og speilet barnets indre opplevelse av en uutholdelig separasjon. Spedbarnet, uten evne og kapasitet til å bære dets egne primitive smerter utløst av sammenbruddet, bruker et psykotisk forsvar som mestringsstrategi. Ved å ikke erfare sammenbruddet da det skjedde, lever personen i konstant frykt for noe uerfart som allerede har funnet sted (Winnicott, 1974). Med denne frykten vil barnet fremover gå på søken etter denne fortidige opplevelsen som ennå ikke er blitt erfart, i et ønske om å kunne legge det bak seg.

Barnet utvikler et sterkt behov for oversikt og kontroll, som en strategi på å unngå at traumet blir aktualisert (Winnicott, 1974).

Freud (1914) beskriver hvordan erfaringer som ikke er bearbeidet eller bevisst kan erindres, heller kan handles ut i relasjonen her-og-nå. Det var dette han kalte overføring. Sandler (1976) definerer overføring til å også innbefatte ubevisste og ofte subtile forsøk på å manipulere eller provosere frem situasjoner som blir en repetisjon av tidligere erfaringer og relasjoner. Han kalte dette aktualisering. Det er særlig ubearbeidede følelser og minner som er gjenstand for slik aktualisering. I den kleinianske tradisjonen skjer slik aktualisering for eksempel gjennom enactment og proaktiv identifikasjon (Gabbard, 1995). Sandler (1976) kobler her sammen pasientens overføring og visse motoverføringsresponsen via selve interaksjonen mellom pasienten og analytikeren. Pasientens overføring kan representere et forsøk på å skape en interaksjon mellom seg og analytikeren.

Sett i lys av de ovennevnte teoriene kan vi se for oss at jeg dagen hendelsen inntraff, kjente på en motoverføring som fanget opp en opplevelse av at gruppen som et holdende og containende miljø holdt på å rakne. Erfaringen av å rakne kan ligne på det Winnicott beskriver som «fear of breakdown». Hos den enkelte pasient er det en opplevelse som både har funnet sted, og som nå gjentar seg, der ubevisste minner blir aktualisert i gjentagelsen. For ulike personer kan følelsen av at det rakner ha ulike kilder, men gi samme stemning om at noe faller sammen. Stemningen kan tolkes som uttrykk for slike tidlige følelser som Winnicott (1974) og Sandler (1976) beskriver. Følelser som ikke har blitt speilet og dermed erfart og bearbeidet, gjentas derfor her og nå, i ønsket om å kunne legge dem bak seg. I gruppen min hadde de to pasientene med seg en indre familie som hadde vært i en kollaps. Vi kan tenke oss at disse følelsene ble aktualisert i min motoverføring, i møte med en gruppe som nettopp stod i fare for kollaps. I møte med angsten kommer handlingen, utageringen. Jeg tok kontroll i frykt for sammenbrudd.

Organisatorisk uro og meg som arbeidstaker

Hendelsen jeg har beskrevet og undersøkt, kan være et bilde på hvordan organisatorisk uro kan slå inn i det kliniske arbeidet. Behovet jeg hadde for å vise at gruppen ville bestå, kan også forstås som en agering på en usikkerhet for om poliklinikken ville bestå. Mitt behov for å informere om arbeidet med å få inn ny terapeut og nye pasienter kan tolkes som en respons på organisatorisk uro. I det som fremtrer som et samspill mellom pasienten og analytikeren, argumenterer Gabbard (1995) for at pasientens projeksjon også krever en knagg hos mottageren for at den skal henge ved. Noe i den indre verdenen til analytikeren er med på å avgjøre om projeksjonen er en «good fit» med mottageren. Det som da blir fremmed i mottageren, er undertrykte aspekter av ens eget selv som aktiveres gjennom interpersonlig press fra pasienten. Det er ikke tilfeldig at et tema hos pasienten treffer analytikeren, men hvordan det treffer, vil avhenge av hvem analytikeren er som terapeut og person (Gabbard, 2001).

I perioden jeg hadde gruppen alene, benyttet jeg meg ikke meg av tiden etter hver gruppe på samme måte som tidligere. Det som skulle være en stund for å stoppe opp, reflektere og kjenne etter, var blitt erstattet med større mengde journalskriving, bekymring og utrygghet. Uten gode nok rammer og trygghet på arbeidsplassen, vokste det frem et ønske om forutsigbarhet og at noe vil vare over tid, en opplevelse av «holding».



Avslutning



Jeg har beskrevet en hendelse i et gruppeterapeutisk forløp der jeg utagerte på en motoverføring. I det gikk jeg glipp av det jeg nå tenker også kunne vært til hjelp for pasientene der og da. En nysgjerrighet og åpenhet for å snakke om eventuelle frykter og fantasier om at gruppen skulle gå i oppløsning, kunne åpnet for å utforske og romme følelser knyttet til deres egen historie, noe de hadde lite erfaring med både i gruppen og i eget liv. Ved å fylle stillheten og tomrommet med ord kan jeg ha fratatt pasientene muligheten til å kjenne på sin egen utrygghet og latt den tre tydeligere frem.

Hendelsen fremstår som et tverrsnitt av mange relevante temaer både for hvert gruppelem, gruppen, for klinikken og meg. Opplevelsen jeg satt med, speilet en opplevelse personalgruppen satt med i forbindelse med klinikkens uklare skjebne. Den ene forståelsen av det som skjedde, utelukker ikke den andre. De er ulike måter å tenke på som gir relevant informasjon om det som utspilte seg, og om mulige veier videre.

Motoverføringer kan være sterke krefter. I perioden arbeidsplassen var under trussel, opplevdes det mindre tilgjengelig å ha rom i meg selv der jeg kunne stoppe opp, tenke og kjenne etter. En lærdom for meg har vært viktigheten av å ha et rom der jeg kan tillate meg å tenke rundt det som finner sted i gruppeterapien, spesielt når jeg skyves ut av posisjon. Dersom vi har rammer, evne og tilgang til å tenke rundt egne følelser og tanker, ligger det også muligheter i motoverføringene. De bærer viktig informasjon og kan bli nyttige i det videre arbeidet.

Referanser

- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups and Other Papers*. Tavistock Publication.
- Bion, W. R. (1962). The psycho-analytic study of thinking. II: A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306–310.
- Freud, S. (1895/1950). A project for a scientific psychology. I S. J. London (Red.), *The Complete psychological works of Sigmund Freud, standard edition* (Vol. 1, s. 283–388). Hogarth Press.
- Freud, S. (1912a). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. I S. J. London (Red.), *The Complete psychological works of Sigmund Freud, standard edition* (Vol. 12, s. 111–120). Hogarth Press.
- Freud, S. (1912b). Observations on Transference-Love (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis III). I S. J. London (Red.), *The Complete psychological works of Sigmund Freud, standard edition* (Vol. 12, s. 157–173).
- Freud, S. (1914). Remembering, Repeating and Working-Through (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis II). I S. J. London (Red.), *The Complete psychological works of Sigmund Freud, standard edition* (Vol. 12, s. 146–156). Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psycho-analysis*, 76, 475–485.
- Gabbard, G. O. (2001). A Contemporary Psychoanalytic Model of Countertransference. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 57(8), 983–991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2022). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81–84.
- Hinshelwood, R. D. (1999). Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 80(4), 797–818. <https://doi.org/10.1516/0020757991598927>

- Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 43–47.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69–74.
- Winnicott, D. W. (1956). Primary Maternal Preoccupation. *Through Paediatrics to Psycho-analysis*, 100, 300–305.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of Breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, 1(1–2), 103–107.
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 939–948.
- Zachrisson, A. (2012). Terapeutens indre arbeid. Refleksjoner over motoverføring og nøytralitet, metode og etikk. I R. Ulberg, A. G. Hersoug & T. Knutsen (red.), *Psykotterapi i utvikling* (s. 81–96). Akademika.

