



Eva Eklöf och Gunnar Carlberg
Stockholm

Motöverföring i barnpsykoterapi*

Hur gestaltas motöverföring i en barnpsykoterapi? När kan den ses som något som terapeuten fångat upp från barnet? När kan den ha sitt ursprung i en obearbetad konflikt eller erfarenhet hos terapeuten? I artikeln presenteras olika teoretiska aspekter av motöverföring och resultat från en studie av motöverföring hos några barnpsykoterapeuter. Texten bygger på ett psykologexamensarbete (2000) som genomfördes av Eva Eklöf med Gunnar Carlberg, Ericastiftelsen, som handledare. Eva arbetar vid Sweaskolan, Stockholm.

Enligt en anekdot klagade en student inför Melanie Klein på att han kände sig förvirrad eftersom hans patient projicerade sin förvirring på honom. Mrs. Klein lär ha svarat: ”No dear! *You* are confused”. Anekdoten fångar något av kärnan i begreppet motöverföring.

Som barnpsykoterapeut kommer man oundvikligen åter och åter igen att konfronteras med starka känslor i förhållande till barn i psykoterapi. Dessa känslor leder ofta till att terapeuten agerar på något sätt. Agerandet kan vara konstruktivt eller destruktivt. Det blir av största vikt att terapeuten reflekterar över den känsla som väcks och analyserar dess ursprung. Har terapeuten fångat upp något från barnet? Det vill säga känslan kan då be-

traktas som en kommunikation. Finns ursprunget till känslan i en obearbetad konflikt eller tidigare erfarenhet hos terapeuten? En intervention kan i det läget bli negativ för terapin och närmast ses som ett utagerande från terapeuten sida. Både patientens och terapeuten reaktioner är beroende av hans eller hennes förflutna och nutid, realitet och fantasi, yttre och inre, samt medvetna och omedvetna processer (Igra, 1983).

Vi vill här närmare betrakta liknande fenomen med fokus på begreppet motöverföring. Vi bygger främst på hur motöverföring beskrivs i litteraturen om psykoterapi och psykoanalys. Vissa resultat från en empirisk studie av terapeuters upplevelser av situationer där starka känslor har väckts i psy-

koterapi med barn kommer också att beskrivas. Studien kan ses som ett exempel på en framkomlig väg när det gäller hur man mer systematiskt kan undersöka de begrepp som psykoterapeuter använder sig av.

En klassisk definition av motöverföring

Sigmund Freud betraktade motöverföring som ett hot mot neutraliteten. Intensiva känslomässiga reaktioner sågs som ett problem. Han menade att dessa reaktioner var patologiska rester av analytikerns egna obearbetade konflikter. Analytikern kunde antingen intensifiera sin självanalys eller återigen genomgå egenanalys för att komma tillrätta med problemet. Den definition på motöverföring, som senare kom att kallas den klassiska, grundas på Freuds ursprungliga uppfattning att motöverföringen är terapeutens omedvetna reaktioner på patientens överföring.

Mot en totalistisk definition

Med sin artikel "Hate in the counter-transference" (1949) banade Winnicott väg för en vidgad diskussion kring begreppet motöverföring. Han skiljer mellan subjektiv överföring, som motsvaras av den klassiska definitionen, och objektiv motöverföring som är analytikerns reaktion på patientens verkliga personlighet och beteende. Han menar att motöverföringen bidrar med värdefull information om interaktionen mellan analytikern och patienten, samtidigt som den är ett betydelsefullt verktyg när det gäller att bilda sig en uppfattning om patientens personlighet.

Dresser (1985) menar att det inte var förrän med Paula Heimanns artikel "On counter-transference" (1950) som ämnet blev helt respekterat. Det erkändes att analytikerns känslomässiga reaktioner kunde spegla de känslor, försvarsmekanismer, inre objekt och objektrelationer som patienten omedvetet kommunicerade till analytikern. Heimann vidgade motöverföringsbegreppet till att omfatta alla analytikerns känslor gentemot patienten. Hon uppfattade analytikerns känslor i terapisisituationen som det mest betydelsefulla arbetsredskapet och ett verktyg för att undersöka patientens omedvetna konflikter och försvar. Heimann underströk

också vikten av egenanalys eftersom hon var vaksam mot att inte tillskriva patienten sådant som tillhör analytikern själv.

Racker (1957) har ytterligare vidgat och omdefinierat begreppet motöverföring till att inbegripa alla analytikerns tankar och känsloreaktioner gentemot patienten och alla andra personer med direkt anknytning till det analytiska arbetet. Exempelvis handledare, kollegor, och i de fall då det gäller barnterapi, barnets föräldrar. Rackers definition av motöverföringsbegreppet har kommit att benämnas totalistisk.

Rackers preciseringar

Racker (1957) delar in motöverföring i direkta och indirekta reaktioner. *Den direkta motöverföringen* omfattar de tankar och känslor som väcks i relation till patienten, medan *den indirekta motöverföringen* handlar om de reaktioner som analytikern erfar i förhållande till andra personer med direkt anknytning till det psykoanalytiska arbetet. Den direkta motöverföringen delas vidare in i två olika processer som kallas för *konkordant* och *komplementär identifikation*.

Konkordant identifikation innebär att analytikern identifierar sig med patienten, vilket kan sägas motsvara det som andra kallar empatisk inlevelseförmåga. Komplementär identifikation innebär att analytikern identifierar sig med ett av patientens inre objekt, som patienten projicerar på honom eller henne. Rackers (1957) beskrivning av den komplementära identifikationen överensstämmer i stort sett med begreppet projektiv identifikation. Liksom Heimann (1950) betraktar Racker motöverföringen som ett verktyg för att utforska patientens omedvetna.

Den huvudsakliga kritik som förespråkare för den klassiska definitionen riktar mot den totalistiska, är att den är för bred för att kunna användas på meningsfullt sätt. Betoningen på terapeutens känslomässiga reaktioner kan äventyra neutraliteten. Kernberg (1965) citerar i detta sammanhang Freud och menar att han klart fastställde att neutralitet inte avser avsaknad av spontanitet och värme, samt att likgiltighet kan skapa motstånd hos patienten.

Förespråkare för den totalistiska definitionen menar att det klassiska synsättet framställer motöverföringsreaktioner som någonting oönskat.

Rädsla för att använda sig av motöverföringen leder till en begränsad förståelse av den terapeutiska situationen. Vidare framhålls att den totalistiska definitionen ger rättvisa åt uppfattningen att den analytiska situationen är en interaktion mellan två parter, vilkas respektive förflutna tillika med nuvarande situation, är väsentliga för och påverkar den terapeutiska processen (Kernberg, 1965).

Marshalls preciseringar

Marshall (1979) anser att den totalistiska definitionen av motöverföring är för vag och generell för att kunna användas på ett fruktbart sätt. Han utarbetade därför en tvådimensionell modell som urskiljer fyra olika typer av motöverföring. Den första dimensionen särskiljer mellan de motöverföringsreaktioner som har framkallats antingen av terapeuten eller av patienten. Den andra dimensionen i Marshalls modell representerar graden av medvetenhet hos terapeuten och kan beskrivas som ett kontinuum, vilket sträcker sig från total omedvetenhet till medvetenhet om och förmåga att korrekt härleda orsaken till motöverföringsreaktionen. Marshall använder följande figur (Figur 1) för att illustrera de olika motöverföringsreaktionerna:

Omedveten		Medveten	
I	II		Framkallad av terapeuten
III	IV		Framkallad av patienten

Figur 1. Marshalls tvådimensionella modell som urskiljer fyra olika typer av motöverföring.

Motöverföring av Typ I är den mest problematiska. Den har sitt ursprung i terapeutens egen obearbetade problematik och kan sägas motsvara den klassiska definitionen. Denna motöverföringsreaktion löser terapeuten bäst med handledning eller genom ytterligare egenterapi/egenanalys.

Marshall listar ett antal olika situationer i arbetet med barn och ungdomar som bör uppmärksamma terapeuten på att det kan handla om denna typ av motöverföring:

- Överdrivet lekande utan att man pratar.
- Att snabbt ge efter för barnets önskemål.
- Att tillfredsställa barnets behov, i synnerhet att ge mat eller presenter.
- Alla starka känslor, i synnerhet de som åtföljs av skuld eller ångest.
- Impulsiva handlingar (verbala eller fysiska).
- Fysisk kontakt.
- Att låta föräldrarna använda barnets tid.
- Starka, olösta känslor gentemot föräldrarna.
- Oförmåga att involvera föräldrarna på ett lämpligt sätt.

Den här typen av manifestationer av motöverföring kan pågå under längre tid i barnterapi än i terapi med vuxna patienter på grund av barnets högre toleransnivå för terapeutens misstag, menar Marshall.

Motöverföring av Typ II är mindre allvarlig men kan ändå vara svår att lösa. Trots medvetenhet om problemet kan terapeuten ha svårt att komma tillrätta med det. Även här rekommenderar Marshall handledning.

Motöverföring av Typ III fördunklar enligt Marshall den terapeutiska situationen och har till följd att den stagnerar. Även om mycket tycks hända under sessionen så äger ingen egentlig rörelse rum eftersom det är patienten som kontrollerar skeendet.

Motöverföring av Typ IV utmärks av att terapeuten är medveten om vad som händer i behandlingssituationen. Marshall betonar att det är terapeutens uppgift att studera den pågående interaktionen och att göra interventioner. Han anser att det finns stöd för att motöverföring av Typ IV inte bara är oundviklig utan också en förutsättning för en framgångsrik terapi.

Omedvetna reaktioner

Dresser (1985) betonar vikten av att framhålla att de flesta motöverföringsreaktioner är omedvetna. Igra (1983) skriver angående detta:

”Vi har vant oss vid att tänka på patientens kommunikation som samtidigt innehållande en manifest, medveten innebörd och en dold och omedveten annan innebörd. Men vi är inte vana vid, eller snarare undviker vi att se,

att även terapeuten har ett omedvetet. /.../ Patientens associationer har alltid flera betydelser, men terapeutens interventioner vill vi gärna se som endast innehållande det medvetna budskap vi tillskriver dem.” (sid. 174)

Även Kernberg (1965) påtalar att de flesta exempel på motöverföringsreaktioner i litteraturen hänvisar till medvetna emotionella reaktioner vilket han inte anser vara korrekt. Även om manifestationen av motöverföringen är medveten så kan orsaken till dess ursprung förbli omedveten för psykoterapeuten.

Motöverföring och projektiv identifikation

Ogden (1987) anser att projektiv identifikation spelar en viktig roll i interaktionen mellan terapeut och patient. Begreppet är intimt förknippat med överföring och motöverföring. Han ser projektiv identifikation som ett försvar, ett medel för kommunikation och en primitiv form av objektrelation. Brister i förmågan att på rätt sätt bearbeta en projektiv identifikation avspeglas hos terapeuten antingen i ett starkt försvar mot att bli medveten om de känslor som patienten väcker eller i ett direkt agerande från terapeutens sida.

Anastasopoulos och Tsiantis (1996) påtalar också det nära sambandet mellan motöverföring och projektiv identifikation och nämner att exempelvis Racker (”komplementära reaktioner”) och Bion (”container-contained”) har länkat de båda begreppen till varandra. Motöverföring kan ses som terapeutens reaktion på patientens projektioner. Ju mer känslomässigt mottaglig terapeuten är och ju mer regredierad patienten är desto större är sannolikheten för att en kraftfull motöverföringsreaktion ska utvecklas, menar författarna.

Även Igra (2000) utvecklar den nära relationen mellan motöverföring och projektiv identifikation. Han menar att motöverföring är ett av analytikerns främsta instrument för att orientera sig i samspelet med analysanden. Analysanden skapar omedvetet ett sammanhang tillsammans med analytikern, bland annat med hjälp av projektiva mekanismer. Dock finns en fara i att via projektiva identifikationer låta sig fångas in i det som patienten iscensätter, eftersom man då förlorar distansen

till och förmågan att observera och förstå analysanden. Analytikern blir samspelets fånge och kan inte längre använda motöverföringen som ett arbetsredskap.

Ett försummat begrepp i barnpsykoterapi

Motöverföring i barnpsykoterapi var länge ett försummat begrepp (Hesselman, 1992). Kohrman et al. (1971) och Marshall (1979) menar att ett av skälen till detta är att de första barnanalytikerna framför allt var pedagoger. De arbetade med socialt och ekonomiskt utsatta barn och verkade i kontakten med dem först och främst som uppfostrare och föräldrasubstitut. De var verkliga objekt för barnen och skulle stimulera till positiva kontakter.

Ett annat skäl till att begreppet försumrats är att de två stora pionjärerna inom barnanalytiskt arbete Anna Freud och Melanie Klein knappast behandlade motöverföring i sina skrifter. Det pågick en debatt mellan de båda om huruvida barn överhuvudtaget kan utveckla en överföringsneuros. Anna Freud ansåg att de inte kan det, vilket Melanie Klein menade berodde på att Anna Freud hade gått i analys hos sin egen pappa. Även om Anna Freud 40 år senare reviderade sin uppfattning så poängterade hon fortfarande att det verkligt fruktbara arbetet med barn skulle ske i ett positivt klimat och att negativa impulser gentemot barn inte var önskvärda. Melanie Klein kom genom att formulera en teori om projektiv identifikation att på ett fruktbart sätt bidra till förståelsen och vidareutvecklandet av motöverföringsbegreppet.

Berta Bornstein (1948) var en av de första som tog upp ämnet i sin artikel ”Emotional barriers in the understanding and treatment of children”. Hon skriver att barn skrämmer oss med sin oförutsägbarhet, sina starka känslor, sin narcissism och sin närhet till det omedvetna. Hon menar också att barnanalytikern ofta frestas att överge sin observerande och tolkande roll eftersom den analytiska tekniken kräver ett aktivt engagemang i barnets lek. Genom delaktighet i barnets aktiviteter riskerar analytikern att regrediera tillsammans med barnet. Använder analytikern å andra sidan ett överdrivet försvar för att skydda sig mot regression kan det istället hota att blockera intuitionen. Bornstein anser att analytikern är speciellt benägen att använda sig av försvarsreaktioner då barnet är sexu-

ellt och aggressivt provocerande. Resultatet kan bli en ond cirkel där barnets gensvar på analytikerns tillbakadragande leder till fortsatta provokationer, som i sin tur ytterligare förstärker analytikerns försvar och attityd. Barnets ständiga agerande påverkar analytikern på ett helt annat sätt än den vuxne patientens enstaka utagerande.

Även om motöverföring i barnterapi länge var ett försummat ämne så uppmärksammas det alltmer. Under 1990-talet har det kommit ut två olika volymer som behandlar motöverföring i terapi med barn och ungdomar (Brandell, 1992; Tsiantis et al., 1996).

Skillnader barn och vuxna

En väsentlig skillnad mellan barn- och vuxenpsykoterapi är att barnet kan behöva använda terapeuten som ett nytt objekt, det vill säga en reell person (Piene et al., 1983; Carlberg, 1999). Terapeuten kommer in i barnets liv dels som en ny person på den utvecklingsnivå där barnet för närvarande befinner sig, dels som en reell person på en preoidipal nivå. Barnet kan bland annat behöva använda analytikern som ett nytt objekt för att bearbeta tidiga störningar. Det kan vara svårt, påpekar Piene et al. (1983), att avgöra vad som är *överföring* på en preoidipal nivå, och vad som ska karaktäriseras som en *korrektiv emotionell erfarenhet* på preoidipal nivå med analytikern som ett nytt objekt.

Barn är som regel mer fragmenterade än vuxna vilket kan kopplas till barnets utvecklingsnivå. Det är vanligt förekommande i barnterapeutiska sammanhang att möta barn som överför delobjekt och avspjälkade delar av sitt själv på terapeuten som ses som antingen helt god eller helt ond. Terapeuten kan då hamna i tillstånd av tomhet, ensamhet, hjälplöshet, känslor av hopplöshet och värdelöshet, okontrollerad ilska och så vidare. Han eller hon kan känna sig avvisad eller dum. Överföringarna kan stimulera analytikerns egna olösta konflikter. Förmågan att identifiera dessa överföringar beror i hög grad på analytikerns känslighet och förmåga att själv hårbärga olika känslor (Piene et al., 1983).

Piene et al. (1983) understryker att en viktig skillnad mellan barn- och vuxenanalys är att barnet varken ligger ner eller sitter still. Barn är aktiva och kan även komma i fysisk kontakt med analytikern.

De uttrycker sina upplevelser och erfarenheter i kroppsspråk, teckningar och lek. Kommunikationen i en barnanalys pågår därför i hög utsträckning på en icke-verbal symbolisk nivå. Även Kohrman et al., (1971) tar upp barnets aktivitet i rummet och påpekar att medan den vuxne patienten uttrycker sig verbalt, så använder sig barnet av hela rummet för att iscensätta sin inre värld.

Medan den vuxne kan regrediera under analysen så är barnet redan på en omogen utvecklingsnivå och regredierar dessutom *ytterligare* (Piene et al., 1983). Barnanalytikern löper risken att inta två extrema förhållningssätt för att försvara sig mot det starka regressiva trycket i en barnanalys. Antingen genom att hålla sig strikt till regelboken och därigenom bli överdrivet rigid, eller genom att regrediera och leva ut sin barnslighet tillsammans med barnet i övertygelsen om att allt är tillåtet så länge som barnets tillstånd förbättras (Kohrman et al. 1971).

Liksom Bornstein (1948) noterar Piene et al. (1983) att barnet är närmare sitt omedvetna än den vuxne. Avståndet mellan det underliggande budskapet och det som öppet uttrycks av barnet är mindre. Fantasier och önskningar uttrycks mer direkt. Även Kohrman et al. (1971) poängterar barnets direktitet och menar att exempelvis felsäkringar är mycket vanligare i en barnanalys. Det är inte ovanligt och förekommer ända upp i latensåldern att barnet kallar analytikern för mamma eller pappa.

Alvarez (1996) påtalar att projektiv identifikation används i högre utsträckning av barn med svårare och mer genomgripande störningar.

Motöverföringsreaktioner gentemot föräldrar

En betydande skillnad mellan barn- och vuxenpsykoterapi är de motöverföringsreaktioner som kan väckas i relation till barnets föräldrar. Det kan vara svårt att ha barn i terapi om deras hemsituation inte fungerar, om de far illa eller är försummade. Terapeuten kan känna ett visst ansvar för att barnet, liksom de känslor som aktiveras genom terapin, tas om hand av föräldrarna (Piene et al., 1983). Även Kohrman et al. (1971) resonerar kring barnets uppenbara utsatthet, hjälplöshet och svaghet och menar att det kan stimulera till så kallade

”rescue-fantasies”.

Kohrman et al. (1971) nämner också att analytikern kan överidealiserar av föräldrarna och investeras med den omnipotens och det allvetande som föräldrarna önskar att de själva hade. Faran för analytikern ligger här i att antingen identifiera sig med idealbilden eller framställa sig själv som betydelslös och otillräcklig i ansträngningen att övertyga föräldrarna om sin mänsklighet och vanlighet.

Positiva motöverföringsreaktioner

Kohrman et al. (1971) skriver att motöverföringskänslor som ilska, hat eller rädsla sannolikt uppmärksammas oftare än positiva känslor, eftersom de kan störa den terapeutiska processen. Positiva motöverföringsreaktioner som ömhet, beundran eller identifikation med barnet är generellt sett mindre störande och de uppmärksammas därför mer sällan, något som istället kan leda till att de förorsakar mer problem. Det är fullt acceptabelt att tycka om barn, att uppskatta att vara tillsammans med dem och att vara personligt, till skillnad från professionellt, engagerad i deras välbefinnande.

Liksom Piene et al. (1983) påpekar även Lanyado (1989) att terapier med barn inte enbart är ett återuppreparande av tidigare relationer i form av överföringar, utan terapeuten är samtidigt en ny person och ett nytt objekt för barnet. Hon understryker att man inte ska föringa betydelsen av den anknytning och den tillgivenhet som existerar även utanför överförings-/motöverföringsrelationen.

Uppläggnings av den empiriska studien

För att fördjupa förståelsen av begreppet motöverföring genomfördes en intervjustudie (Eklöf, 2000) där sex barnpsykoterapeuter deltog. Terapeuterna söktes genom kontakt med mottagningar som utreder och behandlar barn och ungdomar. Efter en första telefonkontakt med de terapeuter som var intresserade av att delta i undersökningen skickades ett brev till samtliga med information om studien och förslag på hur man skulle kunna förbereda sig för intervjun. Terapeuterna ombads att fundera kring ett par olika exempel där de egna tankarna och känslorna inför barnet varit ett hinder respektive en hjälp i arbetet. Intervjuerna tog

mellan 60–90 minuter att genomföra och de togs upp på band och skrevs sedan ner ordagrant. En kvalitativ metod användes när materialet analyserades. Tillvägagångssättet kan beskrivas som en tolkande reflexiv metod (Alvesson & Sköldberg, 1994). Den projektansvariga läste in sig på området innan intervjuarbetet påbörjades och fördjupade sig allteftersom intervjuerna genomfördes och analyserades.

Huvudresultat

Det empiriska materialet består av utförliga exempel hämtade från sammanlagt tio barnpsykoterapier, varav åtta är terapier med pojkar och två är terapier med flickor.

De intervjuade terapeuterna använder sig av en totalistisk definition av motöverföringsbegreppet, det vill säga motöverföring ses som alla de känslor, tankar och reaktioner som väcks hos terapeuten i relation till patienten. Projektiv identifikation har identifierats som en viktig aspekt av motöverföring.

I enlighet med den totalistiska definitionen av motöverföring ses den terapeutiska situationen som en interaktion mellan två parter, vilka båda påverkar den terapeutiska processen. Denna uppfattning delas av de intervjuade terapeuterna. Motöverföring uppfattas som antingen en medveten process som terapeuten kan använda sig av direkt, eller som en omedveten process som antingen framkallats av barnet eller som har sitt ursprung i terapeutens egen obearbetade problematik. De omedvetna motöverföringsreaktionerna framkallar inte sällan ageranden från terapeuternas sida, i synnerhet om de har sitt ursprung i ett kraftigt utagerande från barnets sida. En av terapeuterna uttrycker det så här:

Det är alltid så att när motöverföringen är omedveten eller ohanterlig så... agerar man ut den. På det ena eller det andra sättet. /.../ Även när det händer sådant som man ser att det här borde jag kunna göra på något annat sätt... så kan det vara som att åka på räls. Man kan liksom inte stiga av. Det är... man är fångad... i ett... känslospel och ett... en interaktion som inte... som man inte kan ta sig ur just då.

Intervjupersonerna anser att motöverföring är ett utomordentligt verktyg i det psykoteraeutiska arbetet för att förstå barnets situation och inre värld, i synnerhet när det gäller barn med svårare och mer genomgripande störningar. Men de påpekar också att motöverföring kan bli ett hinder om man inte kan hantera den, och att handledning och egenterapi har en avgörande betydelse för att inte tillskriva patienterna sådant som egentligen tillhör terapeuten själv.

Resultaten talar för att det finns väsentliga skillnader vad gäller motöverföringsreaktioner gentemot barn och vuxna patienter. Det som framför allt har påtalats av terapeuterna är att en barnterapi pågår i ett handlingens klimat och att terapeuten ofta själv är engagerad i lekar och aktiviteter tillsammans med barnet. Detta resulterar i att terapeutens möjligheter till reflektion reduceras. Han eller hon kan inte alltid förutse konsekvenserna av sitt handlande, utan måste ofta lita till sin intuitiva förståelse av situationen. De intervjuade terapeuterna anser också att motöverföringsreaktioner ofta upplevs starkare i relation till barn med svårare, mer genomgripande, störningar.

Terapeuterna har både bidragit med exempel från barnpsykoterapi där motöverföringen har varit till en hjälp och där motöverföringen har varit till ett hinder i det terapeutiska arbetet. Följande exempel illustrerar hur motöverföring kan vara till en hjälp i det psykoteraeutiska arbetet:

Terapeuten berättar hur hon under en period blev så oerhört uttråkad av ett terapibarn att hon höll på att somna under sessionerna. Pojken satt i sandlådan där han öste och öste sand i en hög, med en röra av djur och staket nedanför. Det här gjorde han gång efter gång. Hon höll på att glida ur stolen och ramla i golvet av trötthet. När terapeuten tog upp det i sin handledningsgrupp inträffade samma fenomen där och hennes kollegor hade svårt att hålla sig vakna. Så småningom kunde hon dock med hjälp av handledning få en förståelse för att hennes trötthet dels kunde handla om hennes svårigheter att härbärgera pojkens känslor, dels pojkens egen rädsla för sina känslor och för att uttrycka dem. Efter detta kunde hon se pojken med andra ögon och då blev det genast mer liv i terapirummet.

Det är intressant att notera att de motöverföringsreaktioner som har varit till en hjälp i arbetet huvudsakligen har väckts i relation till de barn som befinner sig inom autismspektrumet. Trots att de intervjuade terapeuterna anser att motöverföringsreaktioner oftare är starkare i relation till barn med svårare störningar så har de inte upplevts som svåra att hantera i interaktionerna med just de här barnen. En förklaring till detta skulle kunna vara att det handlar om barn vars problematik inte huvudsakligen uttrycks i utagerande. Dock måste det påpekas att utgångspunkten för den här reflektionen grundas på ett mycket litet material. Det kan således vara en ren tillfällighet, att just de exempel som givits i den här undersökningen för att beskriva motöverföringsreaktioner som har varit till en hjälp, har hämtats från terapier med barn inom autismspektrumet.

De motöverföringsreaktioner som har beskrivits som svåra att hantera och som har framkallat någon form av agerande från terapeuternas sida har med ett undantag väckts i relation till utagerande pojkar, vilka har behövt mycket hjälp av terapeuterna att härbärgera aggressiva känslor. Följande exempel får illustrera detta:

Terapeuten berättar om ett terapibarn som hade stora svårigheter att hantera sina starka känslor. I terapirummet var han väldigt destruktiv och hade ofta sönder saker. Terapeuten kände sig provocerad av pojken och började mer och mer känna att hon inte ville ha honom där. Hon säger att hon kunde bli arg på ett sätt som hon inte tyckte var terapeutiskt. Det blev så pass svårt för henne att hantera sina känslor i relation till pojken att hon till slut försökte avsluta terapin. Hon beskriver det som att hon snarare agerade än hanterade situationen.

En möjlig slutsats av detta är att kraftfulla utageranden från patientens sida, av aggressiv eller destruktiv karaktär, oftare leder till svårigheter att hantera motöverföringen. Bornstein (1948) nämner att aggressiva provokationer oftare leder till ett mobiliserande av terapeutens försvar. Väsentligt att komma ihåg i det här sammanhanget är varje enskild terapeuts unika förmåga att hantera och härbärgera olika typer av känslor. Alla terapeuter har således inte svårt att hantera och härbärgera aggressiva känslor. Terapierna med de utagerande

pojkar har dessutom kännetecknats av en hög aktivitet och ett tryck på medagerande från terapeuternas sida, vilket helt naturligt inskränker utrymmet för medveten reflektion.

Det är också intressant att notera att de motöverföringsreaktioner som har väckts i relation till flickorna i undersökningen har skiljt sig från de som terapeuterna har erfaren i förhållande till pojkar. Liksom Carlberg (1999) beskriver i studier av "vändpunkter i barnpsykoterapi" talar resultaten i den här studien för att det finns en kvalitativ skillnad vad gäller barnpsykoterapeutiskt arbete mellan pojkar och flickor. I de exempel som ligger till grund för den här undersökningen har flickorna på ett annat sätt än pojkarna försökt komma nära terapeuterna. En av terapeuterna säger att hon tror att flickans intresse för henne som person speglade flickans försök att identifiera sig med henne.

Det var inte alltid möjligt att göra en strikt indelning mellan motöverföringsreaktioner som hade varit till hjälp och motöverföringsreaktioner som hade varit till hinder i det psykoterapeutiska arbetet. Snarare har det varit så att de motöverföringsreaktioner som ursprungligen har varit till hinder senare har blivit till en hjälp. Det kan vara en svaghet i metoden att be terapeuterna själva välja berättelser eftersom de kanske föredrar att bidra med exempel där motöverföringen till sist har löst sig, vilket kan spegla hur man ser på motöverföring idag.

En hypotes som har genererats ur den här undersökningen är att kvaliteten i motöverföringsreaktionerna kan skilja sig åt inte enbart beroende på hur svår störning barnet har, utan även beroende på vilken störning barnet har. De motöverföringsreaktioner som väcktes i relation till de utagerande pojkar beskrevs av terapeuterna som svårhanterliga. Barnen med en autismspektrumstörning väckte inte lika starka motöverföringsreaktioner, åtminstone beskrevs de inte som lika svåra att hantera. Endast framtida forskning kan dock avgöra om dessa resultat även gäller utanför den intervjuade gruppen och för andra fall än de som terapeuterna valde att bidra med i den här undersökningen.

Referenser

Alvarez, A. (1996). Different uses of the coun-

tertransference with neurotic, borderline and borderline and psychotic patients. I: J. Tsiantis, A. Sandler, D. Anastasopoulos, B. Martindale (Eds.), *Countertransference in psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents*. (1-35). London: Karnac Books.

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Stockholm: Studentlitteratur.

Anastasopoulos, D. & Tsiantis, J. (1996). Countertransference issues in psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents: a brief review. I: J. Tsiantis, A. Sandler, D. Anastasopoulos, B. Martindale (Eds.), *Countertransference in psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents*. (1-35). London: Karnac Books.

Bornstein, B. (1948). Emotional barriers in the understanding and treatment of children. *American Journal of Orthopsychiatry* 18, 691-697.

Brandell, J. (1992). Countertransference phenomena in the psychotherapy of children and adolescents. I: J. Brandell (Ed.), *Countertransference in psychotherapy with children and adolescents*. (1-44). Northvale, New Jersey: Jason Aronson.

Carlberg, G. (1999). *Vändpunkter i barnpsykoterapi: Psykoterapeuters erfarenheter av förändringsprocesser*. Akademisk avhandling, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Edsbruk: Akademitryck AB.

Dresser, I. (1985). Development of the concepts of transference and counter-transference. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1 (3), 13-23.

Eklöf, E. (2000) *Motöverföring i barnpsykoterapi*. Psykologexamensuppsats. Stockholms universitet. Psykologiska institutionen.

Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.

Hesselman, S. (1992). *Motöverföring vid barn- och ungdomspsykoterapi: presentation av litteratur om ett försummat område*. Stockholm: Ericastiftelsen.

Igra, L. (1983). *Objektkonstruktioner och psykoterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.

Igra, L. (2000). Projektiv identifikation - Vägvisare till den inre världen. I: H. Camitz (Red.), *Om projektiv identifikation*. (17-36). Stockholm: Mareld.

Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.

Kohrman, R., Fineberg, H., Gelman, R. & Weiss,

- S. (1971). Technique of child analysis: Problems of countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 52, 487-497.
- Lanyado, M. (1989). Variations on the theme of transference and counter-transference in the treatment of a ten year old boy. *Journal of Child Psychotherapy*, 2, 85-101.
- Marshall, R. (1979). Countertransference with children and adolescents. I: L. Epstein & A. Feiner (Eds.), *Counter-transference*. (407-444). New York: Jason Aronson.
- Ogden, T. (1987). *Projektiv identifikation och psykoterapeutisk teknik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Piene, F., Auestad, A., Lange, J. & Leira, T. (1983). Countertransference-transference seen from the point of view of child psychoanalysis. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 6, 43-57.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. I: J. Brandell (Ed.), *Countertransference in psychotherapy with children and adolescents*. (47-57). North-vale, New Jersey: Jason Aron.

*Artikeln är tidigare publicerad i Mellanrummet – Tidskrift om barn- och ungdomspsykoterapi, Psykoterapi med barn (2) nr 6, 2002, s. 47-62.

Författarna har 2014 givit sitt medgivande till att den tidigare upptryckta artikeln från 2002 publiceras på Mellanrummets hemsida i anslutning till nr 30, 2014, Överföring och motöverföring i barn- och ungdomspsykoterapi.