

**I begynnelsen var kroppen ... Kroppen i psykoterapi:  
teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner**

Jon Sletvold

## I begynnelsen var kroppen ... Kroppen i psykoterapi:

### teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner

Det skjer en rivende utvikling innen nevrovitenskap og eksperimentell psykologi med stor betydning for psykoterapi. Forskningen gir økt forståelse av hvordan den emosjonelle kroppstilstanden hos pasient og terapeut utspiller seg, og hvorfor denne emosjonelle dialogen kan fremme endring.

### Innledning

Mitt utgangspunkt er at psykoterapien arbeider med det jeg vil kalle *emosjonelle kroppstilstander*. Jeg bruker ordet tilstand her som når vi snakker om havets tilstand som flytende og bevegelig. Angst og depresjon er uttrykk for problemer med reguleringen av emosjonelle kroppstilstander. Dette er tilstander som uopphørlig er knyttet til kroppen, mens tilknytningen til språk og tale er varierende. Når fysiske og farmakologiske terapier alltid har vært et alternativ til psykoterapi, er det nettopp et uttrykk for at det dreier seg om kroppstilstander. Alkohol og andre rusmidler virker tilsvarende ved å endre den emosjonelle kroppstilstanden.

William James (1890) og Carl Lange, framsatte allerede i 1880-årene det synspunkt at emosjoner er en kroppstilstand. Men først de senere år har forskningen gitt massiv støtte til denne oppfatningen. Den emosjonelle kroppstilstand står nå så å si fram som «the missing link» mellom kropp og sinn.

Jeg vil argumentere for at vår emosjonelle kroppstilstand er kroppens ubevisste reaksjon på alle inntrykk fra omgivelsene og hukommelsen, fra det ytre og det indre miljø. Følelser oppstår idet vi blir oss bevisst denne kroppstilstanden. Vår emosjonelle kroppstilstand viser seg også som observerbart ansikts- og kroppsuttrykk og som emosjonell kommunikasjon. Den emosjonell kroppstilstanden er betinget av at kroppen som helhet er et persepsjonssystem. Bevissthet om den emosjonelle kroppstilstanden er en forutsetning for rasjonell tenkning.

Bevissthet oppstår når vår emosjonelle kroppstilstand blir endret av inntrykkene fra et objekt, som «følelsen av hva som skjer» (Damasio, 2002). Dette innebærer at bevisstheten alltid har både et emosjonelt og et kognitivt aspekt. Fornemmelsen av vår egen kropp er grunnlaget for selvfølelsen. Kroppen er alltid til stede som subjektet, som eieren av det kognitive innholdet.

Jeg vil beskrive to grunnformer for emosjonelle kroppsreaksjoner i møte mellom mennesker. Den ene er reaksjonen som kommer til bevissthet som en følelse av å like eller mislike. Denne

egosentriske reaksjon blir kalt *autentisk* i moderne psykoanalyse (Stark, 1999). Den andre reaksjonen er den imiterende som gir oss en følelse av den andres emosjonelle kroppstilstand, gjør oss *empatiske*, i stand til innlevelse, medfølelse og sympati. I tillegg kommer den *observerende* holdning med et saksorientert, kognitivt fokus. Jeg vil argumentere for at disse tre holdningene, den subjektive, den intersubjektive og den objektive, tilsvarer tre terapeutposisjoner som utfyller hverandre.

Jeg vil beskrive *episodisk*, *semantisk* og *implisitt* hukommelse, og se på emosjonelle kroppstilstander som implisitt (ubevisst) relasjonell viten om tidligere måter å være sammen med andre på. Jeg vil drøfte endring i psykoterapi som utvikling av ny implisitt relasjonell viten på grunnlag av nye samhandlingserfaringer.

*Bevisstheten har alltid både en emosjonell og en kognitiv side. Det finnes ingen tanker uten følelser og ingen følelser uten tanker*

### **Nevrovitenskap og psykoterapi**

I løpet av de siste tiårene har det skjedd en rivende utvikling innen nevrovitenskap og eksperimentell psykologi med stor betydning for psykoterapi (Beebe & Lachmann, 2002; Cozolino, 2002; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Kaplan-Solms & Solms, 2002; LeDoux, 1996; Lichtenberg, Lachmann, & Fosshage, 2002; Panksepp, 1998; Schore, 1994; Solms & Turnbull, 2002). Kunnskapshullet mellom biologi og psykologi blir nå gradvis fylt. Etter mitt syn har den portugisisk-amerikanske nevrologen Antonio Damasio (2001, 2002, 2004) så langt kommet med det viktigste bidraget til en helhetlig oppfatning av forholdet mellom biologi og psykologi. Damasio's bidrag står derfor sentralt i min forståelse av det nye teoretiske grunnlaget for psykoterapi.

### **Kropp, hjerne og følelser**

«Det er ikke bare skillet mellom sinn og hjerne som er mytisk: skillet mellom sinn og kropp har sannsynligvis like lite med virkeligheten å gjøre. Sinnet bor i kroppen, i ordets fulle betydning, ikke bare i hjernen».

(Damasio, 2001, s. 126).

Nevropsykologisk forskning viser at alt vi kan forbinde med vår psyke, fra de mest primitive reaksjoner til de høyeste åndelige ytelser, blir forstyrret eller ødelagt alt etter hvilke deler av hjernen som blir skadet. Det er i dag ingen uenighet om at sinnet er uløselig forbundet med den delen av kroppen vi kaller hjernen. Den moderne dualisme går derfor ikke mellom sinn og kropp, men mellom sinn/hjerne på den ene siden og resten av kroppen på den andre. Tilsvarende handler den moderne reduksjonisme om å redusere sinnets kroppslige grunnlag til hjernen.

Som nevnt hadde William James (1890) allerede i 1880-årene formulert en konkret og etterprøvbart teori om kroppens betydning for følelseslivet. James klassiske formulering lyder som følger:

«Our natural way of thinking about ... emotions is that the mental perception of some fact excites the mental affection called emotion, and that this latter state of mind gives rise to the bodily expression. My theory, on the contrary, is that *the bodily changes follow directly the perception of the exciting fact, and that our feeling of the same changes as they occur IS the emotion*» (s. 449).

I *Descartes' feiltakelse* (2001) presenterer Damasio omfattende nevrologiske og nevropsykologiske data om de emosjonelle forstyrrelsene ved ulike nevrologiske sykdommer og skader. Det viser seg at forstyrrelsene nettopp er betinget av hvordan og i hvor stor grad de delene av nervesystemet som oppdaterer hjernen om kroppens tilstand, er ødelagt.

James' teori bryter med forestillingen om at vi føler og sanser uten at kroppen som helhet er involvert. Enkelte sanseorganer med tilhørende nervebaner og hjerneområder har vært ansett tilstrekkelig for å skape perseptuelle opplevelser. Jeg tror dette har vært en viktig årsak til at teorien ikke er blitt akseptert tidligere. Den oppfatning jeg legger til grunn her, innebærer at kroppen som helhet er det grunnleggende persepsjonssystem (Gibson, 1979, Merleau-Ponty, 1945).

«I begynnelsen var det ikke noe skille mellom berøring, syn, hørsel og bevegelse. Det var *en følelse av kroppen* som berørte, så, hørte eller beveget seg» (Damasio, 2001, s. 231). Alle levende organismer er sensitive for inntrykk fra omgivelsene. Denne evnen til ubevisst å skjelne «gode» og «onde» hendelser opphørte ikke da organismer med bevissthet oppsto. Tvertimot vil jeg tro at det var denne evnen som la grunnlaget for utviklingen av det vi forstår med bevissthet. Damasio (2001) uttrykker synspunktet slik: «Hvis hjernen først ble utviklet for å sikre at kroppen skulle overleve, må det ha vært slik at da tenkende hjerner oppsto, begynte de med å tenke på kroppen. Og for best mulig å sikre at kroppen skulle overleve, tror jeg naturen snublet over en meget effektiv løsning: *å representere den ytre verden i form av de modifikasjonene den forårsaker i selve kroppen*» (s. 229).

Følelser er (proprioceptive) sansninger av kroppens struktur og tilstand, eller «bilder» av kroppens indre landskap. I dette landskapet er strukturene hjerte, lunger, tarmer, muskler, hud, osv., mens variasjoner i følelsene er uttrykk for endringer i disse organenes tilstand. Denne oppfatningen av følelser er ikke selvfølgelig. Det kommer av at opplevelsen av kroppen vanligvis er overskygget av bildet av noe annet som ikke er en del av vår kropp, for eksempel et ytre landskap, en melodi, en lukt eller en smak. Følelser blir noe som «kvalifiserer» noe annet. Fordi «dette noe annet» vanligvis har så sentral plass i vår bevissthet, har det vært vanskelig å få tak i hva følelser handler om.

### **Ubevisste emosjoner, bevisste følelser og vitalitets-affekter**

I tråd med James og Damasio vil jeg hevde at påvirkninger fra omgivelsene i første omgang ubevisst skaper forandringer i hele kroppen. Disse kroppslige forandringene utgjør *vår emosjonelle kroppstilstand*, som er *ubevisste emosjoner*. Bevisste følelser oppstår når disse kroppslige endringene blir fornemmet og følt sammen med bildet av det objektet vi reagerer på. Damasio argumenterer i *Følelsen av hva som skjer* (2002) for at bevissthet nettopp oppstår som en følelse av hva som skjer i kroppen i møte med inntrykkene fra et annet objekt. Vi kan ikke ha et bevisst bilde av et objekt uten at vi først har reagert emosjonelt/kroppslig på det. Vi opplever ingen ting uten at det først er skjedd forandringer i kroppen. Med andre ord, emosjoner går forut for følelser.

I tråd med Damasio (2001) bruker jeg ordet emosjon om de observerbare, ofte ubevisste kroppslige endringer, og ordet følelse om de subjektive, gjerne bevisste fornemmelser. Damasio viser til at dette skillet går igjen i ulike europeiske språk. På norsk har vi skillet mellom *beveget/rørt* på den ene side og *føle* på den andre side. Det første viser til noe observerbart, det siste er subjektivt.

Damasio (2001, 2004) omtaler endringene i kroppen som «kroppssløyfen». Endringene kartlegges i de kroppssansende hjerneregioner (de somatosensoriske kortekser), som dermed utgjør det umiddelbare nevralt substrat for følelser. Damasio antar at endringer i de kroppssansende regioner i noen grad skjer uten endringer i selve kroppen. Han benevner dette «som om» kroppssløyfen. Følelsesendrende medikamenter og rusmidler kan virke ved å skape slike «som om kroppstilstander» i kroppssansende hjerneregioner. Følelser gir altså ikke alltid et riktig bilde av kroppens tilstand. Evolusjonsmessig kan denne mekanismen ha gitt fordeler. Ved alvorlige skader og livstruende situasjoner kan det være avgjørende å slippe å føle hvor ille tilstanden er.

Et annet viktig aspekt ved vårt affektive liv (emosjoner og følelser) er det Stern (1985, 2003) først identifiserte med begrepet *vitalitets-affekt*. I studier av samhandlingen mellom mødre og spedbarn ble Stern slått av at en emosjonell kvalitet er til stede hele tiden, ikke bare når kjente følelser som glede, sinne og redsel forekommer. Han mente dette er en viktig side ved samhandlingen som ikke er knyttet til typen følelse, men til graden av engasjement, intensitet og hurtighet.

Damasio (2001) legger også vekt på at affekt er en kvalitet ved både vårt bevisste og ubevisste sinn hele tiden, ikke bare når noe skjer som vekker en følelse som har et navn. Han innfører betegnelsene *bakgrunnsemosjoner og bakgrunnsfølelser* for denne siden av det affektive liv. Dette er viktig for å forstå at den emosjonelle kroppstilstanden er noe vi har med oss hele tiden. I psykoterapi er det ikke minst denne siden ved følelseslivet som trenger å bevisstgjøres. Kategoriemosjoner som glede, sorg, sinne og redsel vil pasienten ofte, om ikke alltid, allerede være oppmerksom på.

### **Følelser og tenkning**

Det synet jeg målbærer, innebærer at bevisstheten alltid har både en emosjonell og en kognitiv side. Det finnes ingen tanker uten følelser og ingen følelser uten tanker. En dramatisk hendelse Damasio (2004) refererer tyder på at vi til og med kan ha «prefabrikerte» depressive tanker. Ved en feil under elektrostimulering i hjernestammen utviklet en pasient, som ble behandlet for parkinsonisme, i løpet av få sekunder en dyp depresjon. Pasienten fikk et trist emosjonelt uttrykk, begynte etter få sekunder å gråte og sa blant annet: «Jeg er lei av livet, jeg har fått nok... Alt er nytteløst... Jeg føler meg verdiløs. Jeg blir redd i en slik verden.»

Så snart feilen ble oppdaget og stimuleringen opphørte vendte hun tilbake til sin normale tilstand. Pasienten var meget forundret over hva som hadde skjedd. Det var ikke kjente tilfeller av depresjon verken i pasientens eget liv eller i hennes familie. Det ser ut til at «passende» tanker blir fylt inn når en bestemt emosjonell kroppstilstand først foreligger, selv om den som her er utløst mekanisk.

Om følelser og tanker – bilder av både kroppen og et annet objekt – alltid er til stede sammen, kan likevel psykiske lidelser i stor grad sees som forstyrrelser av balansen mellom følelser og tanker. Følelser eller tanker blir ensidig dominerende. Klassiske eksempler er hysteri med emosjonell overvekt og tvangsnevrose med tankemessig overvekt.

Damasios *Descarts' feiltakelse* (2001) handler primært om forholdet mellom affekter og tenkning, særlig evnen til å ta rasjonelle beslutninger. Han innleder med den dramatiske beretningen

om sprengningsbasen Phineas Gage i Vermont, New England i 1848. Ved et eksplosjonsuhell under jernbanebygging gikk et mer enn en tomme bredt jernrør inn under hans venstre kinn og ut oppe på skallen. Til alles undring overlevde han tilsynelatende med alle sine evner i behold, bortsett fra synet på venstre øye. Men det viste seg etter hvert at hans karakter var dyptgripende endret. Fra å være ansett som en meget flink og rettskaffen ung mann, ble han ute av stand til å fortsette sitt arbeid eller holde på annet kvalifisert arbeid. Han førte et så grovt språk at kvinner ble frarådet å oppholde seg lenge i hans nærhet. Disse personlighetstrekkene sto i skarp kontrast til de «måteholdne vaner» og «den betydelige karakterstyrke» som Phineas Gage hadde hatt før ulykken. Problemet var ikke mangel på evner og dyktighet, det var hans nye karakter.

Damasio og medarbeidere (2001) har undersøkt flere pasienter med liknende prefrontale hjerneskader som Phineas Gage. Det viser seg at disse pasientene ikke har utfall verken på intelligens tester eller tradisjonelle nevropsykologiske prøver. Følelseslivet er imidlertid påfallende avflatet bortsett fra kortvarige «primitive» utfall. De får store problemer knyttet til valg, målrettet atferd og sosial og moralsk oppførsel. Det som blir ødelagt ved disse hjerneskadene er to forhold som viser seg å henge tett sammen: den kontinuerlige nevralt oppdatering av kroppens tilstand, og følelser knyttet til sosiale og personlige erfaringer. Derimot blir ikke medfødte emosjoner ødelagt.

Det viser seg at ikke bare følelser, empatisk og moralsk atferd, men også målrettet tenkning er avhengig av at hjernen får oppdatert informasjon om kroppens tilstand. Lite fruktbar tenkning og problemløsning foregår etter formallogiske prinsipper. Det som styrer vår resonnering synes framfor alt å være en kroppslig/emosjonell feedback (somatisk-markør hypotesen) som gir oss en intuitiv fornemmelse av om vi er på riktig eller gal vei, om vi får en god eller dårlig magefølelse. Damasio (2001) medarbeider Bechara har konstruert en egen test, The Iowa Gambling test, der pasienter med prefrontale skader taper fordi de ikke utvikler en magefølelse for hvilke kort det lønner seg å satse på. Intuisjonens nevrofysiologiske grunnlag begynner å bli godt dokumentert.

*Vi lagrer ikke fotografier av våre erfaringer, men av meningen, fornemmelsen og følelsene erfaringene brakte oss*

Tradisjonelt har sterke følelser blitt sett på som objektivitetens og rasjonalitetens fiende. I mange situasjoner er det riktig. Mye tyder imidlertid på at rasjonell tenkning svekkes sterkt eller bryter helt sammen når vi mister kontakten med deler av den emosjonelle kroppstilstanden. I psykoterapi møter vi problemet fra begge sider. Enkelt sagt kommer den emosjonelle feedback fra kroppen for raskt og sterkt eller for sent og for svakt.

## Imitasjon og intersubjektivitet

I drøftingen av emosjoner og følelser har jeg hittil lagt til grunn de autentiske (egosentriske) reaksjonene som gir oss en fornemmelse av godt eller vondt. I møte med mennesker gir denne reaksjonen oss en følelse av å like eller mislike. Om vi bare hadde hatt denne type emosjonell reaksjon ville den hjulpet oss til å overleve som individer. Men den ville ikke hjulpet oss til å utvikle medfølelse og solidaritet. Det gjør imidlertid den etterlignende eller imiterende kroppreaksjon. Ved denne typen reaksjon blir den andres kroppslige reaksjon tatt etter. Det syn på følelser jeg har redegjort for, innebærer at når vi gjør vår kroppstilstand lik en annens, så vil vi også i større eller mindre grad føle det den andre føler. Vi får informasjon om hva den andre føler. Vi reagerer med empati.

På 1970-tallet rapporterte Meltzoff og More (1995, 1998) om imitasjon av ansiktsgester hos 20 dager gamle barn. Senere har Kugiumutzakis (1998) påvist imitasjon allerede i den første timen etter fødselen. Imitative reaksjoner synes å være en del av de medfødte evner hos mennesker. Vår fascinasjon over imiterende revy- og teaterskuespillere bygger på at de perfeksjonerer en evne vi alle har.

Bråten (2000) har ut fra blant annet studiene av imitasjon hos spedbarn utviklet teorien om det altersentriske spedbarn. Vi er ikke født «autistiske», vi er tvert om fra starten av utstyrt med en evne til å ta inn og oppleve den andres ståsted – for eksempel når den som mater en annen, ubevisst åpner munnen sin når skjeen føres mot den andres munn. Bråten omtaler dette som *altersentrisk delaktighet*, en delaktighet i den andres bevegelser fra den andres kroppslige ståsted.

Oppdagelsen av såkalte speilnevroner (Rizzolatti, Fogassi & Gallese, 2001) kaster lys over det nevrale grunnlaget for altersentrisk delaktighet. Når en ape observerer en annen ape utføre en handling aktiveres de samme premotoriske nevroner hos begge apene.

Resultater fra spedbarnsforskning peker stadig mer i retning av at kommunikasjon forgår med emosjonelt ladete gester før den blir verbal (Beebe & Lachman, 2002; Bråten, 2000; Stern, 1985). Bateson (1975) fant i 1970, ved å studere film og video-opptak, at spedbarn en måned etter fødselen oppviser et mønster av samspill med moren. Samspillet har form av en flytende og smidig veksling (turtaking) mellom gester og uttrykk. Hun kalte dette samspillet *protokonversasjon*. Mange forskere mener idag at språktilegnelse og verbal kommunikasjon utvikles på grunnlag av denne protosamtalen (Bråten, 1998).



En viktig side ved protosamtalen er at den foregår med langt raskere vekslinger enn den verbale samtale. I videoanalyse av samhandling mellom spebarn og omsorgsperson har det vist seg nødvendig å gå ned til sekvenser av 1/6 sekunder for å fange samhandlingen (Beebe & Lachman, 2002). Dette innebærer at det meste av protosamtalen i utgangspunktet forgår ubevisst. Øhmans (Sletvold & Strand, 2003) studier av voksnes reaksjoner på maskerte ansiktsbilder viser det samme. Heller og Heynal (1997) viste at en psykiaters ubevisste ansiktsreaksjon fanget opp suicidalfare hos pasienter langt bedre enn psykiaterens bevisste verbale vurdering.

Den ikke-verbale protosamtalen avtar ikke i betydning etter språktilegnelsen (Beebe & Lachman, 2002). Resultater fra basal kommunikasjonsforskning tyder på at når det gjelder sentrale temaer i psykoterapi som opplevelsen av selv og andre, gjør det kroppslig/emosjonelle uttrykk sterkere inntrykk enn innholdet i det som blir sagt (Holte, 2000). Betydningen av disse funnene for den terapeutiske dialogen synes åpenbare.

Stern (2004) foretar en systematisk drøfting av tidsdimensjonen i det ikke-verbale affektive samspill i psykoterapi og hverdagsliv. Han kommer til at den grunnleggende meningsdannende hendelse, *den levde historie* til forskjell fra *den fortalte historie*, vanligvis tar tre til fire sekunder. Min egen erfaring fra psykoterapiveiledning med fokus på det kroppslig affektive samspillet peker også i retning av at grunnleggende affektregulerende hendelser (karakter-trekk) utspiller seg i sekvenser på noen sekunder.

### **Tre terapeutposisjoner**

De emosjonelt deltagende reaksjoner faller altså i to hovedgrupper, de egosentriske (autentiske) og de altersentriske (imitative). De egosentriske reaksjonene gir opphav til følelser langs dimensjonen godt/vondt, like/mislike. De altersentriske reaksjonene gir opphav til empatiske følelser, innlevelse og medfølelse. I tillegg til disse deltagende posisjoner kommer den observerende (allosentriske) posisjon (Skjervheim, 1976).

Stark (1999) har kategorisert hovedretningene innen psykoanalytisk terapi og framtreddende terapeuter ut fra hvilke av disse tre posisjonene de ser ut til å foretrekke. Jeg tror det er av verdi i psykoterapi å ikke være «fanget» i en eller to av disse posisjonene, men å kunne skifte, bevisst og ubevisst, mellom dem. Dette innebærer å kunne veksle mellom å la seg engasjere autentisk eller empatisk, og å være observerende, mer tilbakelent og avgrenset for å gi rom for refleksjon.

## Psykoterapiutdanning

Det har vist seg fruktbart å bruke disse tre terapeutposisjonene – imitasjon, observasjon og autentisitet – i videreutdanning i psykoterapi. Psykoterapeuter ser ut til å ha mye større ubevisst kunnskap om sine pasienter, hentet fra altersentrisk delaktighet i protosamtalen, enn vi aner.

Når jeg omtaler denne altersentriske delaktighet som imitasjon, mener jeg ikke bevisst etterligning. Det dreier seg om en vanligvis ubevisst inntoning, «en måte å imitere, fra innsiden, hvordan en erfaring føles, ikke hvordan den blir uttrykt i handling» (Stern, 2004, s. 241). Reich (1949) beskrev dette som «plasmatisk» imitasjon: «Pasientens ekspressive bevegelser framkaller automatisk *en imitasjon* i vår egen organisme. Ved å imitere disse bevegelsene «sanser» vi og forstår uttrykket i oss selv og dermed i pasienten.» (s. 362, min oversettelse). Phillipson (1951, Strand, 1991) beskrev prosessen som en vegetativ (kroppslig) identifisering.

Det viser seg at denne vanligvis ubevisste kunnskapen kan lokkes fram ved bevisst bruk av imitasjon. Når en pasient, på et psykoterapiseminar, blir framstilt ikke-verbalt ved imitasjon, er det slående hvor presist deltakerne kan fange opp pasientens emosjonelle tilstand ved igjen å imitere den som imiterer sin pasient.

Ved Karakteranalytisk Institutt bruker vi øvelser der kandidatene får møte pasienten både ikke-verbalt og verbalt i hver av de tre posisjonene (Nylund & Sletvold, 2002). På denne måten blir det mulig å bli kjent med hvordan det er å møte den samme pasienten fra henholdsvis en observerende, en empatisk og en autentisk posisjon. Slike erfaringer gjør det lettere for kandidaten å bli fortrolig med den emosjonelle kommunikasjonen (protosamtalen) i terapisisituasjonen.

## Bevisstgjøring av den emosjonelle kroppstilstand

En viktig side ved den terapeutiske dialogen er å finne ord for den ennå ordløse emosjonelle tilstanden og kommunikasjonen. Killingmo (2002) omtaler dette treffende som å arbeide med «ikke-kodet» til forskjell fra «kodet» eller verbalisert affekt. Stern (1985) har omtalt barnets tilegnelse av språket som et tveegget sverd, som lett fører til en kløft mellom «world knowledge» og «word knowledge». Utfordringen i den terapeutiske dialogen blir å redusere kløften mellom disse to formene for kunnskap, mellom ikke-kodet og kodet affekt.

Karakteranalytisk terapi handler om bevisstgjøring av det som allerede foregår i pasientens kropp, ubevisst eller førbevisst. Det innebærer innlevelse i pasientens emosjonelle tilstand, og at

terapeuten finner ord og uttrykk for denne tilstanden som pasienten kan kjenne seg igjen i. Det verbalt kognitive innholdet i pasientens meddelelser kan ofte med fordel bekreftes ved å gjengis mer eller mindre ordrett (i rogeriansk stil). Det handler altså ikke primært om tolkning med tanke på innsikt i sammenhenger pasienten ennå ikke ser, og heller ikke om å beskrive ytre atferd og framtoning.

### **Klinisk illustrasjon**

Tone forteller om en diskusjon med mannen sin dagen før. Hun lurte på hvem av dem som var urimelige. Mens jeg lytter til det hun forteller er jeg vel så oppmerksom på det emosjonelle uttrykket i ansiktet og kroppen. I stedet for å komme med en kommentar til innholdet i det hun forteller sier jeg for eksempel: «Jeg ser hvor *viktig* det kjennes for deg å finne ut ...» eller «Det kjennes *urettferdig* når du tenker på at mannen din kunne si...». I den første varianten er det vitalitets-affekten «viktig» som blir satt ord på, i den andre kategorifølelsen «urettferdig». I begge tilfellene er poenget at disse emosjonelle kvalitetene ikke allerede var blitt satt ord på av Tone. De var ikke helt bevisste, ikke helt ubevisste, heller før-bevisste. Om jeg har funnet riktig ord eller ikke for disse før-bevisste følelsene vil umiddelbart stå og lese i hennes ansiktsuttrykk. I de tilfelle mine ord ikke kjennes riktig, vil hun vanligvis raskt korrigere og finne det riktige ordet. I begge tilfelle er noe blitt bevisstgjort, og Tone står igjen som autoritet på sitt eget følelsesliv.

Denne tilnærmingen forutsetter oppmerksomhet på ansiktsuttrykket. I ansiktet trer de emosjoner som er nær ved å bli bevisst fram. Veien til bevisstheten er bokstavelig talt kortere fra ansiktet enn fra andre deler av kroppen. Det som skjer i ansiktet er ofte før-bevisst, mens det som skjer i resten av kroppen i stor grad er ubevisst. Fordelen ved denne terapeutiske tilnærming er en intensivert emosjonell bevisstgjøringsprosess og en styrket arbeidsallianse ved at pasienten føler seg sett.

Tone blir oppmerksom på at hun avbryter seg selv og mister tråden, når hun er i ferd med å fortelle noe. Etter hvert blir hun klar over at dette skjer når det hun forteller om, er i ferd med å vekke sterkere følelser, særlig irritasjon og sinne. Hun blir videre klar over at hun stopper følelsen ved å holde pusten et øyeblikk. Videre oppdager hun at det samtidig kommer en indre stemme som forteller at hennes reaksjon er urimelig. Hun bør se saken fra den andres side. Det blir klart at Tones typiske reaksjonsmønster innebærer å undertrykke sine autentiske følelser i en konfliktsituasjon, og i stedet først og fremst se saken fra den andres side, empatisk. Hun kjenner også at denne reaksjonen gjør henne kraftløs og resignert, og at den er en del av den depresjon hun søkte hjelp for. Videre begynner Tone å kjenne at hun blir vitalisert når hun kan slippe til og får aksept for sin autentiske reaksjon.

Det viser seg at Tone har et veletablert empatisk reaksjonsmønster og et lite utviklet autentisk reaksjonsmønster. Når dette blir mer bevisst, begynner hun å få kontakt med et sinn og en lyst til å stå opp for egne følte behov.

### Hukommelsens grunnleggende betydning

Så langt har jeg omtalt sinnet (følelser, persepsjon, tenkning) uten eksplisitt referanse til hukommelsen. Vår bevissthet er imidlertid kjennetegnet ved at hukommelsen har en dominerende plass. Dette blir dramatisk demonstrert for eksempel hos pasienter som på grunn av en spesifikk hjerneskade mister hukommelse for ansikter (prosopagnosi). De blir ute av stand til å gjenkjenne både sitt eget og andre nærstående ansikter, selv om synet er helt inntakt (Damasio, 2002).

De fenomener Freud (1912) beskrev som overføring handler om hukommelsens rolle i det emosjonelle møte mellom mennesker. Vi kan ikke danne oss et inntrykk av et annet menneske uten å aktivere en mengde erindringsmateriale. Noen opplevelser, særlig traumatiske, fører til at uhensiktsmessig hukommelse blir aktivert, for eksempel med den følge at en ufarlig person blir oppfattet som skummel og truende, eller omvendt.

En innvending mot James' emosjonsteori har vært at den kan forklare det som skjer når vi møter en bjørn i skogen, men ikke Hamlets sjelekvaler. Damasio (2001) har imøtegått denne innvendingen ved å vise at våre kroppslige reaksjoner er de samme enten det dreier seg om en ytre hendelse eller om aktivering av hukommelse. I psykoterapi tar vi dette for gitt. Utfordringen i arbeid med overføring og motoverføring består i å skille fra hverandre hva som skrives fra terapeur-relasjonen her og nå, og hva som kommer fra pasientens og terapeutens hukommelse.

Schacter (1996) gir en engasjerende framstilling av den revolusjon som har skjedd innen hukommelsesforskningen i løpet av de to siste tiårene. Integrasjonen av data fra introspeksjon, kliniske observasjoner, kognitiv psykologi og nevrovitenskap har klargjort at hukommelse ikke er et enhetlig system, men består av flere ulike systemer. Det oppleves forskjellig å huske noe (en episode), å vite noe (kunnskap), og å kunne noe (ferdighet). Dette er ikke tilfeldig. Det dreier seg også om forskjellige nevrofysiologiske prosesser.

Vi har *episodisk hukommelse* for hendelser vi plasserer i tid og sted: Jeg husker hvor jeg var da Brå brakk staven. Vi har *semantisk hukommelse* for det vi vet: Jeg vet at Roma er hovedstaden

i Italia, men jeg husker ikke når og hvor jeg lærte det. Begge disse formene er for hukommelse er bevisste eller eksplisitte. De benevnes også deklarativer.

I tillegg kommer *ubevisst eller implisitt hukommelse*. Den ytrer seg i motoriske ferdigheter (prosedyre hukommelse) og kroppslig/emosjonelle reaksjoner som Downing (1996) benevner *affektmotoriske minner* og LeDoux (1996) *emosjonelle minner*. Bråten (2000) bruker formen *e-emosjonelle minner* og får med en elegant kortform fram at det handler både om følelser og bevegelse. Dette minnet omtales også populært som at «kroppen husker», og traumeforskeren van der Kolk (1994) skriver om at «the body keeps the score». Stern et al. (1998) innfører betegnelsen *implisitt relasjonell kunnskap* og får med det fram at det også dreier seg om måter å være sammen med andre andre på. Det kan for eksempel handle om i en gitt situasjon å kunne strekke ut en hånd i en inviterende eller avvisende gest.

Uansett vilken betegnelse vi velger er poenget at det handler om en vanligvis ubevisst form for hukommelse som er kroppslig, emosjonell og relasjonell, ikke symbolsk og verbal. Det er også verdt å være oppmerksom på at den affektmotoriske hukommelsen er robust, mens den episodiske hukommelse er ganske sårbar (Magnussen & Overskeid, 2003). For hukommelsen som helhet gjelder at den utgjør et nødvendig «bakgrunnsteppe» for all vår persepsjon og tenkning, og at den alltid har en emosjonell karakter. «Det er nå klart at vi *ikke* lagrer fotografier av våre tidligere erfaringer, men holder fast på meningen, fornemmelsen og følelsene disse erfaringene brakte oss» (Schacter, 1996, s. 5, min oversettelse).

### **Kjernebevissthet og utvidet bevissthet**

I sin teori om bevissthets utvikling og struktur argumenterer Damasio (2002) for et skille mellom det han kaller kjernebevissthet og utvidet bevissthet. Kjernebevissthet er den siden ved bevisstheten vi fokuserer på når vi er opptatt av om noen overhodet er ved bevissthet (kan føle noe) eller ikke. Kjernebevisstheten er sannsynligvis overveiende genetisk bestemt, betinget av strukturer i hjernestammen og er evolusjonsmessig mye eldre enn den utvidete bevissthet. Den forandrer seg lite i løpet av livet med mindre vi blir rammet av skade eller sykdom som for eksempel Alzheimer.

Utvidet bevissthet forutsetter kjernebevissthet. Alle sider av utvidet bevissthet kan ødelegges uten at det rammer kjernebevisstheten. Når kjernebevisstheten svikter, opphører også den utvidete bevissthet. Mens kjernebevisstheten er en her og nå bevissthet, innebærer den utvidete bevissthet et selvbiografisk minne, og dessuten arbeidsminne, intelligens og språk. Den utvidete bevissthet og det

selvbiografiske minnet er avhengig av neokorteks og blir i stor grad formet i vår samhandling med miljøet.

### **Selvbiografisk og genetisk minne**

Det selvbiografiske minnet, slik jeg med Damasio (2002) bruker begrepet, gjør bruk av både episodisk, semantisk og implisitt hukommelse. De sidene av oss vi omtaler med ord som personlighet, karakter og identitet vil i dette perspektivet ikke minst bestå av den implisitte eller ubevisste delen av det selvbiografiske minnet, altså de affektmotoriske reaksjons- og opplevelsesmåter.

Semantisk hukommelse, tillærte oppfatninger og «sannheter» om oss selv, er også en viktig del av vårt selvbiografiske minne. Endelig omfatter den episodiske hukommelse de hendelsene i vår livshistorie vi vanligvis tenker på som vår selvbiografi.

I dette perspektiv handler psykoterapi om å endre vårt selvbiografiske minne, særlig det affektmotoriske og det semantiske minnet. Kognitiv terapi arbeider systematisk med endring av den semantiske hukommelse (Berge & Repål, 2000).

Et viktig aspekt er at hukommelsen ikke bare innebærer minner om fortida, men også «minner» om framtida. Kanskje det selvbiografiske minnets viktigste funksjon er at det bestemmer vår oppfatning av hva vi kan forvente av framtida. Depresjon handler mer om «minner» om en håpløs framtid, enn om minner om en vond fortid.

I tillegg til det selvbiografiske minnet har vi også et *genetisk minne* eller med Pessos (1997) formulering et *evolusjonært minne*. Dette består av den medfødte kunnskapen vi har om forutsetningene for å realisere livets muligheter. Det dreier seg om kunnskapen om våre behov og hva slag relasjoner til andre vi trenger i de ulike faser av livet. Dette minnet er slik jeg ser det, vår viktigste allierte i psykoterapi. Det er en avgjørende forutsetning for at endring er mulig. Psykoterapi som endring av vårt selvbiografiske minne, særlig affektmotorisk og semantisk, innebærer i dette perspektiv at det selvbiografiske minnet kommer mer på lag med det genetiske minnet, at vi blir mer den vi er ment å være.

Når endring i psykoterapi forstås som endring i det selvbiografiske minne, blir det viktig å kunne gjøre nye erfaringer. Øhman (Sletvold & Strand, 2003) understreker eksempelvis at eksponering er helt nødvendig i behandling av fobier. I analytisk terapi vil det vanligvis være behovet for nye mellommenneskelige erfaringer som står i sentrum. Økt bevissthet eller innsikt om hvordan livet har vært eller kan forstås på nye måter, er ikke nok, korrigerende emosjonelle erfaringer, nye

møtestunder («moments of meeting») og ny implisitt relasjonell viten (Stern, 2004; Stern et al., 1998) blir også nødvendig.

### **Gamle og nye samhandlings- og selvreguleringsmønstre**

Reich (1949) beskrev karakteren som bestående av tre lag, det ytterste ofte veltilpasset og vennlig, et mellomlag bestående av nevrotiske forsvarsreaksjoner, aggressive og negative følelser. Endelig består det innerste laget av en kjerne som streber etter å virkeliggjøre livets beste muligheter, med en selvhelbredende og selvregulerende kraft, sammenfallende med det jeg har beskrevet som genetisk eller evolusjonært minne.

Jeg opplever at denne tredelingen fortsatt har gyldighet. Men den bør gis en relasjonell reformulering. Karakter som «væremåte» bør utvides med «måter å være sammen på» (Stern, 2003). Når en pasient sitter smilende og imøtekommende med armer og bein i tydelig defensiv positur, kan det bety at pasienten på den ene side har mest lyst til å stikke av, mens hun/han på den andre side lengter etter et nært og tillitsfullt forhold.

Den relasjonelle analytikeren Stephen Stern (1994) benevner den gamle, «repeated relation» som overføring type 1 og den nye, «needed relation», som overføring type 2. Han definerer karakteren treffende som kompromisset mellom disse to tendensene.

Karakter(nevros)en skjuler altså to motstridende tendenser. Den ene tendensen handler om at vi møter andre mennesker med forventning om at det som har skjedd før, skal gjenta seg i tråd med vårt selvbiografiske minne. Den andre formen handler om at vi møter andre mennesker med en forventning om et nytt og bedre utfall denne gangen i tråd med vårt genetiske minne.

Den terapeutiske endringsprosessen handler ut fra dette perspektiv om hvordan engasjering av den gamle måten å være sammen med andre på kan åpne for utvikling av en ny måte å være sammen med andre på, en «ny start». Jeg har tidligere beskrevet en slik endringsprosess under utpreget regresjon (Sletvold, 2002). Disse to tendensene er imidlertid til stede hele tiden i den terapeutiske relasjon, og for så vidt ved alle møter mellom mennesker.

### **Klinisk illustrasjon**

Tom kan reagere med sterk skuffelse når han opplever at jeg er fraværende eller uinteressert.

Toms reaksjoner er ikke grepet ut av lufta. Det foreligger et element av uoppmerksomhet hos meg, eller en kroppslig reaksjon som oppfattes slik. Det er viktig at jeg tar ansvaret for mitt bidrag til

skuffelsen, min emosjonelle kroppstilstand, jfr. Kohut (1971). Det gir tilstrekkelig tillit og trygghet til at han i neste omgang kan utforske sin side av reaksjonen. Han blir etter hvert klar over at den sterke skuffelsen (håpløshet og følelse av ikke å være noe verdt), også får sin næring fra minner om hvordan han opplevde sider ved forholdet til både mor og far, at det dreier seg om et affektmotorisk minne. Derneft får han tydeligere kontakt med sitt sterke behov for å kjenne den andres interesse og aktive engasjement.

Når Tom i enkelte situasjoner kan kjenne interesse og engasjement fra min side opplever han at det beveger ham, og han får en ny og bedre følelse av seg selv. Dette skjer lenge bare i kortvarige øyeblikk. Men vi har fått et grunnlag for videre bevisst utveksling av erfaringer med to typer relasjonelle opplevelser, likegyldighet og mangel på interesse, eller engasjement og interesse.

Kroppslig viser opplevelse av manglende interesse og engasjement seg ved at Tom er indirekte i kontakten og unngår blikkontakt. Når han opplever interesse og engasjement kommer en tendens til å rette kroppen og blikket mer direkte mot meg. Et affektmotorisk minne og mønster blir gradvis supplert med et nytt mønster, med ny implisitt relasjonell viten.

### **Avslutning**

Et mål for psykoterapi er endring i emosjonelle kroppstilstander. Dette innebærer helt konkret endringer i sammentrekningsgraden av muskler, endringer i de indre organers tilstand, i det indre miljøets kjemiske profil og i de tilhørende nevrale strukturer. Depresjon, angst, og emosjonelle reaksjoner som skaper vanskelige mellommenneskelige forhold er eksempler på emosjonelle kroppstilstander som er utgangspunkt for psykoterapi. Glede, ro og tilfredshet i forhold er eksempler på emosjonelle kroppstilstander som er mål for psykoterapi.

Vår emosjonelle kroppstilstand viser seg direkte i det emosjonelle uttrykk: ansiktsuttrykket, kroppsholdningen, bevegelsesmønstret og stemmen. Subjektivt kommer vår emosjonelle kroppstilstand til uttrykk i våre følelser, i selvfølelsen og opplevelsen av verden og andre mennesker. I mellommenneskelige forhold blir vår emosjonelle kroppstilstand til emosjonell kommunikasjon i en kombinasjon av autentiske og imitative reaksjoner. Subjektivt opplever vi dette som kombinasjoner av å like/mislike og empatiske følelser (innlevelse og medfølelse).

Den emosjonelle kroppstilstanden kommer også til uttrykk som relativt varige endringer i kroppen, det vi kan kalle den emosjonelle anatomien (Keleman, 1985). Det vi kjenner best



til er endringer i sammentrekningsgraden av forskjellige muskelgrupper (hypoton og hypertont muskulatur). I varierende grad innebærer dette også varige endringer i ansiktsuttrykk, kroppsholdning, bevegelsesmønstre og stemme.

Disse endringene er utgangspunktet for mange og forskjellige terapeutiske metoder som tar sikte på en direkte påvirkning av kroppslige forhold. Slike metoder, som jeg ikke har drøftet her, har etter mitt syn særlig sin berettigelse ved behandling og forebygging av psykosomatiske lidelser.

Mitt mål har vært å belyse hvordan den emosjonelle kroppstilstanden hos pasient og terapeut utspiller seg i den terapeutiske dialogen, og å argumentere for at økt forståelse av denne emosjonelle dialogen kan fremme endringsprosessen i psykoterapi.

## Referanser

- Bateson, M. C. (1975). Mother-infant exchanges: The epigenesis of conversational interaction. I D. Aaronson & R. Rieber (Eds.), *Developmental psycholinguistics and communication disorders* (ss. 101–113). New York: Annals of the New York Academy of Sciences 263.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Berge, T., & Repål, A. (2000). *Den indre samtalen. Innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bråten, S. (Ed). (1998). *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bråten, S. (2000). *Modellmakt og altersentriske spebarn. Essays on dialogue in infant & adult*. Bergen: Sigma forlag.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
- Damasio, A. R. (2001). *Descartes' feiltakelse. Fornuft, følelser og menneskehjernen*. Oslo: Pax Forlag.
- Damasio, A. R. (2002). *Følelsen av hva som skjer. Kroppens og emosjonenes betydning for bevisstheten*. Oslo: Pax Forlag.
- Damasio, A. R. (2004). *På leting etter Spinoza. Glede, sorg og den følende hjernen*. Oslo: Pax forlag.
- Downing, G. (1996). *Kroppen och ordet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.

- Freud, S. (1912/1992). Om overføringens dynamikk. I O. A. Olsen & S. Kjøpe (Red.), *Avhandlinger om behandlingsteknik* (ss. 111–110). København: Hans Reitzels Forlag.
- Gibson, J. J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Heller, M., & Haynal, V. (1997). A doctor's face: Mirror of his patient's suicidal projects. I J. Guimon (Ed.), *The body in psychotherapy* (ss. 46–51). Basel: Karger.
- Holte, A. (2000). Basal kommunikasjonsforskning. Har psykoterapeuter noe å lære? I A. Holte, M. H. Rønnestad, & G. H. Nielsen (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis* (ss. 224–253). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- James, W. (1890/1983). *The principles of psychology*. London: Harvard University Press.
- Kaplan-Solms, K., & Solms, M. (2002). *Clinical studies in neuro-psychoanalysis. Introduction to a depth neuropsychology*. New York: Karnac.
- Keleman, S. (1985). *Emotional anatomy*. Berkely: Center Press.
- Killingmo, B. (2002, september). Video av foredrag på «Seniorseminaret», Norsk Karakteranalytisk Institutt, Oslo.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kugiumutzakis, G. (1998). Neonatal imitation in the intersubjective companion space. I S. Bråten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (ss. 63–88). Cambridge: Cambridge University Press.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (2002). *A spirit of inquiry. Communication in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Magnussen, S., & Overskeid, G. (2003). Noen sentrale temaer i vitnepsykologisk forskning – anno 2003. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 188–203.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1995). Infants' understanding of people and things: From body imitation to folk psychology. I J. L. Bermudez, A., Marcel & N. Eilan (Eds.), *The body and the self* (ss. 43–69). Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1998). Infant intersubjectivity: Broadening the dialogue to include imitation, identity and intention. I S. Bråten (Ed), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (ss. 47–62). Cambridge: Cambridge University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag.

- Merleau-Ponty, M. (1945/1996). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Nylund, T., & Sletvold, J. (2002). *Getting to know by imitation. Aspects of training in body-psychotherapy*. Presentation at the 6th International Congress of Body-Psychotherapy. Naples-Ischia, 27 - 31 October 2002. Notat. Norsk Karakteranalytisk Institutt, Oslo.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Pesso, A. (1997). *Pesso Boyden System Psychomotor*. I C. Caldwell (Ed.), *Getting in touch: A guide to body-centered therapies* (ss. 117–152). Wheaton, IL: Theosophical Publishing House.
- Philipson, T. (1951). Identifiseringsprosessenes betydning og mekanisme. *Impuls*, 1–2, 1–4.
- Reich, W. (1949/1972). *Character analysis*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L. & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 661–670.
- Schacter, D. L. (1996). *Searching for memory*. New York: Basic Books.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Skjervheim, H. (1976/2001). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Sletvold, J. (2002). Karakteranalyse, kropps-regresjon og ny start. En drøfting av rammer og retningslinjer for terapeutisk regresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 416–425.
- Sletvold, J., & Strand, N. (2003). Vi har nedvurdert emosjonene. Intervju med Arne Øhman. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 880–882.
- Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world. An introduction to the neuroscience of subjective experience*. New York: Other Press.
- Stark, M. (1999). *Modes of therapeutic action: Enhancement of knowledge, provision of experience, and engagement in relationship*. New Jersey: Jamson Aronson.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. USA: Basic Books.
- Stern, D. N. (2003). *Spebarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C. et al. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903–922.

- Stern, S. (1994). Needed relationship and repeated relationship. An integrated relational perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 18, 317–345.
- Strand, N. H. (1991). På vei mot en «global teori». Konsekvent karakteranalyse, vegetoterapi og akupunktur. I A. Faleide, R. Grønseth, & E. Grønseth, E. (Red.), *Karakteranalytisk vegetoterapi. I kjølvannet av Wilhelm Reich* (ss. 159–182). Oslo: Spartacus Forlag.
- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253–265.