

**Å kjenne mønstrene innenfra: Forskjeller og møtepunkter  
mellom relasjonell og emosjonsfokuset psykoterapi**

Per-Einar Binder , Aslak Hjeltnes , Geir Høstmark Nielsen og Elisabeth Schanche

## **Å kjenne mønstrene innenfra: Forskjeller og møtepunkter mellom relasjonell og emosjonsfokusert psykoterapi**

Emosjonsfokusert terapi søker endring ved å fokusere på opplevelsen av emosjoner her-og-nå.

Relasjonell dynamisk psykoterapi utforsker og utfordrer mønstre i fortid og nåtid. Hvordan kan disse terapiformene best utfylle og berike hverandre?

Psykoterapi er en relasjon med endring som formål, og hvor emosjonelt betydningsfulle livstemaer erfares, utforskes og får ny mening. Relasjon, mening og emosjon har fått økt fokus innenfor psykoterapifeltet i de siste tiårene. Både endring av relasjonsmønstre (Castonguay & Hill, 2012; Wachtel, 2008) og økt evne til å oppleve og uttrykke følelser (Greenberg, 1997; McCollough Vaillant, 1997) har vist seg vesentlig for terapeutisk endring. Mennesker gir mening til hvem de er og hva de opplever, gjennom samhandling med andre, både i sine nære relasjoner og som aktører i samfunnet. Interpersonlige mønstre kan både låse og begrense erfaringen av en selv, andre og ens egne valgmuligheter, eller de kan være åpne, fleksible og kreative og gjøre det mulig å nyskape seg selv i møte med livets ulike utfordringer. Våre følelser oppstår innenfor forhold til andre mennesker hvor de både *får* og *gir* form til disse relasjonene.<sup>1</sup>

Relasjonell dynamisk psykoterapi springer i hovedsak ut fra psykoanalysen.

Opplevelsesorientert og emosjonsfokusert terapi (EFT) har historiske røtter i humanistisk psykoterapi. Mens relasjonelle dynamiske tilnærminger hovedsakelig fokuserer på repeterende mønstre i relasjoner og frigjøring fra disse, vil humanistisk terapi fokusere på her-og-nåopplevelse og heling gjennom å utvide området for emosjonell erfaring som kan oppleves og erkjennes. Da både endring av repeterende relasjonelle monster og økt kapasitet for oppmerksomhet på umiddelbar indre erfaring er vesentlige målsettinger for terapeutisk endring, vil det kunne være både teoretisk fruktbart og klinisk berikende å selektivt integrere elementer fra de nåtidige relasjonelle dynamiske terapiformene med de humanistiske og emosjonsfokusererte.

Endring av relasjonsmønstre og økt evne til å oppleve og uttrykke bestemte emosjoner har vist seg vesentlig for terapeutisk endring. Dette kan sies på grunnlag av inngående prosessforskning,

---

<sup>1</sup>I det følgende vil vi bruke «affekt» og «emosjon» som synonyme benevnelser når vi beskriver den fenomenologiske erfaringen av å ha følelser. Ledende psykoterapiteoretikere synes å ha preferanse for enten det ene eller andre begrepet, men i praksis blir de benyttet for å beskrive samme kliniske fenomener.

og klinisk erfaring har naturlig også kommet til uttrykk i moderne psykoterapiteori (Greenberg 1997; Silberschatz, 2005). Fra dette utgangspunktet vil vi i det følgende presentere modeller som forsøker å integrere klinisk fokus på henholdsvis relasjon og emosjon. Vi vil deretter undersøke og drøfte følgende problemstillinger:

- a) Hvordan skal vi forstå den rolle og vekt emosjoner blir tillagt i henholdsvis relasjonell dynamisk og humanistisk emosjonsfokusert terapi?
- b) Hvordan kan relasjonsperspektiv og emosjonsperspektiv integreres på en klinisk meningsfull måte i psykoterapiteori og psykoterapeutisk praksis?

### **Emosjoner i relasjonell korttids dynamisk terapi**

Begrepet «relasjonelle dynamiske terapiformer» rommer et mangfold av tilnærminger. I de opprinnelige interpersonlige og relasjonelle modellene lå hovedvekten på å utforske mening og mønstre i pasientens relasjonelle liv, og det ble anbefalt å bruke terapirelasjonen aktivt som et medium i både utforskningen og endringen av disse mønstrene (Alexander & French, 1946; Levenson, 1983; Mitchell, 2000). I flere av de nyere og mer integrative tilnærmingene ser vi en større opptatthet av også å vekke emosjoner, øke rommet for emosjonserfaring og bearbeide forsvar mot slike erfaringer (Fosha, 2000; Maroda, 2010; Levenson 1995, 2010; McCullough Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003; Wachtel, 2011; Wallin, 2007; Lemma, Target & Fonagy, 2012). Noen av disse nyere modellene er korttidsterapier (Fosha, 2000; Levenson, 1995; McCullough Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003; Lemma et al. 2012), mens andre er mer orientert mot langtidsterapi (Maroda, 2010; Wachtel, 2011; Wallin, 2007). Av plasshensyn vil vi her fokusere på to av de nevnte korttidsmodellene. Disse illustrerer på en relativt konkret måte ulike dynamiske innganger til arbeidet med emosjoner, eller mer spesifikt: Økt bevissthet om og bearbeiding av forsvar mot emosjonserfaring, identifisering av emosjonenes plass innenfor interpersonlige mønstre, samt anvendelse av terapirelasjonen som en «trygg base» for tilgang til nye, friere og mer adaptive former for emosjonserfaring.

#### **Levenson – emosjonelle relasjonsmønstre**

Hanna Levensons (1995, 2010) modell betoner viktigheten av å identifisere og bidra til endring av pasientens interpersonlige stil og mellommenneskelige mønstre, både i det «virkelige» liv og i

terapirommet. Levenson bygger på Strupp og Binder (1984) sin opprinnelige modell for tidsavgrenset dynamisk psykoterapi, men hun utvider den både i mer relasjonell (Levenson, 1995) og, etter hvert, også emosjonsorientert (2010) retning. Selve kjernen i modellen kan oppsummeres som å identifisere og endre maladaptive sirkulære mønstre bestående av:

- 1) *Egne handlinger* – som innbefatter alle typer interpersonlig aktivitet (for eksempel å se ned når en snakker med en autoritet).
- 2) *Forventninger om andres reaksjoner* – forventede reaksjoner fra andre på egne spesifikke handlinger («dersom jeg sier ifra, vil jeg bli mislikt»).
- 3) *Andres handlinger mot en selv* – observerte handlinger fra andre som blir antatt å stå i en spesifikk relasjon til ens egne handlinger («jeg blir ignorert når jeg prøver å si ifra»).
- 4) *Egne handlinger mot en selv* (introjekter) – hvordan en behandler seg selv i relasjon til 1, 2 og 3; f. eks. selv-kontrollerende, straffende, bekreftende («når jeg snakker med en autoritet, blir jeg mislikt og ignorert, og dette viser bare hvor håpløs jeg er»).
- 5) *Interaktiv motoverføring* – hva er terapeutens reaksjoner på pasienten? Hva kjenner hun eller han seg dradd i retning av å gjøre, eller ikke gjøre? Hva skjer i terapeutens hode, følelser og kropp?

En persons grunnleggende interpersonlige eller relasjonelle mønstre formes tidlig i livet, der for eksempel underkastende atferd kan være en måte å unngå avvisning fra en omsorgsperson på. Samtidig opprettholdes mønstrene i relasjoner her og nå, både gjennom egne forventninger og gjennom atferd som frembringer svar fra andre, og som ofte er helt på tvers av hva pasienten dypest sett ønsker seg eller har behov for. I sine tidlige arbeider la Levenson stor vekt på hvordan pasientens maladaptive mønstre direkte vil manifestere seg også i terapirommet og vil kunne brytes der ved at terapeuten opptrer på tvers av pasientens negative forestillinger og forventninger. Både forskning (Connolly, Crits-Christoph, Demorest et al. , 1996) og klinisk erfaring har imidlertid vist at slike mønstre i relativt ofte *ikke* manifesterer seg i terapirelasjonen i løpet av en korttidsterapi, spesielt i arbeid med ikke-personlighetsforstyrrede pasienter. Like fullt vil også terapier hvor en arbeider med relasjonsmønstre uten at de på noen vesentlig måte viser seg i overføringen, kunne ha god effekt. I sin nyeste presentasjon av modellen vektlegger Levenson (2010) derfor like mye det å oppfordre og hjelpe pasienten til å ta steg mot økt observasjon og forsøk på å forstå emosjonelle og interpersonlige

episoder og tildragelser *utenfor* terapirommet. Samtidig legger hun også større vekt på å hjelpe pasienten til å få tilgang på affekter som er spesifikt knyttet til sentrale maladaptive mønstre, fremme oppmerksomhet på disse affektene og ta i bruk strategier som kan gi dypere emosjonell erfaring, i tillegg til å bruke terapirelasjonen affektregulerende. Slik blir terapisisituasjonen en arena for å bli kjent med og trygg på egen emosjonserfaring, og der mønstre utforskes og utfordres på måter som kan fremme endring.

*Endring av relasjonsmønstre og økt evne til å oppleve og uttrykke bestemte emosjoner har vist seg vesentlig for terapeutisk endring*

### **Fosha – terapirelasjoner som gir ny emosjonserfaring**

Diana Fosha (2000) legger i sin modell hovedvekt på selve terapirelasjonen, eller mer spesifikt: Hvordan det emosjonelle møtet mellom pasient og terapeut fasiliterer økt opplevelse av utviklingsfremmende emosjoner. En emosjonelt reseptiv og engasjert terapeut er en nødvendig betingelse for endring, og terapien må fungere som et «holdende miljø» som gir pasienten trygghet til å kjenne på og uttrykke viktige følelser. Foshas tilnærming er mer utpreget prosessorientert enn prosedyreorientert. Hun er samtidig opptatt av at terapeut og pasient sammen skal utforske og integrere opplevelsen av selve endringsprosessen: «Hvordan har det vært for deg å slippe til opplevelsen av sårbarhet, slik du gjorde denne timen». Fosha beskriver dette som «metaterapeutisk prosessering» av autentiske og adaptive emosjoner. Hensikten er å konsolidere viktige terapeutiske erfaringer som pasienten skal kunne dra nytte av i videre emosjonell vekst og positiv endring. Dette innebærer også økt bevissthet og validering av positive følelser, slik som glede og stolthet over mestring, sorg over det som forårsaket smerten, foruten at pasienten får mulighet til å uttrykke takknemlighet for eller andre reaksjoner hun eller han har på å motta bekreftelse. Tilknytningsmønstrene er ifølge Fosha avgjørende for hvordan pasienten mest typisk regulerer emosjoner. Pasienter med et «avvisende» tilknytningsmønster vil gjerne overregulere følelser – hva hun omtaler som «dealing, but not feeling». Pasienten opprettholder sine relasjoner ved å minimere det affektive og unngå emosjonell kontakt med den andre, men like fullt med høy fysiologisk aktivering. Pasienter med et «preokkupert» tilknytningsmønster vil på sin side primært underregulere emosjoner, kjenne mye angst og ofte oppleve seg overveldet av affekt – «feeling, but not dealing». Pasienter med et «disorganisert» tilknytningsmønster vil oppleve høy angst og overveldende affekt som ikke kan uttrykkes eller reguleres i møte med den andre – «not feeling and not dealing». Motsatt vil trygg tilknytning innebære «feeling and dealing while relating» – en

fleksibel måte å kjenne, regulere og uttrykke følelser på i relasjoner med andre. Særlig i arbeid med pasienter som overregulerer emosjoner, er det avgjørende å kunne identifisere og bevisstgjøre forsvar mot affektoplevelse og hemmende emosjoner, slik som skyld, skam og angst for tap som blokkerer opplevelse av mer adaptive affekter. Fosha fremhever betydningen av å skape en aksepterende og empatisk relasjon som gir trygghet til å løse opp eller gi slipp på forsvaret heller enn å «konfrontere» eller «nedkjempe» det. Hovedpoenget er å hjelpe pasienten til en tilstand av oppmerksom kontakt med vesentlige sider av egen emosjonelle opplevelse, og der han eller hun kan oppleve «kjerneaffekter», dvs. affekter som erfares uforbeholdent og kroppslig. Slik affektoplevelse anser Fosha som helende, gjennom at den bidrar til økt vitalitet og mening, mestringsopplevelse og kontakt med behov som gir rom for sunne handlingstendenser.

### **Emosjonsarbeid i humanistisk og emosjonsfokuset terapi**

Innenfor humanistisk og nyere «opplevelsesorientert» eller «emosjonsfokuset» psykoterapi er en opptatt av hvordan det å bli oppmerksom på og kunne uttrykke og gi mening til indre erfaring og emosjoner i seg selv er endringsfremmende (Gendlin, 1962, 1982, 1996; Greenberg, 1997, 2002, 2011; Rogers, 1951, 1957). I emosjonsfokuset terapi (EFT) vektlegges både å «følge» pasienten empatisk og samtidig «lede» han eller henne inn i emosjonell erfaring. Rogeriansk empatisk refleksjon blir integrert med emosjonelt evokative teknikker som historisk sett har bakgrunn i gestaltterapi. Til sammen gir dette en balanse som bidrar til at affektoplevelse blir holdt på et moderat nivå som pasienten faktisk kan nyttiggjøre seg. Slik blir problemet med overveldende og ikke-produktiv emosjonell aktivering unngått. En ser at et tydelig terapeutfokus på emosjoner og indre erfaring gir økt emosjonsopplevelse i terapien, og at en moderat grad av aktivering av affekt midtveis og utover i terapiens andre halvdel fasiliterer endring (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). Samtidig synes det å være kvaliteten på den terapeutiske relasjon og allianse som er avgjørende for om aktivering av emosjoner vil gi positiv endring eller ikke (Iwakabe, Rogan & Stalikas, 2000).

### **Prinsipper for arbeid med følelser i emosjonsfokuset terapi**

I EFT fremheves relasjonelle prinsipper som ubetinget positiv aksept, empati og kongruens – i tillegg til spesifikke metoder for bearbeiding av emosjonelle problemer (Elliott et al., 2004). I denne arbeidsmåten rettes fokus på emosjon i seg selv, og et stikkord er å «følge den emosjonelle smerten». Slik vil en hjelpe pasienten til å forholde seg på en nærværende og aksepterende måte til emosjonell

erfaring som ellers kjennes smertefull og u håndterlig. Emosjonell inntoning og empatisk utforskning virker sammen med terapeutens aktive rolle i å lede det terapeutiske arbeidet inn mot endring av maladaptive emosjonelle reaksjonsmønstre. Målet for emosjonsfokuset terapi er å aktivere og endre problematiske strukturer i emosjonell erfaring.

Emosjoner er, ifølge EFT -modellen, medfødte adaptive systemer som gir informasjon om viktige personlige behov og mobiliserer til handling i ulike situasjoner (Elliott & Greenberg, 2007). Terapien skal gi pasienten mulighet for å utvide sin affektoleranse, bruke emosjoner som informasjon om relasjoner og selv-forhold, foruten å bruke emosjoner som informasjon om egne behov. Det siste momentet peker også mot endring i atferd og relasjonsmønstre; når følelser hjelper en til å bedre forstå egne behov, er en også bedre rustet til å gjøre valg og utvikle måter å handle på som lettere gjør at behov blir oppfylt i møte med andre.

*En persons grunnleggende interpersonlige eller relasjonelle mønstre formes tidlig i livet*

Emosjoner blir altså ansett som en primær kilde til informasjon om hvordan ting går med en selv og andre. Sinne oppstår når vi opplever at noen overskrider våre grenser eller motarbeider oss. Sorg oppstår når vi taper en relasjon eller en mulighet av betydning for oss. Angst forteller om trusselen om at vi selv eller våre relasjoner kan bli skadet. Gleder oppstår når vi kjenner oss anerkjent eller opplever kontakt, når vi får noe fra andre, eller når vi gir noe til dem, når vi mestrer, skaper og får noe til. Emosjoner forteller om hvordan det står til med oss når det gjelder behov vi har. Og disse behovene gis i sin tur form og mening i relasjoner; kanskje forteller sinne at vi trenger å si ifra eller på annen måte sette en grense, sorg kan fortelle om behov for trøst eller å søke nye relasjoner, mens angst kan si noe om behov for trygghet eller om nye erfaringer vi trenger å gjøre oss for å finne ut om trusler er reelle.

I EFT tenker en at ulike emosjonelle prosesser krever ulike terapeutiske grep (Greenberg & Paivio, 1997). *Primære adaptive emosjoner* (f.eks. sinne overfor en grenseoverskridelse, tristhet i møte med en tapsopplevelse) er personens mest direkte og naturlige respons i en situasjon. Primære adaptive emosjoner er spontane og informative responser på hvordan ting går i livet. En EFT -terapeut søker å hjelpe pasienten til være oppmerksomt til stede i disse emosjonene og behovene de forteller om – og derigjennom gjøre valg om endrede handlemåter.

*Sekundære reaktive emosjoner* (f.eks. anklagende sinne som respons til tristhet eller håpløshet som respons til frustrasjoner) er tillærte maladaptive responser som fungerer som beskyttelse mot

adaptive emosjoner. Sekundære reaktive emosjoner er resultat av relasjonserfaringer hvor de primære emosjonene ikke har fått plass og derfor oppleves overveldende, truende og blir holdt på avstand gjennom en sekundær følelse. For eksempel kan en bli sint der en dypest sett er trist. I en terapeutisk prosess vil en identifisere og aktivere den underliggende adaptive emosjonen, som i sin tur vil kunne endre slike reaksjoner.

*Primære maladaptive emosjoner* (f.eks. skam- eller angstbaserte grunnopplevelser) oppstår som direkte responser til bestemte situasjoner, men innebærer fastlåste og dysfunksjonelle emosjonelle reaksjonsmønstre som hindrer tilgang til mer adaptive emosjoner og autentiske behov. I terapi vil en arbeide med å bedre reguleringen av primære maladaptive emosjoner og fremme tilgangen til de adaptive følelsene som tidligere er blitt stoppet.

EFT -terapeuten tar utgangspunkt i fire forskningsbaserte prinsipper for endring av emosjoner: Bevisstgjøring, regulering, refleksjon og transformasjon (Greenberg & Watson, 2006). *Emosjonell bevisstgjøring* innebærer å hjelpe pasienten til å kjenne og akseptere primære adaptive emosjoner på et dypere erfaringsnivå – for eksempel å bli oppmerksom på tristhet, sinne og glede når de vekkes både i kropp og sinn. *Emosjonell regulering* vil si å fremme evnen til å erfare og uttrykke ulike emosjoner på en balansert måte – for eksempel å kunne formidle innholdet i sin følelserfaring på en åpen kommuniserende måte til nære andre. *Refleksjon over emosjoner* innebærer å symbolisere traumatiske emosjonelle minner i meningsbærende narrativer som styrker pasientens selvopplevelse – for eksempel å komme i fortellerposisjon med hensyn til overveldende hendelser og opplevelsen av disse. *Emosjonell transformasjon* betyr at maladaptive emosjonelle tilstander søkes endret på et dypere nivå gjennom å erstatte dem med adaptive emosjonelle tilstander. For eksempel kan en underliggende maladaptiv skamfølelse knyttet til å være «defekt» eller «verdiløs» endres gjennom aktivisering av adaptiv tristhet eller sinne til en ny emosjonell opplevelse, der klienten kan kjenne selvmedfølelse eller rett til å ha sine egne behov i møte med andre.

### **Å integrere arbeid med mønstre og direkte erfaring av emosjoner**

Emosjonsfokusert terapi er i sin form uredd når det gjelder å vekke og bruke emosjonserfaring terapeutisk. Dette er en styrke, men kan også bli en begrensning ved modellen, sammenlignet med de psykodynamiske. Rent pragmatisk og empirisk ser vi at det er en ureddhet som mange pasienter vokser på og tjener på. Samtidig har vi erfart, særlig når vi i undervisningssammenhenger



på Universitetet i Bergen benytter DVD-er med Greenbergs eget pasientmateriale, at gjerne halvparten av et psykologistudentkull rent intuitivt opplever at hans terapistil blir *for* ledende inn i emosjonsopplevelse. Når såpass mange kommende fagfolk opplever det slik, vil det være stor sannsynlighet for at også mange pasienter opplever det på liknende måte. I og for seg vil en kunne få samme respons ved atferdsterapeutisk angsteksponering, som også er eksempel på at en intervensjon både kan fremstå i overkant intens og samtidig være meget virksom. Men det kan være grunn til å fremheve at all bruk av emosjonelt aktiverende øvelser må ledsages av den humanistiske psykoterapiens hovedpremiss om en kontinuerlig utforskning av pasientens opplevelse av mening, trygghet og relevans i forhold til hva som foregår i timen. I alle terapiformer vil feedbackprosesser være nødvendig både for å sikre godt utfall og for å hindre forverring (Lambert, 2010). Et annet og sentralt moment som vanligvis er tydeligere vektlagt i dynamisk psykoterapi, er at det kan være grunn til å etterlyse de mer rolige og ettertenksomme delene av en terapi der en utforsker relasjonelle mønstre og meningssammenhenger i pasientens liv. Vår identitet og våre emosjoner er også narrativt strukturert (Angus, 2012; Bruner, 1990; Bromberg, 2011). Historien om «hva som har skjedd meg og hva jeg har gjort» peker frem mot «hvem jeg skal bli», og omvendt: Den mulige fremtid vi forestiller oss å være på vei mot, preger hvordan vi fortolker vår fortid. Det å identifisere seg for sterkt med sine tanker om hvem man er, og sin selv-fortelling, vil i seg selv kunne bli låsende og livsinnskrenkende (Leary, 2004). Oppmerksomhet på følelser her og nå kan være viktig for å bryte ut av og korrigere slike selvfortellinger. Samtidig vil det å bedre sitt forhold til en adaptiv følelse – for eksempel å bli trygg på å kjenne på og uttrykke tristhet eller sinne – ha konsekvenser for hvordan en skal forstå sentrale hendelser i livshistorien. Hvordan skal en forstå det som skjedde der akkurat denne følelsen ikke ble anerkjent og sett av nære personer i oppveksten? Hvordan kan en selv senere ha foretatt uhensiktsmessige manøvrer i relasjoner fordi en har assosiert tristhet med svakhet eller sinne med fare? Samhandlingsmønstre kan ha en sterk tendens til å gjenta seg i kraft av å ha fått en vanemessig utforming som «maladaptive sykliske mønstre» (Levenson, 2010, Wachtel, 2011). En viktig problemstilling blir derfor: Hvordan skal en arbeide med å utvikle nye og friere mønstre som er mer i tråd med både egne og andre nære personers behov i fremtiden?

Kanskje skjer den emosjonsfokuserede terapiens vektlegging av følelser og fantasier som utspiller seg i nåtidsaksen, iblant for sterkt i forhold til den lineære tidsaksen som går fra fortid til fremtid, og som vi ellers i livet rammer inn i fortellinger. Vesentlig er det her at så vel narrativ restrukturering (Angus, 2012) som endring av relasjonelle mønstre (Binder 2004;

Castonguay & Hill, 2012; Silberschatz 2005) også viser sammenheng med godt utbytte av terapi. Den integrering av emosjon i arbeid med relasjonsmønstre som vi finner hos blant andre Levenson, danner et balansepunkt, selv om modellen hennes (i hvert fall foreløpig) ikke har et like presist og velutbygd intervensjonsrepertoar for arbeid med ulike typer av emosjonelle problemer. Et interessant integrasjonsforsøk finner vi også i Greenbergs samarbeid med Lynn Angus om narrativer i emosjonsfokuset terapi (Angus & Greenberg, 2012).

En kort vignett fra en autentisk psykoterapi kan illustrere noe av betydningen av å integrere et fokus på relasjonsmønstre og emosjonell «her og nå»-erfaring:

En deprimert kvinnelig pasient tidlig i tyveårene midtveis i en 20-timers korttids terapi sliter med sterk selvkritikk, tilsynelatende særlig knyttet til akademiske prestasjoner. Terapeuten integrerer en tustolsøvelse fra emosjonsfokuset terapi, hvor pasienten setter seg i en annen stol og «spiller» den destruktive versjon av sin egen indre kritiker ved å henvende seg til stolen hun pleier å sitte i og fremføre den kritikken som vanligvis utspiller seg inni henne. I tillegg til å anklage seg selv for å være dum, lat og udugelig kommer det snart frem at hun anklager seg selv for å være tykk, utiltalende og umulig å være glad i. Etter noe tid foreslår terapeuten at hun setter seg tilbake i stolen, og spør henne hvordan det kjennes å høre disse budskapene. Hun sier først at hun er enig i at hun er ganske dum. Terapeuten fokuserer videre på følelsen – hvordan det kjennes å høre at hun er dum. Hun beskriver at hun føler seg skamfull, og også ensom, utenfor og forlatt. Terapeuten inviterer henne til å beskrive mer av hvordan disse følelsene oppleves både i kropp og forestillingsliv. Pasienten gråter og uttrykker først en del smerte og låsning i brystet forbundet med tristhet, som terapeuten også etter beste evne tilstreber å empatisk reflektere. Pasienten synes å føle seg møtt og støttet av dette. Etter hvert kommer det også opp en del sinne og følelse av å være sviktet, og terapeuten oppfordrer pasienten til å artikulere sin egen opplevelse av å bli angrepet, tilbake til den indre kritikeren. Etter hvert arbeider de også med å artikulere hva hun hadde trengt å høre – at noen ser hun er en som jobber og strever med å få ting til, at hun vil andre vel, at hun trenger trøst og oppmuntring, at hun fortjener å bli verdsatt. Dette arbeidet strekker seg over flere timer, og fungerer konstruktivt på flere nivåer. Hun lar tristhet og sinne

slippe til i sin indre verden, i kropp og tanke, og blir tryggere på å artikulere disse følelsene, noe som også hjelper henne i relasjonen til kjæresten og et par venninner. Og hun utvikler mer empati med seg selv og den delen av henne som har det vondt og blir utsatt for kritikk og angrep innenfra. Samtidig reiser det seg en del spørsmål i henne: Hvor kommer denne kritikeren fra? «Den høres ut som mamma på en veldig dårlig dag.» Hvor kommer denne tristheten fra? Hvor kommer den fra, denne følelsen av ensomhet inni meg? Mye av dette er også del av en ung persons søken rundt spørsmålet «hvem er jeg?». En følelse av å være avhengig av terapeuten for å ha det godt har også dukket opp, og er nok noe truende for begge parter, særlig ettersom de vet at de har et begrenset antall timer til rådighet. Følelsen av å være trist og forlatt, og frustrert på den som har forlatt henne, er både en ny og en gammel historie. Pasientens forhold til mor blir utforsket mer inngående, at hun her opplevde en rekke krav rettet mot seg, uten at hun opplevde innlevelse i sin egen tristhet når motgang satte inn. Tristhet og forlatthet ble særlig sterke temaer da far flyttet ut, og i realiteten distanserte seg fra både mor og datter. Utforskning av denne delen av historien gir også åpninger inn mot opplevelse av sinne og svik i forhold til far, som igjen er emosjoner hun får hjelp til å bli kjent med rent konkret gjennom emosjonsfokusede teknikker. Samtidig gis det rom for å utforske relasjonsmønstre preget av hvordan skuffelsene har gjort at hun har «kapslet seg inn» og unngått visse former for dyp kontakt med andre. De utforsker også om det kan være paralleller mellom pasientens savn av en farsfigur, avhengigheten hun kjenner overfor terapeuten, og frustrasjonen denne avhengigheten lett vekker i henne. I denne terapien velger de altså å gå videre på å forstå dette mønsteret, både gjennom historien om det som har vært, og i historien om det som utspiller seg i relasjonene her og nå, inkludert terapirelasjonen.

Dette lille utdraget fra en faktisk terapi illustrerer flere poenger knyttet til å integrere relasjonelle dynamiske perspektiver og emosjonsfokusede arbeidsmåter. De emosjonsfokusede arbeidsmåtene gir et grunnlag for å arbeide systematisk og direkte med den indre selvkritikken og bearbeide følelsene av tristhet og frustrasjon som synes å ligge til grunn for depresjonen. Det gir også en direkte måte å arbeide med økt selv-aksept og selvomsorg på. Alt dette bidrar til en tydelig bedring av pasientens depresjon. Samtidig synes arbeidet med å forstå relasjonelle mønstre å styrke

henne – ikke bare hennes følelse av identitet, men også ved at hun kjenner seg tryggere på følelsene når hun opplever å forstå mer av hvorfor hun har det på akkurat denne måten. I tillegg gir samtalen om engstelse for å bli avhengig av terapeuten og kjenne frustrasjon i forhold til ham mer trygghet i relasjonen. Dette blir dessuten en inngang til å se nærmere på hvordan hun også er engstelig for å knytte relasjoner til andre av frykt for å bli avhengig på en måte som gjør henne sårbar. I sin tur bidrar dette til at hun rent konkret endrer noe på sitt mønster og våger å vise dypere følelser overfor kjæresten.

*Opplevelsesorientert og emosjonsfokusert terapi har historiske røtter i humanistisk psykoterapi*

En slik integrasjon av emosjonsfokusert arbeid og utforskning av relasjonsmønstre blir opplevd som dypt meningsfullt og endringsfremmende for mange pasienter, men vil for enkelte også kunne bli for krevende eller ikke oppleves relevant for deres problem. For den enkelte pasient vil en gjøre vurderinger av om det primært er behov for den direkte emosjonsfokuserte arbeidsformen, et mer reflekterende dynamisk modus eller valg av mer symptomfokuserede eller støttende/stabiliserende måter å arbeide på. En integrativ innfallsvinkel til arbeid med emosjoner i terapi gir etter vårt syn en mulighet til nettopp å skreddersy arbeidsformen til den enkelte pasients behandlingsbehov og preferanser.

## Konklusjon

Mens relasjonelle dynamiske terapiformer tradisjonelt har lagt hovedvekt på å forstå og endre relasjonelle mønstre i pasientens liv, har de humanistiske terapiformene oftest lagt hovedvekten på emosjonell her-og-nå-erfaring. I nyere relasjonsorienterte dynamiske bidrag og i den emosjonsfokuserede terapien møtes og integreres den lineære, narrative aksene og her-og-nå-aksene på klinisk svært anvendelige måter. Pasient og terapeut har da mulighet til å veksle fleksibelt mellom å arbeide direkte med å hjelpe pasienten til økt oppmerksomhet mot og toleranse for egne emosjonelle tilstander og å utforske og utfordre relasjonelle mønstre som disse tilstandene inngår i.

## Referanser

Alexander, F. & French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York: Roland Press.

- Angus, L. (2012). Toward an integrative understanding of narrative and emotion processes in Emotion-focused therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research*, 22(4), 367–380
- Angus, L. E. & Greenberg, L. S. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Binder, J. L. (2004). Key competencies in brief dynamic psychotherapy. Clinical practice beyond the manual. New York: Guilford.
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunami - and the growth of the relational mind*. New York: Routledge.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Boston: Harvard University Press.
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Demorest, A., Azarian, K., Muenz, L., & Chittams, J. (1996). Varieties of transference patterns in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1213–1221.
- Elliott, R.; Watson, J. C.; Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R. & Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 241–254.
- Fosha, D. (2000). *The transformative power of affect*. New York: Basic Books.
- Gendlin, E. T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning; A philosophical and psychological approach to the subjective*. New York: Free Press of Glencoe.
- Gendlin, E. T. (1982). *Focusing*. New York: Bentam.
- Gendlin, T. E. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Geller, S. M. & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love and power*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy. A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 62, 611–630.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2006). *Emotionfocused therapy for depression*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Iwakabe, S., Rogan, K. & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 375–401.
- Leary, R. M. (2004). *The curse of the self: Selfawareness, egotism and the quality of human life*. New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring and feedback in clinical practice*. Washington: American Psychological Association.
- Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2012). *Brief dynamic interpersonal therapy: A clinician's guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Levenson, E. A. (1983). *The ambiguity of change: An inquiry into the nature of psychoanalytic reality*. New York: Basic Books.
- Levenson, H. (1995). *Time-limited dynamic psychotherapy: A guide to clinical practice*. New York: Basic Books.
- Levenson, H. (2010). *Brief dynamic therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Maroda, K. (2010). *Psychodynamic techniques: Working with emotion in the therapeutic relationship*. New York: Guilford.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: Basic Books.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford.

- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. New York: The Analytic Press.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: Oxford University Press.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Silberschatz, G. (Red.). (2005). *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy*. New York: Routledge.
- Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Paivio, S. & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotionfocused therapy for complex trauma: An integrative approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wallin, D. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wachtel, P. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York : Guilford.
- Wachtel, P. L. (2011). *Therapeutic communication: Knowing what to say when* (2th edition). New York: Guilford.
- Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy*, 33, 262–274.