

**Affektfobi-terapi: Prinsipper for å nærme seg  
følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi**

Elisabeth Schanche , Aslak Hjeltnes , Lene Berggraf og Pål Ulvenes

**Affektfobi-terapi: Prinsipper for å nærme seg  
følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi**

Hvordan kan psykoterapeuter arbeide systematisk med pasienter som unngår følelser gjennom prinsipper for gradvis eksponering?

ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND



Det er dokumentert viktige sammenhenger mellom psykisk helse og evnen til å oppleve og gi uttrykk for egne følelser (Diener & Hilsenroth, 2009; Shedler, 2010). Lav affektbevissthet, lav toleranse

for affekter og vansker med følelsesregulering er vesentlige faktorer i psykiske lidelser. Blant annet involverer kriteriene til halvparten av symptomlidelsene og alle personlighetsforstyrrelsene i DSMIV problematiske emosjonelle reaksjonsmønstre (American Psychiatric Association, 2000). Flere nyere psykoterapeutiske modeller vektlegger den adaptive betydningen av å kunne oppleve, regulere og uttrykke følelser (Della-Selva, 1996; Fonagy et al., 2002; Fosha, 2000; Greenberg, 2011, McCullough-Vaillant, 1997; Monsen et al., 1995).

Innenfor den psykodynamiske tradisjonen vektlegges emosjonelle konflikter som grunnlag for psykiske lidelser (Blatt, 2008; Fairbairn, 1952). En emosjonell konflikt består av en impuls eller følelse (f.eks. sinne, tristhet, nærhet) som genererer angst og forsvar. Den sentrale antakelsen i psykodynamisk psykoterapi er at emosjonelle konflikter ofte er ubevisste. Psykoterapi basert på dynamiske prinsipper har som mål å hjelpe pasienten å bevisstgjøre og bearbeide emosjonelle konflikter, og å forholde seg til følelser med mindre angst og defensivitet (Malan, 2001).

### **Psykodynamisk korttidsterapi**

Freuds samtidige Alfred Adler (1929/1969), Sándor Ferenczi og Otto Rank (1925/1956) eksperimenterte tidlig med å etablere fokus og være mer aktiv som behandler i forsøk på å intensivere psykoanalytisk behandling (for en norsk oversikt, se Nielsen, 2012). Senere bidrag fra Alexander og French (1946) og gruppen omkring Balint og Malan (1963) i Oxford bidro også til utviklingen av fokusert emosjonsarbeid innenfor psykodynamisk korttidsterapi (KDP) (Nielsen, 2012).

Siden 1980 har det oppstått en tredje generasjon av mer relasjonsorienterte KDP -modeller, basert på objektreasjonsteori, interpersonlig psykoanalyse og psykoanalytisk selvpsykologi (Messer & Warren, 1995). De nyere modellene har i økende grad integrert teori og intervensjoner fra andre terapeutiske tilnærminger, som tilknytningsteori, affektteori, atferdsterapi og kognitiv terapi (Fosha, 2000; Levenson, 2010; McCullough- Vaillant, 1997). Et viktig mål for flere av tredjegenasjonsmodellene har vært å kunne inkludere personer med mer alvorlige lidelser, inkludert personlighetsforstyrrelser (Della-Selva, 1996; McCullough-Vaillant, 1997). Inspirert av Wachtels (1977) integrative tilnærming til psykodynamisk terapi har flere tredjegenasjons KDP-terapeuter oversatt sentrale begreper og teoretiske antakelser til et ikke-psykodynamisk språk.

*Affektfobimodellen er en praktisk og integrativ tilnærming til arbeid med emosjonelle konflikter innenfor en avgrenset tidsramme*

Selv om korttids dynamiske behandlingsforløp ikke alltid er kortvarige, dvs. under 40 timer, er den overordnede intensjonen å fremme endring på kortest mulig tid (Malan, 2001; McCullough-Vaillant, 1997; Nielsen, 2012). Felles for KDP-modellene er at terapeuten inntar en aktiv rolle og intervensjoner selektivt for å intensivere og opprettholde fokus på pasientprosesser som antas å fremme løsning på emosjonelle konflikter. Man ønsker i KDP å sette i gang bevegelse i tidligere fastlåste emosjonelle mønstre. Målet er at pasienten vil kunne internalisere den terapeutiske dialogen og andre aspekter ved terapien, og gjennom dette være i stand til å oppnå videre endringer på egen hånd etter endt behandling.

### Konflikt og persontriangelet

På tvers av ulike KDP-modeller benyttes ofte to ulike visuelle modeller for å fokusere det terapeutiske arbeidet med indre konflikter og pasienters overføring av emosjonelle temaer fra fortidige til nåtidige relasjoner. Modellene er basert på to figurer opprinnelig presentert i Karl Menningers bok, «The Technique of Psychoanalysis» (1958). KDP-tradisjonen benevner triangelene som henholdsvis «Konflikttriangelet» og «Persontriangelet» (Malan, 2001). Modellene benyttes aktivt for å etablere fokus gjennom å systematisere informasjon om pasientens historie og vansker. De er i hovedsak ment som et hjelpereidskap for terapeuten, men benyttes også tidvis som pedagogisk virkemiddel i psykoedukasjon og behandlingsplanlegging sammen med pasienten.

Konflikttriangelet (figur 1) er ment å illustrere dynamikken mellom de ulike komponentene i pasientens emosjonelle konflikt. Triangelet består av et nedre hjørne som representerer viktige impulser eller følelser som er konfliktladet for personen. Øvre høyre hjørne representerer angst som er assosiert med disse følelsene. Øvre venstre hjørne representerer personens forsvar og viser hvordan hun eller han prøver å unngå konfliktladede impulser eller følelser; for eksempel at en pasient fremfor å uttrykke nærhet og risikere avvisning lærer seg å skjule behovet for nærhet til andre, eller trekker seg tilbake i situasjoner hvor andre gir uttrykk for nærhet. Slike forsvarsmekanismer er ofte ubevisste, men kan også være automatiserte reaksjonsmåter pasienter selv har innsikt i. Triangelet er plassert med spissen ned for å illustrere at impulser og følelser som dette hjørnet representerer, antas å komme forut i tid, og dermed ligge under eller bak angsten og forsvaret (Malan, 2001).

Persontriangelet (figur 2), også kalt innsiktstriangelet (Coren, 2001), er ment å illustrere hvordan emosjonelle responser som er basert på tidlige erfaringer med signifikante andre, blir overført

til andre mennesker i pasientens liv, inkludert terapeuten. Persontriangelet kan beskrives som en modell for å forstå opprinnelsen til pasientens emosjonelle konflikter og hvordan disse gjentas og gjenoppleves i nåtidige mellommenneskelige forhold; for eksempel hvordan en pasient som har erfart avvisning når hun eller han har søkt nærhet hos foreldrene sine, også vil forvente avvisning i møte med partner og andre betydningsfulle personer. I persontriangelet plasseres erfaringer med tidligere signifikante andre på nedre hjørne for å illustrere at disse ligger bak og preger pasientens erfaringer både med venner, partner og barn (nåtidige andre), samt emosjonelle responsmønstre i samspill med terapeuten.

Triangelne benyttes for å tydeliggjøre målsettingen i korttids psykodynamisk terapi: At pasienten skal kunne forholde seg til sitt eget forsvar og sin angst, og gradvis bli bedre i stand til å være i kontakt med og gi uttrykk for viktige følelser.

Figur 1. Konfliktriangelet

Figur 2. Persontriangelet



### Affektfobimodellen

Leigh McCullough, tidligere forskningsleder ved Modum Bad og tilknyttet Harvard Medical School, utviklet en integrativ modell for affektfokusert dynamisk korttidsterapi hvor læringsteori og atferdsterapeutiske prinsipper står sentralt (McCullough- Vaillant, 1997). Denne modellen ble senere kalt affektfobiterapi (APT) (McCullough et al., 2003a). McCullough startet sin karriere innenfor atferdsterapi. Hun fikk deretter opplæring i en annengenerasjons KDP-modell, kalt Intensive Short Time Dynamic Psychotherapy (ISTDP), utviklet av Habib Davanloo (1978; 1990). Hun valgte senere å utvikle en atskilt og mindre konfronterende psykodynamisk korttidsmodell ut fra erfaringer hun og kollegaer gjorde i forbindelse med en studie hvor Davanloos konfronterende tilnærming ble sammenlignet med en mildere og mindre konfronterende korttidsmodell (Winston

et al., 1994). Begge modeller oppnådde like resultater, men McCullough opplevde den mindre konfronterende tilnærmingen mer tiltalende både for seg selv som behandler og for flere av pasientene som var involvert i studien (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough & Andrews, 2001). McCulloughs filosofi har vært at psykodynamisk psykoterapi kan gjøres mer omfattende og effektiv ved å assimilere sterke aspekter ved andre modeller (McCullough & Andrews, 2001). Hun har hatt en hypotese om at erfarne terapeuter intuitivt tilpasser sin tilnærming nettopp ved å ta i bruk teknikker fra diverse tilnærminger. Dette fikk hun bekreftet da hun observerte videoopptak av korttidspsykodynamiske terapeuter (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough & Andrews, 2001). I utformingen av APT har hun operasjonalisert de sentrale prinsippene i modellen for å legge til rette for opplæring og forskning (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough & Andrews, 2001). I integrasjonslitteraturen er APT blitt kategorisert som en såkalt blandingsmodell (Messer & Warren, 1995), ut fra at modellen har i seg elementer fra tre ulike integrasjonstradisjoner: Teoretisk integrasjon (ved å forene læringsprinsippene eksponering og responsprevensjon med en psykodynamisk konfliktforståelse), teknisk eklektisisme (strategier fra adferdserapi, dynamisk, kognitiv og gestaltterapi) og fellesfaktorer (vektlegger samarbeid mellom terapeut og pasient og åpenhet omkring terapeutiske hypoteser), som beskrevet av Norcross og Newmann (1992).

McCullough så klare fenomenologiske paralleller mellom den funksjonelle dynamikken som oppstår når en person utvikler en fobi for et ytre objekt, og den intrapsykiske dynamikken i emosjonelle konflikter. I begge tilfeller erfares en spesifikk stimulus som truende eller ubehagelig, og motiverer personen til unngåelse. På samme måte som når en person med slangefobi kjenner frykt når hun eller han nærmer seg en slange, vil en person med fobi for tristhet kunne kjenne frykt når tristhet dukker opp. Enten den fryktede stimulus er et ytre objekt eller en indre følelse, vil frykten aktivere forsvarsmekanismer og unngåelsesadferd for holde ubehaget på avstand. For å tydeliggjøre at dynamikken i emosjonelle konflikter kan belyses ut fra atferdsterapeutiske læringsprinsipper, beskrives emosjonelle konflikter i denne modellen som affektfobier (McCullough et al., 2003a). I modellen forstås affektfobier som drevet av angst, men også av skam, skyld og emosjonell smerte (McCullough et al., 2003).

*Modellen integrerer prinsipper og teknikker fra flere terapiformer og introduserer en metode for gradvis eksponering for følelser*

Affektfobimodellen, eller affektfobiterapien, baserer seg i likhet med andre KDP-modeller på en forståelse av affekter som biologisk gitte reaksjons- og informasjonssystemer som fremmer

overlevelsessorientert problemløsning og dermed tilpasning (Darwin, 1890; Tomkins, 1962, 1963). Med andre ord har vi følelser fordi de fungerer som et indre navigasjonssystem som bidrar til å tydeliggjøre behov, opplevelse av mening og en støtte til tenkning og handling. Klinisk affektteori vektlegger imidlertid at affekter kan ha både adaptive og maladaptive funksjoner (Greenberg, 2008; Greenberg & Safran, 1987; McCullough- Vaillant, 1997). I affektobimodellen benevnes affekter ut fra hvilken funksjon de tenkes å ha innenfor en emosjonell konflikt: 1) Affekter som antas å motivere og bevege personen til å handle på en måte som fremmer god tilpasning og kontakt med andre, blir kalt *aktiverende*. Et eksempel er sinne som motiverer til selvhevdelse og god grensesetting, som bidrar til at personen blir tydelig uten å overkjøre og krenke andre. 2) Affekter som har som funksjon å hemme en annen affekt, f.eks. skam, skyld, angst eller emosjonell smerte, blir kalt *inhibitoriske*. Skam, angst, skyld og emosjonell smerte antas ikke å være negativ i seg selv (f.eks. kan skam og skyld inhibere kriminell eller grenseoverskridende atferd), men kan i noen situasjoner bidra til at en person unngår en utfordrende situasjon fremfor å håndtere den på en hensiktsmessig måte. Et eksempel er når det å være i kontakt med og uttrykke sinne vekker angst. Personen vil da være motivert for systematisk å unngå sinne. Unngåelse av sinne vil gjøre det vanskelig å være selvhevdende og sette gode grenser i møte med andre. 3) Affekter tenkes også å kunne fungere som *forsvar*. Et eksempel er en person som gråter i situasjoner hvor hun eller han egentlig er sint. Et tegn på at en affekt fungerer som forsvar, er at affekten ikke synes å gi personen en fornemmelse av lettelse og løsning, men synes å bidra til en opplevelse av fastlåsthet og hjelpeløshet (McCullough- Vaillant, 1997). At en affekt som sinne kan ha ulike funksjoner, at den ikke alltid er hensiktsmessig, og at en terapeut må intervensere ulikt avhengig av om en affekt er overregulert eller underregulert, støttes av forskning på affektregulering (Larsen & Prizmic, 2004).

Affektobimodellen bruker konfliktriangelet pragmatisk for å tydeliggjøre hvilken *funksjon* en affekt antas å ha i en bestemt emosjonell konflikt, med andre ord om affekten antas å fremme eller hemme god tilpasning. For å illustrere at skam, skyld eller emosjonell smerte kan ha en inhibitorisk effekt på andre affekter som f.eks. sinne, nærhet, glede, plasseres disse affektene i det øvre høyre hjørnet av konfliktriangelet (se figur 3):

Den sentrale antakelsen i affektobimodellen er at systematisk unngåelse av aktiverende affekter fører til livsvansker og psykologiske symptomer. Formulert ut fra denne modellen vil en person som har tidligere erfaringer med at det å føle eller gi uttrykk for tristhet har ført til avvisning, straff eller andre ubehagelige erfaringer, kunne utvikle en fobi for tristhet. Det vil da oppstå en



klassisk betinget assosiasjon mellom tristhet og frykt som vil hindre personen fra å identifisere behov og mobilisere ressurser som ligger i tristhet. På denne måten kan mennesker gjennom negative læringserfaringer utvikle fobiske reaksjoner overfor egne følelser, slik en kan utvikle fobier for ytre objekter eller situasjoner. Affektfobier antas å opprettholde symptombildet hos personer som søker psykoterapi. Hovedmålsettingene i affektfobitilnærmingen er å avlære den betingede assosiasjonen mellom aktiverende affekter (f.eks. tristhet, sinne, nærhet) og inhibitoriske affekter (angst, skam, skyld og emosjonell smerte) og å fremme ny læring hvor personen gjør reelle erfaringer med at det å kjenne affekter hun eller han tidligere har unngått, kan gjøre det lettere å navigere i utfordrende situasjoner og bidra til økt indre vitalitet, tydeligere personlige grenser og bedre samspill med andre mennesker.

Affektfobibehandling i sin helhet er ikke en tilnærming som er egnet for alle. En tommelfingerregel er at GAF-nivået (Global Assessment of Functioning Scale) bør være over 50 (se mer inngående diskusjon av dette i McCullough-Vaillant, 1997). Pasienter med en utpreget patologi preget av manglende kontakt med egen kropp, uklar identitet, ustabilitet, manglende impuls kontroll, tendens til selvskading og rusmisbruk vil ha behov for behandling innenfor andre og oftest mer langvarige tilnærminger.

Figur 3. Konfliktriangelet konseptualisert som affektfobi



## Terapeutiske prinsipper i affektfobimodellen

Affektfobimodellen benytter en systematisk atferdsterapeutisk eksponeringsteknikk på emosjonelle konflikter. Modellen består av en serie terapeutiske prinsipper for gradvis eksponering som tenkes å fremme pasienters evne til å være i kontakt med – og gi uttrykk for – følelser de tidligere har unngått (McCullough- Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003a). Prinsippene tenkes å utgjøre stadier i gradvis eksponering og bidra til endring. Det å f.eks. oppnå innsikt i eget forsvar tenkes å være en forutsetning for å klare å senke forsvaret og å komme i kontakt med følelser en tidligere har beskyttet seg mot. Terapeuten gir pasienten direkte tilbakemeldinger når hun eller han observerer noe som tyder på at pasienten er i kontakt med eller unngår affekter. F.eks.: «Jeg legger merke til at du ser bort når du snakker om dette. Er det vanskelig for deg å se på meg?» Pasientens reaksjoner overfor terapeuten er et sentralt fokus i arbeidet med affekter. Terapeuten kan f.eks. utforske hvordan det er for pasienten å vise følelser i timen, og hvilke fantasier dette utløser om terapeutens reaksjoner: «Hva tror du jeg føler overfor deg når du viser tristhet?» Overføringsreaksjoner forstås som defensive responser; pasienten hjelpes til å gjenkjenne, utforske og gi opp følelsene som er knyttet til en forvrengt representasjon av terapeuten, heller enn å bli værende i disse projeksjonene (McCullough- Vaillant, 1997). En pasient som forventer å bli avvist av terapeuten hvis hun eller han gir uttrykk for tristhet, vil bli oppfordret til å utforske om dette stemmer, eksempelvis ved å se opp og undersøke om terapeutens ansikt og blikk faktisk ser avvisende ut. Terapeuten læres opp til aktivt å fokusere på affekt i kontekst av enhver relasjon som diskuteres. Dette tenkes å redusere avhengigheten av overføringsinteraksjoner, slik at heling kan finne sted i den reelle relasjonen mellom pasient og terapeut (Alexander & French, 1946; Mc-Cullough-Vaillant, 1997).

Utformingen av rekkefølgen av prinsipper er basert på videoobservasjoner av terapitimer og kartlegging av kvaliteter eller karakteristika ved prosesser som har ført til endring i KDP (McCullough- Vaillant, 1997). Prinsippene i affektfobimodellen utgjør dermed konkrete strategier for hvordan en terapeut kan fokusere og intervensere for å fremme endring. De enkelte prinsipper er fleksible behandlingsprinsipper som kan tilpasses etter pasientens behov på ulike tidspunkter i løpet av den terapeutiske prosessen, og er ikke tenkt som lineære eller forutbestemte sekvenser i en psykoterapeutisk behandling. Prinsippene er ment som en hjelp til terapeuten for å identifisere hva som er i forgrunnen her og nå, og hva som derfor kan være et hensiktsmessig fokus.

Har pasienten f.eks. et svært høyt angstnivå, kan det være mer hensiktsmessig å fokusere på å utforske og regulere denne angsten fremfor å prøve å eksponere pasienten for andre følelser frykten synes å være assosiert med. Prosessen blir beskrevet som gradvis eksponering og fremført i et språk som vektlegger at det å endre emosjonelle konflikter handler om å øve på å erfare unngåtte følelser og å uttrykke disse på en hensiktsmessig måte. Tiden pasienten går i terapi, kan forstås som en avgrenset periode hvor det avgjørende er å få mengdetrening i å erfare og uttrykke følelser hun eller han tidligere har unngått. Pasienten blir derfor også oppfordret til å nærme seg unngåtte følelser mellom timene. Dette gir mulighet for repetisjon og økt eksponering, som igjen tenkes å være med på å intensivere endringsprosessen.

*Det første prinsippet er å hjelpe pasienten til å gjenkjenne forsvarsmekanismer som blokkerer aktiverende affekter*

### **De spesifikke behandlingsprinsippene i affektobiterapi**

Affektobimodellen presenterer i alt seks behandlingsprinsipper. Prinsippene omhandler hvordan en terapeut kan fokusere og intervensere for å fremme pasientens 1) Innsikt i eget forsvar og emosjonelle konfliktmønster, 2) Motivasjon for å oppgi sitt forsvar og nærme seg tidligere unngåtte følelser, 3) Affektteksponering: eksponering for tidligere unngått følelser i timen, 4), Affektuttrykk: Evne til å gi uttrykk for tidligere unngåtte følelser, 5) Selvopplevelse: evne til å møte seg selv med medfølelse og en realistisk, nyansert og vennlig holdning, og en 6) Opplevelse av andre: evne til å møte andre med medfølelse og en realistisk, nyansert og rettferdig holdning. Vi vil i det følgende kort beskrive og illustrere hvert av disse seks behandlingsprinsippene.

#### **1. Innsikt (forsvarsgjenkjennelse)**

Det første prinsippet innebærer å hjelpe pasienten til å identifisere og gjenkjenne forsvarsmekanismer som blokkerer aktiverende affekter (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003a).

Terapeuten vil her på empatisk måte søke å hjelpe pasienten til å identifisere hvordan ulike konkrete adferdsmønstre blokkerer aktiverende affekter. Dette innebærer validering av hvor nødvendig det har vært for pasienten å beskytte seg mot vonde erfaringer, samtidig som man påpeker mulighet for endring gjennom å forholde seg til sine følelser på en ny måte. Målet er å fremme forståelse og aksept for at disse mønstrene har vært viktige former for beskyttelse i tidligere relasjoner, men at pasienten som voksen har alternative ressurser og handlingsmuligheter:

Jeg legger merke til at når du blir trist, så demper du tristheten med å le. Det å holde humøret oppe må ha vært veldig viktig for deg. Men nå, når du er her hos meg, kan du da være med på at vi ser litt nærmere på hva som gjør deg trist?

## **2. Motivasjon (forsvarsreduksjon)**

Det andre prinsippet innebærer å bygge motivasjon hos pasienten til å redusere sitt forsvar og nærme seg følelser hun eller han tidligere har unngått (McCullough- Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003a). Fokus er utforskning av hvilke konsekvenser det vil ha for pasienten å fortsette å unngå aktiverende affekter (f.eks. konsekvenser i form av symptomer, relasjonsvansker og tapte livsmuligheter). Fokus på hva pasienten har mistet eller gått glipp av i livet på grunn av disse mønstrene, vil ofte kunne fremme sorgreaksjoner og økt selvmedfølelse, noe som kan skape håp og ønske om endringer. Terapeuten vil også her påpeke skillet mellom de opprinnelige og de opprettholdende faktorene bak pasientens forsvarsmønstre, dvs. empatisk formidle at pasienten som barn ikke var ansvarlig for utvikling av sitt forsvar, men samtidig understreke at han eller hun selv bærer ansvaret for å endre måten vedkommende forholder seg på til sine følelser som voksen.

Det var klokt at du lærte deg å skjule tristhet da du vokste opp med foreldre som sendte deg på rommet ditt når du var trist i stedet for å trøste deg. Det var nødvendig for å unngå at ting ble verre. Men nå er du i en situasjon hvor det å stadig jobbe for å holde unna triste følelser tapper deg for krefter. Hvordan ser du for deg at det blir hvis du fortsetter å stenge av din egen tristhet?

## **3. Affektoplevelse**

Det tredje prinsippet innebærer å hjelpe pasienten til kroppslig å erfare aktiverende affekter han eller hun tidligere har unngått (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003a). I denne eksponeringsprosessen benyttes teknikker fra gestalt- og opplevelsesorientert terapi, som visuelle forestillingsbilder. I utforskningen av minner eller forestillingsbilder fokuserer terapeuten på pasientens kroppslige opplevelser av affekt, ikke på handlingslinjen i scenarioene som presenteres. Målet er å hjelpe pasienten til systematisk desensitivisering av følelser hun eller han over tid har unngått og derfor har begrenset toleranse for.

T: Når du ser for deg din bestemor ligge i sykesengen siste gang du var sammen med henne, hvordan så hun på deg?

P: Hun hadde varme i blikket. Vi sa ingenting, vi bare så på hverandre (får tårer i øynene). Det var vanskelig for meg, så jeg så vekk. Jeg ville ikke vise hvor trist jeg var.

T: Hvis vi går tilbake til bildet av henne. Kan du se for deg hvordan det ville vært å bli stående og ta inn varmen i blikket hennes?

P: (gråter) Jeg var så uendelig glad i henne. Hun var den som forstod meg. Det er så trist at hun er borte. Jeg visste ikke at det var siste gang jeg så henne.

T: Hvor kjenner du den tristhet akkurat nå?

P: I hele kroppen her (peker på magen og brystet), og i øynene. Det er som en strøm.

T: Se om du kan bli værende med den følelsen akkurat nå. La den få lov til å være der. Sorgen over å miste din bestemor som du var så uendelig glad i.

P: gråter.

Underveis i denne affekt eksponeringen vil pasienten kunne kjenne på angst, skyld, skam eller emosjonell smerte som er assosiert med tristhet. Det er av stor betydning at terapeuten registrerer når pasienten synes å være overveldet av inhibitoriske affekter, og hjelpe ham eller henne å regulere intensiteten i disse. I affekt fobibehandling integreres her intervensjoner fra kognitiv terapi. Målet blir å tre ut av affekt opplevelsen og gå over i en mer kognitiv modus hvor en observerer, reflekterer og utfordrer katastrofetanker knyttet til det å erfare følelser:

T: Det ser ut til at du har trukket deg litt bort fra de triste følelsene nå, og at du spenner deg i kroppen. Legger du merke til det selv?

P: Ja (Unngår øyekontakt).

T: Hva er det mest ubehagelige med å gråte her hos meg? Du må føle deg trygg før du kan åpne deg, og det er sikkert en god grunn til hvorfor du synes det er vanskelig?

Her går terapeuten og pasienten ut av det å utforske selve tristheten til å utforske angsten eller andre inhibitoriske affekter. Tanken er at det å utforske og sette ord på inhibitorisk affekt vil

kunne regulere den. Når angsten er mindre intens og ikke lenger preger pasientens kroppsholdning og motiverer til forsvar, vil terapeuten igjen rette fokus tilbake på videre eksponering for tristhet, f.eks. ved å be pasienten på nytt om å se for seg bestemorens blick da hun lå i sykesengen.

#### **4. Affektuttrykk (ny emosjonell læring)**

Det fjerde prinsippet innebærer å hjelpe pasienten til å kommunisere affekter på en konstruktiv måte i mellommenneskelige relasjoner (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003a). I denne læringsprosessen vil terapeuten hjelpe pasienten til å finne ord for egne opplevelser gjennom rollespill og utprøving av ulike uttrykk for følelser. Målet er å fremme pasientens evne til å kommunisere følelser direkte på måter som fremmer nærhet, selvhevdelse og gode grenser i møte med andre:

Hvis du igjen er med på å se for deg at du står overfor din bestemor: Uavhengig av hvordan du reagerte i situasjonen tidligere, kan du tillate deg her og nå, i fantasien, å se for deg hvordan du kunne ønske at du hadde reagert? Hvordan ser du for deg at du kunne latt henne få vite hvor viktig hun alltid har vært for deg?

I arbeid med dette prinsippet kan terapeuten også benytte tom stol-teknikken fra gestaltterapi, hvor pasienten ser for seg at personen de ønsker å uttrykke seg overfor, sitter i en stol i rommet og pasienten prøver å uttrykke sine egne følelser og behov direkte til ham eller henne.

#### **5. Selvopplevelse**

Det femte prinsippet er å fremme pasientens evne til å møte seg selv med større grad av aksept og medfølelse (McCullough- Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003a). Hvis pasienten er svært selvkritisk, kan det være vanskelig for ham eller henne å nærme seg viktige følelser. Det vil f.eks. være utfordrende å kjenne og å gi uttrykk for tristhet uten en grunnleggende opplevelse av å ha rett til å sørge eller motta trøst. I tilfeller hvor pasienten mangler en opplevelse av grunnleggende verdi og rett til å ha sine egne behov eller følelser, anbefaler modellen å starte med terapeutisk fokus på å styrke pasientens selvmedfølelse. Fokus på å styrke selvmedfølelse anbefales også i arbeid med pasienter med funksjonsnivå under 50 på GAF (McCullough- Vaillant, 1997). I affektfobimodellen skjer dette ved å eksponere pasienten for omsorg gjennom å (1) se for seg hvordan han eller hun ville møtt andre mennesker som var i en vanskelig situasjon, (2) se for seg å motta omsorg fra andre, (3) øve på å motta aksept og forståelse fra terapeuten. Målet er å fremme evnen til å møte seg selv med

større grad av aksept og omsorg, og å utvikle et mer nyansert og realistisk perspektiv på sine egne styrker og svakheter:

*Hva hvis din bestemor visste hva du stod i og kom inn her nå? Hvordan ville hun møtt deg? Hva ville hun sagt og gjort?*

Eller:

*Hvis det var datteren din som var i den situasjonen du står i nå, hva ville du tenkt om henne? Hva hadde du ønsket for henne? Hva ville du sagt til henne?*

## 6. Opplevelse av andre

Det sjette prinsippet innebærer å utforske pasientens tendenser til å unngå, devaluere eller idealisere andre mennesker på måter som hindrer emosjonell kontakt og autentiske relasjoner med dem. Dette omfatter utforskning av pasientens emosjonelle reaksjoner og indre representasjoner av tidligere og nåværende signifikante andre. Tydeliggjøring og forståelse av pasientens reaksjoner på terapeuten har her en sentral rolle, det vil si direkte arbeid med overføringsproblematikk (f.eks. tillit, nærhet, grenser) i den terapeutiske relasjonen. Pasientens emosjonelle reaksjoner på terapeuten utforskes og settes i kontekst ut fra tidligere livserfaringer (jf. persontriangelet). I tillegg oppfordres pasienten til å ta andres perspektiv, blant annet gjennom visuelle forestillingsøvelser. Målet er å fremme økt forståelse for andre menneskers styrker og svakheter, og gjennom dette utvikle tillit til og realistiske representasjoner av andre (McCullough- Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003a):

*Så du tenker at jeg synes du er svak og får forakt for deg når du gråter. Jeg lurer på om du kan være med på å sjekke dette litt ut. Hvis du ser på ansiktet mitt akkurat nå, hva ser du? Hva ser det ut som jeg føler overfor deg? Bruk litt tid på det. Jeg vet det er vanskelig, men se om du kan våge å sjekke ansiktet mitt. Hva kan du fornemme fra meg akkurat nå?*

Det å gjenerfare affekter og emosjonelle mønstre i relasjon til terapeuten tenkes å være mer endringsskapende enn å minnes detaljer i sin egen fortid. Terapeuten inntar en aktiv posisjon i opposisjon til tidligere avvisende eller straffende foreldre gjennom å møte pasienten med en interessert, tilstedeværende og ikke-dømmende holdning.

## Empirisk forankring

Svartberg, Stiles, og Seltzer (2004) gjennomførte en randomisert kontrollert studie hvor de sammenlignet 25 forløp av McCulloughs KDP-tilnærming med 25 forløp med kognitiv terapi (Beck et al., 1990). Pasientene var diagnostisert med engstelig, unnvikende eller tvangspreget personlighetsforstyrrelse. Resultatene viste at begge behandlingsformene fremmet signifikante bedringer i symptomer, i interpersonlige vansker og i de sentrale problematiske personlighetsmønstrene. For nærmere beskrivelse av studien og begrensninger ved den, se Svartberg et al. (2004). Det har også vært gjennomført systematisk utforskning av endringsprosessene og de terapeutiske prinsippene i affektfobiterapi (Berggraf et al., 2013a; Berggraf et al., 2013b; Kallestad et al., 2010; Schanche et al., 2011; Town et al., 2012; Ulvenes et al., 2012). Fagmiljøet rundt affektfobimodellen har utviklet et prosesskodingsinstrument kalt *Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS)* (Mc- Cullough et al., 2003b), som kan benyttes til terapeutopplæring og evaluering av de terapeutiske prinsippene i affektfobimodellen.

ATOS har vært benyttet i flere studier for å utforske affektfobiforløpene i Svartberg, Stiles & Seltzers (2004) randomiserte kliniske studie. Fokus i prosessstudiene har vært å undersøke om delmålene i modellen er relatert til endring i symptomnivå, personlighetstrekk og interpersonlige problemer, slik en teoretisk forventer at de skal være. Hittil er følgende delmål i affektfobimodellen validert gjennom prosessstudier: 1) Økt innsikt i egne emosjonelle konflikter og bakgrunnen for disse har vist seg å predikere bedring av symptomer og interpersonlig fungering målt ved to års oppfølging (Kallestad et al., 2012). 2) Fokus på tidligere unngåtte affekter har blitt vist å ha en sammenheng med nedgang i symptomtrykk (Ulvenes et al., 2012). Økt opplevelse av affekter har vist en sammenheng med økt selvmedfølelse (Schanche et al., 2011; Berggraf et al., 2013a) samt pasientens evne til å ha medfølelse med andre (Berggraf et al., 2013a). 3) Nedregulering av inhibitorisk affekt (angst, skam, skyld og emosjonell smerte) har en vist sammenheng med økning i pasientens selvmedfølelse (Schanche et al., 2011; Berggraf et al., 2013a) og økning i evne til medfølelse med andre (Berggraf et al., 2013a). 4) Økt selvmedfølelse har blitt vist å predikere bedring av psykiatriske symptomer, interpersonlige vansker og personlighetspatologi (Berggraf et al., 2013a; Schanche et al., 2011). 5) Bedret evne til å oppleve andre på en rettferdig, vennlig og nyansert måte (medfølelse med andre) ble funnet å predikere økt selvhevdende atferd og reduksjon av kald, hevngjerrig, og sosialt unnvikende atferd (Berggraf et al., 2013b).



En overordnet klinisk implikasjon av disse empiriske funnene er at systematisk arbeid med pasienters emosjonelle konflikter eller affektfobier fremstår som et meningsfullt terapeutisk fokus innenfor tidsavgrenset psykoterapi. Økt tilgang på følelser som en tidligere har unngått, synes å være forbundet med nedgang i symptomtrykk og personlighetspatologi. Det å nærme seg tidligere unngåtte adaptive følelser og regulere skam, skyld, angst eller emosjonell smerte synes også å fremme både selvmedfølelse og medfølelse for andre. Evnen til å møte seg selv med aksept og støtte når ting er vanskelige, synes videre å bidra til psykisk helse og bedre mellommenneskelige relasjoner.

### Konklusjon

Affektfobimodellen representerer en integrativ tilnærming til arbeid med emosjonelle konflikter innenfor en avgrenset tidsramme. Formuleringen av psykiske lidelser som drevet av *affektfobier* innebærer å integrere prinsipper og teknikker fra psykodynamisk terapi, adferdsterapi, kognitiv terapi og gestaltterapi, og introduserer en praktisk metode for gradvis eksponering for følelser. Affektfobiterapi er, som med de fleste psykoterapeutiske modeller, en form for behandling som ikke nødvendigvis er egnet for alle. Affektfobimodellen kan imidlertid gi verdifulle innspill til *hvordan* vi som klinikere systematisk kan hjelpe pasienter å nærme seg vanskelige følelser gjennom å arbeide med konkrete behandlingsprinsipper. Gjennom å fremheve følelsenes sentrale rolle i menneskelig samhandling og utvikling inngår affektfobimodellen i en nyere interdisiplinær fagutvikling som vektlegger følelser som en viktig kilde til psykisk helse. I Norge har modellen vært i bruk ved korttidsavdelingen ved Modum Bad siden 2003.

### Referanser

- Adler, A. (1929/1969). *The science of living*. New York: Anchor Books.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy. Principles and application*. New York: The Ronald Press Company.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T, Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

- Berggraf, L., Ulvenes, P. G., Wampold, B. E., Hoffart, A. & McCullough, L. (2013a). *Affects as mechanisms of change toward compassionate sense of self and others – A multilevel growth modeling study*. Til vurdering.
- Berggraf, L., Ulvenes, P. G., Hoffart, A., McCullough, L. & Wampold, B. E. (2013b). *Growth in sense of self and sense of others predicts reduction in interpersonal problems in Short-term dynamic but not in Cognitive therapy*. Til vurdering.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington: American Psychological Association.
- Coren, A. (2001). *Short-term psychotherapy. A psychodynamic approach*. London: Palgrave Press.
- Davanloo, H. (red.) (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Spectrum.
- Davanloo, H. (1990). (red.), *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo*. New York: John Wiley & Sons.
- Darwin, C. (1890/2007). *The expression of the emotions in man and animals*. New York: Dover Publications.
- Della-Selva, P. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory, technique*. New York: John Wiley & Sons.
- Diener, M. J. & Hilsenroth, M. J. (2009). Affect-focused techniques in psychodynamic psychotherapy. I A. Levy & J. S. Ablon (red.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Bridging the gap between science and practice* (s. 227–247). New York: Humana Press.
- Fairbairn W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1925/1956). *The development of psychoanalysis*. New York: Dover Publications.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect. A model for accelerated change*. New York: Basic Books.

- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology, 49*, 49–59.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Kallestad, H., Valen, J., McCullough, L., Svartberg, M., Høglend, P. & Stiles, T. C. (2010). The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Psychotherapy Research, 20*, 526–534.
- Larsen, R. J. & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation, I R. F. Baumeister & K. D. Vohs' (red.), *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications*. New York: Guilford Press.
- Levenson, H. (2010). *Brief dynamic therapy*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malan, D. H. (2001). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Arnold.
- McCullough-Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: Basic Books.
- McCullough, L. & Andrews, S. (2001). Assimilative Integration: Short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias. American Psychological Association, D12.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. L. (2003a). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McCullough, L., Larsen, A. E., Schanche, E., Andrews, S., Kuhn, N. & Hurley, C. L. (2003b). Achievement of therapeutic objectives scale. Short-term psychotherapy research program at Harvard Medical School. Kan lastes ned via [www.affectphobia.org](http://www.affectphobia.org)
- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. London: Imago.
- Messer, S. B. & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: a comparative approach*. New York: Guilford Press.
- Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., Daae, E. & Eilertsen, D. (1995). Personality disorder: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research, 5*, 33–48.

- Nielsen, G. H. (2012). Korttids dynamisk psykoterapi. Litt historikk, grunnleggende prinsipper og kliniske tilnæringsmåter. I R. Ulberg, A. G. Hersoug & T. Knutsen (red.), *Psykoterapi i utvikling* (s. 149–172). Oslo: Akademika forlag.
- Norcross, J. C. & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. I J.C. Norcross & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 3–45). New York: Basic Books.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 2, 98–109.
- Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M. & Nielsen, G. H. (2011). The Relationship Between Activating Affects, Inhibitory Affects, and Self-Compassion in Psychotherapy Patients with Cluster C personality Disorders. *Psychotherapy*, 48, 293–303.
- Svartberg, M., Stiles, T. C. & Seltzer, M. (2004). A randomized controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810–817.
- Tomkins, S. S (1962). *Affect, imagery, and consciousness. Vol. I. Positive affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, and consciousness. Vol. II. Negative affects*. New York: Springer.
- Town, J. M., Hardy, G. E., McCullough, L. & Stride, C. (2011). Patient affect experiencing following therapist interventions in short-term dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 2, 208–219.
- Ulvenes, P., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., Wampold, B. & McCullough, L. (2012). Different processes for different therapies: therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49, 291–302.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis & behavior therapy. Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L. W., McCullough, L. & Muran, C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 190–194.