

«Sier du det» - et karakteranalytisk perspektiv på emosjoner i psykoterapi

Med fokus på form, stil og «hvordan» kan terapeutens aktivitet oppfattes som umiddelbare reaksjoner på pasientens emosjonelle kommunikasjon heller enn som intervensjoner.

TEKST

Jon Sletvold

PUBLISERT 6. august 2013

ABSTRACT:

“You Don’t Say” - a character analytic perspective on emotions in psychotherapy

Starting from a tradition in character analysis that emphasizes form, manner, style and “how”, and making use of D.N. Stern’s concept of vitality affect, the author discusses the place and significance of emotions in psychotherapy. The form taken by the emotions and the implications of attunement are further investigated with the help of a clinical illustration. In discussing this illustration, the author asks how the therapist’s activity or input should be understood. Rather than seeing it in terms of intervention, her activity should be understood as an immediate reaction, verbal and nonverbal, to the patient’s emotional communication, a response that requires emotional sensitivity, but not necessarily conscious/verbal reflection or consideration.

Keywords: character analysis, emotion, psychotherapy, vitality affects

EMNER

karakteranalyse

Emosjon

psykoterapi

vitalitetseffekter

Ved avslutningen av en relativt vellykket terapi snakket pasienten og jeg om hvordan hun hadde opplevd terapien og hva det var som hadde vært til hjelp. Hun ga uttrykk for at det var samarbeidsrelasjonen generelt hun hadde opplevd som verdifull. Jeg valgte da å følge opp med et spørsmål om hun likevel kunne huske noen situasjon som sto for henne som spesielt verdifull/betydningsfull. Hun tenkte seg om en stund før hun nikket og sa: Det var en gang jeg hadde sagt «sier du det». Når dette svaret er festet seg hos meg, er det fordi det er blitt stående for meg som et enkelt bilde på emosjonell kommunikasjon i psykoterapi.

Se for deg en mellommenneskelig situasjon (gjerne en terapisisituasjon) der du kan tenke deg å reagere eller svare med ordene «sier du det». Legg merke til med hvilken stemmekvalitet du vil uttale de tre ordene: høyt, lavt, hurtig, sakte osv. Videre legg merke til hvilke kroppslig bevegelser og eventuelle gester som følger med; legg også merke til små, knapt merkbare bevegelser og gester. Når dette er gjort, så velg en helt

annen mellommenneskelig situasjon hvor de samme ordene kunne bli sagt. Og legg så merke til om stemmekvalitet, bevegelser og gester nå blir annerledes.

«Se for deg en situasjon der du kan tenke deg å svare med ordene «sier du det»»

Mitt poeng her er at ordene «sier du det» er blant de mest intetsigende utsagn innholdsmessig. Ordene bekrefter at den som uttaler dem, har hørt at den andre har sagt noe, men ikke hva som er sagt. Når det likevel kan knyttes sterke emosjonelle erfaringer til disse tre ordene, blir det en understreking av hvor mye vår emosjonelle kommunikasjon formidles av andre elementer enn ordenes betydning.

Emosjoner i psykoterapi

Å skulle skrive om emosjoner i psykoterapi bringer for meg opp et bilde av en fisk som skal skrive om hvordan det er å svømme i vann. Med andre ord tenker jeg på psykoterapi som noe som foregår i et emosjonelt osean. Psykoterapi har alltid handlet om emosjoner. Når Freud skriver om psykisk behandling (sjelebehandling) i 1890, er hans utgangspunkt at det handler om *emosjonell kommunikasjon*. Slik var det med de førvitenskapelige (vanligvis religiøse) formene for sjelebehandling, og slik ser han for seg at det også vil være med den gryende vitenskapelige psykoterapien.

Selv om stort sett all psykoterapi har lagt til grunn at den arbeider med emosjonelle problemer, er det påfallende i hvor stor grad kognitiv kommunikasjon har stått sentralt i forståelsen av hvordan psykoterapi virker. Kanskje fordi suggesjon og hypnose tidlig kom i miskreditt, kom den psykoanalytiske tradisjon lenge til å se *innsikt* som det viktigste kurative element. Selv om psykoanalytiske forfattere har vektlagt den emosjonelle konteksten for innsikten, så ble likevel det kognitive innholdet i verbalt formulerte tolkninger sett på som avgjørende. Da Alexander & French (1946) lanserte den korrigerende *emosjonelle* erfaring som alternativ forståelse av terapeutisk endring i psykoanalyse, ble det møtt med sterk motstand fra «mainstream» psykoanalytisk hold. I dag synes den dominerende oppfatning innenfor psykoanalytisk terapi å være at nye emosjonelle erfaringer i den analytiske relasjonen blir ansett som den viktigste kilde til endring og utvikling, mens innsikt er gitt en mer beskjeden plass. På den andre siden har ikke minst framveksten av kognitiv terapi befestet og utvidet troen på at endret tankegang / bedre forståelse er nøkkelen til endring i psykoterapi.

Det tok lang tid før man begynte å diskutere emosjoner i psykoterapi generelt, til forskjell fra spesielle tilstander så som angst, depresjon, skyld og skam. Etter det jeg vet, var Jeremy Safran og Leslie Greenberg de første som systematisk analyserte emosjonenes plass og rolle i alle hovedformer for psykoterapi (Greenberg & Safran, 1987; Safran & Greenberg, 1991), mens Spezzano (1993) var den første som analyserte emosjonenes plass i psykoanalysen. I Norge gjorde Jon Monsen et banebrytende arbeid

med å sette affektbevissthet i fokus for psykoterapi med utgangspunkt i Tomkins' forskning og emosjonsteori (Monsen & Monsen, 2000).

Karakteranalytisk perspektiv på emosjoner i psykoterapi

Når det gjelder karakteranalytisk perspektiv på emosjoner i psykoterapi, er det nærliggende å ta utgangspunkt i forholdet mellom Freud og Reich. Det var klare forskjeller i deres relative vektlegging av tanker og følelser. Reich formulerte forskjellen slik: «Freud var et intellektuelt individ. Han trodde på sinnets makt, dvs. intellektet i forhold til emosjonene. ... Ikke at han mente emosjoner er dårlige, men intellekt og sinn må mestre emosjonene» (Higgins & Raphael, 1967, s. 93). Om seg selv sa Reich: «Jeg er selv ganske intellektuell. Men intellekt uten en emosjonell basis lever eller arbeider ikke fullt ut» (s. 64).

Reich omtalte videre emosjonene som det grunnleggende problem for all psykiatri, og pekte på at ordet emosjon bokstavelig talt betyr «bevegelse utover». «Fundamentalt er ikke emosjon noe annet enn plasmatiske bevegelse» (1945/1962, s. 356). Når det gjelder analytisk teknikk, beskrev Reich sitt bidrag sammenliknet med Freud slik: «Ved siden av den gamle freudske teknikks «hva» plasserte jeg «hvordan». Jeg visste allerede at «hvordan», dvs. atferdens og kommunikasjonens form, var langt viktigere enn hva pasienten fortalte analytikeren» (1942/1978, s. 152). På Reichs tid eksisterte det ikke noe språk for emosjonenes form eller «hvordan», og få forsto hva hans forslag innebar.

Filosofen Suzanne Langer (1967) pekte på betydningen av «former for følelser» som er knyttet til livsprosessen: åndedrett, sult, avføring, innsovning, oppvåkning og så videre. Dette er former for følelser som alltid er til stede enten vi er oppmerksomme på det eller ikke. Det var D. N. Stern (1985/2003) som først skapte et eget begrep for disse alltid nærværende følelsene. Han benevnte dem *vitalitetsaffekter* til forskjell fra de tradisjonelle *kategoriaffektene* sinne, glede, sorg, angst og så videre. Med vitalitetsaffekt ville Stern vise til kvaliteter ved vårt affektive liv som fanges ved hjelp av dynamiske, kinetiske termer som «økende», «hendøende», «flytende», «eksplosiv», osv., kvaliteter som ikke fanges opp av det etablerte ordforrådet for affekter. «Abstrakt dans og musikk er fremragende eksempler på vitalitetsaffektens ekspressivitet. Dansen viser tilskueren mange forskjellige vitalitetsaffekter og deres variasjoner uten å ty til handling eller kategoriaffektsignaler...» (s. 121).

Stern (2010), som døde i 2012, viet hele sin siste bok til en mer omfattende analyse av vitalitetsaffektene som han nå benevner *former for vitalitet*; «det mest fundamentale av all følt erfaring når det handler om andre mennesker i bevegelse» (s. 8.)

Vitalitetsformer «er den følte opplevelse av kraft – i bevegelse – med en temporal kontur, og en fornemmelse av å være i live, av å være på vei. De [vitalitetsformene] tilhører ikke noe bestemt innhold. De er mer form enn innhold. De dreier seg om 'Hvordan', måten, og stilen, ikke 'Hva' eller 'Hvorfor'» (Stern, s. 8). Stern har ved sitt arbeid om vitalitetens følelse og form bidratt stort til karakteranalysens fenomenologi og til å gi det karakteranalytiske perspektivet et rikere og mer nyansert språk.

Det har vært en økende tendens over de senere år til å se kjernen i psykopatologi og hovedutfordringen i psykoterapi som vansker med *affektregulering* (Schoore, 1994, 2003a, 2003b; Fonagy & al., 2002). Affektregulering handler om samspillet mellom selvregulering og interaktiv regulering av affekter (Beebe & Lachman, 2002). Det handler dermed om følelsenes *hvordan*, mer enn følelsenes, tankenes og handlingenes *hva* og *hvorfor*, og dermed også om kjernen i det karakteranalytiske perspektivet. Dette perspektivet utelukker ikke at det i mange sammenhenger dessuten vil være viktig og nødvendig å vie spesiell oppmerksomhet til særskilte emosjoner, for eksempel skamfølelse (Skuterud, 2009).

Det er altså etter mitt syn ikke emosjoner forstått som kategorier av ulike emosjoner, redsel, sinne, tristhet, glede osv., som er viktigst for psykoterapien og psykopatologien – eller for livet, men det aspektet ved vårt følelsesliv som Stern først ga betegnelsen vitalitetsaffekter og nå nylig vitalitetsformer, og som Damasio (2010) har referert til som bakgrunnsemosjoner og følelser, og nå senest som urfølelser (pre-mordial feelings). Dette dreier seg ikke først og fremst om vi er triste, redde, sinte eller glade, men om *måten* vi er triste, redde, sinte, glade osv. på. Det dreier seg om hvordan vi regulerer disse ulike emosjonene. Og det dreier seg videre om vår grunnleggende følelse av å være i live, vår følelse av vitalitet, ro og uro, spenning og avslapning, velvære og smerte, lyst og ulyst, lykke og ulykke, frelse og fortapelse. Jeg tror psykiske lidelser best kan forstås som forstyrrelser i vitalitetsaffektens uttrykksformer og dermed dypest sett som bevegelsesforstyrrelser.

Klinisk illustrasjon: Ulla Kasus er anonymisert, og det foreligger informert samtykke.

Ulla tok kontakt med ønske om å begynne i terapi da hun var i tjueårene. Hun opplevde at det i perioder og stadig oftere var vanskelig å være sosial, å møte og være sammen med andre. Periodevis følte hun seg deprimert, den sosiale angsten kom og gikk på stadig mer kompliserte måter. Hun fortalte ellers at hun var opptatt av scenekunst og av å uttrykke seg kunstnerisk, at hun studerte historie og levde av å arbeide i butikk.

Jeg møter i første time en smilende og vennlig person, som kan virke litt sjenert, men jeg ville ikke tenke ut fra det umiddelbare inntrykket jeg får, at dette er en person som har store problemer med å leve et sosialt liv. I andre time opplyste hun at hun en måned tidligere hadde begynt med antidepressiv medikasjon (Zoloft). Hun hadde vært motstander av å ta medisiner, men hadde nå bedt legen om det. I henvisningen fra legen framgikk det at hun hadde hatt selvmordstanker. Fra Ullas barndom og oppvekst vil jeg bare nevne at foreldrene ble separert da Ulla var 12 år. Tiden etter foreldrenes separasjon husker Ulla som svært vanskelig. Hun husker far som meget deprimert og tidvis veldig sint og ukontrollert, dog ikke voldelig. Hun var redd og skamfull for situasjonen heime, prøvde å skjule den for venner.

I min opplevelse etablerte Ulla og jeg raskt en god arbeidsallianse. Vi ble enige om å arbeide sammen til Ulla opplevde at hun hadde fått tilstrekkelig tak på livet sitt til å fortsette på egen hånd. Vi avtalte å sees to ganger i uka så snart jeg fikk en time til ledig. Ulla ga allerede i andre time uttrykk for at hun kjente igjen stemningen inni seg fra

forelderens separasjonstid. Denne perioden framsto for oss begge som kritisk for utviklingen av de vanskene hun slet med. Selv om Ulla hadde opplevd vansker i forholdet til begge foreldrene, syntes det å foreligge en spesiell ladning i forholdet til far, mer intense negative følelser, men også en sterk tilknytning preget av omsorg og ansvar. For meg var det nærliggende å tenke i retning av en identifisering av den type Philipson (1951; Sletvold, 2011, 2012b) beskrev, der identifiseringen spesielt gjelder den av foreldrene barnet opplever de største vanskene i forhold til. Når jeg delte slike tanker med Ulla, tok hun vel imot. Det syntes å gi god mening for henne.

Noen få måneder etter terapistart tilbringer Ulla noen feriedager sammen med far. Hun opplever en dyster stemning som minner henne om separasjonstiden, og at far lukker seg og er lite åpen for kontakt. Kort tid etter skjer det en rask, nesten dramatisk endring til det bedre for Ulla. Hun gir uttrykk for at hun i kjølvannet av samværet med far opplever hvordan hun har tatt til seg hans livssyn, at hun nå ser det utenfra, og at identifiseringen med far har sluppet taket. Ulla gir uttrykk for at hun har det veldig bra, uten at jeg opplever tilstanden som manisk. Og på toppen av det hele får hun kjæreste. Det henger i lufta at dette kan bli en meget kort terapi. Imidlertid minner jeg meg selv om at min erfaring har lært meg at raske og sterke bedringer meget tidlig i en terapi ofte ikke er varige, særlig ikke når en ny gjensidig forelskelse også er en del av bildet.

Og ganske riktig. Etter et par måneder endrer tilstanden seg. Forholdet til kjæresten utvikler seg i retning av at hun beundrer han mer og mer, og mister taket på sine egne interesser. Ulla gjør det slutt med kjæresten. Etter bruddet opplever hun tiltagende fortvilelse og krise. Hun forteller også at hun kjenner igjen reaksjonen fra tidligere brudd i kjæresteforhold. Jeg gir uttrykk for at det ser ut til at hun gir opp seg selv i kjæresteforhold, samtidig som hun opphører kjæresten. Ulla husker hvordan hun undertrykte, holdt unna, egne følelser da foreldrene «holdt på», og at hun var redd for at far skulle ta livet sitt.

Den sosiale angsten kommer tilbake. Hun får selvmordstanker, tenker at hun aldri vil lykkes med noe i livet. I denne vanskelige perioden føler Ulla seg også mer utrygg i timene. Når hun imidlertid kan tillate seg å kjenne på denne utryggheten, kommer tårer, og hun gir uttrykk for at hun føler at hun kom nærmere seg selv; «det har vært bedre siste uke etter at vi satte lys på vanskene med å komme hit».

I de følgende årene utfolder Ulla sitt kunstneriske arbeid stadig mer. Hun begynner å skrive egne tekster, som hun opptrer med. Hun får ny kjæreste, M, og opplever det nye kjæresteforholdet som veldig bra. Etter en sommerferie forteller imidlertid Ulla til min overraskelse at hun har gjort det slutt med M, og at hun har hatt en meget vanskelig tid. Forteller at hun begynte å kjenne seg ensom i forholdet, at hun møtte lite forståelse fra M. Framfor alt hadde hun følt at hun ikke kunne være seg selv. Hun ble lita og hjelpeløs sammen med M.

Jeg blir slått av at Ulla igjen gjør slutt på et kjæresteforhold fordi det oppleves uutholdelig, men at tilstanden hennes forverrer seg ytterligere etter hennes selvvalgte brudd. Jeg gir uttrykk for at jeg opplever den relasjonen hun nå befinner seg i til M, som

en gyllen anledning. Hun setter pris på denne utfordringen. Men selvkritikken kommer tilbake med full styrke. Hun uttrykker tvil på om terapien overhodet har vært til hjelp. Hun framhever at hun har hatt lange depressive perioder siden hun var 17–18 uten at det har vært knyttet til ytre hendelser. Underforstått: vårt fokus på hennes vansker i forhold fører kanskje ikke fram. Hun legger skylden på seg selv. Mener hun har vært for analyserende og høflig i timene, og unngått de virkelig vanskelige følelsene. Hun gir uttrykk for at hun har fått tilbake selvmordstanker: «Får ikke leve det livet jeg ønsker når jeg er som jeg er.»

Min prosess, særlig det fjerde året

En tid etter at hun hadde avsluttet kjæresteforholdet til M, ga altså Ulla uttrykk for at hun følte hun ikke var kommet lenger etter over tre års terapi enn hun var før hun startet. Og hun spurte logisk nok om det var noe fundamentalt utilstrekkelig eller galt ved måten vi arbeidet på. Konfrontert med dette både uventede og ubehagelige spørsmålet merket jeg at min egen reaksjon og foruroligende fornemmelse sa meg at Ulla kunne ha rett.

Ulla satt ofte sammenkrøpet i stolen med bena oppunder seg og armene i fanget. Dette er en sittestilling som jeg meget vel vet er velegnet som forsvar mot eller kontroll av vanskelige og ubehagelige følelser. I løpet av den siste perioden jeg har beskrevet, ble jeg etter hvert klar over at det imidlertid ikke var slik jeg oppfattet det når hun satte seg til rette i stolen på denne måten. Jeg måtte innrømme for meg selv at jeg hadde oppfattet det ganske ureflektert som at hun bare satte seg til rette på en for henne naturlig, behagelig og avslappende måte, et egnet utgangspunkt for vårt gjensidig berikende møte, der vi ofte utvekslet psykologisk velreflekterte tanker og innsikter. Ulla hadde nevnt flere ganger at hun synes hun er både flink til og meget engasjert i psykologisk analyse. Bare gradvis fornemmet jeg at det fra henne i dette kunne ligge en undertekst av at hun opplever denne analytiske evnen og interessen like mye som et hinder som en ressurs. Jeg begynner å tenke at dette kan være riktig. I tillegg oppstår det i meg en beklemmende følelse av at jeg sannsynligvis har bidratt til denne kognitivt analytiske eller reflekterende dreiningen i vår dialog. Dette skjer parallelt med en gryende uro i meg som handler om at jeg sannsynligvis ikke har fornemmet intensiteten i hennes indre uro og desperasjon.

I undervisnings- og veiledningssammenheng har jeg arbeidet mye med imitasjon som hjelpemiddel for å få tak i pasientens emosjonelle tilstand (Nylund & Sletvold, 2009; Sletvold, 2012a &c). Tanken bak er at erfaringene fra undervisningen og veiledningen vil bidra til å styrke innlevelsessevnen også i sammenhenger der eksplisitt imitasjon ikke inngår, slik som i den løpende terapeutiske interaksjonen. Jeg har imidlertid i liten grad brukt eksplisitt imitasjon i mine egne terapier. Etter hvert som jeg blir mer og mer bekymret for at det er noe viktig ved Ullas tilstand jeg ikke fanger opp, bestemmer jeg meg for å imitere den måten hun sitter på, eksplisitt. Etter timens slutt setter jeg meg i hennes stol og forsøker å innta hennes fysiske posisjon så godt jeg kan. Gravensteen (2009), og Nebbiosi og Federici Nebbiosi (2008), har beskrevet hvordan de på

tilsvarende måter har imitert pasientene sine etter timens slutt. Når jeg sitter i Ullas typiske posisjon, opplever jeg på ingen måte det relativt avslappende behaget jeg pleide å se for meg. Tvert imot opplever jeg en sterk indre uro, nærmest desperasjon. Om jeg også har min egen bekymring for Ulla, føler jeg at det jeg fikk kontakt med da jeg imiterte henne, handler om hennes fortvilte og desperate opplevelse av seg selv.

Etter våre første innledende samtaler hadde vi blitt enige om å fortsette terapien med to timer i uka. Men før jeg fikk den andre ukentlige timen ledig, hadde den første perioden med sterk bedring i hennes tilstand inntrådt, og det så ut til at terapien kunne bli meget kortvarig. Med den alvorlige og vanskelige utviklingen i prosessen nå tre og et halvt år senere opplever jeg den lave frekvensen på våre møter som et stort problem. Jeg føler nå sterkt at kontakten ikke er omfattende nok i forhold til de utfordringene vi står overfor. Når jeg tar dette opp, er Ulla umiddelbart enig, og vi avtaler to timer i uka. Når jeg to måneder senere får en ekstra time ledig, avtaler vi å øke hyppigheten til tre ganger i uka.

Det opplevdes umiddelbart tilfredsstillende å møtes hyppigere, og som en forutsetning for å reetablere en relasjon stabil og omfattende nok til å våge å møte den situasjonen vi står oppe i. Ulla hadde begynt å gi mer uttrykk for hvor vondt hun hadde det, i stedet for å fortsette å reflektere over hvorfor forholdet til M ikke kunne fortsette. Nå gråter hun. Og hun ser ned når hun gråter. Hun gir uttrykk for at hun mister kontakten med seg selv og må stoppe gråten om hun ser på meg. I påfølgende time sier hun at hun har mange stunder hvor hun ikke synes livet er verdt å leve. Hun gråter lenge og stille på slutten av timen. Jeg opplever det som godt.

Når hun – ulikt henne – uteblir fra en time uten å gi melding blir jeg likevel alvorlig redd for hva som kan ha skjedd. Jeg får etter flere timer kontakt på telefon. Det viser seg – heldigvis – at hun var blitt syk med feber og hadde ligget til sengs med avslått telefon. Hun hadde lagt melding til meg på en telefon jeg hadde lagt igjen hjemme. Jeg opplevde imidlertid min egen reaksjon, motoverføring, i denne situasjonen som dramatisk sterkere enn vanlig. Den fortalte meg at jeg var blitt meget alvorlig bekymret for Ullas situasjon, og at jeg fortsatt ikke var sikker på at vår relasjon var trygg og solid nok til å bære gjennom krisen.

**«Mitt poeng her er at ordene
«sier du det» er blant de mest
intetsigende utsagn
innholdsmessig»**

Jeg benytter derfor den første anledningen jeg får til å ta opp situasjonen med Ulla i den gjensidige veiledningsgruppen jeg deltar i. I denne gruppen bruker vi den veiledningsmodellen som over de siste drøyt ti år er utviklet ved Karakteranalytisk Institutt (Sletvold, 2012a & c). I essens går modellen ut på at den som får veiledning, først setter seg i sin terapeutstol for deretter å forflytte seg til og innta pasientens posisjon, før hun setter seg i en tredje mellomposisjon for å reflektere over erfaringene i

de to andre posisjonene. Til forskjell fra å imitere pasienten alene på terapikontoret gir dette en mulighet for å utforske både pasientens og sin egen situasjon separat, under veiledning av en kollega. I min terapeut-posisjon ble min uro og bekymring for Ulla bekreftet. Når jeg imidlertid utforsket Ullas posisjon, kom jeg i kontakt med en uro, fortvilelse og desperasjon som hadde en annen kvalitet enn min egen bekymring. Når jeg deretter fra den tredje posisjonen ser for meg det møtet jeg nettopp har iscenesatt mellom Ulla og meg, får jeg en betryggende følelse av at vi er på rett vei. Jeg har i løpet av de siste par månedene tatt inn over meg Ullas situasjon på en langt mer relevant måte, og jeg opplever vår nåværende arbeidsmåte som godt tilpasset den utfordringen vi står overfor. Da tenker jeg både på rammen, hyppigheten av timene og hvordan vi forholder oss i timene. Jeg tror at den viktigste endringen i meg handler om at jeg nå har mitt hovedfokus i møte med Ulla på *hvordan* hun har det, *hvordan* det er å være henne, heller enn på *hva* hun har å fortelle, *hva* hun tenker om *hvorfor* situasjonen er som den er. Jeg sier vesentlig mindre enn før, Ulla likeså. Jeg opplever på mange måter at det meste er sagt. Det er verken historisk eller aktuell forståelse som mangler. Utfordringen består i stedet i å skape et møte som kan romme sårbare og vanskelige følelser som i liten eller ingen grad har sluppet til i en relasjon, i et møte med en annen. I betydelig grad viste dette seg å bli et rom med stille gråt. Parallelt med dette gjenopptar Ulla kontakten med M, som det viser seg har ventet på henne. Kontakten vekker stadig vanskelige følelser, særlig omkring det å være bra nok eller ikke bra nok. Men følelsene blir nå ikke mer overveldende enn at hun kan utholde dem og i noen grad glede seg over å være i et kjæresteforhold.

Noen oppsummerende poenger

Ulla synes særlig å ha blitt preget av en identifisering med fars depressive og pessimistiske livsinnstilling. Innsikt i denne identifiseringen og opplevelsen av den i møte med far tidlig i terapien hadde en umiddelbar frigjørende virkning. Den rørte imidlertid ikke ved den emosjonelle og relasjonelle kraften i denne identifiseringen, når den ble aktivert i nye kjærlighetsforhold, særlig til mannlige «kjærlighetsobjekter». Et repeterende kjærestemønster oppløste seg heller ikke ved vedvarende verbal gjennomarbeiding. Vår gjensidige refleksjon hindret ikke at meget skremmende følelser utløst i nye kjæresteforhold fortsatte å lede til «blind» tilbaketrekking. Vendepunktet kommer først med den gjensidige erkjennelsen av at det handler om å våge å møte følelsene sammen med en annen (terapeuten), heller enn å fortsette å finpusse en forståelse. For terapeuten, for meg, handlet det om å skifte fra en overveiende identifisering og empati med den meningsøkende siden ved Ulla, til å våge å fokusere på innlevelse i hennes ikke verbalt formulerte følelser – støttet av eksplisitt imitasjon.

**«Det understreker hvor mye vår
emosjonelle kommunikasjon
formidles av andre elementer
enn ordenes betydning»**

Det viktigste som blir illustrert ved de utfordringer terapien med Ulla viste seg å by på, handler etter mitt syn om at potensialet i et intersubjektivt møte, et terapeutisk møte, dreier seg om dybden i den emosjonelle kontakten slik den blir konstituert på grunnlag av empati og identifisering basert på imitasjon og kroppslig simulering (Gallese, 2009), og først sekundært på en verbal reflekterende forståelse. Viktigere enn å formulere en verbal forståelse er det, noen ganger, å gi mulighet for at følelsesmessige erfaringer fra relasjoner som er blitt holdt borte, erfaringer som hittil har føltes utålelige eller umulige i en relasjon, kan bli opplevd i en relasjon.

Ullas egen vurdering

Etter at jeg hadde skrevet denne kliniske illustrasjonen, ba jeg Ulla om å lese den og vurdere om hun følte seg bekvem med at den blir publisert. Jeg gjengir den delen av hennes tilbakemelding der hun beskriver det hun kaller «utfordringen i samarbeidet vårt»:

Den opparbeidede kunnskapen og innsikten i mitt eget følelsesliv fungerer definitivt som en god og viktig referanse for bedring og utvikling, men jeg kjenner samtidig et savn, en tomhet, og ofte en meningsløshet i den. Den kan ofte føles som en måte å unngå å kjenne etter, eller bare oppleve.

Da vi skiftet fokus i terapien, kjente jeg oftere en emosjonell forankring. En følelse av å lande i meg selv, en følelse av åpenhet og frihet til å velge selv. I disse øyeblikk forvandles den endeløse tolkningen og meningssøken seg til en preferanse framfor en absolutt nødvendighet. Jeg opplever det veldig kroppslig. Verden kommer ikke i full fart mot meg, jeg vandrer lett og ledig i den.

Fra intervensjon til navigasjon og reaksjon

En forskyvning av fokus fra verbal til affektiv kommunikasjon i psykoterapi har følger for hvordan terapeutens arbeid best kan beskrives. Tradisjonelt har terapeutens (analytikerens) bidrag vært beskrevet som intervensjoner, med tolkning som prototypen. Den verbalt meningssøkende aktiviteten til terapeuten i den første delen av terapien kan beskrives som intervensjoner/tolkninger. Den emosjonelle inntoning i den siste beskrevne delen av terapien vil jeg se som *reaksjoner* heller enn intervensjoner med en begynnelse og en slutt. Jeg oppfatter aktiviteten som en *navigering* i det intersubjektive felt, verbale og ikke-verbale reaksjoner på pasientens emosjonelle kommunikasjon; reaksjoner som forutsetter en emosjonell inntoning, men ikke nødvendigvis noen bevisst overveielse. Da en bevisst overveielse krever relativt lang tid, vil den i mange sammenhenger være uforenlig med en slik kontinuerlig navigering. Psykoterapeutens/analytikerens aktivitet blir i dette lys primært å se som en deltager i et emosjonelt samspill eller en dans (Sletvold & Børstad, 2009), en type spill eller dans som krever både teoretisk kunnskap og kroppslig-emosjonelle ferdigheter, men der selve spillet eller dansen i stor grad består av relativt ubevisste og spontane toner og trinn.

En forståelse av terapeutens bidrag lik den jeg har beskrevet her, har utviklet seg gradvis over de siste tiårene, særlig innenfor psykoanalytiske tradisjoner. Balint (1968) beskrev tidlig en deltagende terapeut som først og fremst er fokusert på å kjenne og relatere seg til det andre sinnet. «Alt dette betyr akseptering, deltagelse og involvering, men *ikke* nødvendigvis handling, bare forståelse og toleranse; det som betyr noe, er at det skapes og vedlikeholdes betingelser der hendelser kan finne sted internt, i pasientens sinn» (s. 145). Inspirert av Balint og med referanse til Winnicott (1963) understreker Bromberg (1991) at:

Anstrengelsen for å forstå pasienten – ordinært ansett som grunnlag for det verbale arbeidet – blir i seg selv det primære «materialet » gjennom den kraftfulle iscenesettelse (enactment) av pasientens budskap om at det er hans pinefulle sinnstilstand som skriker etter å bli hørt, heller enn innholdet som trenger å bli forstått. (s. 411)

Framfor alt har *The Boston Change Process Study Group* (2010) – bestående av psykoanalytikere og utviklingsforskere, og med D.N. Stern som det mest profilerte medlem – bidratt sterkt til en ny forståelse av endringsprosessen i psykoanalyse og psykoterapi. Over de siste femten årene har denne gruppen utviklet en omfattende argumentasjon for at måten terapeuten møter pasienten på (moments of meeting), er like viktig for endringsprosessen som, om ikke viktigere enn, tolkninger og andre intervensjoner. Retningen på arbeidet til BCPSG blir tydelig angitt i tittelen på deres første publikasjon, *Noninterpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The «something more» than interpretation* (1998). Tolv år og sju publikasjoner senere oppsummerer de arbeidet sitt med følgende ord:

I sum foreslår vi en endring i begrepsmessig rammeverk fra ideen om at terapeutisk endring er avhengig av kvaliteten på analytikerens intervensjoner. Fra et dyadisk perspektiv vil vi formulere begreper om kvalitet innenfor en relasjonell modell som vektlegger trekk ved prosessen mellom to personer. Med dette utgangspunktet lokaliserer vi psykoterapeutisk kvalitet i en engasjert søken etter retning og tilpasning (*fittedness*), i kreative forhandlinger preget av slark (*sloppiness*) og ubesluttsomhet (*indeterminacy*), og i anstrengelser for å øke bredden i *affektivt ladete erfaringer* som kan bringes inn i det terapeutiske forholdet. (2010, s. 210–211, min oversettelse og utheving)

I likhet med BCPSG vil jeg argumentere for at terapeuter i større grad bør vektlegge verbale og ikke-verbale emosjonelle reaksjoner på pasientens kroppslig-emosjonelle kommunikasjon, og i mindre grad på overlagte intervensjoner. Jeg ser imidlertid ikke dette som et enten-eller, men mer som et skifte av hvor tyngdepunktet i terapiforståelsen bør ligge. Dette vil også variere med pasientens problematikk. Illustrasjonen her er hentet fra en pasient med høyt utviklet verbal refleksiv evne. Helt annerledes, kanskje motsatt, kan den terapeutiske utfordringen være med pasienter

som har svak mentaliseringsevne og borderlineproblematikk (Bateman & Fonagy, 2004), eller som har lite utviklet psykologisk språk; aleksitymi og psykosomatisk problematikk. Da kan eksplisitte verbale tolkninger og forklaringer fra terapeuten være avgjørende (Lien, 2012; Hyllseth Lien, 2012). Generelt har jeg i undervisning de senere år vektlagt at eksplisitte tolkninger og formuleringer særlig er viktige i terapiers innledende fase som tentativ felles formulering og innramming av terapeutisk fokus og retning.

Konklusjon

Med et fokus på emosjoners form og «hvordan» kan terapeutens aktivitet sees mer som umiddelbare reaksjoner på pasientens emosjonelle kommunikasjon enn som intervensjoner. Dyadiske prosesser har etter min erfaring i seg selv et potensial til å fremme bevegelse og utvikling preget av økende følelse av tillit og gjensidig vitalisering i den terapeutiske relasjonen. Disse prosessene ser ut til å styrke pasientens evne til å gjøre sine emosjonelle erfaringer relasjonelle, det vil si til å la seg lede av egne følelser på en balansert måte i engasjert utveksling med andre.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, side 795-801

TEKST

Jon Sletvold, psykologspesialist i privatpraksis, veileder og læreanalytiker ved Norsk Karakteranalytisk Institutt

KONTAKT: j-sle@online.no

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.

Bateman, A. B. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment*. Oxford: University Press.

Beebe, B. & Lachmann, F. (2002). *Infant Research and Adult Treatment*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Boston Change Process Study Group (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The «something more» than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 908-921.

Boston Change Process Study Group (2010). *Change in psychotherapy. A unifying paradigm*. London - New York: W. W. Norton & Company.

Bromberg, P. M. (1991). On knowing one's patient inside out: The aesthetics of unconscious communication. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(4), 399-422.

Damasio, A. R. (2010). *Self Comes to Mind*. London: William Heinemann

Freud, S. (1890/1905). *Psychical (or mental) treatment*. S. E. VII, London: The Hogarth Press.

Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neuronal basis of social identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 519-536.

- Gravensteen, H. (2009). Når terapeuten misliker pasienten. I: J. Sletvold & M. Børstad (red.) Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i psykoterapi (s. 109-133). Oslo: Kolofon.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York – London: The Guilford Press.
- Higgins, M. & Raphael, C. M. (eds.) (1967). *Reich speaks of Freud*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1972.
- Hyllseth Lien, M. (2012). Uten ord for følelser. Karakteranalyse ved psykosomatiske tilstander. I M. Børstad & J. Sletvold (red.) *Karakteranalytiske dialoger* (s. 129-167). Oslo: Kolofon forlag.
- Langer, K. S. (1967). *MIND: An essay on human feeling*, Vol. 1. Baltimore, Md.: John Hopkins Universities Press.
- Lien, C. (2012). «Det er som om relasjonene er blitt vanvittige». Ubevisst selvdestruktiv relasjonell gjentakelsestvang. I M. Børstad & J. Sletvold (red.) *Karakteranalytiske dialoger* (s.165-202). Oslo: Kolofon Forlag AS.
- Monsen, J. T. & Monsen, K. (2000). Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til integrerende psykoterapimodell. I A. Holte, G. H. Nielsen & M. H. Rønnestad (red). *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: Teori, empiri, praksis* (s. 71-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nebbiosi, G & Federico-Nebbiosi, S. (2008). «We» got Rythms. I: F. S. Anderson (red.), *Bodies in treatment. The unspoken dimension*. New York: The Analytic Press.
- Nylund, T. & Sletvold, J. (2009). Å få kjennskap til den andre ved bruk av imitasjon. Aspekter ved opplæring i psykoterapi. I J. Sletvold & M. Børstad (red.) *Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i psykoterapi* (s. 7-36). Oslo: Kolofon.
- Philipson, T. (1951). Identifiseringsprosessenes betydning og mekanisme. *Impuls*. 1-2, 1-4.
- Reich, W. (1942). *The Function of Orgasm*. New York: Pocket Books, 1978.
- Reich, W. (1945). *Character analysis*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1972.
- Safran, J. D. & Greenberg, L. S. (1991). *Emotion, psychotherapy & change*. New York – London: The Guilford Press.
- Skuterud, A. H. (2009). Skammens mur. I: J. Sletvold & M. Børstad (red.) *Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i psykoterapi* (s. 17-36). Oslo: Kolofon.
- Sletvold, J. (2011). «The reading of emotional expression». *Wilhelm Reich and the history of embodied analysis. Psychoanalytic Dialogues*, 21, 453-467.
- Sletvold, J. (2012a). Training analysts to work with unconscious embodied expressions. *Psychoanalytic Dialogues*, 22, 410-429.
- Sletvold, J. (2012b). Freud, Reich og den kroppsbaserte analysens utvikling. I M. Børstad & J. Sletvold (red.), *Karakteranalytiske dialoger* (s. 310-327). Oslo: Kolofon forlag.
- Sletvold, J. (2012c). Karakteranalytisk utdanning: Teoretiske og praktiske retningslinjer. I M. Børstad & J. Sletvold (red.) *Karakteranalytiske dialoger* (s. 328-355). Oslo: Kolofon forlag.
- Sletvold, J. & Børstad, M. (red.) (2009). *Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i psykoterapi*. Oslo: Kolofon forlag.
- Spezzano, C. (1993). *Affect in Psychoanalysis. A Clinical Synthesis*. Hillsdale, NJ and London: The Analytical Press.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of Vitality. Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development*. Oxford: Oxford University Press.
- Winnicott, D. W. (1963). Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. I *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (s. 179-192). New York: International Universities Press.