

Emosjonsfokusert terapi

Reidar Stiegler og Anne Hilde Vassbø Hagen presenterer det empiriske grunnlaget for EFT og sentrale EFT-intervensjoner.

TEKST

Jan Reidar Stiegler

Anne Hilde Vassbø Hagen

PUBLISERT 1. desember 2023

DOI <https://doi.org/10.52734/RJXJ6924>

ABSTRACT:

Emotion-Focused Therapy (EFT) is rooted in the humanistic psychotherapy tradition. A core assumption in EFT is that our life experiences are organised in emotion schemes. For instance, problematic childhood experiences that are not processed can form what are typically referred to as maladaptive emotion schemes, continuing to influence us later in life. The goal in EFT is to activate, process and change maladaptive emotion schemes. Such a change process typically occurs through an emotional sequence, moving from secondary emotions (e.g., depressive hopelessness) through primary maladaptive emotions (e.g., maladaptive shame) to adaptive emotions (e.g., assertive anger). This sequence is termed changing emotion with emotion, and builds on substantial process research. In this article, we will describe from an EFT perspective how psychological illness arises and which conditions are necessary for it to change. We will give an account of the empirical foundation for the model and illustrate some specific interventions using the case of 'Nadine'.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, transdiagnostic therapy, humanistic therapy, experiential therapy

EMNER

Emosjonsfokusert terapi

transdiagnostisk terapi

humanistisk terapi

opplevelsesbasert terapi

Emosjonsfokusert terapi (EFT) er intensiv terapiretning fundert i den humanistiske terapitradisjonen. Teoretisk har ordene emosjoner og følelser litt forskjellig betydning, der følelser er en større kategori. I modellen og i denne teksten bruker vi derimot begrepene om hverandre. En sentral antakelse i EFT er at mennesket på et fundamentalt plan er organisert av emosjoner. Det betyr at hvordan vi ser og opplever verden, springer ut av vår emosjonelle tilstand i øyeblikket. Psykisk lidelse forstås i forlengelsen av dette som at klienten har tilbakevendende vansker med å kunne erfare og benytte emosjoner på en hensiktsmessig måte, og symptomer på psykiske vansker er ofte en reaksjon på vonde eller truende følelser. EFT-terapeuter forsøker å skape en varig endring i de emosjonelle betingelsene som klienten lever under. En jobber terapeutisk med å endre hvordan klienten forholder seg til egne følelser, og hvordan de

gjenkjenner og kommuniserer følelser. Det terapeutiske arbeidet er også siktet mot å transformere de emosjonelle vanskene som ofte ligger bak det symptomatiske bildet. Arbeidet kan føre til at klienten får større klarhet i følelsene sine og får økt aksept for egne behov. Dette vil hjelpe klienten til å bli bedre på å løse små og store vansker, være mer autentisk i nære relasjoner og i større grad klare å ta gode valg i tråd med egne verdier.

Teori og menneskesyn

EFT har tre sentrale historiske kilder som utgjør hovedstrukturen for modellen: den klientsentrerte tradisjonen (Rogers, 1951, 1961), Fritz Perls' gestaltterapi (Perls et al., 1951) og den fenomenologiske forståelsen til Eugene Gendlin (1978).

Carl Rogers, en av fagets første psykoterapiforskere, var opptatt av å forstå hva som kjennetegnet den hjelpende relasjonen når klienten fikk til ønsket forandring. Gjennom sine arbeider fant han særlig fire momenter som syntes å være til stede i terapeutens væremåte:

1. En *empatisk* terapeut som evner presist å fange opp klientens indre livsverden. Terapeuten må følge klienten i utforskningen, leve seg inn i klientens livsverden og tilby ivaretagende og klargjørende beskrivelser av klientens indre verden slik terapeuten oppfatter den. Slik blir klienten tydeligere for seg selv.
2. En terapeut som konsekvent viser *aksept* for klientens indre verden, som evner å se forbi det til enhver tid normative og moralske, og som er i stand til å gi klienten en opplevelse av at hans livsverden alltid er sann og meningsfull i seg selv.
3. En terapeut som evner å tre inn i terapirelasjonen på en *ekte* måte, uten å gjemme seg bak en rolle, teori eller modell. Terapeuten må bringe med seg sine egne følelser og opplevelser inn i terapien og formidle disse på en oppriktig måte. Klienten trenger dermed ikke å lure på om terapeuten holder noe skjult. Slik gir terapeuten klienten en følelse av at det er trygt å være sammen.
4. En terapeut som er *tilstedeværende*, som med hele seg er relasjonelt mottakelig for klienten med alle sine sanser, som i øyeblikket kan gi slipp på forforståelse og teori, og hvor oppmerksomheten er fokusert, åpen og vennlig rettet mot her og nå.

Empati, aksept, ekthet og tilstedeværelse var ifølge Rogers (1951) nødvendige og tilstrekkelige betingelser for klientens selvrealisering og vekst, i tråd med det autentiske selvet. Disse betingelsene finner vi i stor grad igjen i de senere års forskning på betydningen som fellesfaktorene har for utfall i psykoterapi (Elkins, 2022). De har blitt omtalt som en ekvivalent til legenes hippokratiske ed (Greenberg & Geller, 2001), og store deler av opplæringen i EFT er rettet mot å etterleve disse prinsippene.

Den andre sentrale kilden i EFT er Fritz Perls' gestaltterapi (Perls et al., 1951). Perls var opptatt av at mennesket organiseres i ulike deler eller gestalter som gjør at vi erfarer verden på en bestemt måte. Ulike gestalter dannes gjennom våre erfaringer med verden. For eksempel kan mobbing føre til at en ser på seg selv som ikke god nok. Perls' terapitilnærming handlet blant annet om å synliggjøre ulike deler av selvet for klienten.

Han er kjent for å legge til rette for dialoger mellom de ulike delene av selvet, som representeres i hver sine stoler i terapirommet. I EFT benyttes stolarbeid når det oppstår spesifikke emosjonelle konflikter, for eksempel selvkritikk eller vedvarende vanskelige følelser overfor en viktig annen.

Den tredje sentrale kilden i EFT er fra en elev av Carl Rogers ved navn Eugene Gendlin (1978). Han var filosof og særlig opptatt av fenomenologisk filosofi. Hans interesse i psykoterapifeltet var rettet mot hvordan klienter evnet å fange opp, forholde seg til og gi mening til sin egen opplevelse. Gendlin studerte likheter og forskjeller på hvordan ulike klienter ga uttrykk for sin opplevelse. Han og kolleger fant at klienter som typisk beskrev de emosjonelle opplevelsene sine på en nyansert og ikke-innøvd måte, hadde bedre utfall av terapi enn klienter som var abstrakte, eller som hadde etablerte og fastlåste sannheter om seg selv. Hans største praktiske bidrag til psykoterapifeltet var det som kalles fokusering. Det er en intervensjon som øker klientens evne til å lytte, være i kontakt med og gi mening til sin egen opplevelse. For Gendlin var fokusering en hensiktsmessig og sannferdig måte å forholde seg til sin egen opplevelse. I EFT er denne arven inkorporert som en grunnholdning – vi trenger alle å være i kontakt med og til stede i vår egen opplevelse – og som en spesifikk intervensjon som kan hjelpe klienten til å være mer og bedre i kontakt med egne følelser og opplevelser.

Utløsere og opprettholdere

I EFT forstår man mennesker som grunnleggende sett organisert av emosjoner. Teoretisk vil man hevde at enhver bevisst opplevelse er påvirket av det emosjonelle apparatet vårt, også når vi ikke er det bevisst. Dette sammenfaller med Damasio (2010) beskrivelser av at ingen menneskelig sansning – det være seg en tanke, følelse eller kroppslig opplevelse – kan være uten en emosjonell opplevelsesmessig kvalitet. Det betyr at vår opplevelse alltid er farget av en bestemt emosjonell tilstand. Når du våkner opp om morgenen, er du allerede emosjonelt organisert på en bestemt måte, for eksempel at du gleder deg til noe, kjenner et ubehag knyttet til dagens gjøremål, en behagelig ro eller en uklar, vond klump i magen. Denne organiseringen er mer eller mindre bevisst og skifter i takt med at ulike ytre og indre hendelser aktiverer en ny emosjonell tilstand. Primære adaptive emosjoner som sinne, frykt, avsky, skam, tristhet, glede og iver gir oss viktig informasjon om hva vi trenger, og forbereder oss til å handle på måter som sørger for at egne emosjonelle behov i nåtid blir ivaretatt. Psykisk lidelse forstås som at vår emosjonelle organisering stadig gir oss en opplevelse av smerte, ubehag, håpløshet, engstelse eller lignende. Da er det som regel primære maladaptive emosjoner, som gammel skam og frykt, som aktiveres i nåtid, hvorpå sekundære emosjoner som håpløshet, avvisende sinne eller angst kommer som en reaksjon på de *maladaptive* emosjonene. Den smertefulle emosjonelle organiseringen er på ingen måte stabil. Selv de tungt deprimerte klientene vil med god hjelp kunne skille mellom ulike grader av eller kvaliteter ved å være deprimert.

Sett fra et EFT-perspektiv består den emosjonelle organiseringen av aktiverte emosjonelle skjema (Greenberg et al., 1993). Emosjonelle skjema kan forstås som

nettverk i vår nevrologi som er dannet av emosjonelle erfaringer. For eksempel vil erfaringer av å vokse opp med en truende og voldelig forelder danne emosjonelle strukturer som lett vil kunne gi en opplevelse av å være i fare, selv når du har blitt voksen og ikke lenger *er* i fare. Slike skjema forstås best som betingelser for din tilstand heller enn bevisste representasjoner av noe som skjedde. De kan derfor påvirke din opplevelse, selv når du ikke husker de spesifikke hendelsene som dannet dem. Det å bli utsatt for mye utrygghet i barndommen skaper ikke bare utrygghet når du tenker på eller møter situasjoner som minner om barndommen. Det kan også gi en opplevelse av at verden generelt er utrygg. Parallelt med vår emosjonelle organisering foregår det kontinuerlig meningsdannelse av en mer kognitiv kvalitet. Som mennesker forsøker vi hele tiden å forstå oss selv i verden og symbolisere denne forståelsen i språk eller bilder. I EFT tenker vi at meningsdannelsen er preget av den emosjonelle tilstanden i øyeblikket (Greenberg & Pascual-Leone, 2001). Tankene står i emosjonenes tjeneste. Antakelsen i EFT er ikke at det er uvirksomt å jobbe med kognitive prosesser, men at en endring i betingelsene for den kognitive aktiviteten kan skape en dypere og mer varig endring (Greenberg, 2021).

Når vi blir emosjonelt organiserte på en bestemt måte, følger det av EFT at vi er organisert av maladaptive emosjonelle skjema (Greenberg & Paivio, 1997). Det kan for eksempel være at verden ofte oppleves utrygg fordi vi tidligere har erfart mye utrygghet, mens vi egentlig trengte å bli møtt på behov som beskyttelse og omsorg. Erfaringene som klienten bærer med seg i form av maladaptive emosjonelle skjema skapt av gamle umøtte behov, antas å være det som utløser psykiske vansker. I EFT snakker vi om kjerneskjema som berører to ulike grunnleggende menneskelige behov: behovet for trygg tilknytning og frykten som oppstår når man ikke er beskyttet eller får den nærheten man trenger, og behovet for en trygg identitet og skammen som oppstår når man ikke blir møtt med tilstrekkelig anerkjennelse. Hvis en person derimot har erfart tilstrekkelig med trygghet og anerkjennelse i egen barndom og opplever verden som et trygt sted hvor de er verdifulle medlemmer, er personen i større grad organisert av adaptive emosjonelle skjema. De adaptive emosjonelle skjemaene er sentrale ressurser i personens liv. Vi har ofte emosjonelle reaksjoner på vår egen emosjonelle tilstand. Dette kalles som nevnt for sekundære emosjoner. Et typisk eksempel kan være at du på en fest opplever at noen du snakker med, er høylytt og intens, og du merker en gammel maladaptiv frykt. Men i stedet for å uttrykke at du er skremt, blir du sint på personen for å være voldsom. Sinne kan da forstås som en sekundær reaksjon på den primære maladaptive emosjonen av frykt. Det er nyttig å vite at alle mennesker organiseres av både adaptive, maladaptive og sekundære emosjoner i hverdagen, og at mye av dette skjer utenfor vår bevisste prosessering. Psykisk lidelse forstått på denne måten er når den emosjonelle organiseringen hos en person fører med seg mye smerte og personen ikke finner en farbar vei ut av smerten. For eksempel kan en depressiv tilstand forstås som en sekundær tilbaketrekkningsreaksjon på emosjonelle opplevelser av å føle seg alene og redd i verden. Klienten kan ha med seg emosjonelle skjema som er fundert i barndomsopplevelser av å være overlatt til seg selv (primær maladaptiv frykt). Erfaringene har ført til en opplevelse av at behovene for nærhet og omsorg ikke kan bli

møtt. Når klienten opplever at det er umulig å få dekket slike viktige behov, kan den depressive tilbaketrekningsreaksjonen forstås som en sekundær emosjonell tilstand (Greenberg & Watson, 2006).

Alle emosjoner kan teoretisk sett være primære adaptive, primære maladaptive eller sekundære. Likevel ser vi fra forskning på EFT og andre modeller at noen typiske tilstander går igjen (Pascual-Leone, 2018). Oppsummert kan vi si at klienter innledningsvis i terapi viser mange sekundære emosjoner, som sekundær angst, avvisende sinne, eller håpløshet. Gradvis hjelpes klienten inn i primære maladaptive emosjoner, som for eksempel tilbakevendende erfaringer av ikke å være god nok som den de er (skam), eller erfaringer av at verden ikke er trygg (frykt). Når klienter kommer i dyp kontakt med sine primære maladaptive emosjoner, er det kontakt med adaptive emosjoner som selvhverdende sinne, sorg eller adaptiv selvomsorg, som typisk hjelper dem videre. Denne sekvensen – sekundær maladaptiv, primær maladaptiv, primær adaptiv – er den postulerte endringsmekanismen i EFT, og vi kaller den for å endre følelser med følelser (Greenberg, 2023).

Sentrale prosesser og intervensjoner

Den nevnte sekvensen av emosjoner innebærer at en innenfor EFT antar at klienten trenger å komme i kontakt med tidvis intense og vonde følelser. Et slikt arbeid kan ikke og bør ikke skje uten at det er etablert en trygg allianse. For klienter som har brukbare emosjonelle ressurser og god funksjon på noen områder i livet, vil det som tommelfingerregel kreve minimum tre timer med alliansearbeid før en hjelper klienten i gang med de dype endringsprosessene. For klienter som strever med relasjonell og emosjonell ustabilitet, kan alliansefasen bli langvarig og endringsarbeidet skje gradvis. Det er spesielt to faktorer som er sentrale når en skal vurdere om en kan benytte de mer intense intervensjonene. Den første handler om hvorvidt klienten erfarer terapeuten som en stabil, trygg person. Den andre handler om hvorvidt klienten er i stand til å ha sterke følelser uten å regulere disse på skadelige måter. For klienter som strever med en av disse to aspektene, vil de rogerianske betingelsene for endring få større plass, og det anbefales en gradvis inngang til de mest sårbare følelsene.

En stor del av opplæringen i EFT handler om at terapeuten skal bygge differensierte empatiske ferdigheter og etterleve rogerianske idealer. Forskning på EFT tyder på at både allianse og utfall henger sammen med terapeutens empati (Malin & Pos, 2015). Nokså tidlig i terapiforløpet vil terapeuten sammen med klienten lage en kasusbeskrivelse. I korte trekk er dette en felles beskrivelse av dagens utfordringer, hvor de kommer fra, og hva som skal til for å få det bedre. Kasusbeskrivelsen danner grunnlaget for behandlingsmålet. Den brukes aktivt gjennom hele terapiforløpet og oppdateres og endres underveis. Når både terapeut og klient er trygge på hverandre og de har etablert et klart fokus for terapien, kan terapeuten invitere til å arbeide med de spesifikke emosjonelle problemstillingene som klienten presenterer, også kalt markører. Markører kan best forstås som spesifikke emosjonelle problemstillinger som står i veien for at klienten kan benytte følelsene sine på en produktiv måte. De tre mest

typiske markørene i EFT er at klienten opplever fastlåste vansker i en nær relasjon (*uoppgjort forhold*), at klienten kritiserer seg selv og føler seg skamfull (*selvkritisk splitt*), og at klienten ikke klarer å få tak i hva hen føler (*uklar sansning*). For hver av disse markørene hører det til konkrete intervensjoner. Under gis en kort presentasjon av intervensjonene.

Mange klienter presenterer markører for uoppgjorte forhold. Dette kommer ofte til uttrykk som å klage på en relasjon til eller rette sinne mot en viktig annen. For eksempel kan klienten uttrykke misnøye eller sinne mot egne foreldre. Da inviteres klienten til en imaginær dialog mellom seg selv og den viktige andre ved hjelp av en tom stol. Terapeuten ber klienten forestille seg at den viktige andre sitter i stolen. Sammen med klienten forsøker terapeuten å få tak på og uttrykke de negative budskapene som den viktige andre formidler, og få tak på de vonde følelsene som disse vekker. Målet er typisk å få tilgang til den maladaptive emosjonen (for eksempel opplevelse av å være forlatt), få tak i det umøtte behovet (for eksempel å trenge omsorg eller nærhet) og deretter erfare og uttrykke den adaptive emosjonen (for eksempel å kunne hevde sin sannhet og sitt behov overfor den viktige andre).

Markøren for selvkritisk splitt er at klienten er kritisk og går til angrep på seg selv. Terapeuten foreslår da å jobbe med de to ulike delene, den som kritiserer og den som blir kritisert, i stolarbeid hvor to stoler representerer hver sin del. Gjennom å tydeliggjøre det kritiske budskapet når en sitter i den ene stolen er målet å få en tydeligere opplevelse av smerten av å bli kritisert i den andre stolen. Smerten viser seg ofte å være maladaptiv skam. Når klienten klarer å kjenne og gi mening til skammen, forsøker terapeuten å hjelpe klienten å komme i kontakt med umøtte behov, som typisk kan være å føle seg akseptert og god nok. Tilgang til dette behovet vekker som oftest adaptive emosjonelle ressurser, som selvhevdende sinne mot det kritiske budskapet eller selvaksept gjennom å se seg selv som verdifull og verdig. Målet er å endre den maladaptive skammen med de adaptive emosjonelle tilstandene.

Markøren for uklar sansning innebærer at klienten typisk sier: «Jeg kjenner noe, men jeg vet ikke hva jeg føler.» I denne tilstanden er noe emosjonelt viktig blitt aktivert, men klienten klarer ikke å erfareemosjonen tydelig nok til å kunne symbolisere den. Klienten inviteres da til intervensjonen fokusering. Fokusering innebærer at terapeuten hjelper klienten å komme i kontakt med sansningene i kroppen og til gradvis å symbolisere og gi mening til denne sansningen. Dette er en intervensjon som noen ganger kan være kort og enkel: «Så se om du kan kjenne etter i kroppen hva det er som skjer med deg.» Andre ganger kan intervensjonen ta størsteparten av en terapitime, der en jobber med å få klarhet i klientens kroppslige signaler, som gradvis kan symboliseres og bli til en meningsfull emosjonell opplevelse.

I tillegg til disse tre intervensjonene vil et typisk EFT-forløp innebære å jobbe med hvordan klienten stopper seg selv fra å føle bestemte følelser (markør som kalles selvavbrytelse), og hvordan klienten gjør seg selv mer engstelig (markør som kalles angstsplitt). Et forløp vil også ta sikte på å jobbe med hvordan klienten kan gi seg selv omsorg og aksept ved intense smertefulle følelser (kalt intens sårbarhet), samt å jobbe

med små og store alliansebrudd ved at terapeuten inviterer til en åpen og empatisk dialog om det som blir vanskelig.

Empirisk grunnlag

Det er gjennomført en rekke effektstudier på EFT som viser effekt i behandling av ulike psykiske lidelser (se for eksempel Timulak et al., 2019, for en utfyllende oversikt). Når det gjelder depressive lidelser spesifikt, har EFT vist å ha like god (Greenberg & Watson, 1998) eller til og med bedre effekt enn en ren rogeriansk tilnærming (Goldman et al., 2006). Forskning har også vist at EFT har like god effekt som kognitiv atferdsterapi i behandling av depresjon (Watson et al., 2003). I en nyere studie på behandling av generalisert angst hadde EFT og kognitiv atferdsterapi (KAT) sammenlignbare resultater (Timulak et al., 2022). EFT har blitt systematisk utviklet til å behandle komplekse traumer (Paivio & Pascual-Leone, 2023). En studie viste store effektstørrelser for EFT brukt ved komplekse traumer, men da uten en direkte sammenligning med annen behandlingsmodell (Paivio et al., 2010).

Greenberg (1996) er tilhenger av at vi må forstå terapi på et mer fundamentalt nivå enn vi gjør i dag. Han mener forskningen bør undersøke hva som skjer på mikronivå i den terapeutiske prosessen, før vi bruker ressurser på de større sammenligningene som typisk gjøres i randomiserte kliniske studier (RCT). Han beskriver den sterke vektleggingen av RCT-studier som om feltet vårt forsøker å sprinte på to bein før vi har lært oss å krype på alle fire. Forskning på EFT er derfor gjerne prosess-utfallsstudier hvor forskerne forsøker å identifisere hva som er avgjørende prosesser for et godt utfall. Denne forskningen kan oppsummeres med å si at klienten trenger å få hjelp av en empatisk terapeut (se for eksempel Mlotek, 2013) til å aktivere emosjoner (se for eksempel Carryer & Greenberg, 2010). Deretter må klienten få hjelp til å være i kontakt med og gi mening til sin opplevelse på en utfyllende måte (se for eksempel Pos et al., 2003) og til å kunne regulere sterke emosjoner (se for eksempel Pos & Greenberg, 2007). Til sist trenger klienten å erfare emosjonelle sekvenser, typisk i mønster av å gå fra sekundære emosjoner, via primære maladaptive emosjoner og et umøtt emosjonelt behov, til primære adaptive emosjoner (se for eksempel Pascual-Leone, 2018). Forskning tyder på at stolarbeid gir en økt grad av emosjonell aktivering, større grad av kontakt med og symbolisering av egne opplevelser, og er forbundet med bedre utfall (Goldman et al., 2006; Greenberg & Webster, 1982; Stiegler et al., 2018a, 2018b). En metaanalyse fant at evnen til å være i kontakt med og gi mening til egen opplevelse kan ha like stor betydning for utfall som den terapeutiske alliansen (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2017).

Status i Norge

Videreutdanningen i EFT er godkjent av Norsk psykologforening som spesialisering i psykoterapi. Omtrent 85 nye kandidater starter på EFT-utdanning hvert år, og omtrent 400 psykologer og 100 terapeuter har utdannet seg innen EFT ved Norsk institutt for emosjonsfokusert terapi. Disse terapeutene jobber på ulike offentlige og private klinikker. De største enkeltstående klinikkene som har EFT-utdannede psykoterapeuter

er Institutt for Psykologisk rådgivning i Oslo og Bergen og Alternativ til Vold i ulike byer. Det er flere psykologer med EFT-utdanning som jobber på offentlige klinikker, og hovedtyngden av disse finnes på Østlandet, Sørlandet og Vestlandet. EFT har de siste ti årene vært undervist ved Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen. EFT er også utviklet for behandling av ungdom og finnes i gruppeformat. Det er spesifikke tilpasninger av modellen rettet mot behandling av traumer og spiseforstyrrelser. Det finnes en egen familiemodell, emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre (EFST), hvor psykiske vansker hos barn primært behandles via å veilede foreldrene. Det er også en egen modell for emosjonsfokusert parterapi (EFT-C), og i den reviderte versjonen til Greenberg og Goldman inkluderes individuelle prosesser og stolarbeid i arbeidet med paret. Vi ser samme tendens i Norge som ellers i verden, at EFT er en populær terapiform blant både psykologer og klienter, og at det er en terapiretning som typisk vokser frem som følge av stor etterspørsel.

Kasus Nadine

Når vi som EFT-terapeuter blir bedt om å demonstrere metoden basert på en skriftlig beskrivelse av klienten, byr det på noen utfordringer. For det første er vi mest opptatt av de nonverbale følelsesmessige signalene i øyeblikket. Vi er mindre opptatt av narrativet, inkludert i nedskrevet format, som er ubevegelig og frosset i tid. Vi vil ha den ferske historien her og nå, også om den gang da. Den levende historien som påvirkes av følelseslivet. Dermed mangler vi vesentlig informasjon når vi skal beskrive hvordan vi kan forstå og jobbe med Nadine. For det andre er det et viktig premiss hvem som har skrevet notatet om klienten, og hvorvidt det er en direkte gjengivelse av Nadines ord eller en annens tolkninger av henne. I EFT bruker vi ikke tolkninger i psykodynamisk forstand. En sjelden gang bruker vi det vi kaller empatiske tolkninger, der vi knytter samme to opplevelser klienten er bevisst på og har delt med oss. Vi legger til grunn at all informasjon om Nadine er formidlet direkte til terapeuten. Vi har også valgt å illustrere sentrale intervensjoner gjennom å presentere tenkte dialoger mellom terapeuten og Nadine for å få frem hvordan samtlige intervensjoner er sammenvevd med empatiske ferdigheter, og hvordan terapeuten etterlever de rogerianske idealer.

Predisponerende faktorer

Nadine har hatt et forsiktig (*slow-to-warm-up*) temperament fra hun var barn. Trolig har hun hatt behov for voksne som var fininnstilte på hennes følelser og behov, og som hjalp henne å uttrykke dem. I stedet vokste hun opp i et hjem hvor følelser som tristhet og iver ble møtt med avvisning, særlig fra mor. Et relasjonelt sår som ikke er forsonet, kaller vi et uoppgjort forhold. Nadines meningsdannelse i starten av terapi er at det er noe i veien med henne, og at hun burde vært annerledes. Vi antar at denne forståelsen dannet seg i oppveksten, ut ifra verdensperspektivet til Nadines barnesinn. Hun har opplevd tilknytningssår: lite nærhet og trygghet når hun var sårbar og trengte omsorgspersonene som mest, og identitetssår: foreldrenes underliggende budskap om at hun er *for* sårbar og ikke må gjøre så mye ut av seg. Nadine opplevde at følelsene

hennes ikke var ønsket – og dermed at hun ikke var ønsket som den hun er. Vi antar at tidlige erfaringer av avvisning og indirekte kritikk har bidratt til at Nadine har utviklet et maladaptivt kjerneskjema for både tilknytning og identitet. Den maladaptive tilknytningsfrykten og identitetsskammen antas å ha gjort det vanskelig for henne å inngå i sunne nære relasjoner hvor de emosjonelle behovene hennes har blitt ivaretatt. Vi antar at relasjonelle brudd kan ha aktivert den maladaptive frykten for å bli overlatt til seg selv og forsterket følelsen av ikke å være god nok.

I EFT vil vi forstå Nadines symptomer på angst og depresjon (nervøsitet, hjertebank, synkende humør, håpløshet) som sekundære følelser som beskytter henne mot de vonde primære maladaptive følelsene. Vi antar at hun begynte å utvikle denne beskyttelsen som en respons på at hun som barn ble stående i en situasjon der ingen møtte behovene hennes for trygghet og anerkjennelse. Dette har trolig ført til at hun strever med å være i kontakt med primære følelser nå i dag, også de adaptive. Da blir det vanskelig for henne å vite hva hun trenger og ønsker seg.

Opprettholdende faktorer

Nadines atferd, som å trøstedrikke og å unngå sosiale situasjoner, ses på som et forsøk på å håndtere de sekundære følelsene, angst og håpløshet, og å holde primær smerte på avstand. Selv om de sekundære følelsene og strategiene antagelig var helt nødvendige tidligere i livet, ser det ut til at de har skapt nye problemer for henne over lang tid. I EFT vil vi forstå det slik at uprosesserte gamle vonde følelser vil opprettholde dagens symptomer og vansker. Den viktigste årsaken til at det er vanskelig for Nadine å gå inn i det smertefulle og prosesserer vonde følelser, er at hun, bevisst eller ikke, er redd for om andre, inkludert terapeuten, vil tåle henne. Tendensen hennes til å unngå å kjenne på og uttrykke primær smerte og manglende aksept for egne følelser vil kunne opprettholde vanskene. I tillegg kjenner Nadine på skam fordi hun ikke mestrer ulike situasjoner slik som hun ønsker, som ytterligere lammer henne i å handle på en måte som er i tråd med egne behov.

Mål for terapien

I starten av et EFT-forløp står alliansen sentralt. Det innebærer å skape en trygg relasjon til Nadine og bli enige om mål og metode. I en tenkt terapi starter terapeuten allerede i første time med å følge de smertefulle følelsene og hjelpe Nadine med å få kontakt med egne følelser og sette ord på dem. Først da kan de få tak i hvilke mål som er relevante å jobbe med ut ifra et emosjonsfokus. Nadine sier at hun ønsker å gjøre noe for å få det bedre, men er samtidig usikker på om terapi kan være til hjelp. Hun forklarer at hun ikke vet hva hun føler, og at det er vanskelig å tro at noe skal endre seg og bli bedre.

I tråd med den rogerianske holdningen validerer terapeuten Nadines følelser for å skape kontakt. «Så det høres ut som du er redd for at du aldri skal få det bedre. Og det er ikke så rart, for det høres ut som du har det vondt.» Nadine nikker og blir blank i øynene. Terapeuten bruker en empatisk gjetning for å se om de allerede nå kan gå dypere inn i det vanskelige hun kjenner på. «Det er tortur å være fanget i en tilstand du

ikke har lyst å være i, og samtidig er du kanskje redd for at det skal bli enda verre ...?» Nadine nikker og begynner å gråte. Hun sier at hun har et håp om at livet kan bli verdt å leve, for hun finner lite mening i kun å eksistere. Terapeuten forsterker smerten ved å bruke evokativ empati: «Å bare eksistere, det er som å bli frarøvet noe vitalt og essensielt ved å være menneske», bekrefter håpet; «Klart du vil ha et liv som er verdt å leve», og starter prosessen med å formulere et mål om å få et bedre forhold til egne følelser og leve mer i tråd med egne behov.

Konkrete mål for terapien springer ofte ut av en samkonstruert kasusformulering. Denne inneholder tre overordnede steg:

1. Hva er vanskelig i livet, og hvordan forsøker hun å håndtere vanskene med sekundære følelser og strategier som ikke hjelper: «Kjenn etter om dette er riktig mens jeg oppsummerer. Det er et stort problem for meg at jeg blir redd når det oppstår vansker eller konflikt i relasjonen til andre, og spesielt når det er Bjørn, som er den aller viktigste. Problemet er at i stedet for å stå opp for meg selv og si det jeg mener, eller å si unnskyld hvis jeg har dummet meg ut, så rømmer jeg», sier terapeuten. «Ja, det kjennes riktig ut. Der har du meg», svarer Nadine. «Og så søker jeg tilflukt i håpløsheten, og angsten ... og alkoholen», fortsetter hun. «Ja, så jeg har funnet noen fantastiske strategier, som hjelper meg der og da, så jeg slipper unna følelsen av at ingen tåler meg og vil ha meg med alle mine følelser», svarer terapeuten.
2. Hvor kommer vanskene, de maladaptive følelsene og umøtte behovene fra: «Det er som om den gamle frykten for å bli avvist av mor og mangelen på trygghet (maladaptivt kjerneskjema for tilknytning) blander seg inn i nåtiden og lager trøbbel for meg», sier terapeuten. «Ja, og den følelsen av at mamma aldri tålte følelsene mine, gjelder liksom fremdeles, selv om Bjørn viser om og om igjen at han jo faktisk tåler meg. Problemet er at jeg er for feig. Jeg var feig den gang og er feig nå», sier Nadine. «Så det er en sterk selvkritikk der også, mot henne som var feig og fortsatt er feig», sier terapeuten (maladaptivt kjerneskjema for skam og identitet).
3. En mulig vei videre via adaptive følelser: «Det er noen omkostninger med de strategiene som handler om å unngå det vonde som har skjedd før, som en veldig ung versjon av meg virkelig trengte en gang i tiden», fortsetter terapeuten. «Ja, så nå må jeg gjøre noe annet ...» sier Nadine. «Ja, og det jeg tror kan være løsningen, det er at vi jobber med den ekle følelsen av å være feig, at vi går inn i den gamle frykten, og at du får kjenne på de gamle vonde følelsene her og nå, sånn at du kan komme ordentlig i kontakt med hva det var du trengte den gangen, som du aldri fikk. Og kanskje først da finne en måte å trøste den lille jenta på selv, og stå opp for henne. Kanskje du da kan leve friere, uten at den gamle frykten er med deg overalt», sier terapeuten. «Møte monsteret, liksom? Gå inn i det skumleste? Klatre opp i treet i hagen hvor jeg satt og følte meg helt alene, og finne ut av hva den lille jenta trengte?» sier Nadine. «Ja», sier terapeuten. «Ikke faen!» sier Nadine og ler. «Men så har jeg litt lyst også.» Her får Nadine opp en tydelig og bevisst inkongruens, som er et godt utgangspunkt for å lage behandlingsmål og jobbe målrettet mot at hun skal

komme mer i kontakt med følelsene knyttet til de opprinnelige hendelsene som har påført henne emosjonelle sår.

Terapeuten forklarer Nadine hvordan nye følelser (adaptive) kan endre de gamle vonde følelsene (maladaptive), som i essens er endringsmodellen i EFT: «Jeg har sett mange ganger at når vi kommer inn i det skumleste mørket, så skjer det noe fint – og det er at det ikke bare er utrygghet der, men det dukker opp selvhevdende sinne for det som ikke var greit, sorg over alt man måtte igjennom og gikk glipp av, og omsorg for barnet i seg som hadde det så vanskelig. Og da er det som at frykten og skammen blir mindre, og så endrer historien seg. Kanskje den endrer seg fra å være historien om at jeg følte meg for krevende og for feig, til historien om en ensom og redd jente som trengte og fortjente nærhet og omsorg», sier terapeuten. Nadine har tårer i øynene. «Jeg får håp når du forteller», sier hun. Sammen blir Nadine og terapeuten enige om å gå inn i viktige og vonde episodiske minner for å se om de kan finne ut av hvordan fortiden og gamle vonde følelser, som tristhet, utrygghet og skam, kan strekke seg inn i nåtiden og påvirke parforholdet, hverdagsfungeringen og arbeidslivet. Når Nadines maladaptive kjerneskjemaer for frykt og skam aktiveres, kan hun tilføre nye følelser og endre skjemaene. De adaptive følelsene vil transformere Nadines gamle frykt og skam og bidra til en ny og oppdatert meningsdannelse om hvem hun var, og hva hun trengte.

Sentrale intervensjoner

Basert på Nadines vonde erfaringer med at særlig mor avviste hennes følelser i oppveksten, vil arbeid med uoppgjort forhold være en sentral intervensjon. Målet med intervensjonen er en indre forsoning eller å gi slipp på de gamle umøtte behovene for trøst og anerkjennelse og å endre de maladaptive kjerneskjemaene for tilknytning og identitet.

Her kommer et tenkt eksempel på starten av et arbeid med uoppgjort forhold, hvor terapeuten vil hjelpe Nadine til å se for seg moren fra den gang sårene oppstod, på en måte som aktiverer følelser og kontakt med følelsene: «*Husker du at jeg så vidt nevnte dette med å plassere mamma i den tomme stolen?*» Nadine nikker. «*Hvis det er ok for deg, så vil jeg gjerne at vi inviterer mamma inn her. Kan du prøve å få opp et bilde av henne i stolen her?*» spør terapeuten. «*Ja, vi kan prøve*», svarer hun og ser på den tomme stolen. «*Jeg får opp et bilde av at hun sitter og ser ut av vinduet på kjøkkenet. Jeg er på utsiden, på vei mot huset. Jeg har hatt en kjip opplevelse på skolen hvor jeg ble avvist av en venninne, og er lei meg*», sier Nadine. «*Hvordan ser ansiktet hennes ut? Og øynene?*» spør terapeuten. «*Hun har et sånt kaldt blikk*», sier Nadine. Leppen begynner å skjelve. «*Hva skjer på innsiden din i møte med det kalde blikket?*» spør terapeuten. «*Jeg føler meg uvelkommen ... og jeg blir enda mer lei meg*», svarer hun. «*Si det til henne. Det er litt rart i starten, å snakke til henne som om hun var her, men jeg skal hjelpe deg. Jeg føler meg uvelkommen*», foreslår terapeuten. «*Jeg føler at du ikke vil at jeg skal komme inn*», sier Nadine og gråter.

Det neste steget i uoppgjort forhold er at Nadine setter seg over i den tomme stolen. Nå forestiller hun seg at hun er den avvisende moren og setter ord på det mor faktisk sa og

det smertefulle underliggende budskapet: «Jeg tåler deg ikke når du er trist. Og jeg liker deg ikke når du er for ivrig. Du er for mye. Jeg vil at du skal være usynlig.» Vi antar at dette vil lede Nadine inn i gammel frykt og skam. Terapeuten fordyper de maladaptive følelsene med evokativ empati, og betrygger henne om at terapeuten er med henne i det vonde. På vei inn i de maladaptive følelsene vil det typisk oppstå en del hindringer, og de trenger å jobbe over flere timer med det samme stolarbeidet. På et tidspunkt dukker det opp selvhevdende sinne mot mor, en sorg over alt hun ikke fikk, og en selvomsorg for den lille jenten. Det er flere mulige måter å oppnå forsoning på i uoppgjorte forhold. En variant er at når den imaginære moren ser smerten hun har påført Nadine, så mykner moren og imøtekommer det umøtte behovet. Dersom Nadine tar imot den imaginære morens omsorg og kjenner seg mindre redd og mer elsket, vil hun ikke lenger kjenne på sterk gammel frykt og skam eller sekundær uro eller nummenhet i møte med moren i stolen, og det emosjonelle kjerneskjemaet har begynt å endre seg. Dette er et steg på veien mot å kunne kjenne bedre egne følelser og behov, også i nåtid.

Nadine sier ofte at hun burde vært tøffere, modigere og stått mer opp for seg selv. I EFT oppfattes dette som markører på selvkritisk splitt. I arbeidet med Nadine er det sannsynlig at skam og selvkritikk vil komme opp. Da bruker vi stolarbeid, og ved å benytte selvkritikk forsøker vi å vekke, prosessere og endre den maladaptive skammen. Siden Nadine er redd egne følelser, er det sannsynlig at det vil dukke opp markører for selvavbrytelse, som vi har et eget stolarbeid for. I tillegg til å jobbe med gammel utrygghet og skam trenger terapeuten muligens å hjelpe henne ut av angstskapende tanker og automatisert unngåelsesatferd. Disse kan opprettholde symptomer på angst til tross for endring av maladaptive kjerneskjema. Dette kan vi gjøre gjennom arbeid med *angstsplitt*, hvor vi jobber med sekundær frykt (angst) i stolene for å bevisstgjøre Nadine hvordan hun skremmer seg selv. Målet er at hun skal få økt agens og en strategi for å kunne stå opp mot den angstskapende delen.

Hvordan vurdere endring?

Terapeutisk endring antas å skje når Nadine får hjelp til å gjenopprette den adaptive emosjonelle funksjonen som frykt og skam hadde før hun som barn erfarte for mye utrygghet og kritikk. Endringen innebærer at Nadine må gjennom en sekvens av emosjonelle prosesser, fra sekundære, via maladaptive til adaptive følelser. Terapeuten vurderer først og fremst om endring har funnet sted basert på Nadines emosjonelle responser i møte med mor, sin indre kritiker eller andre stimuli. Når det som tidligere vekket gammel frykt eller skam, med en påfølgende følelse av å være slapp, svimmel, kvalm eller nummen og tendens til tilbaketrekking, nå vekker selvhevdende sinne, sorg eller selvmedfølelse, vurderer vi at endring har funnet sted. Økt aksept for egne følelser og en endring i Nadines historie om seg selv vil være viktige indikatorer på endring. Det samme er fortellinger om økt mestring i hverdagen, som at hun forteller at hun og Bjørn var uenige om en filleting, at hun ble redd og kunne kjenne trangten til å rømme, men ble stående og erfarte at det gikk fint.

Avslutning

I EFT er smertefulle følelser det viktigste kompasset. For at terapeuten skal kunne bruke metoden, er det en forutsetning at de har etablert en allianse, og at klienten er enig i at det gir mening å gå inn i gamle vonde følelser. Dersom klienten ikke har tro på at dette kan være hjelpsomt, bør terapeuten benytte seg av en annen tilnærming eller henvise videre til en kollega som jobber på en måte som kan passe bedre for klienten. Selv om klienter ønsker å gå inn i smertefulle følelser og har tro på at det kan være produktivt, kan det oppstå mange utfordringer på veien. Over- og underregulering, protest mot prosjektet og alliansebrudd er noen av de vanligste. Den største risikoen ved bruk av EFT er antagelig å vekke maladaptive følelser hos klienten som terapeuten blir redd for, avviser eller ikke aksepterer, uten at terapeuten fanger det opp, tar ansvar og reparerer alliansebruddet. På grunn av denne risikoen står arbeid med egne følelser sentralt under opplæring i metoden. EFT-terapeuter må kjenne til det indre følelsesmessige skyggelandskapet vi selv beveger oss rundt i. Vi må akseptere våre egne følelser for å kunne tre inn i den andres livsverden på en ikke-dømmende måte. Hvis ikke risikerer vi å miste oss selv eller bli hjemsøkt av egne gamle følelser midt i en viktig terapiprosess.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 12, 2023, side 841-850

TEKST

Jan Reidar Stiegler

KONTAKT: jan.stiegler@gmail.com

Anne Hilde Vassbø Hagen

+ Vis referanser

Carrier, J.R. & Greenberg, L.S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 78(2), 190-199.

<https://doi.org/10.1037/a0018401>

Damasio, A. (2010). *Self comes to mind: Constructing the conscious brain*. William Heinemann.

Elkins, D.N. (2022). Common Factors: What Are They and What Do They Mean for Humanistic Psychology? *Journal of Humanistic Psychology*, 62(1), 21-30.

<https://doi.org/10.1177/0022167819858533>

Gendlin, E.T. (1978). *Focusing: How to Gain Direct Access to Your Body's Knowledge*. Rider Books.

Goldman, R.N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression.

Psychotherapy Research, 16(5), 537-549. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>

Greenberg, L.S. (2021). *Changing emotion with emotion*. American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/0000248-004>

Greenberg, L. (2023). Changing emotion with emotion. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/14779757.2023.2234966>

- Greenberg, L.S. & Geller, S. (2001). Congruence and therapeutic presence. I G. Wyatt (Red.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice, Vol. 1: Congruence. PCCS Books.
- Greenberg, L.S., & Newman, F.L. (1996). An approach to psychotherapy change process research: Introduction to the special section. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 435. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.435>
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). Varieties of shame experience in psychotherapy. *Gestalt Review*, 1(3), 205-220. <https://doi.org/10.2307/44394018>
- Greenberg, L. & Pascual-Leone, J. (2001). A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 165-186. <https://doi.org/10.1080/10720530125970>
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. Guilford Press.
- Greenberg, L. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332317>
- Greenberg, L. & Watson, J.C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11286-000>
- Greenberg, L.S. & Webster, M.C. (1982). Resolving decisional conflict by gestalt two-chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 29(5), 468-477. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.29.5.468>
- Malin, A.J. & Pos, A.E. (2015). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 25(4), 445-459. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.901572>
- Mlotek, A. (2013). The contribution of therapist empathy to client engagement and outcome in emotion-focused therapy for complex trauma [Doktorgradsavhandling]. University of Windsor. <https://doi.org/10.1037/e540272014-001>
- Paivio, S.C., Jarry, J.L., Chagigiorgis, H., Hall, I. & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, 20(3), 353-366. <https://doi.org/10.1080/10503300903505274>
- Paivio, S.C. & Pascual-Leone, A. (2023). Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000336-000>
- Pascual-Leone, A. (2018). How clients «change emotion with emotion»: A programme of research on emotional processing. *Psychotherapy Research*, 28(2), 165-182. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1349350>
- Pascual-Leone, A. & Yeryomenko, N. (2017). The client «experiencing» scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653-665. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>
- Perls, F., Hefferline, G. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. Dell.
- Pos, A.E. & Greenberg, L.S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25-31. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9031-z>
- Pos, A.E., Greenberg, L.S., Goldman, R.N. & Korman, L.M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1007-1016. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1007>
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Constable.
- Stiegler, J.R., Molde, H. & Schanche, E. (2018a). Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 86-95. <https://doi.org/10.1002/cpp.2144>

Stiegler, J.R., Molde, H. & Schanche, E. (2018b). Does the two-chair dialogue intervention facilitate processing of emotions more efficiently than basic Rogerian conditions? *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 20(3), 337-355. <https://doi.org/10.1080/13642537.2018.1495245>

Timulak, L., Iwakabe, S. & Elliott, R. (2019). Clinical implications of research on emotion-focused therapy. I L.S. Greenberg & R.N. Goldman (Red.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (s. 93-109). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-004>

Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K. & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59(1), 84-95. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>

Watson, J.C., Gordon, L.B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773-781. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.4.773>