

Uklar selvopplevelse og affektintegrasjon som terapeutisk fokus

Noen utfordringer for pasient og terapeut



Av Margrethe Standal Gleditsch og Ann Helen Godø

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2009

Sammendrag

Forfattere: Margrethe Standal Gleditsch og Ann Helen Godø

Tittel: Uklar selvopplevelse og affektintegrasjon som terapeutisk fokus

Noen utfordringer for pasient og terapeut

Veileder: Jon T. Monsen

Affektbevissthetsmodellen (Monsen & Monsen, 1999) for psykoterapi vektlegger betydningen av *affektintegrering* for psykisk helse og terapeutisk endring. Det overordnede målet i slik terapi er at affektive opplevelser i større grad skal integreres med kognisjon og atferd. En operasjonalisert intervensjonsliste på seks nivåer gir retningslinjer for hvordan man som terapeut kan arbeide systematisk for å oppnå dette. Modellen bygger på Silvan Tomkins' affekt- og scriptteori, samt nyere selvpsykologi. Disse teoriene fremhever at affekt er av avgjørende betydning for opplevelse av helhet og sammenheng i selvet, og gir dermed et viktig rasjonale for å arbeide med integrering av affekt i terapi.

Hensikten med denne kvalitative studien er å belyse en studentterapeuts bruk av affektbevissthetsmodellens intervensjonsfokus som forståelsesramme og retningsgivende kart i psykoterapi. Basert på opptak av terapitimer, gjøres det et forsøk på å illustrere hvordan det som betegnes som en *uklar selvopplevelse*, med grunnlag i manglende affektintegrasjon, kan manifestere seg. Videre beskrives utfordringer pasient og terapeut møtte i terapien.

Studien er selvstendig, og er inspirert av et terapiforløp med en pasient som presenterte et eksplisitt ønske om å oppnå bedre kontakt med sine følelser. Analysene er basert på et allerede innsamlet datamateriale knyttet til dette terapiforløpet ved Klinikk for dynamisk psykoterapi, Psykologisk Institutt, UiO. Den kvalitative analysemetoden som benyttes, er hermeneutisk-fenomenologisk forankret og utviklet av forfatterne på bakgrunn av Braun og Clarkes (2006) tematiske analyse.

Studiens analyse kan ifølge forfatterne bidra til en mer nyansert forståelse av hvordan affektbevissthetsmodellen kan benyttes som rammeverk for terapeutisk arbeid. Videre argumenteres det for at et slikt overordnet rammeverk, godt forankret i teori, er spesielt nyttig for nybegynnerterapeuter som har begrenset erfaring med terapi. Modellen har gjort det lettere å sammenfatte og integrere kunnskap tilegnet i løpet av studietiden, og å anvende denne kunnskapen målrettet i konkrete terapisisuasjoner. Forfatterne fremhever også det som oppleves som et manglende eksplisitt fokus på affekt og følelsesfenomenologi, i psykologutdanningen.

Forord

Først av alt vil vi rette en stor takk til Jon T. Monsen for engasjert veiledning og inspirerende teori. Du har styrket vår tro på at psykoterapi virker.

Vi vil også uttrykke takknemlighet overfor pasienten vi har skrevet om i denne oppgaven. Uten deg ville vi verken fått ideen til oppgaven, eller inspirasjonen til å skrive den. Du har nok bidratt til vår læring i langt større grad enn du aner.

Takk til Ole A. Solbakken for gjennomlesning på usedvanlig kort varsel, tilbakemelding og oppmuntrende ord.

Takk også til Anne Margrethe for kyndig korrekturlesing, og til øvrig familie og venner for uvurderlig praktisk og moralsk støtte i en hektisk skriveprosess.

Til slutt vil vi gjerne takke Stian og Vidar som har holdt ut med vår fraværenhet i denne perioden. Det er en prestasjon i seg selv. Vi lover å snart være tilbake i normalt stemningsleie og med et større oppmerksomhetsspenn enn de siste månedene.

Proessen med å skrive denne oppgaven har vært lang og noen ganger tung. Nå mot slutten sitter vi dog igjen med en privilegert følelse av å ha skrevet om et tema som virkelig har engasjert og berørt oss, og som vi fremdeles er nysgjerrige på å lære mer om. Vi tror våre erfaringer underveis er noe vi vil få stor bruk for videre i hverdagen som psykologer.

Vi håper at vårt engasjement vil reflekteres i oppgaven, og smitte over på leseren. Vi håper også at oppgaven kan være inspirerende for ferske terapeuter, eller til og med erfarne terapeuter og veiledere, og at dere kan dra nytte av våre erfaringer. For oss ville arbeidet med oppgaven da virkelig være verdt sitt strev.

Innholdsfortegnelse

Innledning	s. 6
Begrepsavklaring	s. 7
Formål med studien og avgrensning	s. 9
Problemstillinger	s. 10
Metode	s. 11
Hvorfor kvalitativ metode?	s. 11
Fenomenologisk-hermeneutisk forankring	s. 11
Datainnsamling	s. 12
Analysemetode	s. 12
<i>En forståelse av datamaterialet som helhet</i>	s. 13
<i>Transkripsjon</i>	s. 13
<i>Koding og systematisering av transkriberte utdrag</i>	s. 14
<i>Å velge ut essensen innenfor ulike tema</i>	s. 14
Metodiske betraktninger	s. 14
<i>Etiske betraktninger</i>	s. 15
Teori og bakgrunn for affektbevissthetsmodellen	s. 16
Tomkins' affekt- og scriptteori	s. 16
<i>Affektteori</i>	s. 16
<i>Scriptteori</i>	s. 18
Selvpsykologisk inspirasjon	s. 20
<i>Selvobjekter og affektintegrering</i>	s. 20
<i>Betydningen av affektiv inntoning</i>	s. 21
<i>Organiserende prinsipper</i>	s. 22
<i>Konsekvenser for terapi</i>	s. 23
Affektbevissthetsmodellen	s. 24
Hvorfor er affekten så sentral?	s. 24
Utvikling av mangelfull affektintegrering	s. 25
Følelser er adaptive og vitaliserende	s. 25
Arbeidsmetode og prosesslæring	s. 26
Ulike nivåer av terapeutfokus og terapeutaktivitet	s. 28
Beskrivelse av pasienten	s. 29
Bakgrunn og aktuell problematikk	s. 29
Mariannes affektorganisering og kjernescript - betraktninger før analysen	s. 31

Å arbeide med affektintegrering ved hjelp av affektbevissthetsmodellen	s. 33
Intervensjonsnivå 1: Tydeliggjøring av scener	s. 34
En intellektualiserende stil	s. 34
<i>Terapeutens kommentarer</i>	s. 35
<i>Refleksjoner i ettertid</i>	s. 36
Når andre får figur i scenen	s. 38
<i>Terapeutens kommentarer</i>	s. 39
<i>Refleksjoner i ettertid</i>	s. 40
Manifestasjoner av uklar selvopplevelse	s. 41
<i>Terapeutens kommentarer</i>	s. 42
<i>Refleksjoner i ettertid</i>	s. 42
Intervensjonsnivå 2: Å forsøke å plassere det affektive i scenene	s. 44
Affekten i søkelyset - et nytt fokus	s. 44
<i>Terapeutens kommentarer</i>	s. 45
<i>Refleksjoner i ettertid</i>	s. 46
En opplevelse av tomhet	s. 46
<i>Terapeutens kommentarer</i>	s. 47
<i>Refleksjoner i ettertid</i>	s. 47
Ambivalens- følelser som noe fremmed og farlig	s. 48
<i>Terapeutens kommentarer</i>	s. 49
<i>Refleksjoner i ettertid</i>	s. 49
Å sette navn på, sortere og nyansere følelsene	s. 50
<i>Terapeutens kommentarer</i>	s. 50
<i>Refleksjoner i ettertid</i>	s. 51
Intervensjonsnivå 3: Aspekter ved affektbevissthet og affektintegrering	s. 52
Oppmerksomhet	s. 52
<i>Terapeutens kommentarer</i>	s. 53
<i>Refleksjoner i ettertid</i>	s. 54
Toleranse	s. 56
<i>Hva gjør følelsen med deg?</i>	s. 56
<i>Hva gjør du med følelsen?</i>	s. 57
<i>Tror du følelsen kan fortelle deg noe av betydning?</i>	s. 58
<i>Terapeutens kommentarer</i>	s. 58
<i>Refleksjoner i ettertid</i>	s. 58
Emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet	s. 60
<i>Terapeutens kommentarer</i>	s. 63
<i>Refleksjoner i ettertid</i>	s. 64
Avsluttende kommentarer	s. 67
Den uklare selvopplevelsen	s. 67
Å holde fokus	s. 68
Å arbeide med affekt	s. 69
Men hvordan jobber jeg med det, egentlig?	s. 70
Terapeutens nytte av ABM i terapisituasjonen	s. 71
Med et kritisk blikk på modellen	s. 73
Å ha et ståsted	s. 74
Avsluttende betraktninger	s. 75

Innledning

*”Med sunn selvfølelse forstår jeg den klare **forvissning** om at registrerte følelser og ønsker hører til **ens eget selv**. Denne vissheten er ikke noe man reflekterer over. Den bare er der, som pulsslagene, som man ikke legger merke til så lenge de er i orden. Bare i en slik selvfølgelig og direkte tilgang til egne følelser og ønsker finner mennesket sitt støttepunkt og sin selvaktelse. Det kan leve ut sine følelser, være trist, fortvilet eller trenge hjelp uten derfor å føle angst (...) Det vet ikke bare hva det ikke vil, men også hva det vil. Og det kan gi det uttrykk uavhengig av om det vil bli elsket eller hatet for det.”*

Alice Miller (1980, s 40. Norsk oversettelse ved Truls Wyller).

Interessen for å gjøre denne studien ble vekket i løpet av internpraksis ved Klinikk for dynamisk psykoterapi, Psykologisk Institutt UiO, høsten 2008. Vi som skriver, var da nylig ferdige med fem måneders hovedpraksis og begynte i vårt siste år av profesjonsstudiet i samme veiledningsgruppe hos professor Jon T. Monsen. I veiledning skulle vi komme til å ha et sterkt fokus på affektbevissthet og følelsers betydning for psykisk helse. Vi hadde tidligere hørt om Monsen og medarbeideres affektbevissthetsmodell (Monsen, Melgård & Ødegård, 1986; Monsen, Ødegård & Melgård, 1989; Monsen & Monsen, 1999), heretter referert til som ABM, men hadde ikke inngående kjennskap til den. I gruppen var vi fire studenter, hvorav to fungerte som terapeut for hver sin pasient, og to var teammedlemmer. Studien er inspirert av og basert på terapiforløpet for en av disse pasientene og hennes terapeut.

I første time kom vår pasient med en direkte bestilling til studentterapeuten: *”Hvordan kan jeg komme i kontakt med og arbeide med følelsene mine?”* Selv visste hun ikke hvordan hun skulle klare dette. Hun hadde tidligere hatt timer hos en privatpraktiserende psykolog som arbeidet etter en kognitiv terapimodell, noe hun gav uttrykk for at hun ikke opplevde som særlig nyttig. Hun var tydelig fortvilet over at hun i disse timene *”var så mye oppi hodet”*. Med dette mente hun at hun i timene *”bare snakket overfladisk pjatt”*, uten å bli følelsesmessig berørt av det hun fortalte. Hun hadde en følelse av at hun fortalte sin historie for at *terapeuten* skulle forstå, ikke fordi det var til nytte for henne selv.

Nybegynnerterapeuten følte et behov for å kunne gi et noenlunde konkret svar på pasientens forespørsel, om ikke for pasientens skyld, så for sin egen del. Hun ønsket også å kunne tilby pasienten det den forrige psykologen ikke hadde klart, men ble engstelig for at også de skulle bli sittende og prate *”overfladisk pjatt”*. Møtet med denne pasienten vekket en

usikkerhet hos terapeuten rundt hvordan hun skulle gå frem for å hjelpe pasienten til å få bedre kontakt med følelsene sine.

Mangelen på en fremgangsmåte å arbeide etter, eller en overordnet teori som rettesnor, var noe vi kunne kjenne igjen fra vår hovedpraksisperiode. Vi opplevde at vi hadde mye kunnskap om psykiske lidelser og årsaker til disse, og at vi kunne etablere en terapeutisk allianse og skape en god dialog med pasientene. Likevel kunne vi føle at vi manglet retning og struktur, et overordnet rammeverk for hvordan man arbeider i terapi, som kunne knytte teori og terapeutisk praksis nærmere sammen. I arbeidet som psykolog er man konstant mottaker av kompleks informasjon som skal sorteres og dannes mening av, og vår opplevelse er at man som uerfaren terapeut uten ”kart”, lett kan miste fokus og oversikt over hvor man er i det terapeutiske terrenget.

I veiledningsgruppen ble vi bevisst at vi gjennom studiet har hatt *lite eksplisitt fokus på affekt*. Vi følte oss lite trente i å registrere og jobbe med affekt, særlig med tanke på at dette er noe man innenfor psykodynamisk terapiteori anser som primært i arbeid med pasienter. Til tross for at vi hadde lest om ulike teorier der følelser vektlegges (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Greenberg & Paivio, 1997; Gullestad & Killingmo, 2005; Vaillant, 1997), og trodd at vi hadde hatt fokus på pasientens affekt i hovedpraksis, ble det i internpraksis tydelig hvordan våre intervensjoner bar mer preg av en kognitiv terapitilnærming. Det at vi snakket om følelser og spurte rundt dette, betød altså ikke nødvendigvis at vi *jobbet med*, eller at pasienten *kjente på* følelsene. Vi så det som et paradoks at vi nå ønsket svar på et spørsmål som var parallelt til pasientens: Hvordan kan vi hjelpe pasienten med å komme i kontakt med, og arbeide med sine følelser?

Begrepsavklaring

Vi ønsker i denne teksten å formidle hvordan vi opplevde det som svært nyttig å lære om, og etter hvert jobbe etter ABM, som setter integrering av affekt i høysetet, har operasjonaliserte begreper for hvordan man som terapeut kan jobbe fokusert med affektintegrasjon, og forankrer det i et helhetlig teoretisk fundament. Videre vil vi illustrere hva vi opplevde som sentrale terapeutiske utfordringer, i arbeid med integrasjon av følelser etter en spesifikk modell. Før vi går videre til å definere våre problemstillinger, anser vi det som nødvendig å kort introdusere sentrale begreper, samt beskrive grunnleggende aspekter ved ABM. Vi vil senere redegjøre mer detaljert for teorier som ABM bygger på, da disse danner bakteppet for vår forståelse av modellen og gir et eksplisitt rasjonale for hvorfor man bør arbeide fokusert med følelser i terapi. Affektbevissthetsmodellen vil også bli beskrevet

mer utfyllende. Vi ser det som viktig å bemerke at vi i denne studien ikke vil foreta noe skille mellom begrepene *følelse* og *affekt*, og at disse derfor vil anvendes om hverandre.

Kohuts (1971) *selv*-begrep refererer ifølge Karterud (1997) til en følelse av eierskap og sammenheng i egne følelser, tanker og handlinger. Selvet kan forstås som summen av ens selvrepresentasjoner. *Selvopplevelse* er et begrep som særlig vektlegges innenfor selvspsykologi, og som omhandler hvordan og i hvilken grad mennesker har kontakt med sine ulike opplevelsmodaliteter (Jon T. Monsen, personlig kommunikasjon, 12. mars 2009). Innen psykologien har en vært spesielt opptatt av tanker, intuisjon, fantasi, drømmer, sansefølelser og følelser som eksempler på opplevelsformer. Selv om evnen til slike opplevelser tenkes å være medfødt og genetisk programmert i mennesket, vil måten man forholder seg til dem på, i stor grad påvirkes av psykologiske utviklingsprosesser (Monsen, 1990). I ABM anses *følelser* som svært viktige for sammenheng i selvopplevelsen fordi det antas at man primært opplever og forstår verden rundt seg på grunnlag av den følelsesmessige tilstanden man til enhver tid er i. Når egne følelsesmessige opplevelser stadig kommer i bakgrunnen, slik at man i større eller mindre grad mister kontakten med dem, kan dette innebære at man får en fremmedgjort eller uklar opplevelse av seg selv. Tanken er at et konsekvent terapeutisk fokus på affekt kan hjelpe pasienten til å gjenetablere og opprettholde kontakten med sin egen affektive opplevelse.

Affektbevissthet (AB) er definert og operasjonalisert som grader av oppmerksomhet, toleranse og henholdsvis emosjonell (ikke-verbal) og begrepsmessig ekspressivitet for 11 spesifikke følelser: Interesse/iver, glede, ømhet/hengivenhet, frykt/angst, tristhet/fortvilelse, irritasjon/sinne, vemmelse/avsky, forakt, skam/sjenanse, skyld/anger og misunnelse/sjalusi. Denne inndelingen av følelser bygger på Tomkins' (1963) og Izards (1977) teorier om følelser. I ABM anser man affekt som sentral for terapeutisk endring, og knytter psykiske lidelser til grader av mangelfull affektintegrasjon. Det fremheves at det å kunne føle og oppleve *ut fra seg selv*, er sentralt for å kunne være et vitalt og sunt menneske. Dersom man mister denne evnen, vil man også kunne miste kontakt med kjernen i seg selv og ”i varierende grad føle seg tom, uten mening og uten substans.” (Monsen, 1990, s. 144). Denne oppfattelsen kan sammenlignes med Sterns (1985) forståelse av *det sosiale selvet*, og med hva Winnicott (1965) betegner som *det falske selvet*.

Affektbevissthetsbegrepet ble utviklet i forbindelse med Tøyenstudien, en naturalistisk utfallsstudie med 25 pasienter, de fleste av dem diagnostisert med personlighetsforstyrrelser (Monsen et al., 1986; Monsen et al., 1989). Som en del av dette prosjektet ble det utviklet et semistrukturert affektbevissthetsintervju (ABI) som et diagnostisk verktøy for å kartlegge

ulike aspekter ved affektintegrasjon. Vi vil beskrive dette intervjuet kort i metodekapittelet. Ifølge forfatterne så intervjuet i seg selv ut til å ha en vitaliserende effekt ved at pasientene virket mer fokuserte og involverte i dialogen, og hadde bedre tilgang på assosiasjoner og relaterte hendelser enn i vanlige terapitimer. Erfaringene fra bruken av intervjuet førte derfor til en revidering av affektbevissthetsmodellen for psykoterapi (Monsen, Eilertsen, Melgård & Ødegård, 1996). I ABM har man videre spesifisert ulike former for terapeutintervensjoner på seks nivåer. Intervensjonsnivåene gir retningslinjer for terapeutisk *fokus* i arbeid med affektintegrering. Da disse intervensjonsnivåene er sentrale for våre analyser, vil vi senere gjøre nærmere rede for dem.

Formål med studien og avgrensning

Gjennom våre analyser ønsker vi å gi en beskrivelse av en fersk terapeuts bruk av AB-modellens intervensjonsfokus som forståelsesramme og retningsgivende kart i psykoterapi. Vi vil bruke eksempler fra et terapiforløp som begynte i september 2008 og ble avsluttet medio april 2009, supplert med terapeutens og veiledningsgruppens erfaringer knyttet til dette forløpet. Den ene av oss har vært terapeut, mens den andre har vært teammedlem og fulgt terapiforløpet tett fra starten av. Vi anser det som viktig å allerede her understreke at denne teksten ikke er ment som ubetinget ros av ABM, ei heller at vi opplever modellen som en enkel oppskrift for å behandle mennesker med psykiske lidelser. Vi er også ydmyke i forhold til at det er et stort felt vi har beveget oss inn på. De aspekter ved modellen som fremheves som sentrale i denne studien, har utgangspunkt i våre erfaringer fra arbeid med modellen i ett enkelt terapiforløp. Vi vil på bakgrunn av dette bare kunne gi et utvalg av *eksempler* på hvordan slikt arbeid kan foregå, ikke en fullstendig beskrivelse av alle aspekter ved modellen. En slik fullstendig beskrivelse ligger utenfor rammene for denne studien.

Vi er innforstått med at flere av utfordringene terapeuten står overfor i dette terapiforløpet, vil kunne forstås som uttrykk for *motoverføring* innenfor dynamisk psykoterapiteori. Motoverføring viser til terapeutens affektive reaksjoner overfor pasienten og kan dermed betraktes som svar på et relasjonelt ”budskap” i terapien (Gullestad & Killingmo, 2005). Terapeutens motoverføringsreaksjoner kan slik være en nyttig kilde til kunnskap om hvordan pasienten får problemer i forhold til andre mennesker (Nielsen, 1999). Samtidig vil terapeutens egen personlighet danne et viktig grunnlag for terapeutens motoverføringsreaksjoner overfor pasienten. Innenfor ABM opererer man isteden, slik vi har forstått det, med et analogt begrep – *terapeutens script*. Dette omhandler blant annet terapeutens evne til å tåle affekt, og mer generelt, til å bruke affektsignaler som kilde til

informasjon om seg selv og andre. Slike script er utviklet i samspill med andre og virker organiserende på hvordan man oppfatter og omgås sine omgivelser. Scriptbegrepet vil beskrives nærmere senere i teksten i tilknytning til det teoretiske grunnlaget for ABM.

Bakgrunnen for denne studien var en opplevd *usikkerhet* med tanke på hvordan en kan arbeide med følelser i terapi. Denne usikkerheten oppstod i et intersubjektivt samspill i terapien og vil med all sannsynlighet også ha sammenheng med terapeutens personlighetsmessige stil. En forståelse av motoverføringens betydning som kilde til informasjon innebærer, slik vi ser det, at det å være *bevisst* sin usikkerhet, vil kunne betraktes som en styrke i terapeutisk sammenheng. Vi har imidlertid ikke vektlagt hvordan terapeutens personlighet kan ha virket inn på forløpet og fortolkningen av terapien i denne studien, og vil derfor ikke diskutere motoverføringsbegrepet, eller det analoge terapeutscripbegrepet, i forbindelse med våre analyser. Et slikt tema kunne utgjøre en studie i seg selv. I denne studien er vi mer opptatt av usikkerhet knyttet til det å være en uerfaren og fersk terapeut med manglende oversikt over et komplekst terapeutisk ”landskap”.

I kapitlene som følger, vil vi skildre en utviklingsprosess der forsøk på å skaffe oversikt over et slikt komplekst terapilandskap står sentralt. Med tydeliggjøring av pasientens selvopplevelse som utgangspunkt vil vi forsøke å vise hvordan terapeuten arbeider etter de ulike nivåene av intervensjonsfokus som er spesifisert i ABM, og gjennom dette forsøke å belyse følgende problemstillinger:

- 1) Hvordan kan en uklar selvopplevelse manifestere seg i terapi?
- 2) Hvordan kan man som fersk terapeut arbeide fokusert etter affektbevissthetsmodellen for å hjelpe pasienten med å tydeliggjøre selvopplevelsen, og hva kan være sentrale utfordringer for pasient og terapeut i en slik prosess?

Metode

Hvorfor kvalitativ metode?

I følge Elliott (1995, i Elliott, Fischer & Rennie, 1999) er formålet med kvalitativ forskning annerledes enn i kvantitativ forskning. Fremfor å studere årsakssammenhenger forsøker en å bidra til en dypere og rikere forståelse av fenomener gjennom å definere disse i form av opplevd mening og observert variasjon. Haavind (2000) fremhever at gode beskrivelser er grunnleggende for dekkende og interessante tolkninger av subjektive meningssammenhenger. Denne teksten er et resultat av våre forsøk på å danne oss en forståelse av en terapiprosess der en studentterapeut gjør bruk av ABM. Det er en eksplorerende studie, da vi er opptatt av å beskrive og forstå hvordan prosessen forløp, og en kvalitativ tilnærming ble vurdert som mest egnet. I dette kapitlet vil vi gjøre rede for hvordan vi har gjennomført vår studie, og forsøke å begrunne de valgene vi har gjort underveis. Kapitlet avsluttes med en diskusjon av styrker og svakheter ved våre metodiske valg.

Fenomenologisk – hermeneutisk forankring

I fenomenologien er en opptatt av å danne seg et bilde av mening, struktur og essens ved den levde erfaringen av et fenomen (Patton, 2002). Tilnærmingen er deskriptiv, fordi en tar utgangspunkt i konkrete beskrivelser av opplevd erfaring fra deltakernes perspektiv, og ender opp med en annenhånds beskrivelse av essensen i denne opplevde erfaringen, slik forskeren forstår det (Giorgi & Giorgi, 2003) En forsøker på en mest mulig åpen måte å fange fenomenet *slik det trer frem* (Karlsson, 1995). Tanken er at ved å bindes av hypoteser risikerer en å gå glipp av viktige aspekter ved fenomenet en ønsker å danne seg en forståelse av.

Hermeneutikken fremholder at betydningen av erfaringer er avhengig av konteksten de eksisterer og blir tolket i (Patton, 2002). Innenfor hermeneutikken har man en tydeligere forståelse av at man som forsker konstruerer en virkelighet basert på tolkninger av data. Slik sett kan en tenke seg at en fortolkning alltid er avhengig av konteksten en fortolker i, og at den derfor aldri kan være fullstendig objektiv. Kunnskapen en tilegner seg, er relativ til de personer og situasjoner som studeres, og til konteksten for undersøkelsene. Man forsøker likevel å forankre forståelsen man danner seg empirisk, og å tydeliggjøre forskerens rammeverk for forståelse (Elliott et al., 1999).

Vårt metodevalg er forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk epistemologi. Her søker vi å fange fenomenet slik det fremtrer for oss gjennom analyser av datamaterialet.

Samtidig har vi med oss en forståelse fra hermeneutikken om at vår utvelgelse og fortolkning av data vil være farget av vår teoretiske bakgrunn. Ifølge Kvale (1997) forsøker man i kvalitativ forskning å forene objektivisme og relativisme. Vi er klar over at vår utvelgelse av hva vi oppfatter som viktig og meningsfullt, nødvendigvis vil formes av vår teoretiske forforståelse. Formålet med studien er imidlertid å belyse erfaringer fra terapiprosessen, ikke å gi en objektiv analyse av terapeutisk arbeid med ABM. Fokuset er altså både på pasientens og terapeutens subjektive opplevelse. Det vil alltid være mulig å tolke vårt datamateriale på mange ulike måter avhengig av hva slags teoretisk forforståelse en bærer med seg, og hvilke faktorer en vektlegger som betydningsfulle i terapi. Her vil vi belyse materialet primært fra et affektbevissthetsteoretisk ståsted.

Datainnsamling

Datamaterialet består av video- og lydopptak fra et terapiforløp ved Klinikk for dynamisk psykoterapi ved Psykologisk Institutt UiO høsten 2008 og våren 2009. Pasienten hadde individualterapi ved klinikken to ganger per uke over et tidsrom på åtte måneder. Av praktiske hensyn har vi valgt å avgrense vår undersøkelse til terapiforløpets fem første måneder. Ved siden av å analysere terapitimer ble det foretatt et affektbevissthetsintervju – ABI (Monsen et al., 1986) med pasienten for å danne oss en mer utfyllende forståelse av hennes problematikk. I ABI etterspør man eksempler på oppmerksomhet, toleranse, emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet i forhold til de 11 spesifikke følelsene som modellen opererer med. På bakgrunn av dette forsøker man å vurdere pasientens grad av affektbevissthet og identifisere mønstre av affektorganisering. Vi vil gi en mer detaljert beskrivelse av pasienten og hennes affektorganisering senere i teksten.

Terapeuten er sisteårsstudent ved profesjonsstudiet i psykologi ved UiO og har tidligere erfaring fra praksisperioder og deltidsarbeid ved BUP, akutt psykisk helsevern og arbeid med mennesker med rusproblematikk og psykiske lidelser. Dette er hennes første terapiforløp over en lengre tidsperiode.

Analysemetode

Vår analysemetode er utarbeidet på bakgrunn av Braun og Clarkes (2006) tematiske analyse. Som for andre kvalitative analysemetoder kan en se for seg ulike steg i denne analysen som veiledende forslag til hvordan en kan gå frem, heller enn som absolutte regler (Patton, 2002). Dette fordi hver kvalitative studie er unik, slik at en kan tenke seg at den analytiske tilnærmingen nødvendigvis også vil være unik. Braun og Clarke (2006) fremhever

denne metodens fleksibilitet som et viktig fortrinn i så måte. Vi har valgt å foreta en detaljert gjennomgang av et bestemt aspekt ved datasettet – arbeid med integrasjon av følelser – fordi vi i utgangspunktet var interessert i hvordan dette foregikk i terapitimene. Vi har altså gått gjennom materialet med en viss teoretisk forforståelse, men datamaterialet har hele tiden vært retningsgivende for utformingen av våre videre analyser.

En forståelse av datamaterialet som helhet: Som et første ledd i analysen så vi gjennom videoopptak og lyttet til lydopptak av totalt 32 terapitimer pluss affektbevissthetsintervjuet. De øvrige timene ble ikke analysert av to årsaker: 1) Opptak fra noen av timene (fem) var ikke analyserbare, da lyd kvaliteten var for dårlig til at man kunne følge dialogen. Slik vi ser det, er det ikke grunn til å tro at disse timene skiller seg vesentlig fra det totale datamaterialet, da de er spredt vilkårlig utover hele terapiforløpet. 2) Vi valgte, som nevnt, å avgrense analysen til de første fem månedene av terapien, og timene fra medio februar til og med april er derfor ikke inkludert i analysene. Vi vurderer det slik at datamaterialet som er valgt ut til analyse, er representativt i forhold til denne studien, da vi ikke primært ønsker å si noe om en utvikling i affektbevissthet over tid, men om viktige temaer knyttet til arbeidet i terapien.

I denne delen av prosessen forsøkte vi på en mest mulig åpen måte å gå gjennom materialet og merke oss alt som kunne være relevant i forhold til hva vi ønsket å studere. Under gjennomgangen dannet vi oss et inntrykk av mulige mønstre, vi fikk ideer underveis og skrev fyldige notater fra alle timene. Vi merket oss spesielt hvilke temaer pasienten tok opp og pratet om, eventuelle affektivt ladede partier, både med tanke på tematikk og i forhold til relasjonen mellom terapeut og pasient. Utsagn fra pasienten om hennes forhold til egne følelser, bakgrunnshistorie samt forståelse av seg selv og egen problematikk, ble også betraktet som relevant med tanke på våre problemstillinger. Videre merket vi oss deler av timene som kunne oppleves utfordrende eller vanskelige for terapeuten.

Transkripsjon: På bakgrunn av notatene vi hadde gjort, valgte vi å transkribere de delene av timene vi hadde festet oss ved som spesielt relevante. Flere timer ble transkribert i sin helhet fordi vi vurderte det slik at de inneholdt mye interessant stoff timen igjennom. Vi transkriberte også affektbevissthetsintervjuet i sin helhet. Hovedsakelig har vi vektlagt verbale ytringer i terapiopptakene, men vi har også fylt ut denne informasjonen med beskrivelser av *hvordan* ting ble uttrykt, og nonverbale ytringer som vi mente bidro til å utfylle det som ble sagt, og gi teksten mening. Vi har ikke vektlagt noen analyse av nonverbale affektuttrykk i terapitimene, da det ligger utenfor studiens ramme, men har tatt utgangspunkt i egen

beskrivelse og fortolkning av disse nonverbale uttrykkene der dette har virket hensiktsmessig for å belyse den helhetlige forståelsen av dialogen.

Koding og systematisering av transkriberte utdrag: Det transkriberte materialet ble kodet etter tematisk innhold og systematisert i overordnede temaer ut fra dette. Den tematiske strukturen en bygger opp, gjør at en kan skaffe seg oversikt over bredden i hvordan hvert tema behandles (Flick, 2006). Vi valgte så ut temakategorier som vi på bakgrunn av ABM opplevde som mest illustrerende for pasientens problematikk, terapeutens fremgangsmåte, samt terapeutens utfordringer underveis.

Med hensyn til fremstillingen av studien ble temaene systematisert og ordnet etter de tre mest grunnleggende nivåene i modellens intervensjonsliste for terapeuter. Dette fordi vi opplevde at temaene i stor grad korresponderte med de ulike intervensjonsnivåene i modellen, samtidig som vi mente det ville gi en ryddig struktur og en oversiktlig illustrasjon av disse nivåene og arbeidet med dem.

Å velge ut essensen innenfor ulike temaer: I tillegg til temaer innenfor de tre nivåene, som vi skal gi en grundigere gjennomgang av i analysedelen av teksten, samlet vi utdrag som illustrerte pasientens affektorganisering og refleksjon rundt egen problematikk, samt pasientens konkrete spørsmål og utfordringer til terapeuten. Innenfor hvert tema forsøkte vi så å velge ut essensen i det transkriberte materialet, identifisere sammenhenger innenfor hvert tema, beskrive hva som var interessant ved de ulike utdragene, og begrunne hvorfor. Denne delen av analysen utførte vi først hver for oss, før vi diskuterte hva vi hadde kommet frem til med hverandre. Avslutningsvis gjorde vi en utvelgelse av hvilke utdrag som best illustrerte hvert tema vi ønsket å belyse. Enkelte av de lengre utdragene er i analysen blitt noe forkortet av hensyn til presentasjonen. Forkortelsene er markert med (...), og delene av teksten som er utelatt, vurderes ikke å ha betydning for meningen i utdragene.

Metodiske betraktninger

Metodiske kriterier for generaliserbarhet, validitet og reliabilitet kan ikke uten videre overføres fra kvantitativ til kvalitativ forskning (Elliott et al., 1999). Andenæs (2000) påpeker at et krav om gjentakbarhet av studien blir problematisk i kvalitativ forskning, da en undersøker fenomener og kontekster som er i stadig forandring, og at en slik reliabilitetstenkning er mer egnet for eksperimentelle tilnærminger. Med hensyn til overførbarhet av resultater poengterer hun at man ved å kalle forskningen eksplorerende kan markere at resultater fra en studie fremlegges som et *forslag* til en beskrivelse og forståelse av et fenomen, fremfor absolutt kunnskap.

Med tanke på vår forståelse av pasientens problematikk er denne blitt analysert og diskutert i vår veiledningsgruppe. Vi vurderer dette som en viktig kvalitetssikring, da studien dermed ikke bygger på forfatterens forståelse og tolkning alene, men er blitt dannet ved hjelp av flere terapeuter og en erfaren veileder gjennom inngående granskning over et tidsrom på flere måneder. Terapeutiske utfordringer er også blitt tatt opp og diskutert underveis samt gjort til spesifikt tema relatert til studien i seks veiledningstimer med gruppen. Gjennom hele prosessen har vi vært to som har arbeidet med materialet, én terapeut og ett teammedlem. Vi har diskutert vår forståelse av temaer i timene, samt utdragene vi har valgt ut, med hverandre. Temaene er også diskutert med pasienten ved flere anledninger. Dette har vært viktige temaer i terapien, problemstillinger hun selv har beskrevet og fremmet. Terapeutens forståelse er blitt gitt tilbake til pasienten, både i relasjon til temaene og i forbindelse med en samtale terapeut og pasient hadde om denne studien.

Med tanke på analysen kan vi i ettertid se at en mulig svakhet ved vår fremgangsmåte er at vi ikke har transkribert alle timene i sin helhet. Vi vurderte det imidlertid slik at dette ville være overflødig med tanke på våre problemstillinger, da vi i forkant hadde gjort en nøye analyse av datamaterialet i sin helhet og valgt ut interessante deler av timene som vi ønsket å se nærmere på. Gjennom hele analyseprosessen har betydningen av enkeltdeler som tolkes, virket inn på den globale forståelsen, og den globale forståelsen har igjen farget vår fortolkning av teksten. Derfor så vi det som nødvendig å gå flere runder med materialet, og forståelsen vi har dannet oss underveis, har vært retningsgivende for våre videre analyser.

Etiske betraktninger: Da vår studie bygger på et virkelig terapiforløp, så vi det som spesielt viktig å ivareta pasienten studien er basert på. Alle data som kan tenkes å utgjøre en trussel mot anonymisering, er blitt forandret i analysene og fremstillingen, det være seg navn på personer, steder, aldre samt beskrivelser av hendelsesforløp som andre enn pasienten kan tenkes å gjenkjenne. Av hensyn til pasientens anonymitet har vi videre vurdert det slik at det vil være u hensiktsmessig å legge ved større deler av datamaterialet.

I forbindelse med pasientens opptak ved klinikken har hun gitt sitt samtykke til at terapiprosessen kan brukes i undervisning og forskning ved Universitetet i Oslo. Utover dette har vi også innhentet spesielt samtykke til prosjektet fra pasienten. Fordi terapitilbudet pasienten mottok, ikke ville endres som en følge av studien, vurderte vi det slik at det ikke var nødvendig å søke Regional Etisk Komité (REK) om en vurdering av prosjektet. Denne vurderingen ble gjort på bakgrunn av samtaler med veileder, og etter at vi hadde forhørt oss med en representant for REK (Førsteamanuensis Annika Melinder ved Psykologisk Institutt, UiO).

Teori og bakgrunn for affektbevissthetsmodellen

Vi vil nå gjøre rede for det teoretiske grunnlaget for det terapeutiske arbeidet som beskrives i denne studien. Affektbevissthetsmodellen er utviklet med utgangspunkt i Silvan Tomkins' (1962; 1963; 1979) affekt- og scriptteori og selvpsykologi og kan betraktes som en integrativ terapimodell. Andre forfattere som har gitt viktige bidrag til affektteori og selvpsykologi, og som har inspirert arbeidet med å integrere affektteori i en psykoterapimodell, er Kohut (1971), Basch (1983), Stern (1985), Stolorow, Brandchaft og Atwood (1987), og Lichtenberg (1989). Ettersom vi har oppfattet Silvan Tomkins' og Robert D. Stolorow og kollegers (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987) bidrag som sentrale, vil vi vektlegge å presentere viktige aspekter ved disse før vi går videre til en mer detaljert beskrivelse av ABM.

Tomkins' affekt- og scriptteori:

Tomkins søker med sin affekt- og scriptteori å gi et sammenhengende rammeverk for de motivasjonelle aspektene ved menneskers personlighet (Demos, 1995). Teorien inkluderer både biologiske, utviklingsmessige og dynamiske faktorer. Inspirert av Darwin (1965) og etologiens forståelse av følelser hevdet Tomkins at følelser er biologisk gitte. Han identifiserte åtte medfødte grunnfølelser: interesse, glede, overraskelse, fortvilelse, frykt, skam, avsky og sinne. Med scriptteorien forsøkte han å beskrive dannelse av *struktur* i personligheten, basert på en antakelse om at følelser gjennom sosialisering har en sentral innvirkning på hvordan atferdsmønstre organiseres (Monsen, 1990). Han ønsket å vise hvordan mennesker gjennom levd erfaring og affektivt samspill med viktige andre, utvikler relativt stabile og *unike* måter å organisere opplevelser på.

Der Carlson (1995) kritiserer andre personlighetsmodeller for å være reduksjonistiske og fragmenterende med snevert fokus på utvalgte deler av mennesket, mener hun at Tomkins på en bedre måte ivaretar menneskers kompleksitet og helhet. Dette ved å anerkjenne at en full forståelse av teorien krever integrering og forståelse av teorier om blant annet biologiske aspekter, kognisjon, hukommelse, handling, persepsjon og feedbackteori. Tomkins understreket viktigheten av å forstå både psykologiske, biologiske og sosiale aspekter ved mennesker i en slik modell. Affektens rolle fremheves likevel som helt sentral og overordnet.

Affektteori: Ifølge Demos (1995) representerte Tomkins' omfattende affekt- og scriptteori en "affektrevolusjon". På 1950- og 1960-tallet, da de fleste psykologer var opptatt av behaviorisme, drifter eller kognisjon, og da affekt oftest ble redusert til et driftsderivat eller

følgeprodukt av kognitive tolkninger, satte Tomkins affekten i høysetet: For å få et menneske til å handle trengs kun en emosjonell tilstand, for eksempel sinne eller skam, *uavhengig* av hvilken driftstilstand vedkommende er i (Tomkins, 1963). Han fremhevet for eksempel hvordan seksualdriften, som ved siden av aggresjon var ansett som den sentrale menneskelige drivkraften i Freuds psykoanalyse (Mitchell & Black, 1995), raskt kan bli en ”papirtiger” når den hemmes av sterke affekter som skam, angst eller raseri. Seksualiteten er avhengig av å *låne styrke* fra følelser som interesse og iver for overhodet å eksistere. Den generelle tanken er at drifter må *forsterkes av affekt* for å virke. Tomkins ble slik den første til å skille affekt fra en sammenblanding av drifter og kognisjon og til å anerkjenne affekt som menneskets *primære motiverende drivkraft* (Demos, 1995).

Selv om affektsystemet kan betraktes som separat fra og overordnet drifts- og kognisjonssystemene, poengteres det likevel at de samarbeider. Tomkins uttrykker blant annet at ”*kognisjon uten affekt er svak, mens affekt uten kognisjon er blind.*” (Demos, 1995, s 309). Mens affektsystemet tenkes å gi mening til og forsterke informasjon, kan kognisjonssystemet omforme og bearbeide denne informasjonen. Følelsenes motiverende funksjon begrunner Tomkins (1963) med at affekt tenkes å *forsterke og forlenge* inntrykk eller stimuli som utløser den. Fordi affekt forsterker kilden den blir aktivert av, bidrar affekt til å gjøre informasjon presserende og generelt gyldig. Det gjør at vi blir berørt, og det får oss til å ta stilling til eller forholde oss til noe. Han hevder at uten affektene forsterkning vil *ingenting bety noe*, men at med affektene forsterkning kan *hva som helst* få betydning. Affektene antas å låne sin kraft til hukommelse, persepsjon, tenkning og handling i like stor grad som til driftene (Tomkins, 1979).

I tråd med dette mente Tomkins også at affektene har en *sammenbindende kraft* – ”The fusion power of affects”, som innebærer at affekt ikke bare forsterker inntrykket av en stimulus, men også reaksjonene som *etterfølger* den, og affekten i seg selv. Affektene virker slik som et ”psykisk lim” som binder sammen, samtidig og sekvensielt, kognitive, perseptuelle, motoriske og affektive aspekter ved hendelser (Monsen & Monsen, 2000). Affekten kan altså binde sammen ulike inntrykk og informasjon som opptrer i raske hendelsessekvenser, slik at de oppfattes som en sammenhengende opplevelse. Denne forbindelsen er ikke lært, men oppstår fordi affekten *overlapper i tid* med det som kommer forut for den, og det som følger etter. Slik blir det primært affekten som utgjør assosiasjonskraften som forbinder stimulus og respons (Monsen, 2002).

Tomkins vektla videre affektens *signalfunksjon* (Monsen & Monsen, 1999). Han fremhevet at affekt signaliserer noe om vår egen tilstand, samtidig som det gir informasjon

om noe i omgivelsene. Blir vi redde, kjenner vi dette som en kroppslig reaksjon, samtidig som det sannsynligvis er noe i omgivelsene som gjenspeiler reaksjonen. Dermed blir det spesielt viktig å forstå hva slags informasjon følelsene signaliserer. Affektens evne til å binde sammen og forsterke store mengder av opplevd informasjon gjør at den får en sentral rolle i dannelsen av såkalte *scener og script* (Carlson, 1995).

Scriptteori: Scriptteorien kan karakteriseres som den mest elaborerte versjonen av Tomkins personlighetsteori. Tomkins (1979) skiller mellom to organiseringsnivåer av affektive opplevelser: scener og script. Tomkins beskrev *scenen* som den mest grunnleggende enhet for analyse for å forstå menneskelig atferd, og organisering av opplevelser. En scene er en hendelse med en opplevd begynnelse og slutt. Scenen inneholder minst én affekt og minst ett objekt knyttet til denne affekten og kan ellers inneholde informasjon om tid, sted, sansefølelser, personer og handlinger. En scene kan være både en ytre hendelse og noe som oppleves intrapsykisk.

Sammenkobling av flere scener skjer gjennom en prosess Tomkins (1979) kaller *psykologisk forstørring* – ”magnification”. På samme måte som en vitenskapsmann behandler informasjon, forsøker mennesker å forklare mest mulig varians med færrest mulig antakelser. Slik sammenlikner man, bevisst eller ubevisst, og prøver å forstå likheter og ulikheter ved affektladete scener fra fortiden, nåtiden eller imaginært i fremtiden. Fordi scener kan ligne, men likevel inneholde elementer som er nye eller ulike, blir man ikke desensitisert for innholdet i dem. Isteden ser man de lignende scenene som *analoge*, de er *tilnærmet* like. Videre kan scener som er *like nok* til å utløse samme affekt, generaliseres og dekontekstualiseres, kobles sammen og forbindes med hverandre på en måte som gir struktur og mening til erfaringene. (Tomkins, 1979). Informasjonsbearbeiding kan slik automatiseres og effektiviseres. Samtidig innebærer en slik omtrentlig bearbeiding av informasjon at det er en fare for at man kan bli offer for egen generalisering. Særlig gjelder dette dersom scener kobles sammen på grunnlag av negative affektive erfaringer (Monsen & Monsen, 2000; Monsen, 2002).

Når et sett av scener er tilstrekkelig forstørret og kobles sammen slik som beskrevet ovenfor, betegner Tomkins (1979) dette som et *script*. Hyppig forekommende, intense eller vedvarende affektive opplevelser vil øke sannsynligheten for at et sett scener forstørres tilstrekkelig til å danne et script (Monsen, 1990). Affekten ser altså ut til å *forsterke* viktigheten av scenene. Scriptbegrepet kan sammenlignes med skjembegrepet innenfor kognitiv terapeori (Berge & Repål, 2004) eller med Greenbergs begrep om emosjonelle skjemaer (Greenberg & Paivio, 1997). Et script refererer til de underliggende prinsippene for

hvordan scener organiseres. Dette innebærer at det dannes et sett av regler for å forutsi, tolke, respondere på, evaluere og kontrollere familier av forstørrede og sammenkoblede scener (Monsen & Monsen, 1999). Man kan si at scener inneholder informasjon om *hva som hender* opplevelsesmessig, mens script inneholder informasjon om *hva som skal gjøres* med eller i scener, og dermed beskriver hvordan opplevelsene og erfaringene *struktureres*. Levd erfaring og analoge scener er altså grunnlaget for dannelsen av script. Etter hvert blir imidlertid scriptene mer eller mindre stabiliserte og begynner å fungere som *organiserende* prinsipper for hvordan vi opplever og håndterer oss selv og omverdenen. De kan dermed virke styrende på affektoplevelser, mestringsstrategier, mellommenneskelige relasjoner og fortolkningen av omgivelsene og slik bidra til å stabilisere selvopplevelsen og gjøre den forutsigbar (Monsen, 1990; Monsen, 2002).

Begrepet *kjernescript* refererer til noen få sentrale *maladaptive* og *rigide* organiserende prinsipper som omhandler individets mest påtrengende og uløste problemer (Tomkins, 1979). Slike script dannes ofte på grunnlag av *kjernesener*, og med dette mener man ”én eller flere scener, der en veldig god scene snus til å bli veldig ubehagelig” (Monsen, 1990). Den gode scenen inkluderer ofte håp og lengsler og virker appellerende ved at den aktiverer interesse eller glede i forhold til mennesker som har fungert som ”gode modeller og tilbudt fellesskap, veiledning, gjensidighet, støtte, trøst og trygghet” (Tomkins 1979, i Demos 1995, s. 379). En slik god scene kan snus til en ubehagelig scene på grunnlag av negativ affektiv kommunikasjon som setter den gode scenen i fare. Dette kan for eksempel skje dersom betydningsfulle andre oppleves som svært kontrollerende, påtrengende, likegyldige, eller de truer med tilbaketrekking av kjærlighet, noe som kan aktivere ubehagelige følelser som intens skam, frykt, sinne eller avsky. Tomkins (1979) mener kjernescript oppstår fordi den gode scenen er *så belønnende* at den fører til endeløse, men mislykkede forsøk på å endre den ubehagelige scenen tilbake til å bli god. Mislykkede løsningsforsøk er forbundet med økt negativ affekt, som igjen tenkes å bidra til forstørring av scenen. Fordi kjernescriptene omhandler en persons mest presserende og sentrale problemer, kan en se for seg at disse i klinisk sammenheng med fordel gjøres til et sentralt fokus. Spesielt viktig for dannelsen av kjernescript er det man kan kalle *formative scener*, scener fra oppveksten som involverer viktige nære personer, og som har hatt særlig stor betydning for affektorganiseringen (Tomkins, 1979).

Selvpsykologisk inspirasjon

”I alle psykodynamiske og eksistensielle psykoterapiformer arbeider en for å bevisstgjøre pasientens forhold til egne følelser. Innen nyere selvpsykologi tillegges derimot følelser en langt større betydning for vitalitet og psykiske lidelser enn at de inngår som elementer i psykiske konflikter. Uansett hvilken form for psykisk forstyrrelse den enkelte person har, kan forvirringen forstås som forstyrrelser av egen erfaringsinformasjon.”

(Monsen, 1990, s. 239).

ABM er inspirert av nyere selvpsykologi, og da spesielt teori innenfor den intersubjektive tradisjonen, som Stolorow og medarbeidere (Stolorow et al., 1987; Stolorow & Atwood, 1992; Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1996). I tråd med Stolorow og medarbeidere (1987) hevder Monsen, slik vi forstår det, at et av selvpsykologiens viktigste teoretiske bidrag ligger i å fremheve affektiv utvikling i en *intersubjektiv kontekst* som avgjørende for strukturering av selvopplevelse.

Selvobjekter og affektintegrering: Heinz Kohut (1971, 1977) understreket det menneskelige behovet for det han kalte selvobjekter. Han definerte et selvobjekt som den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idétradisjon har for at mennesker kan opprettholde en følelse av å ha et sammenhengende og meningsfylt selv. Kohut mente at et kjennetegn på god psykisk helse var å omgi seg med nærende selvobjekter og holde på disse. Han fremhevet selvobjektsfunksjoner som *idealisering* og *speiling* som sentrale for integrering av affekt. Opplevelse av enhet med idealiserte voksne selvobjekter som var kilder til trygghet, styrke og ro, tenkes å bidra til integrering av affektive tilstander som angst, uro og sårbarhet, og fremme selvaktelse, empati, og evnen til å trøste seg selv. Når omsorgspersoner inntoner seg til ”grandiose” affektive tilstander som stolthet, storhet, effektivitet og nytelsespreget spenning, kan dette fremme barnets selvtillit og tro på egne evner. Stolorow og medarbeidere (1987) argumenterte for at Kohuts selvobjektbegrep var for vidt, og har på bakgrunn av dette revidert begrepet ved å knytte det enda mer eksplisitt til affektintegrering, og ved å inkludere flere aspekter ved affektiv utvikling. De hevder at selvobjektsfunksjoner spiller en grunnleggende rolle for strukturalisering og integrering av affekt i såkalte ”kognitiv-affektive skjemaer” som bidrar til organisering og konsolidering av selvet. Spesielt fremhever de hvordan affektartikulering, affektdifferensiering, syntetisering av motstridende følelsesopplevelser, affekttoleranse og bruk av affekter som selvsignaler bidrar til å strukturere et individs fornemmelse av å være et selv, og hvor viktig selvobjekter i så måte er (Monsen, 2002).

Betydningen av affektiv inntoning: Flere (Krystal, 1974; Basch, 1983) hevder at følelser tidlig i livet oppleves som kroppslige tilstander, som først gjennom utvikling blir opplevelser man kan artikulere verbalt. For at barnet skal kunne få struktur i selvopplevelsen betraktes det som viktig at omsorgsgivere tidlig hjelper barna med å identifisere, differensiere og verbalisere sine affektive tilstander. For at barn skal utvikle evnen til å legge merke til og artikulere egen selvopplevelse, forutsettes det at omsorgsgiver tidlig viser en *sensitiv og differensiert innlevelse* i barnas ulike affektive tilstander (Krystal, 1974; Stern, 1985). Stern (1985) argumenterer for viktigheten av inntonet emosjonell kommunikasjon de første månedene av barnets liv, fordi det bidrar til å utvikle en fornemmelse av et kjerneselv, og i stor grad avgjør innhold og form på barnets indre univers. Med affektiv inntoning menes for eksempel at barn og mor ”stiller seg inn” på hverandres følelsesuttrykk. Det dreier seg ikke om ren imitasjon, men moren uttrykker følelseskvaliteter som er lignende, men ikke nødvendigvis eksakt like barnets (Urnes, 1997).

Med sin tilknytningsteori belyste Bowlby (1969) hvordan den emosjonelle bindingen som oppstår mellom barn og omsorgsgiver, er adaptiv fordi den er helt avgjørende for barnets overlevelse. Kohuts (1971) selvobjektbegrep fanger videre opp hvordan barnet på mer subtile måter kan være avhengig av nære andre, ved at disse er avgjørende for utvikling og opprettholdelse av barnets helhet og sammenheng i selvet. Når omsorgsgiver i liten grad er i stand til å tone seg inn affektivt til barnet, kan det innebære at barnet må tilpasse seg omsorgsgiverens forventninger for å ikke true tilknytningen. Det samme gjelder når omsorgspersoner ikke kan akseptere og tolerere barns ofte *intense, motstridende affektive opplevelser* som vitale prosesser i dannelsen av et enhetlig, sammenhengende selv. Noen omsorgsgivere kategoriserer, bevisst eller ubevisst, barns affektive reaksjoner som *gode* eller *dårlige* avhengig av om reaksjonene støtter eller truer *deres egne* selvobjektbehov. Dette kan gjøre det vanskelig for barnet å få et integrert forhold til seg selv fordi de delene som ikke aksepteres av foreldrene, må spaltes bort også av barnet (Stolorow et al., 1987). Når man i stor grad tilpasser seg andre, kan dette på sikt alvorlig forstyrre evnen til å legge merke til og artikulere egne opplevelser. Det kan også forstyrre barnets selvavgrensingsprosess (Stolorow & Atwood, 1992; Miller, 1980), beskrevet som evnen til å skille mellom *egne og andres* opplevelser, oppfatninger eller representasjoner (Schibbye, 1999).

Omsorgsgivere som klarer å tolerere, respondere og gi mening til barnets stadig skiftende og intense affekttilstander, kan bidra til å gi mening til og opprettholde kontinuitet i selvopplevelsen (Krystal, 1978; Winnicott, 1965; Bion, 1977). Barnet kan via slike responser oppnå toleranse for affekt og lære å bruke følelser som meningsbærende signaler. Følelser kan

da varsle at ens indre tilstand endrer seg, og gi motivasjon til å forstå hva dette betyr (Stolorow et al., 1987). Når følelser *ikke* blir tolerert eller respondert på av omsorgspersoner, kan følelsesmessig aktivering derimot oppfattes som et truende varsel om psykologisk disorganisering eller fragmentering. Når følelsestilstander sjelden blir møtt med positiv bekreftelse eller innlevelse, kan følelsesmessig aktivering, også senere i livet, oppleves som en ensom og uønsket tilstand, en defekt i selvet som på en eller annen måte må fjernes (Krystal, 1978).

Organiserende prinsipper: Stolorow, Atwood og Orange (2002) hevder at slik mangelfull integrering og validering av følelsestilstander kan føre til maladaptive organiserende prinsipper. Dette innebærer at man på grunnlag av livserfaring i et emosjonelt miljø, særlig i samspill med omsorgsgivere, begynner å trekke såkalte *emosjonelt ladede konklusjoner* (Orange, Atwood & Stolorow, 1997). Slike konklusjoner kan eksempelvis være at man ikke er god nok, ikke fortjener å bli elsket, eller at det er noe galt med en. Konklusjonene kan dominere som en følge av følelsesmessig overveldelse, og kan føre til en uklar selvopplevelse eller i verste fall *brudd* i selvopplevelsen og ”selvtap”. Generelt sett handler selvtap om å finne en slags resignert tilpasning til en situasjon fordi ens egne opplevelser har mistet verdi og viktighet. Selvtap kan forstås som en følge av mangelfullt integrert affekt. En kan føle at en mister kontakten med egne følelser og tanker, som om en mister energi, blir motløs eller ”mister seg selv”. Dette kan være et resultat av gjentatte ganger å ha blitt ”fratatt” sin egen selvopplevelse, for eksempel ved at en blir møtt med avvisning eller latterliggjøring når en gir uttrykk for egne affektive opplevelser. Aktiveringen av ulike affekter kan da kobles med følelsen av skam og verdiløshet, og slik kan det å oppleve og uttrykke følelser bli skremmende og farlig.

Stolorow og medarbeideres måte å beskrive subjektive strukturer på, har likhetstrekk med Tomkins’(1979) scriptteori ved at begge vektlegger affektens rolle for organiseringen av selvopplevelse. De vektlegger også at maladaptive organiserende prinsipper er rigide og uhensiktsmessige, inneholder forventninger og overbevisninger og ofte er automatiske og ubevisste (Monsen & Monsen, 1999).

For å underbygge de ovennevnte påstandene viser Stolorow, Atwood og Orange (2002) til at det i dag er mye vitenskapelig belegg for hvordan omsorgspersoners evne til å være følelsesmessig til stede påvirker et barns personlighetsutvikling (Stern, 1985; Beebe & Lachmann, 2002). De påpeker også at affektens sentrale rolle i organisering av selvopplevelse lenge har blitt viet oppmerksomhet, og spesielt har fått støtte gjennom studier av tidlig samspill mellom barn og omsorgsgiver (Lichtenberg, 1983; Basch, 1985; Stern, 1985; Beebe,

1986; Demos, 1987). Stolorow og medarbeidere (2002) hevder altså at affekt kan virke organiserende for selvopplevelse gjennom utviklingen, forutsatt at følelser møtes med tilstrekkelig bekræftende, aksepterende, differensierende, syntetiserende og rommende responser fra barnets omsorgsgivere. Et fravær av stabile og inntonede responser på affektive tilstander kan hindre tilstrekkelig affektintegrering. Dette kan føre til at barnet *beskytter seg* mot affektiv aktivering fordi følelsene *truer* opplevelsen av et helhetlig selv. Følgelig mister følelsene også sine adaptivt motiverende, strukturerende og kommunikative egenskaper. En slik avspalting av affekt fører til at følelser som opprinnelig tjener en sosialt adaptiv funksjon, ikke blir integrert med kognitive og symbolske former for selvrepresentasjon (Monsen, 1990).

Konsekvenser for terapi: I terapi blir tanken at terapeuten ved hjelp av et inntonet og empatisk nærvær kan få en selvobjektfunksjon for pasienten, og slik bidra til å ”forsyne” henne med en kapasitet som etter hvert kan gi en følelse av helhet og sammenheng i selvet (Karterud, 1997). Når pasienten selv sporer av og bryter kontakten med sine følelser, bevisst eller ubevisst, kan terapeuten hjelpe pasienten med å holde tråden, forstå og kjenne sine affektive responser (Monsen, 1990). I en intersubjektiv kontekst virker terapeuten organiserende for artikulering av pasientens subjektive opplevelser. Affektintegrering får dermed et sentralt fokus i terapien, og det å tydeliggjøre pasientens affektive opplevelser og styrke pasientens tillit til disse kan være et vitalt bidrag til å restrukturere personens selvopplevelse (Monsen, 1997).

Når forsvar mot følelser dukker opp i terapi, kan en se dette som en konsekvens av den mangelfulle responsiviteten fra pasientens tidlige omsorgsgivere, i kontrast til et syn på motstand som forsøk på å sabotere terapien. Pasientene kan være redd for å eksponere seg følelsesmessig, fordi de frykter retraumatisering ved at de venter å bli møtt av terapeuten på samme mangelfulle måte som i sin barndom (Stolorow et al., 1987). Da kan det være viktig å undersøke om terapeuten har vekket angst og smertefulle følelser hos pasienten (Hartmann, 1999).

Affektbevissthetsmodellen

Vi vil nå gjøre rede for den reviderte AB-modellen slik vi har forstått den. Fremstillingen av modellen er basert på publikasjoner av dens grunnleggere (Monsen & Monsen, 1999; 2000), samt undervisning og veiledning ved professor Jon T. Monsen, tilknyttet Dynamisk Klinikk ved Psykologisk Institutt, UiO. Som nevnt, handler affektbevissthet om vår evne til å kjenne igjen følelser, tenke over dem og uttrykke dem (Monsen & Monsen, 1999). Monsen betegner affektbevissthet som et *affektintegrasjonsbegrep* (personlig kommunikasjon i forelesning, 23. oktober 2008). Mangelfullt integrert affekt antas å spille en sentral rolle for utviklingen av psykiske lidelser, og et overordnet mål i terapi blir å forsøke å fremme en bedre integrering av affekt, kognisjon og atferd, slik at det en person tenker, føler og gjør, henger sammen. Affektbevissthet er videre definert og operasjonalisert som grader av *oppmerksomhet*, *toleranse*, og henholdsvis *emosjonell* (ikke-verbal) og *begrepsmessig ekspressivitet* for de 11 spesifikke følelser vi nevnte innledningsvis. I analysedelen vil disse aspektene ved affektbevissthet gjennomgås nøye og knyttes til terapien, og vi går av den grunn ikke videre inn på dette her.

Hvorfor er affekten så sentral?

I ABM trekker man, basert på Tomkins (1962; 1963; 1979), frem tre avgjørende egenskaper ved affekt som rettferdiggjør affektens sentrale plass i terapimodellen (Monsen, Monsen, Solbakken & Hansen, 2008). Affekten betraktes som a) et grunnleggende *signal - og kommunikasjonssystem* som gir viktig intrapsykisk og interpersonlig informasjon. Hver grunnfølelse inneholder spesifikk informasjon i opplevelseskvalitet og uttrykksform (Monsen, 1990), b) et primært *motivasjonssystem*, ved at affekt knyttes til og forsterker opplevelser, og c) at affekten spiller en avgjørende rolle for *strukturdannelse* og organisering av personligheten, og for opplevelse av sammenheng og helhet i selvet. Høy affektbevissthet tenkes å være relatert til god psykisk helse fordi man kan nyttiggjøre seg affektens signalfunksjon og dens motiverende og strukturerende egenskaper. Slik vil man være bedre rustet til å ta vare på seg selv, også i relasjon til andre. (Monsen & Monsen, 1999). Lav grad av affektbevissthet kan derimot tenkes å forstyrre affektens adaptive funksjon, spesielt når det gjelder organisering av selvopplevelse, og kan dermed anses som et handicap i personlighetsutviklingen (Monsen, 1990). Når følelser neglisjeres, vil man kunne gå glipp av denne viktige informasjonen, miste en grunnleggende følelse av hvem man er, og få en vagere forståelse av egne og andres motiver for handling. Man kan videre tenkes å få problemer med

selvavgrensning og opprettholdelse av gjensidige relasjoner og bli vanskeligere for andre å oppfatte og forstå. I tillegg kan man tenkes å få vansker med å reorganisere kognitive strukturer som foreldrebilder, fikserte trossystemer eller rigide forventningssystemer (Monsen & Monsen, 1999).

Utvikling av mangelfull affektintegrering

I forklaringen av hvordan affekt spores av eller avspaltes, vektlegger man i ABM at både genetik, kultur og oppdragelse spiller en rolle. I tråd med nyere utviklingspsykologi og Stolorow og medarbeidere (1987) fremheves derimot barnets tidlige samspillerfaringer med betydningsfulle andre, og hvordan voksne med sine egne problemer aktivt kan bidra til å avspore barns affektoplevelser. Mangelfull opplevelsessevne og utydelige måter å uttrykke seg på hevdes altså å ofte ha en direkte erfaringsmessig bakgrunn. Barn antas å komme til verden med en spontan evne til å vise alle følelser, og en videre sunn utvikling forutsetter at disse følelsene i god nok grad blir speilet, tolerert og validert av omsorgspersoner, men *også* korrigert ved behov. Modellen fremhever at barn er svært tilpasningsdyktige, og at de lett kan undergrave egne opplevelser og behov dersom dette kreves for å opprettholde den livsviktige tilknytningen til omsorgspersoner. Manglende toleranse eller aksept for barnets følelser kommuniseres ikke bare verbalt, men kan også kommuniseres gjennom mangel på respons og med nonverbale uttrykk som sukk og stønn, himling med øynene eller kalde blikk fra omsorgsgiver. En avspalting av følelser kan etter hvert bli så automatisert at barnet ikke legger merke til at følelsene stenges av. Når det viktigste blir å tilpasse seg andre, kan affektene miste sin signalfunksjon, og barnet kan få en fragmentert opplevelse av seg selv. Dersom dette blir stabile samspillmønstre, kan en slik hemmende affektorganisering, som illustrert ved Tomkins' scriptbegrep eller Stolorow og medarbeideres "organiserende prinsipp", prege interaksjon også i senere relasjoner. Gjennom terapi med fokus på affektbevissthet tenker en at slike mønstre kan bevisstgjøres og endres.

Følelser er adaptive og vitaliserende

I ABM understrekes det at man ser på alle følelser som grunnleggende adaptive. Målet er at pasienten skal kunne lære å bruke og tåle *hele registeret* av følelser, behagelige som ubehagelige. En behøver ikke hele tiden ha det godt med seg selv, men man skal kunne *kjenne* seg selv godt, enten man er sint, glad eller trist (Monsen, 1990). For eksempel er det viktig å kunne sette grenser når en er sint. Slik har også de vanskelige følelsenes informasjonsaspekt en viktig betydning. I en foreløpig oversikt har Monsen og Monsen (2003), hovedsakelig

basert på Izard (1977), klassifisert de ulike følelsene i fire grupper: 1) ”Den gyldne triade” (interesse, glede, ømhet/hengivenhet), 2) tapsfølelser (frykt, tristhet), 3) ”Fiendtlighetstriaden” (sinne, avsky, forakt) og 4) utilstrekkelighetsfølelser (skam, skyld, misunnelse/sjalousi). Her spesifiseres det hva som er typisk *aktivering* for hver av de 11 ulike følelsene, hva som er typisk *opplevelse* av de ulike følelsene, og hvilken *motivasjon og adaptiv funksjon* de har. Eksempelvis spesifiseres det hvordan vemmelse eller avsky ofte aktiveres av atferd som oppleves som ekkel, eller av assosiasjoner til aversiv lukt og smak. En typisk opplevelse kan være dårlig smak i munnen, å være dårlig i magen, eller at det aktiveres brekninger og oppkast. Følelsenes adaptive funksjon kan være at man mobiliseres til å bli kvitt, fjerne seg fra eller forandre det som vekker avsky.

Problemer antas først å oppstå når man *ikke* lenger kan nyttiggjøre seg følelsenes adaptive signalfunksjon. Dette kan tenkes å skje gjennom sosialisering av affektive uttrykk, via affektens sammensmeltingskraft og psykologisk forstørring av negative scener. Når det å vise ulike følelser kobles til for eksempel skam, skyld og angst, kan man betrakte det som en ”affektforurensning”. Den ubehagelige affekten vil da kunne komme i forgrunnen og hemme det adaptive signalet i følelsene.

At følelser er en sterk vitalitetskilde er et annet hovedpoeng i ABM. Effektiv fortrenkning av følelser krever en kraftig beredskap og tenkes å undertrykke vitalitet. Å ikke kjenne eller kunne bruke egne følelser, ønsker og behov kan føre til en følelse av fremmedgjøring, og en fremmedgjort person vil sannsynligvis også fremstå som upersonlig overfor andre. Poenget er ikke at følelser for enhver pris skal leves ut, men at vi selv vet hva vi føler, og våger å gi uttrykk for det på en hensiktsmessig måte (Monsen, 1990).

Arbeidsmetode og prosesslæring

Innenfor ABM kan terapirelasjonen forstås som en serie av formative erfaringer der arbeidsalliansen mellom terapeut og pasient bidrar til å endre mentale representasjoner av seg selv og omgivelsene. Slik vi forstår modellen, ønsker man at terapeuten systematisk fokuserer på å hjelpe pasienten til å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke følelser. Via empatisk utforskning og fokus på selvopplevelse kan terapeuten nokså direkte forsøke å nyansere opplevelser som pasienten kanskje aldri har hatt noe bevisst forhold til. Når pasienten ikke selv kommer i kontakt med følelser eller stemninger, kan terapeuten, basert på pasientens variasjoner i intonasjon, ansiktsuttrykk, kroppsspråk eller respirasjon (Sullivan, 1970, ref. i Monsen, 1990) forsøke å lese hvilken stemning pasienten er i, og formidle denne opplevelsen tilbake til pasienten ved for eksempel å foreslå en følelsestilstand.

Terapeuten må fortløpende vurdere hvorvidt hennes intervensjoner gir responsivitet hos pasienten, om det for eksempel fører til nysgjerrighet og åpenhet, eller mer tilbaketrekking (Monsen, 1990; Hartmann, personlig kommunikasjon i forelesning, 18. september 2008). Man tenker seg at en systematisk gyldiggjøring av pasientens følelser fra terapeutens side vil bidra til å gjøre følelsene gyldige også for pasienten. Fordi prinsippet om tydeliggjøring og gyldiggjøring av pasientens opplevelse er så sentralt, vil det i terapi være hensiktsmessig å følge pasientens oppfatninger om hvilke affekter og scener som er vesentlige, i så stor grad som mulig.

Videre understrekes viktigheten av at fokus i terapi ikke bare rettes mot opplevelsenes innhold, men også mot hvordan opplevelsene er *strukturert*. Gjennom å få tilgang til affekter og sentrale scener vil man kunne identifisere script. Dette er viktig fordi script antas å ekspandere ved at det stadig dannes nye analoger (Tomkins, 1979). Over tid er scriptet blitt dekontekstualisert og generalisert, og det fortsetter å regulere individets affektoplevelser. Slik vil det konsolidere og stabilisere selvopplevelsen på en måte som er konsistent med tidligere erfaringer. En sentral antakelse er at dersom kjernescript ikke identifiseres og reorganiseres, vil nye analoge scener kunne fortsette å utløse scriptet.

Terapeuten oppfordres i ABM til å uttrykke seg direkte og med personlig engasjement. Man søker å være empatisk og innlevende optimistisk på pasientens vegne, men det anses også som viktig ikke å være "too soft" (Gary VandenBos, sitert av Monsen, personlig kommunikasjon, 23. oktober 2008). Med dette forstår vi at det i tillegg til å være empatisk er viktig å speile pasientene på, og ansvarliggjøre dem for, hvordan de selv er delaktige i å opprettholde destruktive samhandlingsmønstre. Dette vil være et viktig bidrag for at pasienten skal kunne utvikle seg, og i større grad bli aktør i eget liv. Målet er altså at pasienten skal føle seg sett, anerkjent og bekreftet, men *også* korrigert og utfordret.

Prosesslæring er et sentralt begrep i teori om endring innenfor ABM. Fra læringspsykologien vet vi at presis og konsistent feedback fremmer læring og utvikling (Passer & Smith, 2001), og derfor anses det systematiske fokuset i modellen som vesentlig. Monsen og Monsen (1999) hevder at den viktigste forskjellen mellom ABM og andre selvpsykologiske modeller er nettopp det konsekvente fokuset på affekter gjennom de hierarkisk organiserte terapeutintervensjonene. Hensikten er at denne måten å fokusere oppmerksomhet på, integreres hos pasienten. I terapien vil pasienten dermed ikke bare arbeide med å *løse* sine problemer, men på et annet nivå lære en arbeidsmetode for *hvordan* man kan løse problemer, altså utvikle en evne til problemløsning. Dette kan i seg selv betraktes som en vesentlig endring hos pasienten (Monsen, 1990). En kan tenke seg at en gjennom terapien

utvikler sine forutsetninger for å kunne arbeide med seg selv også *etter* at terapien er avsluttet. Gjennom å identifisere seg med og integrere terapeutens systematiske fokus på egen affekt vil pasienten trenes i nettopp å rette fokuset mot, utforske og vektlegge sin egen opplevelse.

Ulike nivåer av terapeutfokus og terapeutaktivitet

Som nevnt i innledningen, er det i ABM spesifisert seks hovednivåer av terapeutisk fokus for arbeid med affektintegrering. Hvordan man som terapeut arbeider med de ulike intervensjonsnivåene, er beskrevet i en hittil upublisert intervensjonsliste for terapeuter utarbeidet av Monsen og medarbeidere (2008). Under følger en oversikt over de seks hovedintervensjonsnivåene. For hvert hovednivå er det underkategorier, slik at det til sammen inngår 31 intervensjonstyper i modellen.

1. Tydeliggjøring av scener
2. Forsøk på å få plassert det affektive i scenene
3. Utforsking og validering av de fire affektbevissthetsaspektene i forhold til hvor pasienten befinner seg i prosessen personlig refleksjon
4. Identifisering av script
5. Kontekstualisering av script eller deler av script
6. Utforsking og validering av vitale relasjoner eller scriptovertredelse

Innenfor ABM er det, slik vi har forstått det, et sentralt poeng at det ikke har noen hensikt å gjøre tolkninger av sammenhenger og mønstre dersom selvopplevelsen er uklar. Jon T. Monsen beskriver dette metaforisk slik: *"Å forstå sammenhengen mellom tåke og bomull er til liten nytte"* (personlig kommunikasjon, 25. september 2008), og henviser til dynamisk teori, som fremhever at pasientens intellektuelle forståelse alene ikke vil være nok til å hjelpe henne til å oppnå endring. En forutsetning for tydeliggjøringen av selvopplevelse er derfor systematisk utforsking av hvordan affekt aktiveres, oppleves, tåles og uttrykkes. Uklar selvopplevelse adresseres primært gjennom de tre første intervensjonsnivåene, som på mange måter også kan forstås som de mest grunnleggende i modellen. De tre senere nivåene er innrettet mot å gjenkjenne og kontekstualisere script eller deler av script og validere endring av script. Arbeid på nivå 1 til 3 i modellen er altså etter vår mening mest sentralt i henhold til våre problemstillinger. Vi vil utdype de tre første intervensjonsnivåene med underkategorier senere i teksten. Før vi går videre til å illustrere terapeutiske utfordringer og arbeidet ut fra modellen, vil vi gi en beskrivelse av pasienten og hennes problematikk.

Beskrivelse av pasienten

P: Jeg vet ikke hva som gjør at det er så farlig å vise frem følelser, eller det man egentlig er, hva man egentlig tenker. Jeg kom på en ting, en opplevelse jeg hadde da jeg og mamma var på noe sånn idrettsgreier. Jeg er ikke sikker på hvor gammel jeg var, jeg var kanskje ti eller noe sånt. Så.. Da hadde jeg sikkert begynt å jobbe opp et veldig sånt forsvarsverk, da. Jeg viste aldri følelser til mamma, eller at jeg var glad eller takknemlig, eller lei meg. Altså, det å gråte, da følte jeg at jeg hadde tapt, da på en måte. Så jeg var jo helt steinhard. Hun kalte meg "Stoneface" og sånt.

T: Din mor?

P: Ja, Steinffjes og sånt. Så slo hun meg på låret og sa: "Du er så utakknemlig drittunge, og alt det der. Men da husker jeg at da hadde jeg begynt å ha skikkelig kontroll, da, og ikke vise at jeg var lei meg eller trist, eller glad, eller noe sånt. Hun skulle ikke få mer av meg da, ikke sant. Så jeg tror at den er veldig sånn sterk, altså. Og hun ble jo så sint òg på det, da. For da fikk hun jo ikke.. Hun fikk meg ikke, ikke sant. Og det var måten jeg klarte meg på, å være uavhengig av henne, og ikke ha noen følelser koblet til henne. Og ikke bli såret og revet ned og ødelagt fullstendig, men faktisk at jeg klarte å overleve. Det var liksom bare å ikke ha følelser. For henne, eller i hvert fall i forhold til dem da. (...) Så å føle seg trygg til å åpne seg og jobbe med ting, det er veldig vanskelig, da.

Bakgrunn og aktuell problematikk

Utdraget over viser et eksempel på hvordan pasienten, en 28 år gammel kvinne som vi har valgt å kalle Marianne, beskriver forholdet til sin egen mor. Marianne tok selv kontakt med klinikken for behandling. Foreldrene skiltes da hun var tre år gammel, og hun er oppvokst i en norsk småby med mor, stefaren Jarle og en fire år eldre søster. Hun forteller at hun ble misbrukt seksuelt av stefar fra hun var rundt fire år gammel, og at minnene om dette er uklare og svært skremmende for henne. Moren beskriver hun som emosjonelt kald, avvisende og lite til stede. Kommunikasjonen i familien var preget av mye krancling, skriking og sjikanering. Marianne forteller at hun aldri har følt seg sett eller forstått, og at hun har opplevd mye invadering og lite respekt for sitt behov for privatliv.

Da hun stod frem med sin overgrepshistorie for noen år tilbake, opplevde hun at moren og den øvrige familien ikke støttet henne. Moren har i stor grad fokusert på hvordan hun selv påvirkes av den vanskelige situasjonen. Søsteren veksler mellom å benekte og å bagatellisere hvor vanskelig deres oppvekst har vært. Marianne sier hun føler at familien ser på henne som en "galning" som har fått alle problemene, og som de kan legge all skyld og skam over på. Som en følge av at hun verken ble trodd eller støttet av familien i hjembyen, har hun valgt å bryte all kontakt med dem.

Faren er bosatt i en annen del av landet med sin nye samboer og Mariannes fire år yngre halvsøster. Frem til hun var ti år, var Marianne og den eldre søsteren hver annen helg

hos faren, og han beskrives som trygg og ivaretagende. Da ble imidlertid kontakten mellom dem brutt, som en følge at far følte seg utnyttet økonomisk av mor via barna. Frem til Marianne var i begynnelsen av tyveårene, hadde hun derfor lite eller ingen kontakt med sin far, og dette er noe hun beskriver som svært vondt.

Marianne forteller at hun har et par gode venninner som hun har kjent lenge og fortsatt har kontakt med, selv om de ikke omgås mye til daglig. Disse venninnene stoler hun på, men hun kan føle at det er svært vanskelig å åpne seg for dem. For nyere venner og mer perifere bekjenskaper er dette nærmest umulig. Hun har aldri tidligere hatt noe langvarig fast forhold. Mot slutten av terapien har hun imidlertid innledet et forhold til en mann, Hans.

Ved terapistart har Marianne vært sykemeldt i flere måneder. Selv har hun et ønske om fortsatt å være sykemeldt, med den begrunnelsen at hun ikke føler seg i stand til å jobbe og at hun ønsker å fokusere på å arbeide med sine psykiske vansker. Hun har tidligere gått i ulike typer terapi og deltatt på faglige foredrag relevante for egen problematikk. Hun er også aktiv i en brukerorganisasjon. Marianne bor i en leid leilighet i hovedstaden og har over en tid hatt økonomiske problemer. Hun misbruker i perioder alkohol og har også eksperimentert med flere andre legale og illegale rusmidler. Under terapiforløpet har det hendt at hennes alkoholmisbruk har gått utover oppmøtet til timene, og hun beskriver selv alkoholen som et middel for å ”rømme” fra det som er vanskelig.

Marianne beskriver videre sine hovedproblemer som sosial angst og vanskeligheter med tillit i nære relasjoner. Hun sier at hun er redd for at andre skal ”*ødelegge henne*”. Videre sier hun at hun ønsker hjelp til å bedre selvtilliten sin, og at hun ofte kan få en følelse av å være verdiløs. I forlengelse av dette er hun svært redd for avvisning fra andre. Siden niårsalderen har Marianne vært plaget av selvmordstanker. Særlig er disse tankene knyttet nettopp til de gangene hun har opplevd avvisning fra mennesker som betyr noe for henne. Bak seg har hun spiseproblemer, episoder med selvskading og flere mer eller mindre alvorlige selvmordsforsøk. Den initiale vurderingen ved inntak til klinikken er at pasienten synes å slite med en alvorlig tilknytningsproblematikk, og at hun er preget av mistillit til andre, lav følelse av verdi og en sterk usikkerhet på seg selv.

Pasienten kom, som nevnt i innledningen, med en konkret bestilling: Hun ønsket å jobbe med *følelsene sine* i terapien. Begrunnelsen hun har for dette, er at hun fremfor å behandle de ulike symptomene sine ønsker å behandle det hun betegner som *årsakene* til dem. Hun forteller at hun har problemer med å kjenne på følelser, hun opplever at tanker og følelser ikke henger sammen, og hun føler seg tom innvendig.

Mariannes affektorganisering og kjernescript: Betragtninger før analysen

”Mange av oss kjenner våre egne følelser like godt som en by vi besøker for første gang. Vi finner hovedgata, men ikke de trange bakgatene hvor det virkelige livet utspiller seg.”

(Stone, Patton & Heen, 1999, sitert i Øiestad, 2006, s. 169)

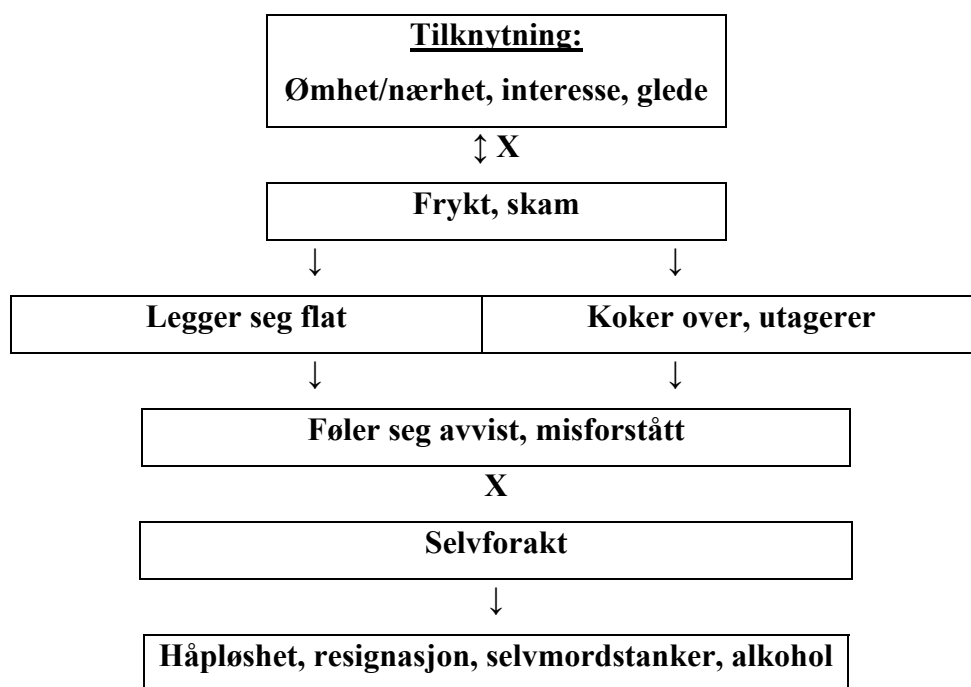
Fordi kjernescript tenkes å representere individets mest presserende og uløste problemer, får de spesiell betydning i klinisk sammenheng når man jobber etter ABM. Vi vil kort presentere et kjernescript vi har identifisert hos Marianne ved hjelp av affektbevissthetsintervjuet (Monsen et al., 1996), supplert med informasjon som er fremkommet i løpet av terapien. Fordi det ligger utenfor denne studiens omfang, vil vi ikke gå nærmere inn på den metodiske fremgangsmåten, men vi refererer her til Monsen og Monsen (1998).

Et gjennomgangstema for Marianne både på intervjuet og i terapien er at det hun ønsker mest av alt, den gode scenen hun drømmer om og idealiserer, er å oppleve omsorg og kjærighet og føle tilhørighet og nærhet til andre. Hennes kjernetema er altså i stor grad relasjonelle. Kjernescriptet fanger, slik vi ser det, opp hvordan Marianne reagerer i relasjoner med andre, både venner, familie og nye bekjente, og hvordan hennes affektorganisering bidrar til at hun føler seg utenfor fellesskapet. Når Marianne begynner å føle ømhet, nærhet, interesse og glede overfor andre, kobles dette med en sterk frykt for avvisning og en følelse av skam og verdiløshet. Marianne neglisjerer dermed egne behov og lyster, og tilpasser seg andre for å unngå avvisning. Samtidig lengter hun etter å bli inkludert. Dette kan igjen føre til sinne eller misunnelse over at andre har et fellesskap hun ikke føler seg som en del av. Marianne klarer imidlertid sjelden å vise sinne eller misunnelse. Hun legger seg som oftest flat og blir ”underdanig og ynkelig”. Enkelte ganger klarer hun ikke å holde sinnet tilbake, ”det koker over”, og andre kan da bli skremt av reaksjonen hennes. Hennes følelsesuttrykk er altså lite nyanserte. Felles for disse to reaksjonsmønstrene er at hun ofte ender opp med å føle seg avvist og misforstått. Hun får en følelse av intens selvforakt, som igjen kobles med en følelse av sterk fortvilelse og håpløshet, hvorpå hun kan få selvmordstanker eller ty til alkohol for å dempe følelsestrykket. Dette mønsteret repeteres i ulike settinger med ulike mennesker og er illustrert i figuren på neste side.

Denne hendelsessekvensen illustrerer hvordan Marianne ofte ender opp med sluttproduktet av scriptet: en emosjonelt ladet konklusjon om at hun er verdiløs, noe som ofte fører til resignasjon eller håpløshetsfølelse. Hun blir, som Tomkins påpekte, et offer for egen

affektorganisering. Marianne er selv bevisst dette sluttproduktet, og også at hennes oppvekst har bidratt til at hun føler seg slik. Derimot er *følelsene som inngår, uklare for henne selv*. Ifølge ABM er dette et tegn på lav affektbevissthet. Men for at Marianne skal kunne endre slike identifiserte mønstre, anser man det som en forutsetning at hun først er *bevisst hva hun opplever*, og hvordan hun forholder seg til disse opplevelsene. Tanken er at når pasienten beveger seg rett til nivå 4, scriptnivået i modellen, skal terapeuten hjelpe henne med å skape kontinuitet i følelsesopplevelsene ved å undersøke affekt på nivå 2 og 3. Dette innebærer å undersøke hvilken kontakt hun har med følelsene sine, hvorvidt hun klarer å la følelsene virke på seg og uttrykke hvordan hun har det overfor andre. Slik kan man forsøke å dekomponere de uklare affektkoblingene og de emosjonelt ladede konklusjonene og gjennom dette tydeliggjøre selvpplevelsen. Når pasientens egne følelser får klarere figur i disse sammenvevde scenene, oppstår en klarere jeg-bevissthet, en ”sense of self” (Stern, 1985) eller en klarere fornemmelse av å være aktør og ikke kun et offer for andres forgodtbefinnende. Vi skal nå gå over til analysen av terapiforløpet, hvor vi illustrerer hvordan pasientens uklare selvpoplevelse kunne manifestere seg i terapien, samt hvordan terapeuten har forsøkt å arbeide fokusert etter intervensjonsnivåene i modellen for å tydeliggjøre denne selvpoplevelsen.

Figur 1: Kjernescript – Om å ikke bli inkludert:



(Tegnforklaring: X = affektkobling, ↑ = konflikt, ↓ = sekvens)

Å arbeide med affektintegrering ved hjelp av affektbevissthetsmodellen

Vi vil nå ta for oss de tre første intervensjonsnivåene i modellen, som vi mener illustrerer hvordan en kan arbeide fokusert med tydeliggjøring av selvopplevelse hos pasienten. Nivåene vil bli presentert kronologisk i forhold til modellen, og vi vil forsøke å illustrere terapeutiske utfordringer ved hjelp av transkriberte utdrag fra terapien. Under avsnitt kalt ”*Terapeutens kommentarer*” ønsker vi å formidle hva terapeuten opplevde som utfordrende. Under ”*Refleksjoner i ettertid*” vil vi samle diskusjoner og innspill vi har hatt i tilknytning til utfordringene i terapien, og forsøke å vise hvordan vi har jobbet med ABM som rammeverk for å forstå pasientens problematikk. Under er en detaljert oversikt over de tre første intervensjonsnivåene i ABM.

1. Tydeliggjøring av scener - Arbeider for å få frem det imaginære ved å:
 - a. Få pasienten til å fylle ut scenene
 - b. Undersøke hvordan forløpet i scenene er
 - c. Fokusere på hva eller hvem som danner figur og grunn i scenen(e)
 - d. Når andre tar figur, trekke frem pasienten som figur og undersøke opplevelser
2. Forsøk på å få plassert det affektive i scenene:
 - a. Undersøker/validerer hvilke følelser som inngår
 - b. Undersøker/validerer hvilke følelser som dominerer
 - c. Identifiserer eventuelle affektive skiftninger (en god scene snus til å bli negativ)
3. Utforskning og validering av de fire affektbevissthetsaspektene:
(i forhold til hvor pasienten befinner seg i prosessen personlig refleksjon)
Undersøke/validere oppmerksomhet
 - a. Konkrete/kroppslige signaler
 - b. Symbolske, stemningsbeskrivende signaler
 - c. Ulike nyanser vedrørende intensitet eller kontekst***Undersøke/validere pasientens toleranse***
 - a. Hva følelsen gjør med pasienten
 - b. Hva pasienten gjør med følelsen
 - c. Følelsens signalfunksjon***Undersøke/validere emosjonell ekspressivitet***
 - a. Grad av vedståthet
 - b. Grad av nyansering
 - c. Grad av desentrering
 - d. Interpersonlig virkning av pasientens uttrykk***Undersøke/validere begrepsmessig ekspressivitet***
 - a. Om og hvordan følelsesaspektet i opplevelsen artikuleres
 - b. Pasientens begrepsmessige repertoar, hvor dekkende, innholdsmettede eller nyanserte begreper vedkommende har
 - c. Opplevelse av valg, ev. hva som gjør at pasienten ikke formidler sin opplevelse
 - d. Interpersonlig virkning av pasientens uttrykk

Intervensjonsnivå 1: Tydeliggjøring av scener

P: Det jeg ofte har opplevd, er at jeg har pratet veldig.

T: Ja.

P: Og så forstår jeg det kanskje, men likevel ikke forstår det dypt nok da.

T: Ja, du forstår det intellektuelt, men ikke følelsesmessig

P: Ja, og når du er i situasjonen, så glemmer du kanskje det du egentlig vet.

På det første nivået i modellen er målsetningen å *tydeliggjøre scener*. Man tenker seg at formålet med å få pasienten til å gi utfyllende sceniske beskrivelser, er at dette kan gi informasjon om hvordan pasienten *strukturerer* og *organiserer* opplevelser, og da antakeligvis i relativt stabile mønstre. Når pasienten forteller om ulike scener, kan man for eksempel observere om det samme mønsteret av affektive reaksjoner og affektiv organisering går igjen med ulike personer i ulike situasjoner. På denne måten kan en tenke seg at pasientens typiske reaksjons- og væremåte blir tydeligere for terapeuten.

En intellektualiserende stil

Intellektualisering kan defineres som en forsvarsmekanisme hvor man inntar en overdrevent ”saklig” og abstrakt holdning for å beskytte seg fra smertefulle følelsesmessige opplevelser (Passer & Smith, 2001). I det følgende utdraget fra terapien mener vi å se et eksempel på hvordan vår pasient til tider snakket på det vi oppfattet som en upersonlig og intellektualiserende måte. Utdraget er hentet fra den første terapitimen, og terapeuten forsøker i denne timen å danne seg et klarere bilde av Mariannes vansker.

P: Ja.. Det var jo bra.. men, ja, jeg har lest en bok (kremter og leter i sekken). Det er en, jeg var på foredrag med henne i går, hun har vært lege i Oslo i 30 år.

T: Mmm.

P: Hun er forsker da, på det med helse og sykdomsbilde og sanne ting, etter krenkelser da, i barndommen.

T: Ja.

P: Som jeg anbefaler deg å lese.. mm...

T: Du har lest den og...

P: Ja, jeg har kommet halvveis, så var jeg på foredrag med henne i går.

T: Mmm.

P: Den er helt fantastisk!

T: Ja, du kjente deg igjen i ma.. i...

P: (avbryter) Jaja, det er, hun er helt fantastisk, hun har skjønt hele greia (ler)

T: (Ler) Ok.

P: Men atte altså, det er jo fortsatt veldig eh, altså det er på forskningsnivå, det er ikke ehh, ja, men de dokumenterer det mer og mer, altså, hvordan det er.

T: Mmm. Kan du si litt mer om hva det er som gjør at det er så fantastisk?

P: Fordi atte jeg har vært andre steder.. eh.. Og sier at jeg har blitt for eksempel utsatt for incest eller noe sånn.

T: Mmm.

P: Så opplever jeg mangel på.. Hun psykologen som jeg går til nå forstår liksom ikke helt hvordan det henger sammen, fordi folk får ikke tilgang på kunnskap om den tematikken da, hva det gjør med helse og...

Terapeutens kommentarer: Slik vi ser det, illustrerer dette utdraget pasientens verbale stil og måte å forholde seg til terapeuten på initialt, på en god måte. Som i utdraget ovenfor satte Marianne ofte sine problemer inn i en teoretisk kontekst. Hun hadde, som nevnt tidligere, gått i flere former for terapi og fortalte i timen at hun hadde lest minst 20 psykologibøker. Terapeuten fikk inntrykk av at Marianne var en intelligent og psykologisk tenkende ung kvinne, som hadde brukt mye tid på å forstå seg selv.

I nybegynnerterapeuten vekket dette raskt en engstelse for ikke å strekke til eller være god nok som terapeut, og hun opplevde tvil rundt hva hun hadde å tilby pasienten.

Terapeutens måte å håndtere denne usikkerheten på ble å gå rett på biblioteket for å lese seg opp på teori. Boken som pasienten hadde anbefalt, ble et selvfølgelig valg, men i tillegg andre bøker som terapeuten antok pasienten hadde kunnskap om, eller som var relevant for pasientens problematikk. Terapeuten forsøkte å tenke gjennom hvilke temaer pasienten kunne komme inn på i de kommende timene, og ønsket slik å være forberedt på eventuelle spørsmål som måtte komme. Terapeuten kjente altså på et ubehag og en engstelse som i stor grad handlet om hva hun hadde å tilby pasienten, men også om hvordan hun skulle gå frem i arbeidet med denne pasienten. Dette gav en ubehagelig følelse av manglende kontroll.

Terapeuten gruet seg til de kommende timene og fikk tanker om at ”Nå blir det avslørt at jeg ikke strekker til som terapeut.” Hun opplevde å mangle en klar retning i terapien med det hun oppfattet som en velfungerende pasient, og forsøkte å håndtere usikkerheten ved å lese teori.

I de første timene satt terapeuten ofte med en følelse av å ikke henge helt med i Mariannes resonnementer, det var uklart for henne hva hun forsøkte å formidle. Selv om hun snakket mye, var det som om hun antok at terapeuten hadde kjennskap til saken hennes fra før, og terapeuten syntes det var vanskelig å finne noe å ta tak i. Hun begynte ofte på setninger uten å fullføre, for så å raskt hoppe videre til et annet tema. Terapeuten kunne oppleve det som om pasienten tok styring i terapien, og at det var vanskelig for henne å komme på banen. Noen ganger kunne det føles som om pasienten kom henne i forkjøpet med teoretiske forklaringer, slik at hun mistet et av sine terapeutiske ”verktøy”. En kan tenke seg at dette styrket terapeutens usikkerhet rundt hva hun kunne bidra med.

Fordi Marianne hadde en så teoretisk verbal stil, kunne det noen ganger føles litt som en konkurranse mellom terapeut og pasient, der det var om og gjøre å forstå og forklare mest. Terapeuten følte at hun måtte vise at *hun også* forstod, da pasienten tilsynelatende visste så mye. Hva kunne hun ellers tilby en slik pasient? Utdraget nedenfor illustrerer hvordan terapeuten kunne forsøke å være ”på nivå med” pasienten:

P: Men noen ganger har jeg merket at det har plantet seg litt lenger ned, eh, men sånn som det de kaller senvirkninger da, jeg fant ut at en av de tingene jeg gjorde når jeg var liten for å klare meg, var at jeg gjorde meg uavhengig av mamma for eksempel, og bryte mer og mer med det veldig sterke emosjonelle båndet som en har til en mor da. (...) altså det er sånn jeg har overlevd gjennom alt det her, det var sånn jeg klarte meg, og så i dag gir det meg problemer ikke sant? Da blir det en senvirkning som er en overlevelsesstrategi i utgangspunktet, ikke sant?

T: Og det er sånn med de overlevelsesmekanismene at de er på en måte kreative der og da, man må jo ha de for å overleve, men det er sånn som du sier, at de blir destruktive.

P: Veldig!

T: Men så er det det at det å være bevisst på det hjelper ikke alltid.

P: Det hjelper ikke!

T: Det er så utrolig sterkt, det sitter jo, og det òg sitter jo i kroppen, måten man reagerer på.

P: Det er mønstre som man må, man har innarbeidet fra man er liten, da, så det er på en måte programmert inn, så det er veldig vanskelig å.. Fordi om jeg vet det, så er det veldig vanskelig å.. Jeg vet ikke hva jeg skal gjøre med det.

T: Nei.

P: Men det sa jeg på det foredraget med hun damen, ehm, så sa jeg at jeg vet jo hva det dreier seg om, men jeg får ikke jobbet med det likevel, og hvordan jobber man med det, egentlig? Altså, på et fysisk plan, eller hvordan gjør man det? Det er veldig vanskelig da!

Men det er jo en begynnelse å vite hva det er for noe, men..

Det var med stor nervøsitet at terapeuten i veiledning skulle vise frem videoopptak av den første timen. Det føltes viktig for terapeuten å komme teammedlemmene i forkjøpet med å fortelle hvor dårlig hun selv synes timen hadde gått, og hvor vanskelig det hadde vært å få tak i hva pasienten ønsket å formidle. Terapeuten opplevde at hun nesten var irritert på pasienten som var så ”velfungerende” og teoretisk anlagt, og ønsket nærmest å *skylde* på pasienten for at timen hadde vært vanskelig.

Refleksjoner i ettertid: Etter å ha rommet og roet terapeutens uro, ønsket veileder at teammedlemmene skulle fokusere på hva *pasienten* opplevde i den aktuelle timen. Også teammedlemmene festet seg da ved at pasienten virket så kompetent, og at hun brukte fagord som ”*selvoppfyllende profeti*” og ”*dissosiasjon*”. Også for dem var det vanskelig å forklare *hva* terapeuten egentlig slet med, og hva man konkret kunne gjort annerledes for å håndtere terapitimen bedre.

Det var først da vi i veiledningsgruppen studerte transkribert dialog i nærmere detalj, at vi oppdaget at pasienten i liten grad utdypet og satte ord på hva hun faktisk opplevde. Det

ble mer og mer tydelig hvordan hennes forklarende stil og gode verbale evner dekket over at hun faktisk *ikke* hadde god kontakt med sine opplevelser. Hun snakket ofte på en upersonlig, generell og abstrakt måte om ”det traumatiske” eller ”incesten” uten at terapeuten hadde forutsetning for å vite hva dette innebar. Marianne kom med få scenebeskrivelser, og der hun beskrev scener, var de lite utdypet. Denne uklarheten i fremstillingen kom til syne ved at teammedlemmene ofte stilte spørsmål som ”Hva mente hun egentlig med det?” Terapeuten kunne da bli oppmerksom på at hun ikke hadde ”tømt” temaene tilstrekkelig, men at mye informasjon forble implisitt i dialogen. Marianne kunne for eksempel snakke mye om sine reaksjoner etter å ha havnet i en konflikt på fest, og *forklare* hvordan hun opplevde at de andre oppførte seg mot henne. Hvorfor hun hadde vært i konflikt, ble derimot ikke utdypet utover det at hun kunne si at de andre opplevde henne som kranglete, for så å forklare videre. I veiledningsgruppen la vi etter hvert merke til at dette skjedde ofte, og vi oppfattet det som viktig at terapeuten ikke bidro til denne ”røykleggingen” av vanskelige temaer.

Etter vår mening er det interessant å forsøke å forstå hvorfor terapeuten i begynnelsen fulgte Mariannes måte å snakke på, fremfor å hjelpe henne med å tydeliggjøre hva hun opplevde ved å be henne stoppe opp og utdype uklare utsagn eller scener.

Slik vi ser det, kan dette ha hatt flere årsaker:

1) Ved flere tilfeller var det slik at terapeuten faktisk *ikke skjønnte* at det var denne intellektualiserende stilen og forklaringen som bidro til tilsløring av pasientens historie. Det var likevel interessant at hun merket at ”noe skurret”, og at det var vanskelig å leve seg inn i det som pasienten snakket om. Marianne beskriver selv senere i terapien denne måten å forholde seg til vanskelig tematikk på:

P: Det er litt sånn jeg har taklet det, sånn som jeg gjør det nå, jeg bare kobler av følelsene, og forstår det intellektuelt. Det er jo sånn jeg klarer meg.

Selv betegnet hun det som at hun ”*formulerer seg ut av det*” når hun skal snakke om vanskelige temaer og sine følelsesopplevelser. Vårt inntrykk var at hun var verbalt sterk og brukte ordene for å slippe å kjenne på følelsene, selv om hun ikke nødvendigvis alltid var dette bevisst. Terapeuten opplevde at hun kunne bli fanget i dette slik at hun selv kom i en slags ”forklaringsmodus”, der det å utdype eller konkretisere historien ikke alltid ble sentralt. En kan tenke seg at fokuset på å etterspørre informasjon og utdype scener forsvant litt i timen fordi pasienten så fort snakket seg bort fra det.

2) En annen forklaring kan være at terapeuten fikk en følelse av at pasienten hadde høye krav med tanke på rask forståelse og kunnskapsnivå, og at terapeuten ønsket å fremstå

som kompetent. En kan tenke seg at det at Marianne i den første timen fremhevet hvordan den forrige psykologen *ikke forstod*, mens legen på foredraget hadde "*forstått hele greia*", utløste et behov hos terapeuten for å raskt fremstå som dyktig, slik at pasienten skulle få et inntrykk av at *denne* terapeuten forstod henne.

3) Terapeuten ønsket også å formidle forståelse for Mariannes opplevelse, og kan ha unnlatt å be om utdypende informasjon av frykt for å fremtre som lite empatisk. Det å be om utdyping av temaer som ut fra pasientens fremstilling virket selvforklarende, kunne føles invaderende og uhøflig. Dermed kunne det å vise at man noen ganger ikke forstod, føles som en trussel mot den terapeutiske alliansen. Terapeuten engstet seg for at hun ikke hadde fulgt godt nok med når pasienten snakket, eller for at hun hadde glemt det som var blitt sagt. Hun hadde flere ganger en opplevelse av å mangle viktig informasjon om for eksempel pasientens familie, rett og slett fordi spørsmål om dette ikke var blitt stilt.

4) Ved noen anledninger kunne det også se ut som om pasient og terapeut delte en slags *kollektiv illusjon* om at de forstod hverandre, uten at det var blitt undersøkt om dette var tilfelle.

I ettertid virker fokuset på å utdype uklar informasjon og scener så *selvsagt*. Vår opplevelse var likevel at terapeuten flere ganger, også senere i terapien, glemte eller ikke klarte dette, og dermed unngikk eller gikk glipp av å prate om det som kanskje egentlig var viktige hendelser i pasientens liv. Lærdommen ble at det *ikke* er selvsagt at en pasient utdyper informasjon, ei heller at nybegynnerterapeuten forstår dette som en del av en unnvikende stil hos pasienten. Slik vi ser det, kan terapeuten da ende opp med en følelse av at det er *vanskelig å forstå pasienten*. Senere i terapien, når terapeuten bevisst hadde *fokus* på å utdype uklare scener, ble også pasientens opplevelse mer tydelig for terapeuten, og det ble lettere å være oppriktig engasjert i henne. Tydeligere fokus bidro også til at terapeuten hadde en refleksjon rundt når Marianne, bevisst eller ubevisst, unngikk å utdype scener. En kan tenke seg at når hun ble mer konkret i sin fremstilling, bidro dette blant annet til å forhindre at hun og terapeuten snakket forbi hverandre.

Når andre får figur i scenen

Slik vi har forstått det, er en sentral målsetning innenfor ABM at pasienten i større grad blir kjent med og vektlegger egne opplevelser. Terapeutens oppgave blir i så måte å rette fokus mot hva *pasienten opplever* i scenene, noe som beskrives som å *gjøre pasienten til figur* i scenen. Figur/grunn-fenomenet illustrerer hvordan sanseopplevelser av en stimulus kan være ulike, avhengig av perseptuell organisering og hvordan vi styrer oppmerksomheten. Når vi

oppfatter et stimulusmateriale, trer noe frem som figur, det kommer i forgrunnen, mens andre aspekter ved det vi sanser, kommer i bakgrunnen. Fenomenet kan eksemplifiseres med såkalte *reversible figurer*, slik som Rubins figur med vasen og ansiktene (Egidius, 1996).

I ABM tenker man, slik vi har forstått det, at dette kan være en nyttig metafor å bruke i klinisk sammenheng i forbindelse med uklar selvopplevelse. Hva skjer når pasientens egne opplevelser til stadighet kommer i bakgrunnen? Ved å trekke frem og forsøke å tydeliggjøre pasientens egen opplevelse i scenen kan en tenke seg at terapeuten bidrar til å gjøre pasientens opplevelse gyldig og viktig. I utdraget under beskriver Marianne hvordan hun opplevde en situasjon der hennes stefar ble svært sint på henne. Vi mener utdraget på en god måte illustrerer hvordan hennes oppmerksomhet er rettet mot omgivelsene, ikke mot sin egen opplevelse.

P: Nei, en gang kan jeg huske, for det var bare et eksempel, men da var jeg ganske stor, kanskje 12-13 år, så kjørte Jarle sykkelen min i hjel, han ødela sykkelen min, det var et uhell, så eller, han kjørte den inn i et tre så den ble helt ødelagt, så og jeg satt i bilen, og så var det så vidt jeg turte, men det kom et sånt sukk da, sånn "Åh nei"... Det var det jeg klarte å si, og han bare: "Nåå, du skal ikke, uææh", og bare snur seg og begynner å skrike på meg da, fordi at jeg hadde altså, skjønner du, det er et veldig tydelig eksempel på at jeg ikke skulle få lov å si noen ting, eller ha rettigheter, eller å...

T: Ja, til å si din mening da, eller gi uttrykk for, men du skulle bare tilpasse deg dem da eller?

P: Mm, og han ble vel i forsvar han også, skal liksom bare, det var bare så utrolig skjevt, (ler), det var sånn...

T: Hvordan følte du det den gangen, da? Husker du det? Det høres ut som en litt sånn skremmende situasjon, da!

P: Han har ikke kontroll på temperamentet sitt, eller sinnet sitt.

T: Men hvordan var det for deg da, å sitte inni bilen?

P: Mens han bare (lager skremmende, sinte lyder), og var, han ble kjempesint på det

T: Hvordan var det for deg, da?

P: Altså, i hvert fall, for å forholde meg til ham, æh... Altså det, jeg tror jeg satt veldig mye og ikke sa noe, ikke rørte på meg, ikke pustet liksom, bare sånn til det skulle gå over.

T: Fordi at det at du gav et lite sukk var nok til at han syns at du hadde trådd over en grense da? Det ble for mye av deg liksom? Var det sånn det var?

P: Ja, eller han kan ikke bli irettesatt av meg på en måte, han visste sikkert at nå hadde han vært dum og gjort noe feil, ødelagt en ting som var min for eksempel, da, og at jeg liksom var berettiget til å si "Åh nei". Fordi jeg ble fortvilet. Men at antakeligvis er han ikke bevisst på noen ting, virker det som da, at han bare liksom forsvarer seg selv. At han bare tenker på seg selv og hvordan han har det, men ikke hvordan han virker på barn. Eller andre rundt seg.

Terapeutens kommentarer: I dette utdraget kan vi se at Marianne gir en mer detaljert beskrivelse av scener enn det vi har sett i tidligere utdrag, noe som gjorde det mulig for terapeuten å gjenkjenne et mønster i pasientens organisering av opplevelser. Det ble etter hvert tydelig hvordan hun ofte kunne gi gode, detaljerte beskrivelser av *andre* menneskers handlinger, tanker og følelser, men at hun i svært liten grad relaterte dette til hvordan det

påvirket henne selv. I utdraget ovenfor kan man se at til tross for at terapeuten flere ganger spesifikt etterspør hvordan situasjonen opplevdes *for henne*, svarer hun med å skildre sin stefars atferd og sin forståelse av hans motiver og opplevelse. Å gjøre pasienten til figur i scenene når disse var mer tydelige, ble altså en sentral utfordring for terapeuten.

Refleksjoner i ettertid: I veiledningsgruppen ble Mariannes oppvekst et viktig tema i forbindelse med figur/grunn-metaforen. Inntrykket vi hadde dannet oss på bakgrunn av hva hun fortalte i timene, var at hun hadde hatt en barndom preget av utrygghet, uforutsigbarhet, avvising og invadering, og at hun hadde vært svært redd for personene som skulle ta vare på henne, og da særlig stefaren Jarle. I utdraget beskriver pasienten hvordan hun blir straffet for å i det hele tatt å ha en opplevelse av det som skjer, slik vi oppfatter det. Hun gir uttrykk for skuffelse og tristhet over at han ødelegger noe som er hennes, og det resulterer i at han retter et ekstremt sinne mot henne. En kan tenke seg at det er en adaptiv reaksjon på denne type interaksjon å bli svært oppmerksom på hva som foregår i omgivelsene, slik at hun kan handle raskt dersom noe farlig skjer. Slik vi forstår det, hadde Marianne utviklet en sterk beredskap, men lav toleranse for angst. Denne angstberedskapen og fokuset på omgivelsene har sannsynligvis over tid gått på bekostning av hennes forhold til seg selv og sin egen opplevelse. Når hun skulle si noe om hva hun opplevde, at hun var redd, mistet hun evnen til å kjenne hva *hun* følte, og så bare de andre. Hun hadde dårlig kontakt med egen selvopplevelse, noe man igjen kan tenke seg vanskeliggjør det å bruke affekt adaptivt som signal- og motivasjonssystem. For å forsterke kontakten med pasientens egen affekt kunne terapeuten for eksempel ha kommet med en intervensjon der pasientens selvopplevelse fikk klarere figur i scenene: *”Ja, så Jarle ble kjempesint, og du ble bare livredd! Du turte ikke engang å puste inni bilen, du måtte bare sitte helt stille og dempe alle opplevelsene dine, gjøre deg usynlig.”* Slik kunne terapeuten ha speilet hvordan hun tenkte at pasienten kunne ha opplevd situasjonen, og gitt henne ord på en opplevelse hun selv automatisk hadde dødgjort og holdt utenfor sin bevisste oppmerksomhet, ved at andre stadig fikk figur i scenene.

Til tross for at terapeuten ble klar over Mariannes tendens til å fokusere på andre og bort fra seg selv, virket det som at dette var så innarbeidet at det var vanskelig å snu. Hun snakket helst om de andre, men ønsket å få bedre kontakt med seg selv. I veiledningsgruppen kom vi frem til at en psykoedukativ intervensjon med fokus på prinsippet om figur/grunn kunne være nyttig. Terapeuten fortalte Marianne hvordan hun i timene opplevde at hun sjelden rettet fokus mot egne opplevelser, og om hvordan en slik stil kan utvikle seg med bakgrunn i hennes oppvekst. Videre beskrev terapeuten hvordan dette kan føre til at man over

tid neglisjerer egne opplevelser og følelser. I utdraget under beskriver Marianne sin reaksjon på denne intervensjonen.

P: (pause, ser tankefull ut) Det kjennes veldig trist ut i hvert fall. Og så stemmer det ikke overens med det bildet jeg har av meg selv, som egoistisk og selvsentrert (tårer i øynene). Men blikket mitt har selvfølgelig vært på de farene rundt meg.

Vi mener det er interessant å se hvordan dette strider mot hennes oppfatning av seg selv, slik den er beskrevet i presentasjonen av pasienten. Vi forstår det slik at det å fremheve sin egen opplevelse var nært knyttet til skam og selvforakt for denne pasienten, noe vi kunne se eksempler på gjentatte ganger i våre analyser av timene.

Manifestasjoner av uklar selvopplevelse

Et gjennomgående tema i denne terapien har vært Mariannes tvil rundt hvorvidt hennes egne opplevelser er sanne og gyldige, hvorvidt hun i det hele tatt har noen rett til å snakke med andre om hvordan hun opplever å ha hatt det. Slik vi ser det, følte hun et stort savn etter bekreftelse på at hun ikke bare var ”gal” og hadde ”diktet opp historien” om hvordan hun har hatt det i oppveksten. Dette illustreres i utdraget under, der hun beskriver sin reaksjon etter en krangel med en venninne på nyttårsaften.

P: Sånn at det som skjedde på nyttårsaften, bare skjedde fordi jeg er dum og teit og gal og kjip og slem, og ikke fordi, ja, for noe annet, da. Syns jeg møter igjen og igjen sånne situasjoner med uforståelighet, som minner meg om det selvbildet jeg har, det er bare jeg som er klin gal og ikke er noen bra person, det er derfor jeg gjør alt det jeg gjør. Fordi, ja, at ikke historien min er tatt med i betraktning, kanskje historien ikke er noen historie?

Pasienten uttalte flere ganger at denne tvilen var det verste av hennes problemer. Det mest problematiske ved tvilen dreide seg om usikkerhet rundt opplevelser av overgrep og emosjonell neglisjering i barndommen, men tvilen viste seg også ofte i hverdagslige situasjoner. I våre analyser har vi lagt merke til at når denne tvilen var sterk, begynte Marianne raskt med sterke anklager mot seg selv, fikk en følelse av verdiløshet og av at alt hun sa, var og gjorde, bare var ”tull”. Det var påfallende hvordan hennes egne opplevelser og tanker, og dermed hun selv, totalt mistet verdi. Tvilen resulterte i at Marianne i liten grad følte at hun kunne stole på hva hun opplevde. En konsekvens av dette var at andre fikk svært stor betydning for hvordan hun følte seg. Slik vi oppfattet det, ble hun på sett og vis *prisgitt* hva andre mente om henne. Dersom noen trakk hennes opplevelse i tvil, var det som om hun mistet seg selv, og dette gjaldt særlig i forhold til familien. Utdragene under illustrerer dette:

P: Det gjør jo noe med meg, og min tvil, hvis ingen rundt meg hører på meg og tror på meg, av familien min, hva faen skal jeg tro da? Da må jo jeg være gæren?

P: Og at jeg går rundt og føler meg som en sånn falsk person hele tiden, at jeg bare finner opp fortiden min for å få sympati og at jeg egentlig bare er en drittsekk og trenger noe å skylde på, sånn går jeg rundt og ser i glimt av meg selv. Og at nei, folk ser bare at hun er teit, dum eller kjip da, så begynner jeg veldig sånn, ok, kanskje jeg er bare det da, kanskje jeg ikke er noe mer.

I tråd med dette fortalte hun i terapien flere ganger hvordan hun ble overrasket over at hun kunne bety noe, eller i det hele tatt ha noen innvirkning på andre. Det var som om hun var en ikke-person. Utsagn som ”Det overrasker meg at jeg har noen innvirkning på folk,” ”Jeg får en sms, og tenker bare jøss, gidder hun det?” og ”At jeg har en innvirkning på folk, det kan du ikke mene?” er eksempler på dette.

Terapeutens kommentarer: For terapeuten ble det en utfordring å møte denne tvilen uten å måtte ta stilling til hvorvidt det pasienten fortalte, var sant eller ikke. Når pasientens egne opplevelser var så uklare, kunne det oppleves som at tvilen smittet over på terapeuten, som kjente på redsel for å indusere, eller forsterke såkalte *falske minner*, spesielt med tanke på seksuelle overgrep som pasienten selv hadde uklare minner om. Dersom terapeuten kun skulle fulgt magefølelsen, ville hun sannsynligvis ikke ha opplevd pasientens tvil som ubehagelig og skremmende. Hun følte stor omsorg for og empati med Marianne og satt absolutt med en følelse av at hennes historie var troverdig. Likevel opplevdes det som at terapeuten kunne bli dratt med i pasientens frykt for å være en løgner, og for å bli straffet dersom hun stolte på sin egen opplevelse.

Refleksjoner i ettertid: I veiledningsgruppen opplevde vi at det også ble en diskusjon om sannhetsgehalten i pasientens beretning, det at Marianne selv var så usikker, gjorde det skummelt å skulle ”ta parti”. Fokuset ble derfor hvordan man kan validere pasientens opplevelse, uten å måtte ta stilling til hva som er sant eller ikke. I dette tilfellet opplevde pasienten nettopp en tvil – en usikkerhet. Å validere denne tvilen ble derfor viktig samt å formidle en forståelse av at denne tvilen var naturlig med tanke på hvordan hennes opplevelser i liten grad var blitt møtt og validert gjennom oppveksten. Som terapeut var det nyttig å tenke at det nettopp er pasientens subjektive opplevelse man skal validere, slik hun har opplevd det. Som veileder påpekte, var det lite sannsynlig at pasientens usikkerhet hadde blitt validert tidligere. Marianne hadde hele livet følt at hun ikke ble sett, trodd eller tatt på alvor, og når ingen kunne eller ville bekrefte hennes opplevelse, var hun tvunget til å forkaste den. Vi oppfattet det slik at hun på den måten ble utvisket, et offer for andre. Tvilen kunne i

så måte henge sammen med en følelse av verdiløshet, som gjorde det vanskelig å ta egne følelser på alvor.

For en terapeut er det umulig å vite hvordan ting objektivt har vært, men dette er heller ikke så vesentlig. Innenfor ABM regner man nettopp det å *tydeliggjøre* og *validere* pasientens opplevelse som avgjørende for å skape allianse. Det betraktes også som grunnleggende for at pasienten skal kunne oppnå et mer integrert forhold til egen affekt, og oppnå mer sammenheng i sin selvopplevelse. Terapeutens oppgave ble dermed å trekke frem pasientens opplevelse og understreke at dette var *hennes* følelser, uavhengig av hva som måtte være objektivt riktig eller galt. Terapeuten skal altså gi pasienten et alternativt fokus når hun mister seg selv og blir et offer for omgivelsene: ”Hva er det *du* opplever?” Når pasienten beskriver at hun ikke har ”noe stødig selvbylde”, kan terapeuten trekke frem at pasienten er usikker på hva *hun* opplever. Terapeuten fungerer dermed som en veiviser som retter fokuset mot pasienten og tillegger hennes opplevelse verdi. På denne måten kan en tenke seg at terapeuten bidrar til å *gyldiggjøre* pasientens opplevelse. Dette er en arbeidsmåte som gjentas over tid, og i løpet av en slik prosess tenker en seg at pasienten internaliserer denne måten å arbeide med seg selv på. Slik sett kan man betrakte det som en ny mulighet for endring hver gang pasienten faller inn i en tilstand av oppgitt håpløshet. En kan forstå det som at hun blir overveldet av usikkerheten igjen, og at hun gir opp og mister seg selv. Terapeuten har da en ny mulighet for å gi pasienten en korrigerende emosjonell erfaring (Alexander & French, 1946), ved å vektlegge hennes opplevelse og hjelpe henne til å danne sammenheng og mening i denne, og dermed opptre på en måte som er i strid med hva pasienten er vant med og forventer fra sine omgivelser (Hartmann, 1999).

Slik vi ser det, bidro et manglende *fokus* på at scener bør utdypes når de er utydelige, i stor grad til terapeutens utfordringer i utdragene ovenfor. Vi vil nå ta for oss intervensjonsnivå 2 i ABM, hvor hovedfokuset er på det affektive innholdet i pasientens fremstilling.

Intervensjonsnivå 2: Å forsøke å plassere det affektive i scenene

På nivå 2 er terapeutens oppgave å undersøke og validere hvilke følelser som inngår i ulike scener pasienten beskriver, og eventuelt hvilke følelser som dominerer. Terapeuten skal også prøve å legge merke til eventuelle *affektive skiftninger*, som i tilfeller der en god scene snus til å oppleves negativ for pasienten. I ABM vil terapeuten, uavhengig av temaet, observere, gjette på eller forsøke å kartlegge hvilke følelser som er sterkest aktivert i forbindelse med dialogen. Hvis pasienten ikke selv kan kjenne egne følelser, vil terapeuten prøve å finne ut hva slags stemning hun er i, og sette navn på følelsene. Ved at pasienten i større grad begynner å fokusere på hva hun føler, vedstår seg det og forsøker å navngi disse følelsene, søker en å hjelpe pasienten til å skape en mer differensiert selvopplevelse (Monsen, 1990). Følelser som av pasienten før har blitt oppfattet som ”en klump av angst”, sorteres og får navn og tenkes dermed å være lettere å forholde seg til. Tanken er at følelser en er ubevisst med er man også identisk med (Jung, 1966), og at en har mer kontroll over følelser man er bevisst (Vaillant, 1997). En målsetning, slik vi forstår det, er at pasienten utvikler et mer nyansert språk for sin selvopplevelse, og at dette språket skal stemme bedre overens med den kroppslige følelsesaktivering. En nyansering av følelsene vil på denne måten innebære en opplevelse av at man kan ha flere følelser samtidig, selv om disse ikke logisk sett ”passer sammen”. Enkelte følelser, som for eksempel sinne, kan virke mer dominerende og dermed ”skjule” andre følelser som også er aktivert. For å kunne hjelpe pasienten med å bli kjent med sin affekt kan en tenke seg at det er en forutsetning at terapeuten aktivt både *lytter* og *ser* etter affektive uttrykk hos pasienten, for å fange opp hvilke følelser pasienten kan tenkes å være beveget av til enhver tid. Om man tar Tomkins’ (1979) forståelse av affektens sammenbindende kraft med i betraktning, kan en se for seg at dersom pasienten kan oppnå bedre kontakt med sine egne følelser, vil dette kunne bidra til bedre sammenheng i selvopplevelsen. Stolorow og medarbeidere (1987) fremhever også affektens viktige rolle i så måte.

Affekten i søkelyset - et nytt fokus

Som beskrevet under intervensjonsnivå 1, opplevde vi at Marianne ofte snakket på en intellektuell, abstrakt og forklarende måte, og at det derfor var nyttig å få henne til å beskrive opplevelser i detalj på et scenisk nivå for å tydeliggjøre hva hun opplevde. Slik vi ser det, kunne dette også bidra til å gjøre det lettere både for henne og terapeuten å komme i kontakt med det *affektive* innholdet i det hun fortalte. Et slikt fokus på det affektive var imidlertid

ingen selvfølge. For oss var det overraskende da veileder i første veiledning rettet vår oppmerksomhet mot pasientens affektive tilstand i timen, og etterspurte hva vi trodde pasienten *følte*. Dette fordi vi merket at det å gå så eksplisitt etter det affektive var et nytt og noe ukjent fokus for oss, og at det var vanskelig å vite hva vi skulle se etter. Når vi skulle foreslå hva pasienten følte, kom vi ofte med forslag som: ”Det må ha vært skummelt”, ”Det må ha vært trist”, ”Det må ha vært ubehagelig.” Det interessante var at teammedlemmene ofte foreslo samme type intervensjoner med lite variasjon, og at vi dermed genererte få hypoteser om pasientens følelsesmessige opplevelsesverden. I ABM er det nettopp en tanke at terapien tidlig bør preges av hypotesedannelse hos terapeuten, der hun kommer med tolkninger i form av gode kliniske gjetninger basert på observasjon, forståelse, psykologisk kunnskap og skjønn. Det viktige er ikke primært at terapeuten gjetter *riktig*, men at en slik aktiv og åpen måte å kommunisere på over tid kan føre til at pasienten lærer å tenke mer psykologisk meningsfullt om seg selv og andre (Monsen et al., 1989).

Utdraget under er fra en av de første timene og illustrerer hvordan arbeidet med affekt var vanskelig både for pasient og terapeut. Marianne beskriver her hvordan hun opplevde et brudd med en tidligere kjæreste.

P: Det må være helt på slutten.. Når jeg skjønnte at det gikk skeis, da.

T: Mmm.

P: Han ringte og sa han ikke kom likevel eller et eller annet.. Da fikk jeg sånn slag i magen, men det.. ja.. Sånn, også gikk jeg i bakken, litt sånn derre.. mistet hele følelsen, da.

(Gestikulerer, viser hvordan det rant ut av henne.)

P: Altså sånn, det var like før jeg besvimte.

T: Da han ringte og sa at han..

P: Det var et eller annet, at det var noe galt..

T: Mmm. Da kom vel alle følelsene med svik og å bli forlatt og.. Da kom vel alt det på samme tid, da?

P: Mmm. Så sånne ting vet jeg ikke hvordan jeg skal jobbe med.

T: Det henger jo selvfølgelig litt tilbake med det du har opplevd som liten.

P: Mmm.

(Pause)

Terapeutens kommentarer: Etter vår mening ser vi også her et eksempel på en vag scenebeskrivelse. Terapeuten har likevel en viss formening om hva som hadde skjedd, og forsøker å foreslå hva pasienten føler, her *uten* å ha et bevisst fokus på dette. Videre kan vi se at pasienten raskt begynner å snakke om at ”Så sånne ting vet jeg ikke hvordan jeg skal jobbe med.” Terapeuten husker at hun følte et press for å komme med et klokt svar, at hun fikk litt panikk og derfor kom med en tolkning. Dette illustreres med terapeutens avsluttende utsagn: ”Det henger jo selvfølgelig litt tilbake med det du har opplevd som liten.”

Vi kan også se et eksempel på hvordan en opplevelse som sannsynligvis var veldig sterk for pasienten, raskt blir forbigått med en forklaring. Terapeuten ble ikke oppmerksom på hvor lite kontakt Marianne så ut til å ha med sine følelser, fordi hun selv følte at hun måtte komme med et svar. En kan tenke seg at hun dermed gikk glipp av hvor *sterk* denne opplevelsen kanskje opprinnelig var for pasienten, men også hvor *uklar* den var, hun ”*mistet følelsen*”. Fordi pasienten selv snakket uten å virke affisert, ble heller ikke terapeuten affisert. En alternativ måte å håndtere situasjonen på ifølge ABM, kunne være å forsøke å utforske affekten: ”*Ja, jeg forstår du er usikker på hvordan du skal forholde deg til dette her, men jeg er litt usikker på om du egentlig vet hva du opplevde i den situasjonen. Kanskje vi kan undersøke det litt? Hva var det du kjente og opplevde i den situasjonen? Det høres ut som om du ble helt overveldet og utslått da du opplevde dette. Det var som å få et slag i magen... Men jeg lurer på om du kan få tak i den følelsen som kom før du ble overveldet.*”

Som vi tidligere har beskrevet, kunne vår pasient ofte mer eller mindre bevisst unngå å kjenne på følelsene sine. En kan se for seg at hun selv ville ha vanskelig for å rette fokuset mot egen affekt, og at det derfor er avgjørende at terapeuten hjelper henne i dette arbeidet.

Refleksjoner i ettertid: I analysen av terapitimene påpekte veileder at det for nybegynnerterapeuter ofte er fristende å lete etter og påpeke sammenhenger i pasientens historier. Dette fordi sammenhengene kan være åpenbare, man får en følelse av å ha sett eller forstått noe, og ønsker å formidle denne forståelsen til pasienten. Terapeuten kjente seg i høy grad igjen i dette. Som nevnt er det innenfor ABM et sentralt poeng at det ikke har noen hensikt å komme med slike tolkninger dersom selvopplevelsen er uklar, nettopp fordi målet med terapien er å hjelpe pasienten med å få et tydeligere forhold til sine egne opplevelser. Slik vi forstår det ut fra ABM, er problemet i dette tilfellet ikke at pasienten *ikke* ser sammenhenger mellom nåtid og fortid, men at hun har lite kjennskap til sin egen opplevelse. Hennes intellektuelle forståelse av hvordan hennes oppvekst har formet henne, vil ikke nødvendigvis alene være nok til å hjelpe henne. Vi tenker at dersom terapeuten hadde hatt et *eksplisitt fokus* på følelser her, ville hun sannsynlig lettere kunne ha merket seg at pasientens opplevelse var uklar, og fokusert på å tydeliggjøre denne.

En opplevelse av tomhet

Til tross for et eksplisitt fokus på det affektive ved Mariannes fremstilling, opplevde terapeuten det ofte som vanskelig å få tak i hva hun følte på i timene. Utdraget nedenfor er hentet fra begynnelsen av en time, og Marianne beskriver her hvordan hun lett kan ”miste” viktige temaer hun har lyst til å ta opp i terapien.

P: Jeg har tenkt at jeg har hatt lyst å komme hit nesten hver dag denne uken her fordi jeg har hatt temaer som jeg har hatt lyst til å snakke om, og så når jeg kommer hit så blir jeg helt tom på en måte. Så egentlig er det mange ting jeg har kjent på og har lyst til å snakke om, og så kommer jeg her og så er det bare borte.

T: Hva tror du det er som gjør det?

P: Det er akkurat som jeg strammer meg opp med en gang jeg skal møte noen andre, kommer inn i en sånn derre, at jeg ikke tar med meg det jeg faktisk er.

T: Du gjør det her også?

P: Ja, kanskje det. Ja, at jeg skal liksom manne meg opp, eller oppføre meg eller ... ikke det, men som i morges så tenkte jeg sånn, å herregud dette er dritviktig og det har skjedd masse og liksom dette må jeg spørre om og sånn, og så kommer jeg hit og så bare (vifter med hånden) borte. Akkurat som at i møte med andre så kan jeg på en måte ikke være i de tingene, som... eller, ja. Det er veldig automatisk, kanskje. Det har skjedd veldig mye.

Terapeutens kommentarer: Terapeuten opplevde det flere ganger vanskelig å vite hva hun skulle gjøre når Marianne beskrev at hun følte seg ”tom”. Ved flere anledninger ble terapeut og pasient sittende og diskutere hvorfor pasienten ikke klarte å komme i kontakt med følelsene, uten at noen kom frem til gode svar. Terapeuten opplevde det vanskelig å vite hvor hun skulle gå videre med en pasient som sa at hun ikke tenkte på noen ting, og heller ikke kjente på noe. Oftest lurte terapeuten på om det var noe *hun* gjorde feil, og at pasienten derfor ikke klarte å åpne seg. Flere av pasientens utsagn beskriver hvordan det hun opplevde, var uklart og vanskelig for henne å få tak i: ”Ja, det er veldig sånn... sauset eller sånn”, ”Det er som en sånn stor mash i hodet”, ”Det er litt sånn teflonhjerne, ”I don’t know.”

Refleksjoner i ettertid: I veiledningsgruppen diskuterte vi hvordan en kan håndtere at pasienten ”mister tråden” eller føler seg ”tom” og ”ikke vet”. Vår erfaring fra tidligere praksis var at man lett kunne bli sittende med en følelse av hjelpeløshet i møte med dette, og at terapeuten selv kunne tro at pasienten rett og slett ikke hadde noen tanker eller følelser, at tomheten var reell. Da var det vanskelig å vite hvordan en skulle komme videre.

Slik vi har forstått det, er det et grunnleggende prinsipp i ABM at siden følelsene tenkes å være en biologisk gitt opplevelseshet, er ingen noen gang ”tomme” i den forstand at de ikke er i en eller annen form for følelsesmessig stemning. Affekten kan likevel av ulike grunner være vanskelig å få tak i for pasienten. Samtidig kan en tenke seg at det er viktig å akseptere at pasienter kan ha en reell *opplevelse* av å være tomme. For terapeuten handlet det altså ikke om å bestride dette, men å ta med i betraktning at følelser kan være aktivert uten at personen bevisst opplever disse følelsene (Monsen et al., 1989). En kan se for seg at *affekt kan sperre* for at pasienten kan åpne seg eller komme i kontakt med egne opplevelser. Angst, skam, sinne og selvforakt er eksempler på affekter som ved hjelp av ABI ble identifisert som

sentrale for denne pasienten. I utdraget over sier pasienten at hun strammer seg opp, noe vi kan tenke oss henger sammen med skamfølelse og en redsel for avvisning.

I ettertid forstod terapeuten at hennes egen hjelpeløshetsfølelse ovenfor ”tomhet” også handlet om en følelse av å bli ”stengt ute” av pasienten. I tråd med dette beskriver Finn Skårderud (2002) hvordan skam kan sette hele pasientens selv på spill, den dype skammen over å se seg selv som en som ikke fortjener å bli elsket. Han beskriver også hvordan pasienters skam kan ødelegge *hans* tro på seg selv som hjelper: ”Skammen undergraver dialogen på det alvorligste. Jeg er utestengt” (Skårderud, 2002, s. 133). I utdraget ønsker Marianne både å kjenne egne følelser og vise dem til andre, men hun får det likevel ikke til. Dersom terapeuten hadde hatt en hypotese om at dette handlet om skam, kunne en løsning for terapeuten her være å tematisere pasientens ambivalens i forhold til det å åpne seg og utforske vanskelige følelsesmessige temaer. Vi skal nå se nærmere på utforskning av affekt i timene.

Ambivalens – Følelser som noe fremmed og farlig

Utdraget nedenfor er hentet fra en time tidlig i terapiforløpet og illustrerer den første gangen terapeuten kunne se at Marianne ble emosjonelt aktivert i timen. Marianne snakker her om at hun er redd for at folk skal ødelegge henne dersom hun slipper dem innpå seg, og terapeuten knytter dette til ensomhetsfølelse. Både pasient og terapeut blir overrasket over at hun da *kjenner* noe:

P: Jeg er jo redd for å være sårbar, og overgitt til andre. Jeg er redd for at jeg skal slippe folk inn, og så skal de liksom ødelegge meg igjen, da.
T: Ja, for du tenker at folk skal ødelegge deg hvis du slipper dem innpå deg?
P: Ja. Eller at... Mmm. Ja.
T: Det er jo kanskje det mest ensomme man kan føle, da.
(Pasienten blir stille, ser ned, liten pause).
P: Nå skjedde det et eller annet. Jeg vet ikke hva men... (Virker berørt)
T: At det skjedde noe?
P: Mmm... (Stillhet)
T: Hva var det som skjedde?
P: Jeg vet ikke, det var bare et eller annet som løsnet, eller jeg vet ikke... Ja.
T: Var det noe du kjente på?
P: Ja, eller det var sånn.. Det var kroppslig eller emosjonelt, da, det var liksom ikke bare sånn oppi hodet...
T: Mmm.
P: Som jeg pleier å være, bare tenke, jeg følte.
T: Mmm. Hvordan føltes det, da?
P: Det var jo litt trist, da, det var ikke morsomt liksom. Det er liksom det å slippe andre inn dit, da. Og få selskap, ikke sant, inni der... Jeg er liksom redd for å bli syk og, hvis jeg slipper kontrollen, redd for at jeg skal bare miste besinnelsen... Bli psykotisk, eller, skjønner du hva jeg mener? At jeg skal bli gal av det... Men så er det kanskje ikke så farlig, altså, det er jo følelser jeg må kjenne på for å gå videre. Kan jo nesten ikke bare pushe dem unna... (...) Jeg

tror veldig lenge jeg har trodd, nesten to år har jeg jobbet veldig mye med det her, og så tror jeg at jeg ikke har gjort det, altså jeg har gjort det intellektuelt. Den forrige psykologen min reagerte veldig, hun trodde nesten ikke på det jeg sa, for når jeg snakker om det, så snakker jeg om det som om jeg snakker om været, altså. (...) Det betydde ingenting for meg, jeg bare prater om det... Jeg forstod alt, alt er jo greit sånn, liksom. Men jeg tror ikke jeg har kjent på det ordentlig.

Terapeutens kommentarer: Terapeuten syntes det var interessant å se pasientens reaksjon i denne timen, da det virket som om det å kjenne følelser *kroppslig*, var noe som både var overraskende og fremmed for pasienten. I ettertid tenker terapeuten at hun nettopp burde validert det hun kunne se i timen – at Marianne tilsynelatende ble trist og rørt når terapeuten antydte at hun følte seg ensom. På denne måten kan en tenke seg at pasienten hadde fått ord på sin opplevelse, samtidig som den ble validert og forsterket. I denne timen opplevde terapeuten derimot at pasientens frykt for å åpne opp for følelser, smittet over på henne. Hva om terapeuten nå hadde trigget vanskelige følelser som pasienten ikke kunne kontrollere mellom timene?

Refleksjoner i ettertid: I dette utdraget kan vi se hvordan Marianne raskt går over fra å kjenne på en følelse, til å prate om sin frykt for hva som vil skje dersom hun slipper følelsene til. Slik vi oppfatter det, forteller dette og andre eksempler noe om hvor *farlig* det var for henne å kjenne på følelsene sine. Hun fryktet at hun skulle bli gal, psykotisk, miste besinnelsen. Samtidig er det en god illustrasjon av at Marianne gjør som nevnt tidligere i teksten: Hun formulerer seg ut av det ved å forstå og snakke seg bort fra følelsene som aktiveres i henne. Vi tenker oss at det fungerer som en beskyttelse mot det skremmende og fremmede, samtidig som det bidrar til å opprettholde hennes problemer med å bli kjent med opplevelser og følelser. Det fremstår også tydelig for oss at hun ønsker og betrakter det som helt nødvendig å komme mer i kontakt med følelsene sine dersom hun skal ”komme seg videre”. Slik sett kan vi tenke oss at hun har et ambivalent forhold til det å arbeide med følelsene sine.

Videre mener vi Mariannes utsagn i dette utdraget fremhever et viktig poeng i ABM: Hun beskriver hvordan hun i tidligere terapi ofte kunne sitte og prate uten å bli *berørt* av det hun snakket om, og påpeker hvordan hun har *trodd* at hun har jobbet med følelsene sine, men egentlig bare har *forstått intellektuelt*, hun har ikke *jobbet med* affekten knyttet til vanskelige temaer. I ABM-termer kan en tenke seg at hun tidligere har arbeidet mye med forståelse og kontekstualisering av script og deler av script, uten at hennes følelser og opplevelse er blitt fremhevet eller gjort tydelig for henne. På denne måten har hun *forstått* noe, men affekten er ikke integrert med denne forståelsen. Hennes følelsesliv er fremdeles fremmed for henne, hun

overveldes i situasjoner der hun opplever sterk affektiv aktivering, og følelser blir truende i stedet for strukturerende. Dermed kan hun ikke nyttiggjøre seg den kognitive forståelsen hun har av hvorfor hun reagerer som hun gjør. Som hun selv sier det: ”I situasjoner glemmer jeg det jeg egentlig vet.”

Å sette navn på, sortere og nyansere følelsene

Å sette navn på følelsene betraktes som en grunnleggende oppgave, som primært adresseres på intervensjonsnivå 2 i ABM. Dersom det er uklart for pasienten hvilken eller hvilke følelser som er aktivert, bør en ikke gå videre til affektintegrering på intervensjonsnivå 3, fordi man vanskelig kan integrere en følelse dersom man ikke vet hvilken følelse det er. Det å gi tilbake en klarere forståelse av pasienten ved bruk av tydeligere språk, vil også kunne gjøre at hun i større grad føler seg sett, at hun ser seg selv bedre, og at opplevelser forsterkes. I våre analyser, og også i veiledning, ble vi imidlertid klar over hvordan terapeuten ofte *lot være* å sette navn på pasientens følelser, og dermed lot dette forbli kun implisitt i dialogen. Under vil vi vise et eksempel på at terapeuten i større grad har fokus på å plassere det affektive. Marianne har fortalt at hun er sint på noen venninner som hun følte hadde behandlet henne på en nedlatende måte, og terapeuten oppfatter at det også er andre affekter som er aktivert.

T: Men det virker som du kjenner mer på noe annet enn sinne?

P: Mmm, ja jeg føler meg mindre verdt på en måte. At jeg liksom ikke er bra nok, at jeg aldri kan få meg kjæreste eller, får ikke Jørgen fordi han er altfor bra i forhold til meg for eksempel, sånne tanker, da. Føler meg prisgitt dem på en måte.

T: Og de får jo litt lov til å definere deg òg, da, det virker som at du hører litt på dem nå, eller den følelsen de gir deg.

P: Ja, for jeg sitter jo igjen med den følelsen og det selvbildet etterpå at jeg liksom ikke er noe verdt, og at de er mye bedre, mer oppegående og kule folk, ja.

T: Så i stedet for å bli sint, da, så blir du...

P: Ja, jeg adopterer den følelsen, og så sitter jeg igjen med den følelsen, jeg følte meg faktisk litt bra i forrige uke og etter, i hvert fall etter det jeg gjorde på fredagen, for da river jeg liksom ned det jeg har bygget opp, ikke sant. ”Rusmisbruker Marianne liksom” (gråter)

Terapeutens kommentarer: I sine tidlige forsøk på å hjelpe pasienten med å identifisere og navngi følelsene oppdaget terapeuten at hennes *eget* språk for følelser ikke var nyansert nok. Ofte var det vanskelig å få tak i hvilken følelse Marianne kjente på, og terapeuten måtte anstrenge seg for å identifisere affekten ved å prøve å lete gjennom ”listen” over følelser i hodet. Noen ganger kunne det oppleves som om dette gikk på bekostning av hennes innlevelse i pasientens historie, slik at hun ikke følte at hun var inntonet nok. Dette utdraget er hentet fra en time der terapeuten hadde blitt bedre kjent med ABM, og hadde et

bedre grep om hvordan denne kunne brukes i terapi. Hun trekker her frem at det virket som om Marianne kjente på mer enn bare sinne, som var den dominerende affekten. Terapeuten satt med en hypotese om at Marianne også følte skam og selvforakt, samt misunnelse fordi hun ikke ble inkludert.

Refleksjoner i ettertid: Det kan ofte være svært vanskelig for pasienter å kjenne igjen hva som er hva, og nonverbal kommunikasjon kan hjelpe terapeuten i arbeidet med å gjenkjenne følelsene som er aktivert. Helt konkret kan dette innebære at terapeuten formidler følelsene som vekkes i henne selv av det som blir fortalt, kommenterer lyder, holdning og kroppsspråk, og oppmuntrer pasienten til å stoppe opp og kjenne etter hva hun føler. Dynamisk terapitradisjon vektlegger at det å lytte i en terapeutisk sammenheng, er mye mer enn bare å høre lytte til hva pasienten har å fortelle. Det innebærer at man observerer kroppsspråk, bruker alle sanseinntrykk, også sine egne følelsesreaksjoner, at man må være åpen for affektiv kommunikasjon (Gullestad & Killingmo, 2005). I veiledningsgruppen ble det tydelig for flere enn terapeuten at vi ikke hadde nok klar og eksplisitt kunnskap om følelsenes fenomenologi, hvordan ulike følelser uttrykkes, og i hvilke situasjoner det er vanlig at de aktiveres. Dette tenker vi kan vanskeliggjøre en god balanse mellom empatisk tilstedeværelse og observativ distanse fra terapeuten sin side.

Utdraget over viser hvordan terapeuten prøver å hjelpe pasienten til å få tak i og nyansere affektene i scenen. Gjennom empatisk innlevelse i hva pasienten forteller, kan en tenke seg at terapeuten bidrar til at pasienten får kontakt først med sinne og så skamfølelsen, som innebærer at hun kjenner seg verdiløs. En viktig utfordring er nettopp det å være eksplisitt i forhold til språket terapeuten bruker om følelser. En slik tydeliggjøring av hva pasienten føler, kan en også tenke seg bidrar til at følelsene blir gyldiggjort og normalisert. Målsetningen er at pasienten blir tydeligere for seg selv ved at terapeuten speiler sin forståelse av det pasienten sier eller føler. Økt forbindelse mellom et ”arousal”- nivå av affektoplevelse, og representasjoner på et semantisk nivå av bevissthet, tenkes også å bidra til en bedre og mer adaptiv affektorganisering. En slik innlevelse og speiling av pasientens affektive tilstand kan videre tenkes å gi *affektiv resonans* (Basch, 1983), noe som kan virke vitaliserende for avstengt og dødgjort affekt (Monsen, 1997).

Til tross for at man har satt navn på affekter, betyr ikke det dermed at affekten er tilstrekkelig integrert. Formålet med intervensjonene på nivå 3 i modellen er eksplisitt å undersøke pasientens grad av affektintegrasjon. Vi skal nå se nærmere på hvordan arbeidet med affektintegrasjon på dette nivået forløp i denne terapien.

Intervensjonsnivå 3: Aspekter ved affektbevissthet og affektintegrering

I ABM skiller man, som nevnt, mellom fire ulike affektintegrasjonsfunksjoner. De to første omhandler *oppmerksomhet* og *toleranse* for følelser og tar samlet for seg pasientens *opplevelsesevne*. De to siste funksjonene betegnes som *emosjonell* og *begrepsmessig ekspressivitet* (Monsen et al., 1989; Monsen et al., 2008). Høy grad av opplevelsesevne og ekspressivitet ser ut til å være positivt korrelert med psykisk helse, mens det å ha lite kontakt med egne emosjonelle opplevelser og liten evne til å uttrykke disse kan relateres til psykiske forstyrrelser (Monsen et al., 1996).

Oppmerksomhet

En tenker seg at personer som har en lav grad av oppmerksomhet for følelser, vil kunne ha problemer med å gi både kroppslige og mentale (tanker, symboler, stemninger) beskrivelser av disse, og man vil kunne observere liten grad av differensiering av affekter og intensitet i affektene. I følge ABM handler dette om en manglende psykologisk bevisstgjøringsprosess i forhold til biologisk gitte følelsesreaksjoner (Monsen et al., 1989). Oppmerksomheten er selektiv, og med tanke på det å *legge merke til, gjenkjenne og iaktta egne følelsesreaksjoner* er det store variasjoner mellom mennesker. Fra person til person tenkes oppmerksomhet for følelser å kunne variere fra et relativt åpent og reflekterende forhold til egne opplevelser, der disse anses som meningsfulle, til at man bruker krefter på å stenge av og undertrykke opplevelser, eller ikke ser betydningen av disse (Monsen, 1990). Ofte er undertrykkelsen ubevisst fordi den i stor grad er automatisert. I ABM er målet at pasienten i terapi gradvis kan utvide sitt repertoar av oppmerksomhetssignaler, og skille mellom ulike følelsetilstander.

Som vi har forsøkt å illustrere under nivå 2, var det ofte vanskelig for Marianne å differensiere mellom ulike følelser og hvordan disse kjentes i kroppen. I dette avsnittet vil vi forsøke å vise hvordan hun i større grad forsøker å kjenne etter hva hun føler, fremfor å stenge av følelsene og skyve dem vekk. Det følgende utdraget er et eksempel på hvordan hun i timen forsøker å få tak i hva hun føler når hun snakker om familien i hjembyen.

P: Jeg har en uggen og ekkel følelse i kroppen av de derre folka, føler meg veldig utrygg, kjølig og kald følelse.

T: Ja, som du kjenner på nå, eller?

P: Ja, det kommer over meg når jeg snakker om det.

T: Kjølig og kald?

P: At det ligger veldig mye her oppe (peker på hodet), at det ikke er...

T: Hvilke følelser er det da, som du kjenner på?

P: Bare at det er iskaldt og at det er ekkelt... Altså nei, kanskje utrygg.

T: Redd? Så du blir redd bare av å tenke på dem, da?

P: Mister tryggheten og tenker at...

T: Tenker at?

P: Jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det... Nei, jeg får ikke helt tak i det.

Terapeutens kommentarer: Utdraget er illustrerende for hvordan det kunne være svært vanskelig for Marianne å kjenne etter hva hun følte. Ofte var det som om hun gav opp, og affekten glapp for henne. Likevel kan vi her se hvordan hun forsøker å finne ord for hva hun opplever affektivt. Vi kan videre se hvordan terapeuten retter fokuset tilbake mot følelsene i det som blir fortalt, når Marianne er i ferd med å spore av og begynne å snakke om hvordan det er ”oppe i hodet”. Terapeuten spør her direkte: ”Hvilke følelser er det da, som du kjenner på?” Slik vi ser det, lå utfordringen for terapeuten her i å spore pasienten inn på det affektive igjen når hun selv sporet av, å hjelpe henne med å bli kjent med og nyansere hvordan ulike følelser kjennes i kroppen, og hvilke symbolske og mentale stemninger de er forbundet med. Som nevnt under intervensjonsnivå 2, ble vi i løpet av klinisk internpraksis oppmerksomme på hvor lite kunnskap vi hadde om å identifisere følelser hos pasienter. Også i arbeidet med oppmerksomhet for følelser gjorde dette seg gjeldende. Terapeuten opplevde flere ganger at hun forsøkte å hjelpe pasienten med å finne nyanserte beskrivelser av hvordan følelsene kunne oppleves, samtidig som hun selv hadde vanskelig for å komme med slike beskrivelser.

I våre analyser av timene dannet vi oss et inntrykk av at Marianne kunne ha ulik oppmerksomhet for følelser som gjaldt ulike personer. I forhold til faren, som hun sa at hun savnet, kunne hun relativt lett komme i kontakt med tapsfølelser som for eksempel tristhet, og klare å kjenne på disse følelsene. Når hun snakket om familien i hjembyen, og da spesielt stefar, virket følelsene vesentlig mer udifferensiert. Det var vanskelig for henne å i det hele tatt *snakke* om hva hun opplevde, og hun opplevde det nærmest umulig å fokusere oppmerksomhet på de kroppslige fornemmelsene hun fikk når hun tenkte på dem. Hun uttrykte at hun *visste* hun kjente avsky for dem, eller at hun var redd for dem, men at hun ikke kunne *kjenne* dette. I utdraget under beskriver hun dette.

P: Det er merkelig, når jeg snakker om mamma og Jarle, så får jeg ikke følelser, de er veldig sånn, de er borte, eller kanskje bare hermetisert et eller annet sted.

I våre analyser av timene kunne vi se at når Marianne ikke kjente på følelser, kunne hun ofte komme med utsagn som ”Nei, jeg klarer det ikke”, ”Nå er jeg er bare oppe i hodet”, ”Jeg kommer ikke i kontakt med det” eller ”Nå kjenner jeg ingenting.” Når hun ikke kom i

kontakt med følelser, kunne terapeuten tenke at pasienten ikke hadde gjort tilstrekkelig fremskritt, og at *terapeuten* dermed ikke hadde lyktes. Det kunne til tider føles som en slags ”konkurranse”, der målet var å få pasienten til å gråte eller komme i kontakt med følelser hun ikke hadde klart å kjenne på før. Terapeuten opplevde et ansvar og et *forventningspress* i forhold til dette, og slik vi forstår det, kan det ha sammenheng med at pasienten helt eksplisitt gav uttrykk for at hun ønsket å *kjenne på* sine følelser, ikke bare snakke om dem. Terapeuten opplevde til tider å gå tom for gode måter å ”gjøre dette på”, og fikk tanker om at pasienten målte terapeutens egnethet ut fra hvor god kontakt hun fikk med sine følelser, samt at hun ble utålmodig når terapeuten ikke klarte å få henne til å *kjenne på* følelser. Terapeutens engstelse i forhold til dette kan tenkes å bunne i en usikkerhet rundt hvordan man arbeider for å hjelpe pasienter til å komme i kontakt med følelser i terapi.

Til tross for at Marianne noen ganger gav gode beskrivelser av kroppslige og mentale signaler, ble det tydelig at dette var en prosess, og at det måtte repeteres mange ganger, med ulik intensitet, i ulike settinger og med ulike personer involvert. God oppmerksomhet i en time betød ikke nødvendigvis at hun klarte å fokusere i neste time. Likevel kunne vi i våre analyser se at pasienten i løpet av terapien virket mer bevisst på nye fornemmelser av følelser, og at hun opplevde dette som godt fordi det gav henne mer ro. Et eksempel på dette var at hun gjenkjente kroppslige reaksjoner i forbindelse med ulike følelser. Her beskriver hun hvordan hun opplevde skamfølelse i forbindelse med at hun følte seg avvist av en venninne.

P: Og så når jeg gikk hjemover så kjente jeg på det der, en sånn skamfølelse, en sånn, altså jeg skjemtes, altså hvordan kunne jeg tro at hun skulle gidde å be meg inn på kaffe eller, gidde å snakke med meg og ”Herregud hva er det du har innbilt deg”? Og liksom, og skammen lå liksom bak bakhodet og nedover ryggen, og liksom på baksiden av kroppen da, og akkurat som en sånn hånd som trykker deg nedover. Altså sånn, gjemme seg da, og miste all styrken i kroppen, og det med å bli avvist forbinder jeg veldig med sånn skam, eller ja..

Refleksjoner i ettertid: I veiledning ble det lagt vekt på at når affekt spaltes vekk, er det noe en *aktivt* gjør, men over tid kan det bli så automatisert at det føles som om man ikke kan kontrollere det selv. Affektiv avsporing er altså ikke bare noe som *skjer med oss*, selv om det kan oppleves slik (Monsen et al., 1989). Vi opplevde at dette fokuset gav oss en form for optimisme: Dersom man kan stenge følelsene av, må det være mulig å koble dem på igjen også. En slik holdning gjorde det lettere og mer motiverende for terapeuten å arbeide med å få tak i affekten. Fordi terapeuten kjente et sterkt press på seg til å hjelpe pasienten til å komme i kontakt med følelsene, følte hun seg til tider utilstrekkelig dersom hun ikke klarte dette. I ettertid var det derfor en lettelse da veileder poengterte at det i terapi faktisk er *pasienten* som må gjøre jobben. Det hjelper ikke med en god trener dersom utøveren ligger på sofaen. Men

terapeuten måtte altså forsøke å bli en god ”trener”, en veileder for pasienten i det terapeutiske arbeidet. Dette innbar for terapeuten å forstå *hvordan* en kan hjelpe pasienten med å komme i kontakt med sine følelser, fremfor å bare snakke om dem. Slik vi forstår det, handler det hovedsakelig om å treffe pasienten affektivt, å oppnå en *affektiv resonans*. Som nevnt i forrige kapittel, vurderer vi kunnskap om følelsenes fenomenologi som viktig i så måte. Samtidig er det vår opplevelse at det ikke er lett å lese seg til hvordan man kommer med gode intervensjoner som treffer pasienten. I ABM er dette slik vi ser det mer konkretisert, da man ut fra modellen skal utforske kroppslige, mentale og stemningsbeskrivende signaler. Terapeuten opplevde like fullt at hun manglet kreativitet eller evne til å oppnå affektiv resonans. Selv om terapeuten følte hun kunne identifisere følelser hos pasienten, var det vanskelig å formulere dette tilbake på en slik måte at det ”traff” henne. At terapi også er en kunst, ble svært tydelig. Ofte kunne det være vanskelig å finne på noe annet å si enn ”Hva gjør det med deg?”, ”Det må være trist,” eller ”Det må være vanskelig.” Dermed kunne terapeuten lett føle at hun repeterte seg selv. En slik evne til å treffe pasienten affektivt baserer seg, ved siden av ervervet terapeutisk teknikk, sannsynligvis også på terapeutens naturlige empati og personlige evne til å leve seg inn i og lese pasienten, noe vi tenker oss kan utvikles naturlig som en følge av mer erfaring. En bevisstgjøring av vår mangelfulle kunnskap om følelser og hvordan man treffer pasienten affektivt, bidro til at vi kunne trene målrettet på å formulere gode intervensjoner, og med dette som fokus også lettere tilegne oss mer kunnskap.

I veiledningsgruppen ble vi oppmerksomme på at studentterapeuten hadde en tendens til å stille mange *spørsmål* fremfor å uttrykke hva hun faktisk *så*, noe som ikke så ut til å ha like sterk virkning på pasienten. Et eksempel kunne være at dersom terapeuten tydelig *så* at pasienten ble trist, kunne hun likevel spørre ”Blir du trist?” fremfor å si ”Jeg *ser* at du blir berørt, eller trist.” Tanken er at man ved å kommentere på hva man kan se i større grad bidrar til at pasienten *føler seg sett*, og at det kan gjøre den følelsesmessige opplevelsen dypere. En kan tenke seg at pasienten da føler at terapeuten er bedre inntonet, som igjen kan tenkes å bidra til bedre tilknytning (Stern, 1985). Lichtenberg har også fremhevet at det å oppnå følelsesmessig samstemthet i psykoterapi, i seg selv virker vitaliserende fordi det gir sammenheng og helhet i selvet (Lichtenberg, 1989, i Monsen, 1997). En kan tenke seg at det å stille spørsmål i større grad retter seg mot det intellektuelle, og at en pasient som vår, som har en tendens til å ”formulere seg ut av ting”, vil kunne dra bedre nytte av å treffes affektivt enn rent intellektuelt.

Toleranse

P: Jeg har lyst til å dø noen ganger når jeg blir avvist.

P: Hvis jeg blir overveldet, så ender jeg bare på en sånn grusom fyll.

Toleranse for følelser dreier seg i ABM om hvorvidt og hvordan man kan la en følelse virke på seg, hva man gjør med følelsen (håndtering), og i hvilken grad man kan nyttiggjøre seg følelsens signalverdi. Å la seg bevege av en følelse innebærer at man kan ta inn følelsens stemningsmessige innhold og dekode følelsens informasjonsverdi, men det forutsetter altså at man kan tåle følelsens virkning over en viss tid. Toleranse for affekt kan antas å variere fra å betrakte en følelse som verdiløs og noe som ikke angår en selv, til å tenke at følelsen kan bidra til å gi retning for selvutvikling til tross for at dette kan være konfliktfylt intrapsykisk eller interpersonlig (Monsen et al., 2008). Uten toleranse for følelser vil virkningen av disse ikke nå personen, og følelser kan varsle brudd eller fragmentering av selvopplevelsen. Vi vil her ta for oss de tre ulike aspektene ved toleranse, samt vår forståelse av pasienten i forhold til disse, før vi kommer med kommentarer.

Hva gjør følelsen med deg? Både i affektbevissthetsintervjuet og i terapien var det tydelig at Marianne hadde lav toleranse både for ubehagelig, men også mer positiv affekt. Det virket som om samtlige av de negative, ubehagelige følelsene ikke bare var undertrykt, men at hun i stor grad også var overveldet og drevet av affekt. Når hun ble overveldet, klarte hun ikke å nyttiggjøre seg informasjonen i følelsene. Hun ville helst bare kvitte seg med dem. Utdraget under illustrerer en slik overveldelse av affekt. Marianne skildrer her hvordan hun begynner å bli forelsket i en gutt, og slik vi ser det, er det tydelig hvordan de positive følelsene raskt kobles med angst.

P: Nei, jeg vet ikke, det er noe som bygger seg opp. Vet ikke om jeg begynner å få følelser for ham...

T: Hva er det du merker som er forandret?

P: Ehm.. At det påvirker meg mye mer nå, å være sammen med ham. Altså, det har heller ikke skjedd før, sånn som han så meg inn i øynene i dag, og så ble jeg helt sånn "Oi..". Så da ble jeg veldig sånn.. Og så prøvde jeg å skjule det, da, og så ble jeg helt satt ut. Så bare sier jeg masse rart. Jeg begynte å få rykninger, og ble skikkelig nervøs og.. (...) Det kunne nesten ha kjentes ut som om jeg ble litt forelsket eller noe.. Men så slapp det taket igjen. (...) Han har liksom ikke truffet meg veldig der, altså sånn at jeg har vært forelsket, eller... Og da har det vært mye lettere for meg å forholde meg til ham. Jeg håper ikke at det blir helt kaos med ham også.

T: Det er det med å prøve å legge merke til hva som skjer, da. For nå virker det som om de gode følelsene begynner å komme.. Og så går det over i angst.

P: I angst, ja.

Utdraget viser hvordan følelsen av nærhet og ømhet kobles med frykt og angst, og hvordan denne angstfølelsen blir fremtredende og overveldende. Det illustrerer også Mariannes opplevelse av at det er lettere å forholde seg til mennesker som hun ikke har sterke følelser for, eller som ikke er viktige for henne. Med mennesker hun ønsker å være sammen med, blir hun så redd at hun ofte trekker seg fra situasjoner, avsporer affekten eller later som alt er greit. Slik vi ser det, kan denne måten å fungere på bidra til at hun ikke føler at ”*hjertet hennes ikke er der det skal være*” og at ”*ting blir lite meningsfylt*”, slik hun selv beskriver det.

Hva gjør du med følelsen? Marianne forsøker altså ofte å beskytte seg mot vonde følelser, og dette er noe hun gjør på flere måter: Hun flykter fra situasjonen eller underkaster seg og tilpasser seg de andre og later som om alt er greit. Enda mer problematisk er det at hun kan ty til alkohol eller tyngre stoffer som en måte å håndtere ekstremt vanskelige følelser på. Utdraget under viser hennes reaksjon på opplevd *avvisning* fra en tidligere kjæreste, da det ante henne at forholdet kanskje kom til å ta slutt:

T: Men hvordan håndterte du det der og da når du følte det så sterkt som du gjorde da?

P: Jeg drakk meg nesten i hjel

T: Ja, ok

P: Jeg drakk hele tiden, mm.

T: Er det litt for å få dyttet ting litt unna og, tenker du eller?

P: Mm.

I våre analyser ble det tydelig at slike reaksjoner også går igjen i andre situasjoner der sterke følelser knyttet til noe Marianne opplevde, ble aktivert. Hun orket ikke å kjenne på følelsen, ble fullstendig overveldet og brukte alkohol eller andre stoffer for å dempe følelsestrykket. Hun kunne også få selvmordstanker, da knyttet til en sterk skamfølelse og en oppfatning av at det ikke finnes håp om bedring. Vi kan tenke oss at en forutsetning for å kunne utforske følelser, er at man til en viss grad kan tåle å kjenne på dem. Mariannes lave toleranse for affekt ble sentralt for arbeidet i dette terapiforløpet. Det følgende utdraget viser hvordan hennes svært lave toleranse for affekt fører til at hun avviser andre, og dermed ikke får oppleve den tilhørigheten hun både lengter etter, og sårt trenger.

T: Men hva er det som er skremmende med den nærheten, da?

P: Jeg er jo redd for å vise ordentlig hvem jeg er da. Eller...(...) Nei, det er vanskelig å være nær syns jeg da. Så det kan hende at jeg blir plutselig veldig saklig og snakker om noe helt annet, for da får jeg det sånn veldig på avstand, og det er flere som sier til meg at det har vært sårende... Å oppleve det. Sånn som han jeg var sammen med før, han opplevde at jeg skjøv ham vekk hele tiden. Hvis det ble for nært eller noe sånn, så begynte jeg plutselig å snakke om vær og vind, og ha det, liksom. Lagde en vegg, da.

Tror du følelsen kan fortelle deg noe av betydning? For Marianne hadde følelser ofte ikke annen signalfunksjon enn at de varslet om fare, og at hun måtte beskytte seg selv. Den lave toleransen for affekt hindrer videre at hun kan nyttiggjøre seg informasjonsaspektet ved følelsene. Følelsene ble i stedet som plagsom *støy* som hun ønsket å fjerne, noe som kan tenkes å skyldes at følelsene var lite nyansert og differensiert.

T: Tror du at følelsen av irritasjon eller sinne prøver å fortelle deg noe, eller?

P: Ja, men det er vanskelig å tolke det, for når du er så sint, så er det vanskelig å finne ut hva som ligger under eller hva som, for det er veldig sånn overveldende.

P: Ja, for jeg må jo møte de følelsene selv òg, ikke sant? Men... Jeg har liksom vært veldig, jeg har ikke forstått hva de signaliserer, eller hva sånn, eh... Jeg har heller tenkt at dette er farlig, og det er derfor jeg får de følelsene, for de er jo så vonde.

Terapeutens kommentarer: Når Marianne beskrev scener der hun ble overveldet av sterk affekt, og da ofte skam eller angst, var det ofte fristende for terapeuten å si seg enig i at skam og angst er vonde følelser en *ikke* trenger å ha. Dette kan ha vært fordi terapeuten lett kunne bli smittet av pasientens frykt og oppgitthet, slik at det for begge virket klokt av pasienten å trekke seg fra situasjoner som innebar sterk og overveldende affekt. Et spørsmål som kunne dukke opp i forbindelse med dette, dreide seg om det paradoksale ved at det å kjenne på følelser er det som skal gjøre pasienten ”bedre”, når dette kan kjennes så vanskelig og skremmende. For terapeuten kunne det oppleves som om hun nesten var slem mot pasienten når hun forsøkte å hjelpe henne med å kjenne på de vanskelige følelsene. I veiledningsgruppen ble dette temaet diskutert ved flere anledninger. Vår veileder (Monsen, personlig kommunikasjon, 23. oktober 2008) siterte som nevnt sin tidligere veileder, Gary VandenBos, som hadde understreket at det er viktig å ikke være ”too soft”. Vi forstod dette slik at det er viktig å ikke ”overta” pasientens ansvar for eget liv, noe som kan innebære å ”godta” unngåelsesatferd i forhold til det som er vanskelig. Erfaring fra tidligere praksis var at dette kan være en utfordrende balansegang, og vi tenker at dette kan gjelde spesielt for en uerfaren terapeut. Hvordan kan man for eksempel tematisere uteblivelse fra timene uten å virke anklagende? Både valg av ord, stemmeleie og hvor direkte man bør være, ble diskutert i den forbindelse. Vår opplevelse var at frykten for å skade arbeidsalliansen og å krenke pasienten, kan føre til at man ikke er direkte nok, at man ”pakker inn” budskapet for mye, og at det da blir mer uklart eller mister noe av sin styrke.

Refleksjoner i ettertid: Slik vi ser det, kan det være til hjelp å formidle hvilket rasjonale man har for å arbeide med følelser i terapi. Marianne så ut til å ha en forståelse av at følelser ikke var nyttige, men derimot kunne være direkte skadelige for henne. Vi opplevde

det nettopp som viktig at pasienten *forstod* hvor terapeuten ville med utforskningen av følelsene. Pasienten gav selv uttrykk for at små psykoedukative elementer i terapien hjalp henne til å tydeligere forstå terapeutens fokus, og at arbeidet i timene dermed ble mer meningsfullt også for henne.

Guro Øiestad (2006) fremhever i tråd med dette at det ofte kan virke som om pasienter tenker at endring i terapi foregår ved hjelp av press og overtalelse, og ved å kvitte seg med det som er. Pasienter vil ikke akseptere sine negative egenskaper. De vil ha slutt på reaksjoner som rødming og skjelvende stemme og jobber hardt for å undertrykke dem. Øiestad fremhever derimot at følelser oppfører seg som små sutrete barn: Når de blir forsøkt skjøvet unna, sutrer de bare enda mer og klynger seg fast. Forsøk på å fortrenge usikkerhet gjør oss ikke sikrere, men tvert imot vil usikkerheten øke. Når vi anstrenger oss for å bli roligere, blir vi bare enda mer anspente. Øiestad hevder altså, i tråd med ABM og dynamisk terapiteori generelt, at det paradoksale med endring er at det i stor grad handler om å akseptere den man faktisk *er*, og å forsøke å akseptere de følelsene man faktisk *har*. Hun henviser også til Berge og Repål (2004), som fremhever at endring i stor grad handler om å *tåle* ubehagelige følelser. Det handler ikke om å *like* at man skjelver eller rødmer, men å *erkjenne* at det faktisk er slik det er (Øiestad, 2006). Slik vi ser det, kunne dette være frustrerende for vår pasient, som i stor grad følte seg verdiløs. Vi opplever derimot at det for *terapeuten* er svært viktig å ha med seg perspektivet om at man må tåle følelsene. Slik vi har forstått det, betraktes det i ABM som en forutsetning for endring at pasienten blir bedre kjent med og i større grad tåler sine egne følelser. I arbeidet med å gi pasienten et ”mildere blikk på seg selv” (Hartmann, sitert i Dahle & Grønsløth, 2007, s. 35), så vil det å kunne akseptere seg selv og sine følelser stå sentralt. Slik sett kan en tenke seg at det ikke finnes noen magisk vei utenom utforsking av pasientens følelser og opplevelser, selv om dette til tider kan virke fristende både for terapeut og pasient.

I begynnelsen av terapien snakket Marianne ofte om følelser som angst eller skam på en så selvfølgelig måte at terapeuten nærmest tok for gitt at pasienten hadde et avklart forhold til dem. Når Marianne for eksempel snakket om angst, kunne terapeuten være opptatt av å validere følelsen, men glemme å undersøke hva hun egentlig la i ordet angst, hva hun var redd for, og hvorvidt andre følelser var koblet til angsten. Dette kan ha sammenheng med at Marianne hadde så lav toleranse for følelsen at hun raskt ”*formulerte seg ut av det*”, slik at den ikke ble videre utforsket. Også for terapeuten kunne følelsene forsvinne i en ”*suppe av tusen millioner ting*”, slik pasienten uttrykte det. En nyttig huskeregel i den forbindelse var at vår bevissthet og vårt språk er mindre nyansert enn våre følelser, og at det derfor er viktig å undersøke hvor differensiert en følelsesmessig opplevelse egentlig er for pasienten. Gjennom

systematisk undersøkelse av Mariannes toleranse for ulike affekter ble det lettere å observere hvordan hun unngikk å kjenne på følelsene sine og la dem virke på seg, og at hun heller ikke forstod hva hun skulle med dem. Avslutningsvis i dette avsnittet vil vi vise et utdrag der pasienten begynner å kjenne mer etter, og opplever det som mindre skummelt enn hun trodde.

P: Det er vanskelig å få tak i følelsene, jeg trenger redskaper til å hente det opp selv. Jeg følte her om dagen at det bare var noe som skjedde. Jeg har prøvd å være litt i det når jeg føler meg jævlig, ikke stenge av, og da er det mye lettere. Det er faktisk ikke så overveldende som jeg var redd for. Det er ille, men det går an å jobbe med det. Og sånn sett så var det jo verre før. Jeg føler det har vært en progresjon, da.

Emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet

P: Jeg føler meg som en sånn derre gråtunge liksom, eller, jeg spiller jo veldig bra skuespill, sånn at hun ikke merker det.

Dersom man kan representere seg selv utad i form av tydelige og differensierte følelsesuttrykk, kan en tenke seg at dette vil øke sannsynligheten for at man får tydelige gjensvar fra omgivelsene. Dette står i kontrast til en undertrykking av egne opplevelser, der man sjelden får gjensvar fra omgivelsene fordi man ikke viser genuine følelsesmessige uttrykk, eller forteller hvordan man har det. Negative forventninger kan derfor heller ikke korrigeres (Monsen, 1990). I ABM skiller man mellom *emosjonell* og *begrepsmessig* ekspressivitet. Med *emosjonell ekspressivitet* mener man hvordan personen rent atferdsmessig kan gi tydelige og nyanserte følelsesuttrykk i form av synlige bevegelser, mimikk, kroppsholdning, pust og stemmebruk. En tenker seg at dette kan variere fra at man *ikke ønsker eller kan* vise andre at man er følelsesmessig aktivert og aktivt avsporer affekt eller trekker seg fra situasjoner. Motsatt at man har stor grad av fleksibilitet, tydelighet og vedståthet i forhold til sitt eget følelsesuttrykk, og er oppmerksom på i hvor stor grad og hvordan *uttrykket når inn eller oppfattes av andre*. *Begrepsmessig ekspressivitet* omhandler i hvor stor grad en person klarer å bruke innholdsmettede, fulle og nyanserte begreper i beskrivelsen av egne følelser. Det er viktig her å understreke at ekspressivitet ikke handler om at man til enhver tid *må* vise eller fortelle andre om hva man føler, men at man opplever å ha et *valg* i forhold til dette. Vi ønsker i dette avsnittet å illustrere hvor problematisk det kan være for Marianne ikke å kunne vise andre hva hun føler, og terapeutens utfordringer knyttet til dette.

Som vist i tidligere eksempler, hadde Marianne generelt lav toleranse for ulike følelser og ble ofte overveldet, slik at hun verken kunne nyttiggjøre seg signalverdi eller motivasjonsaspekt i følelsene. Spesielt overveldende og uutholdelig opplevde hun følelsene

angst og skam, og det kunne virke som om aktivering av disse følelsene gjorde henne ”identisk med” skammen eller angsten. Dermed kunne hun beskrive hvordan hun i ulike situasjoner ble lammet av følelsene, mistet evnen til å reflektere, og til slutt opplevde selvtap: å miste seg selv, ”*Jeg mistet all kraften.*” Vi har tidligere diskutert hvordan pasienten slet med å ta egne opplevelser på alvor, og var i tvil om hvorvidt det var hun selv som var ”gal”.

For å kunne vise og fortelle andre hva vi føler, antar vi at det er viktig å først *kjenne* sine egne opplevelser, *akseptere* og *tolerere* disse. Det ble etter hvert tydelig at Marianne hadde såpass mange ”affektkoblinger” at dette ble svært problematisk. Eksempelvis var det å vise sinne vanskelig, fordi hun da var redd for å bli oppfattet som kranglete eller aggressiv, og ømhet og nærhet var knyttet til avsky, angst eller skam. Forakt oppfattet hun som slemt og totalt uakseptabelt å vise overfor andre. Slik vi oppfatter det, resulterte dette i at pasienten i liten grad kunne være seg selv og vise ekte følelsesuttrykk sammen med andre. Vi oppfatter at dette i stor grad hindret henne i å bli inkludert i et felleskap der hun nettopp kunne *dele* sine tanker og følelser med andre, slik hun ønsket. Utdraget under viser hvordan det å gråte for Marianne er nært knyttet til skam.

P: Altså, for eksempel så synes jeg det er veldig vanskelig å gråte. Jeg skammer meg veldig over meg selv og at jeg gråter. Og det gjør det veldig vanskelig i prosessen, da, at jeg ikke kan bare slippe løs, liksom. Fordi jeg trenger jo det. Men jeg holder sånn kjempemye igjen.
T: Tenker du på her?
P: Nei, overalt. Jeg skal liksom ikke vise følelser.
T: Nei, hva er det som er skamfullt med det, da?
P: Det er det jo ikke, jeg forstår jo at det ikke er det. Jeg synes det er kjempefint når andre gjør det. Da setter jeg stor pris på det, så... Så det er jo bare en sånn innlært ting. (...) Det føles skamfullt, da. Jeg synes ikke at det skal være skamfullt å gråte, liksom. Det er jo en menneskerett.

Dette eksempelet illustrerer godt at noe hun verdsetter hos andre, og som bidrar til at hun føler seg nær andre, ikke kan tillates hos henne selv. Hun ønsker nærhet, men det mest skremmende hun kan tenke seg, er å være sårbar foran andre og oppleve å bli fordømt eller avvist. Hun skjønner intellektuelt at det å gråte er ”*en menneskerett*”, men for henne er det likevel så sterkt knyttet til skam og angst at det blir vanskelig, og en kan se for seg at hun er livredd for og derfor beskytter seg mot retraumatisering (Stolorow et al., 1987).

Et annet eksempel på manglende ekspressivitet for følelser vil vi illustrere i utdraget under. Marianne har her fortalt at hun ofte kunne føle *misunnelse* når hun ser at en gruppe mennesker koser seg sammen, og hun føler at hun står utenfor. Når terapeuten spør hva hun gjør med denne følelsen, svarer hun følgende:

P: Jeg tror jeg bare skaper meg veldig mye. Spiller sånn i godt humør og later som om jeg ikke bryr meg og..

T: Du kan kjenne at du bryr deg, men du later som at du ikke bryr deg?

*P: Mmm. Det er en sånn følelse som jeg **ikke** vil vise frem, da.*

T: Hvorfor det, tror du? Hva er det ved den følelsen som gjør at du ikke vil vise den frem?

P: (Kremter) Nei, altså, å se at jeg vil være med, og så får jeg ikke være med, og det er liksom sånn skamgreie, da. Altså sånn.. At alle skal se at det er noe galt med meg, det er derfor jeg ikke får.. ja.. Innpass, eller hva jeg skal si. Føle meg inkludert. (...).

T: Men gjør du noe for å bli kvitt den følelsen, eller er det..?

P: Ja, men jeg tror jeg overkompenserer òg. Litt sånn derre, skal være så bra og så masse sånne dagdrømmer, eh, hvor jeg liksom er superhelten, og gjør det så bra og alle bare "Å, så flink du er", og liksom at.. At jeg dykker ned i en sånn verden, da. Mm.

T: Sånn at du kan flykte litt fra de følelsene, da? Er det fordi at..

P: Sånn at jeg er superhelten, og jeg er den flinkeste, og jeg er midt i gjengen.

Slik vi ser det, har Marianne tydelig en sterk lengsel etter å "være med i gjengen". I stedet for å bruke følelsen som et signal på at hun ønsker innpass, og finne ut hvordan hun kan inkludere seg selv, så later hun som om alt tilsynelatende er greit. Fremfor å vise at hun ønsker og savner tilhørighet, så "overkompenserer hun, later som hun er i godt humør og ikke bryr seg". En kan tenke seg at dette gjør det vanskelig for andre å forstå at hun føler seg ekskludert. I løpet av terapien, når terapeuten etterspurte hvorvidt hun noen gang viste eller fortalte andre hvordan hun følte seg, ble det tydelig at hun sjelden gjorde dette. Pasienten virket ikke bevisst på de interpersonlige konsekvensene av sine manglende uttrykk for følelser. Vi tenker at dette har sammenheng med hennes tidligere nevnte tendens til å trekke andre frem som figur i scener og ikke kjenne, vektlegge eller verdsette egne opplevelser. I våre analyser av terapien kunne vi se svært mange analoge scener med både venninner, kjæreste, i jobbsituasjon, med foreldre og lege, der hun ønsket tilhørighet eller å oppnå noe, følte seg utenfor eller ikke tatt på alvor. Hun håndterte dette ved for eksempel å "ta på seg en klovne maske". Marianne beskrev selv hvordan hun "er superverbal og formulerer meg helt perfekt sånn at han ikke kan tro at jeg har noen problemer" overfor legen sin, når hun egentlig ønsket sykemelding. Slik vi ser det, var det svært vanskelig for henne å gi slipp på denne beskyttelsesmekanismen mot skam og mindreverdsfølelse. Det lot heller ikke til at hun så hvordan hennes mestrende fremtoning kunne lure andre til å tro at hun ikke hadde det så vanskelig. Det virket som om hun så inderlig drømte om at ting skulle vært annerledes, men at hun selv ikke opplevde å ha noen innflytelse over dette, fordi det å inkludere seg selv ikke var noe alternativ. Hun endte dermed i en offerrolle, uten kraft til å påvirke egen situasjon.

I eksempelet under beskriver Marianne en hendelse fra en tid tilbake, hvor hun ønsket å bli igjen på besøk hos farens slekt i en annen del av landet. Hun har like før beskrevet

hvordan hun helt siden hun var liten, har følt seg uønsket i forhold til stemoren når hun var på besøk, ved at hun føler at stemor for eksempel ikke inkluderer henne i samtaler, unngår øyekontakt eller virker sur. Vi synes eksempelet på en god måte illustrerer hvor vanskelig det var for henne å representere sin egen opplevelse, å si i fra om eller vise hva hun egentlig følte, og hvordan det ofte endte med at hun skammet seg over seg selv.

T: Det høres ut som hun får deg til å føle deg uønsket?

*P: Ja, hun får meg til å føle meg uønsket, og en gang så nektet hun meg å være igjen i Nord-Norge. Men jeg var der for første gang på 14 år, jeg har hele slekten til pappa der, onkel og tante og søskenbarn og alt sånn, og så skulle de dra igjen bare etter 2 dager og jeg kunne bo på gården til broren til pappa og da **nektet** hun meg å være igjen der. Jeg fikk ikke **lov** av henne, for hun bare, **nei**, du kan ikke være til bry eller sånn. Og så når jeg prøvde å protestere så sa hun at ”Ja, da får du gå og snakke med faren din da, snakk med faren din”. Hun vet at jeg ikke klarer å snakke med pappa, og da brukte hun det som pressmiddel.
(...)*

T: Hvordan reagerte du ovenfor henne når hun sa det?

P: Jeg ble kjempelei meg, måtte kjempe med gråten, og ikke klarer jeg å sette grenser heller, og faktisk si at det kan ikke du bestemme, jeg er 28 år gammel og det her er mitt, det er ikke ditt. Jeg blir som en unge, og så ender det med at hun får meg til å skamme meg fordi jeg har prøvd å bli igjen der. Jeg skjemmes. Jeg klarer ikke å snakke ordentlig til henne, klarer ikke å sette grenser, jeg blir sånn ynkelig. (...) Jeg vet ikke hvor jeg skal få den kraften til... Hvis jeg selv vet hva jeg syns om ting, så er det kanskje lettere å sette grenser.

Etter vår mening er det tydelig hvor begrensende det var for Marianne ikke å kunne representere seg selv. Hun sier at hun forsøkte å protestere mot stemor, men at stemor da brukte som *pressmiddel* at hun måtte snakke med faren sin om det. Med faren klarte hun overhodet ikke å snakke, selv om hun inderlig ønsket at *han* skulle prate med henne. Overfor stemoren velger hun å skjule skuffelsen over ikke å ”få lov” til å bli igjen, og ender opp med å skamme seg og føle seg ynkelig. Slik vi ser det, kommer også hennes uklare selvopplevelse til syne i den siste setningen, der hun sier: ”Hvis jeg selv vet hva jeg syns om ting, så er det kanskje lettere å sette grenser.” Marianne ble i denne episoden rasende på stemor og hadde behov for å sette en grense. Men fordi hun ikke klarer å gjøre bruk av følelsen av sinne, endte hun opp med å gå på tvers av seg selv. Ut fra denne hendelsen og andre analoge scener Marianne beskrev, virket det som om hun ble lammet av affekt (skam), ikke klarte å formidle sin følelse av sinne og ydmykelse, og derfor endte opp med hjelpeløshet og et såkalt selvtap. Stemor *fikk* henne til å skamme seg.

Terapeutens kommentarer: En utfordring når det gjaldt å hjelpe Marianne til bedre å kommunisere sine følelser til andre, var at hun virket så *livredd* for å bli møtt med det hun kalte for ”uforståelighet” av andre, at hun ikke turte å risikere det. Ofte gav det henne en følelse av å være offer dersom hun for eksempel viste at hun var lei seg. Slik vi ser det, er det

paradoksalt at hennes redsel for å bli oppfattet som et offer, nettopp kunne bidra til at hun havnet i en slik posisjon.

For terapeuten var det i begynnelsen ingen selvfølge å undersøke pasientens ekspressivitet overfor andre, pasienten snakket så mye om hvor dårlig andre oppførte seg at terapeuten nesten *glemte* pasientens rolle i det. Pasienten opplevde stor frustrasjon over det hun oppfattet som andres manglende forståelse og inkludering, og videreformidlet dette til terapeuten med stor fortvilelse. Ved gjennomgang av terapien i veiledning ble det tydelig hvordan terapeuten ofte godtok pasientens argumenter om at ”*Ingen forstår likevel*”, ”*Jeg klarer det ikke*” eller ”*Det er ikke vits i å prøve*.” Hun ble på en måte smittet av pasientens resignerte holdning. For terapeuten ble det vanskelig å holde på troen om at det faktisk var både klokt og nødvendig for denne pasienten å vise andre hva hun følte. Kanskje var det slik at de fleste i hennes omgangskrets virkelig var ”*umulige å snakke med*”? Det opplevdes som lett å bli dratt inn i pasientens oppfattelse av at det var nytteløst.

Et annet aspekt som var utfordrende, var å utforske ekspressivitet uten å virke anklagende overfor pasienten, uten å få henne til å føle at hun ikke var god nok, eller at hun ikke *klarte* å representere seg selv. Til tross for terapeuten forsøk på *empatisk* utforskning kunne det noen ganger virke som om Marianne ble fornærmet av at terapeuten utfordret henne på det å ikke klare å hevde seg selv. Terapeuten kunne noen ganger få inntrykk av at pasienten var lei av at terapeuten vektla viktigheten av å uttrykke seg og vise andre hva hun følte, og at hun noen ganger følte at terapeuten presset henne for hardt. Vi forstår dette som relatert til pasientens følelse av ikke å strekke til og hennes sterke frykt for selv å ta initiativ for å bli inkludert. Fordi det å selv bli aktør var så vanskelig for henne, tenker vi at hun nok hadde behov for at terapeuten i stor grad anerkjente at dette kunne føles ”*umulig*”.

Særlig i forhold til familien i hjembyen ble ekspressivitet et viktig tema. Til tross for pasientens ønske om fullstendig brudd, kontaktet de henne fremdeles, og hun følte seg invadert, utrygg og veldig sint. Det å skulle snakke med dem, sette grenser eller fortelle dem hvordan hun følte det, var svært skremmende for henne, og hun hadde heller ingen tro på at de da ville slutte å kontakte henne. Terapeuten synes dette var utfordrende fordi pasienten ble så sterkt påvirket av familiens invadering, men samtidig hadde så vanskelig for å fortelle dem klart og tydelig at hun ikke ønsket kontakt.

Refleksjoner i ettertid: Vi mener det er interessant å merke seg hvordan det å skulle representere seg overfor andre var så vanskelig at dette ikke engang opplevdes som et reelt valg for pasienten. Det ble tydelig at det var problematisk i det hele tatt å *forestille* seg det å skulle snakke med andre om sine opplevelser. For Marianne gjorde følelsen av hjelpsløshet

seg raskt gjeldende. For henne hadde det aldri vært noe alternativ å kunne representere seg selv og på den måten vinne selvrespekt, hun hadde tilsynelatende svært få opplevelser av at dette kunne være positivt, og fikk raskt assosiasjoner til negative formative scener fra barndommen. En alternativ måte å arbeide med dette på kunne være å få pasienten til å forestille seg hvordan hun kunne konfrontere andre med sin opplevelse, og øve seg på dette i den trygge rammen som terapitimen utgjorde.

I veiledning ble det også påpekt at det var nyttig å utforske *hvordan* pasienten kommuniserte med andre, og faktisk også undersøke hvordan hun konkret viste eller fortalte andre om sine opplevelser. Det som da ble tydelig, var at hennes språk og nonverbale uttrykk for følelser ofte var lite nyanserte. En kan tenke seg at et lite nyansert språk for følelser vil vanskeliggjøre en god formidling av egen opplevelse til andre. Det ble derfor en målsetning å forsøke å skape flere nyanser i pasientens ulike følelsesuttrykk. Veileder poengterte at man i ABM kan veilede pasienten ved å gi generelle eksempler på hvordan følelsesmessige opplevelser kan uttrykkes, men samtidig oppfordre pasienten til å finne sin egen uttrykksform. Man kan også jobbe med refleksjoner rundt temaer og finne ut når og i hvilke sammenhenger det er på sin plass å uttrykke seg klart, og i hvilke tilfeller det er mer hensiktsmessig å la være (Monsen, 1990).

Gjennom arbeidet med ekspressivitet ble det tydelig for oss hvor viktig det å kunne bruke egne følelser overfor andre er for affektintegrering. Man kan tenke seg at dersom man ikke får respons på seg selv, vil ikke det sanne selvet kunne *leves* (Miller, 1980). Marianne beskrev selv at hun ”ikke føler at hun er fri”, fordi hun var så redd for å la andre bli kjent med henne. Dersom man sjelden eller aldri tør si ifra både om hvordan man *vil* og *ikke vil* ha det, skader man relasjonene til andre, men også sin egen selvaktelse (Øiestad, 2006).

Slik vi ser det, er det lite sannsynlig at problemene pasienten hadde med ekspressivitet, ville kommet så tydelig frem dersom dette ikke hadde fått et så eksplisitt fokus i veiledning og i modellen. Det gav en rettesnor for hvor vi ønsket å gå med pasienten, og var en fin innfallsvinkel for hvordan pasienten kunne få korrigerende emosjonelle erfaringer. Det ble også et mål på hvor langt pasienten var kommet i de ulike prosessene. Utdraget under illustrerer Mariannes beskrivelse av at hun turte å be en kamerat om hjelp dersom hun skulle bli svært nervøs under et møte de skulle delta på.

T: Så du følte at det at du turte å be om noe, var litt nytt da eller, at du...?

P: Ja, at jeg turte kreve, eller ikke kreve, men be om, uten å tenke at ”Åh, jeg er så til bry, og jeg er så til belastning og nei, nei, jeg klarer meg”, for at andre ikke skal føle at jeg er en sånn klamp om foten, da. Så jeg har aldri bedt folk om å hjelpe meg i angstsituasjoner eller

sånne ting da, for jeg syns det er så kleint og det vil jeg klare selv, jeg vil ikke være en sånn derre slitsom person som andre må passe på, ja. Så det var litt kult.

Det at Marianne i så stor grad slet med ekspressivitet i forhold til andre, gjorde også terapeuten observant på at dette sannsynligvis kunne være problematisk i forhold til terapeuten. En kan tenke seg at med en så utrygg tilknytning som denne pasienten hadde, kan det være svært krevende å utforske det som oppleves som farlig, fordi hun vil ha vanskelig for å etablere en *trygg base* (Bowlby, 1969) i terapeuten. Hun hadde en kraftig beredskap i forhold til skam og verdiløshet. I tilfeller der det var vanskelig for Marianne å åpne seg, kunne dette ha sammenheng med frykt for hvordan terapeuten ville reagere på det hun sa, vel så mye som redsel for følelsene i seg selv. Vår opplevelse var at terapeuten lett kunne overse hvor mye det faktisk krevde av Marianne å uttrykke sine følelser, også overfor terapeuten, men vi så det som svært viktig å validere hennes forsøk på å gjøre dette.

Terapeuten opplevde det som godt å komme i veiledning og bli oppmuntret på at det var både viktig og nødvendig å jobbe med pasientens evne til å kommunisere mer genuint med sine omgivelser. Her er det viktig å understreke at dette ikke handler om å mistro pasienten på at hun ofte opplevde avvisning i møte med andre, men at terapeuten måtte ta inn over seg hvor ekstremt *vanskelig* det var for henne å vise andre hvem hun var, og hvor nært knyttet det å "tre frem" var med frykt for bekræftelse på at det faktisk var noe "feil" med henne. Da var det tryggere å leve i en drømmeverden hvor hun kunne fantasere om å bli inkludert. Poenget er at det for terapeutens motivasjon var viktig å opprettholde troen på at pasienten trengte å representere seg selv ved å øve på å kommunisere klarere med andre, og på at dette faktisk kan nytte. Det var interessant å se hvordan pasientens og terapeutens noe resignerte holdning i forhold til ekspressivitet også spredde seg til resten av teammedlemmene, og hvor avgjørende det ble at veileder kunne bidra med informert optimisme om nytteverdien i det å gi uttrykk for sine følelsesmessige opplevelser.

Avsluttende kommentarer

Ved hjelp av utdrag fra et terapiforløp har vi forsøkt å illustrere hvordan det vi forstår som en *uklar selvopplevelse* fundert i manglende affektintegrasjon, kan manifestere seg. Videre har vi ønsket å skildre en fersk terapeuts arbeid med å tydeliggjøre uklar selvopplevelse ved hjelp av ABM, en modell hvor en sentral antakelse er at en mangelfull integrasjon av affekt, kognisjon og atferd vil kunne føre til fragmentering av selvopplevelsen. I affektbevissthetsterapi forsøker en å oppnå at pasienten, ved å gjøre bruk av egne følelser, kan *tre frem* som et selvstendig individ med egne ønsker, behov, krav og meninger. Tomkins' affekt- og scriptteori (1962; 1963; 1979), samt nyere selvpsykologi (blant andre Stolorow et al., 1987), teorier ABM er tuftet på, gir etter vår mening et godt utgangspunkt for å forstå hvordan uhensiktsmessige reaksjonsmønstre dannes og opprettholdes, og hvordan de kan endres. Videre gir teoriene et rasjonale for hvorfor arbeid med affektintegrasjon er viktig.

I våre analyser har vi forsøkt å formidle en forståelse av pasienten, av teorien denne forståelsen er bygget på, og av hvordan det teoretiske bakteppet har vært retningsgivende for det terapeutiske arbeidet. Vi vil nå kort oppsummere sentrale terapeutiske utfordringer for pasienten og terapeuten i arbeidet med uklar selvopplevelse og affektintegrasjon, slik vi ser dem i ettertid. Deretter vil vi redegjøre for noen refleksjoner vi har gjort oss i tilknytning til denne studien. Mot slutten vil vi også rette et kritisk blikk mot affektbevissthetsmodellen.

Den uklare selvopplevelsen

Marianne hadde, slik vi ser det, utviklet en manglende evne til å legge merke til, tåle, og gi uttrykk for hvordan hun hadde det følelsesmessig, noe vi har betegnet som en *uklar selvopplevelse*. Hun fremstod som både reflektert og verbalt sterk, men det ble etter hvert tydelig at hun hadde et lite nyansert og differensiert språk for *egne følelser*. Det at følelser var representert på et semantisk nivå behøvde heller ikke nødvendigvis bety at hun kunne *kjenne, forstå og nyttiggjøre* seg disse følelsene.

Hennes oppvekst har gjennomgående vært preget av lite validering av og inntoning til hennes affektive opplevelser. Tvert imot opplevde hun ofte å bli straffet og sjikanert dersom hun viste følelser. Slik vi ser det, hadde Marianne over lang tid drevet med en systematisk immobilisering, kontrollering og undertrykkelse av følelser for å beskytte seg selv. Hennes affektorganisering i form av script gjorde verden mer forutsigbar og dermed mindre farlig, men det trygge ble en dårlig løsning på sikt, fordi hennes måte å beskytte seg på hindret henne i å få korrigerende emosjonelle erfaringer (Alexander & French, 1946). Når Marianne

interagerte med og fortolket sine omgivelser, og seg selv, på måter som bekreftet kjernescriptene, virket hun nærmest å bli et offer for sin affektorganisering.

I analysene kunne vi se hvordan hun hadde vanskeligheter med å vie sine egne opplevelser oppmerksomhet, og hvordan andre mennesker nesten konsekvent fikk figur i scener hun beskrev. I tilknytning til dette hadde Marianne en tendens til å prate om sine opplevelser på en intellektuell og distansert måte, og det kunne være vanskelig å få tak i hva hun ønsket å formidle. Det kunne virke som om det å beskrive konkrete og spesifikke opplevelser der *hennes følelser* var i fokus var en stor utfordring, fordi en slik utforsking raskt ble koblet til sterk angst, skam, og selvforakt. I tråd med teorien fortalte hun at dette opplevdes som å ”*miste seg selv*” og ”*bli ingen*”. Hun fikk ikke lenger tak i hva hun følte. Det kunne virke som om hun ble så overveldet og drevet av affekt at hun mistet evnen til å bruke følelser som et retningsgivende kommunikasjons- og signalsystem. Dermed ble det vanskelig for henne å kjenne hva hun *ønsket* og hadde *behov* for samt å kunne tillegge egne ønsker og behov verdi. Hennes evne til å representere sine affektive opplevelser utad var også preget av hennes sterke selvforakt og grunnleggende frykt for å bli avvist. Fordi hun ofte ”spilte skuespill” og latet som at alt var greit, var det vanskelig for andre å forstå hvor vondt hun egentlig hadde det. Dermed ble Marianne sjelden inkludert, slik hun så gjerne ønsket.

Å holde fokus

Tidlig i terapien kunne terapeuten lett gripe til tolkninger og forklaringer av sammenhenger i pasientens historie fremfor å undersøke om pasienten var i kontakt med sine opplevelser. Dette har vi forstått som et behov for å fremstå kompetent, og som en konsekvens av å mangle et presist fokus. Det kunne oppleves som utilstrekkelig å ”bare” skape en god terapeutisk allianse med Marianne, fordi hun så ofte kom med konkrete spørsmål om hvordan hun skulle arbeide med problemene sine.

Terapeuten opplevde at det var lett å glemme å utdype informasjon på det sceniske nivået, slik at hun og Marianne kunne bli sittende og prate på et abstrakt nivå om temaer som egentlig var uklare. Pasienten var som hun selv poengterte, god på å ”*formulere seg ut av det*”, og for terapeuten kunne det være lett å følge denne ”forklarende stilen”. Slik kunne det ende med at både pasient og terapeut unngikk temaer som kanskje var *viktige*, men vanskelige å forholde seg til. Pasienten hadde i terapien som nevnt en tendens til å fokusere på hva *andre* gjorde, fremfor hva hun selv opplevde. Terapeuten opplevde at dette hindret henne i å få et klart bilde av hvilken rolle Marianne selv spilte i scener hun fortalte om, og i å engasjere seg oppriktig i det som ble fortalt. Slik vi ser det, kan dette ha gjort det vanskeligere å få tak i

Mariannes oppmerksomhet, toleranse og evne til å gi uttrykk for følelser, og dermed også arbeidet med tydeliggjøring av *hennes* opplevelser.

Ved flere anledninger opplevde terapeuten å bli ”smittet” av pasientens håpløshet, høye lidelsestrykk og manglende tro på egen verdi. Dermed endte hun selv i det som kan oppfattes som en noe resignert posisjon. Særlig gjaldt dette i tilfeller der pasienten mistet kontakt med følelsene sine, og uttrykte at hun var ”tom” eller ”ikke visste”. Flere faktorer kan ha hatt betydning i forhold til dette, blant annet terapeutens mangel på fokustrening og intervensjonsrepertoar, og hennes personlige håndtering av usikkerheten på bakgrunn av egne script. Dette vil man, som nevnt i innledningen, kunne forstå som motoverføring: Terapeutens behov for å oppleve kontroll og mestring ble vekket til live i det intersubjektive samspillet med pasienten. En manglende forståelse av at ubehagelig affekt kunne hindre pasienten i å kjenne etter og dele sin opplevelse, kan også ha spilt inn her.

Det kunne være en vanskelig balansegang å være empatisk, men samtidig utfordrende overfor Marianne. Det ble etter hvert tydelig hvordan hun nærmest regisserte seg selv som en ”outsider” i ulike situasjoner. Terapeuten anså det som primært å bevisstgjøre henne på dette. Men å gjøre dette på en *empatisk innlevende måte* og uten å krenke henne, kunne være utfordrende. Dette kan ha bidratt til en unngåelse av ubehagelige temaer, og det kan ha hindret Marianne i å få bedre kjennskap til sin egen følelsesmessige opplevelse.

Å arbeide med affekt

“*Each of us really understands in others only those feelings he is capable of producing himself.*”
(*André Gide, sitert i Mitchell & Black, 1995, s 229*)

Sitatet over illustrerer, slik vi oppfatter det, hvordan terapeutens egen affektbevissthet og kjennskap til følelsesfenomenologi kan ha betydning for arbeidet med følelser i terapi. Det eksplisitte fokuset på følelser i ABM har for oss synliggjort hvor lite det er blitt fokusert på nettopp dette tidligere i studiet. Vårt inntrykk er at det gjennom hele studiet har vært fremhevet at menneskets følelsesliv er et viktig anliggende for psykologer, men at det har vært på et mer *globalt* og *implisitt* plan. Først i møtet med Marianne, som eksplisitt ønsket bedre kontakt med sine følelser, ble vi klar over at vi hadde hatt svært lite opplæring i følelsesfenomenologi og i det å arbeide med følelser i terapi.

Terapeuten kunne oppleve pasientens forespørsel om kontakt med følelser som *sitt* ansvar. Når Marianne ikke klarte å kjenne etter, fokuserte terapeuten i begynnelsen ofte på at *hun selv* ikke var tilstrekkelig som terapeut, fremfor å utforske hvilke følelser som kunne

hindre pasienten i åpne seg. Det ble en utfordring å hjelpe henne med å sette navn på og nyansere følelser som terapeuten selv følte at hun ikke hadde nok spesifikk kunnskap om, eller et velutviklet og nyansert språk for. Det var også ufordrende å treffe Marianne affektivt og å la være å stille så mange spørsmål, selv om det var tydelig at dette kunne appellere til Mariannes intellekt snarere enn til hennes følelsesliv.

Terapeutens mangelfulle fokus på det affektive, eller mangelfulle evne til å fange opp den affektive ”underteksten” i pasientens fremstilling (Gullestad & Killingmo, 2005), kan ha bidratt til at de kunne *snakke seg forbi* viktige temaer. Pasienten snakket, som hun selv påpekte, ofte på en upersonlig måte, og ønsket at terapeuten skulle hjelpe henne med å rette fokus mot det affektive. Terapeuten lot ofte derimot følelser forbli implisitt i dialogen, der man i ABM fremhever at det er viktig å gjøre affekten eksplisitt, og utforske hvordan den semantiske fremstillingen henger sammen med pasientens følelsesmessige opplevelse.

Men hvordan jobber jeg med det, egentlig?

En viktig motiverende faktor for denne studien var det vi betraktet som en interessant parallell mellom pasientens og terapeutens utfordringer i dette terapiforløpet. Begge hadde et ønske om å arbeide med følelser i terapien, men var usikre på hvordan dette skulle gjøres. Som beskrevet gjennom analysene, var denne usikkerheten en betydelig kilde til bekymring for terapeuten. Usikkerheten så også ut til å forsterkes av at pasienten fremstod som kompetent og ressurssterk, og at hun kom med en så spesifikk bestilling.

Også i hovedpraksis opplevde vi det som utfordrende å møte slike pasienter. Spørsmål av typen ”Men hvordan gjør jeg det?” og ”Hvordan skal terapi gjøre meg bedre?” kunne utløse usikkerhet og en følelse av å bli svar skyldig. Hva kunne man som fersk terapeut bidra med? En slik usikkerhet kan tenkes å vanskeliggjøre alliansebygging ved at terapeuten blir mer hemmet og mindre tilstedeværende i terapisisituasjonen. Vi opplevde å nærmest ”drukne” i informasjonen pasienten kom med, slik at vår tenkning rundt problematikken kunne virke like kaotisk som pasientens. Nielsen, Vøllestad, Schanche og Nielsen (2009) fant i en studie av nybegynnerterapeuters bekymringer, at det mest fremtredende var bekymring for ikke å ha tilstrekkelig teoretisk kunnskap om psykopatologi og terapi, for å fremstå i et dårlig lys overfor veiledere og medstudenter, og for at pasientene ikke skulle oppnå bedring. I våre analyser har vi belyst nettopp hvordan terapeuten engstet seg for ikke å være i stand til å hjelpe pasienten, og for å være utilstrekkelig som psykolog.

I ettertid oppfatter vi at vår usikkerhet i stor grad kan ha hatt sammenheng med at vi har manglet et overordnet rammeverk for å *sammenfatte* og *integrere* kunnskap vi har tilegnet

oss gjennom studietiden. Vi har funnet det vanskelig å anvende denne kunnskapen målrettet i konkrete terapisisituasjoner. Det var utfordrende å mangle en presisering av fokus, særlig i møte med pasienter som i likhet med Marianne kom med konkrete bestillinger til terapien.

Slik vi ser det, har usikkerheten til en viss grad også sammenheng med at vi gjennom studiet har hatt lite trening i terapiteknikk, og hvordan vi konkret og på en god måte kan knytte sammen teori og praksis. Vi har fått mye øvelse i kontaktetablering, empatisk innlevelse og tilstedeværende lytting, og god og detaljert opplæring i hvordan man på ulike måter kan forstå pasientenes problematikk. Alt dette betrakter vi som grunnleggende og særdeles viktige aspekter ved det å arbeide som psykolog. Likevel har vi i løpet av studietiden gjentatte ganger etterspurt opplæring i *hvordan* en skal drive terapi. Vår opplevelse er at vi i stor grad er blitt møtt med enten teoretiske redegjørelser for hvordan en generelt tenker rundt psykopatologi og endring, eller med løsrevne konkrete eksempler på intervensjoner. Vi har fått inntrykk av at hvordan man går frem i terapirommet, bare kan læres gjennom erfaring. Den kliniske internpraksisen ved Profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo er blant annet innrettet nettopp mot å gi studentene en økt integrasjon av teori og praksis. Vårt ønske er et større omfang og en lengre varighet av denne typen praktisk opplæring med tett veiledning, gjerne i flere perioder i løpet av studiet. Spesielt opplever vi i ettertid at slik trening i terapeutisk arbeid over tid ville utgjøre nyttig erfaring i forkant av studiets fem måneder lange hovedpraksisperiode. Samtidig har vi forståelse for at integrering av tilegnet kunnskap er en prosess, og at en del ting nødvendigvis ikke vil "falle på plass" før man nærmer seg slutten av studiet. Ifølge tall Universitas har fått fra fakultetsledelsen ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, ble Psykologisk institutt pålagt å kutte budsjettet med i overkant av fire millioner kroner for 2009 (Paulsen, 2008). Som en følge av dette er det særlig undervisningstilbudet som innskrenkes. Vi mener at ytterligere kutt i praksisundervisningen ved studiet er uheldig for kvaliteten av psykologutdanningen, og at det er spesielt viktig å ivareta de behandlingsrettede kursene i profesjonsstudiet.

Terapeutens nytte av ABM i terapisisituasjonen

En erfaren terapeut har sannsynligvis hatt flere muligheter til å trå feil i det terapeutiske landskapet og lære av det, og gjennom dette opparbeide seg "kart" for hvor en skal i terapi. Med erfaring vil man også med større sannsynlighet kunne støtte seg til tidligere mestringsopplevelser i form av at pasienter gjennom behandling har opplevd bedring. I denne oppgaven har vi forsøkt å skildre hvordan det kan oppleves for en fersk psykolog ikke å ha disse kartene for hvor en skal bevege seg i det terapeutiske landskapet. For oss har ABM

tilført et rammeverk for terapi, forankret i en helhetlig teori som inkluderer en forståelse av personlighetsutvikling, psykopatologi og endring. Vi har opplevd modellen som meningsfylt og fenomennær, og den har gitt oss en oversikt og overordnet forståelse av *hvordan* man kan drive terapi. For oss har et eksplisitt og systematisk fokus på følelser og det å jobbe etter en operasjonalisert modell, gjort terapisisuasjonen mer oversiktlig og håndgripelig. Det har bidratt til å dempe den terapeutiske usikkerheten noe. Fordi problemene i terapi er mange og ulike, men *affektene* knyttet til problemene ofte er de samme, har fokuset på affekt for oss blitt en nyttig innfallsvinkel til å se en slags rød tråd i det som blir sagt, uavhengig av hva slags problem det dreier seg om.

Med modellens eksplisitte fokus på selvopplevelse og affektintegrering og spesifiserte intervensjoner for hvordan man kan arbeide med dette, ble det for terapeuten lettere å få tak i det affektive innholdet i Mariannes fremstilling, og å være sensitiv for dette i timene. De fire affektintegreringsfunksjonene gav arbeidet fokus og var dermed svært nyttige å ha med seg som verktøy i utforskningen av Mariannes selvopplevelse. Terapeuten opplevde etter hvert å få et rikere vokabular for affekt og større hypotesedannelse rundt pasientens opplevelsesverden. Fordi vi gjennom modellen opplevde å *mer konkret kunne identifisere* hva som var utfordrende i terapien, ble det også lettere å trene seg på dette.

Etter vår mening kan det være enklere for uerfarne terapeuter å ”få tak på” ABM og anvende modellen i terapisisuasjonen nettopp på grunn av det spesifiserte intervensjonsfokuset. Dette er slik vi ser det i tråd med tidligere undersøkelser av terapeututvikling. Nielsen (2000) fant at konkrete råd i forhold til behandlingsteknikk ble vektlagt som viktigere av nybegynnere enn av mer erfarne terapeuter, og Reichelt og Schjerve (2000) fant i en spørreundersøkelse at den største andelen av de spurte psykologene savnet en mer spesifikk og konkret *læring* i veiledning. Intervensjonsfokuset i ABM, kombinert med transkripsjon og analyse av dialogen på mikronivå i veiledning, gjorde for oss at det ble enklere og mer oversiktlig å analysere terapeutens intervensjoner, og pasientens gjensvar på disse. Det ble lettere å orientere seg i forhold til hvor man befant seg i det terapeutiske landskapet, i forhold til hvilket nivå terapeut og pasient snakket på, og hvorvidt de var på samme sted. De tre første nivåene i modellen ble av spesiell interesse for dette arbeidet fordi vi oppfattet Mariannes selvopplevelse som så uklar.

Det er viktig å understreke at dette er vår personlige erfaring med arbeid med modellen, og at andre ikke nødvendigvis vil oppleve det på samme måte. Vi har forståelse for at andre kan vurdere modellens fokus som for snevert, og oppleve det som hemmende å arbeide så fokusert. Vi skal se nærmere på noen slike ankepunkter ved modellen.

Med et kritisk blikk på modellen

Noen kan hevde (blant andre Killingmo, sitert i Dahle & Grønsløth, 2007, s. 36) at et eksplisitt fokus på affektintegrasjon kan virke reduksjonistisk fordi en kan overse andre aspekter ved personligheten. Han vektlegger det å ha en frittflytende oppmerksomhet, og vil heller fremholde et mål om en helhetlig integrering av personligheten. Dette begrunnes med at personligheten betraktes som en gestalt, der endring av enhver del vil berøre alle aspekter ved den. Vi er innforstått med tendensen til lettere å gjenkjenne det som styrker, enn det som avkrefter ens egen forståelse (Passer & Smith, 2001), og ser at arbeid etter ABM kan innsnevre terapeutens fokus slik at man overser andre aspekter ved pasienten enn de som stemmer med modellen. Likevel mener vi, med utgangspunkt i Tomkins' teori om affektens meningsgivende og sammenbindende virkning på opplevelser, at det er et viktig rasjonale for hvorfor man i ABM fokuserer på nettopp affekt. Slik vi har forstått modellen, innebærer den *ikke* en neglisjering av andre opplevelsmodaliteter. Men det poengteres at dersom følelsene ikke er integrert, vil ikke mennesker ha god kontakt med seg selv, og sannsynligvis ikke med andre heller. Etter vår mening tydeliggjør pasienter som Marianne hvordan et slikt fokus kan være nyttig.

Rogde (2005) trekker frem at en mulig svakhet ved ABM er at det eksplisitte fokuset på å *navngi* følelsene kan bidra til at man objektiviserer dem, og at det slik er fare for at nyanser i pasientens subjektive opplevelse av disse følelsene går tapt. Videre kan terapeutens aktive rolle tenkes å "styre" pasienten, noe man innenfor klassisk psykoanalytisk teori har betraktet som antiterapeutisk (Gullestad & Killingmo, 2005). Det at terapeuten setter navn på og foreslår hvilke følelser som er aktivert, kan av noen oppleves som om man legger ord i munnen på pasienten. Dette kan tenkes å hindre at pasienten får en opplevelse av eierskap til sin egen følelse (Dahle & Grønsløth, 2007).

Med sine spesifiserte intervensjoner og nivåer av fokus kan ABM også tenkes å virke restriktiv i forhold til terapeutens arbeid. Det er her viktig å poengtere at man innenfor ABM ikke nødvendigvis følger intervensjonsnivåenes kronologiske rekkefølge, men tilpasser fokuset etter hvor pasienten befinner seg i "landskapet". Man skal ideelt sett hele tiden arbeide ut fra et opplevelsfokus *der pasienten er*, og vurdere pasientens respons på intervensjonene.

Gjennom internpraksis har vi fått opplæring i bruk av modellen, og teorien den bygger på, fra en av dens grunnleggere. Selv med slik tett oppfølging opplevde vi det spesielt i begynnelsen som vanskelig å arbeide med modellen, hovedsakelig fordi det kunne være vanskelig å konsentrere seg om å følge med på og leve seg inn i hva pasienten fortalte,

samtidig som terapeuten skulle orientere seg i forhold til nivåer av fokus eller identifisering av følelser. Hun kunne også oppleve å bli så ivrig fordi hun kjente igjen noe fra teorien, at hun ble utålmodig etter å føre pasienten i ”riktig” retning.. For en nybegynnerterapeut kunne det slik være utfordrende å balansere empatisk tilstedeværelse med observativ distanse og oversikt i terapisisituasjonen.

Å ha et ståsted

Vi argumenterer i denne oppgaven for vår nytte av å ha et presist *fokus* i terapi. En forankring av våre terapeutiske intervensjoner i et helhetlig teoretisk rammeverk har gitt en opplevelse av lettere å kunne skape mening av det som foregår i terapisisituasjonen, og mer orden i egen tenkning. Denne følelsen av mer oversikt har vært til stor inspirasjon for oss i vårt siste studieår, sannsynligvis fordi vi opplever større mestring, men også fordi vi opplever mer *tilhørighet* til en teoretisk retning. Tidligere i studiet har en eklektisk tilnærming til faget (Garfield, 1995) vært vektlagt, noe vi opplever som positivt og nødvendig. En slik vektlegging kan tenkes å bidra til å hindre en ”prematuro lukning” (Carson & Becker, 2003) i forhold til en teoretisk retning, noe som fremheves som negativt og innsnevrende fordi en lettere kan trekke raske konklusjoner på bakgrunn av teorien, uten å vurdere tilgjengelig informasjon. Samtidig sitter vi med en følelse av at det eklektiske fokuset kan ha ført til at vi ikke har opplevd *tilhørighet* til noen teoretisk retning mer enn andre, og at det har vært vanskelig nettopp å danne seg en overordnet forståelse av hva vi holder på med i terapisisituasjonen, og hvorfor. I tråd med dette fremhever Ellen Hartmann og Eva D. Axelsen (1999) at det er det av stor betydning at terapeuter har tro på egen teoretisk tilnærming, fordi det uten en forankring i teori vil være vanskelig å gi mening til det som foregår i psykoterapi (Hartmann & Axelsen, 1999, s 202). Det vi nå opplever, er å kunne ta *utgangspunkt* i en modell som er spesifikk nok til å kunne gi retning i terapisisituasjonen, men likevel generell og fleksibel nok til at vi kan *integrere personlig stil og teori fra andre retninger*.

Vi har fått et ståsted, samtidig som vi ikke opplever at dette hemmer kreativitet og individuelt samspill i terapisisituasjonen. I denne sammenheng er det viktig å poengtere at vi innser at terapi er uforutsigbart og krevende, og at fremgangsmåten i terapi ikke kan reduseres til ferdiggjorte teknikker eller oppskrifter (Nielsen, 1999). Det vil alltid være en variasjon i hvordan ulike terapeuter anvender teknikker, uavhengig av hvor spesifiserte de er. Visse sider ved terapeutisk praksis vil antakelig også aldri la seg operasjonalisere, og man kan ikke alltid ha oversikt eller føle mestring. Terapitilbudet må til enhver tid tilpasses den enkelte pasientens vansker (Hartmann & Axelsen, 1999). Som Wenche Håland (1999, s.189)

poengter, er det ”ingen psykologisk teori som kan gripe mangfoldet i den mellommenneskelige virkelighet”. Vi hevder ikke at ABM er riktig løsning for alle pasienter, det har vi ikke grunnlag for å uttale oss om. Formålet med studien har heller ikke vært å undersøke modellens effekt, men å utvikle en dypere og mer nyansert forståelse av arbeidet med modellen og illustrere hvordan vi som studenter og fremtidige terapeuter har opplevd nytte av den i arbeidet med Marianne.

Avsluttende betraktninger

Som beskrevet i Alice Millers (1980) innledende sitat i denne oppgaven, reflekterer man ikke nødvendigvis over tilgangen til sine følelser, de bare er der ”som pulsslag”. Først når det gir seg utslag i symptomer, kan det bli tydelig at man har undertrykt følelsene. For Marianne var symptomene mange og varierte, men hun hadde en forståelse av at det lå noe felles til grunn for dem som hun måtte ta tak i: Hun hadde i stor grad mistet kontakten med følelsene sine. Ifølge Monsen og Monsen (1999) kan terapien forstås som en serie av nye formative scener. Terapeutens systematiske fokus i terapien har som mål å bidra til en tydeliggjøring av pasientens selvopplevelse, og til å etablere en følelse av at ”det er jeg som opplever dette”. Vi opplever at det å være glad i seg selv nettopp handler om å akseptere og kjenne gyldigheten av egne følelser og opplevelser. Ellen Hartmann uttalte i undervisning ved DT-klinikken: ”Pasientene kan forstå hva de trenger, men de kan ikke gi det til seg selv.” (Hartmann, personlig kommunikasjon, 16. oktober 2008). Marianne fremstod ikke bare som kompetent og ressurssterk, hun var det. Like fullt hadde hun behov for hjelp fra terapeuten. Ifølge ABM kan terapeuten hjelpe pasienten ved å gjennomgående vektlegge og gyldiggjøre pasientens følelser og opplevelse, og slik bidra til at pasienten igjen kan få tilgang til egne følelser. I den grad man tør å kjenne etter, representere seg selv og gi uttrykk for sine følelsesmessige opplevelser, kan den skamfulle ikke-personen reise seg, og nettopp bli en person med følelser og opplevelser som er gyldige og verdifulle. Vi vil avslutte med nok et sitat av Alice Miller:

”Når det sanne selv ikke kan kommunisere, er det fordi det er blitt stående i et indre fengsel, i en ubevisst og derfor uutviklet tilstand. Omgangen med fangevokterne hemmer all vital utvikling. Først etter frigjøringen gjennom analysen **begynner selvet å artikulere seg**, å vokse og utvikle sine skapende evner. Der en tidligere bare fant uønsket tomhet eller like uønskede storhetsfantasier, frembyr det seg nå en rik vitalitet. Dette er ingen hjemkomst, for det har aldri eksistert noe hjem. Det er etableringen av et hjem.”

(Alice Miller, 1980, s. 30. Norsk oversettelse ved Truls Wyller.)

Referanser

- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press Co.
- Andenæs, A. (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I H. Haavind, (red.), *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. (s. 287-320). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Basch, M. F. (1983). Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 101-126.
- Basch, M. F. (1985). Interpretation: Toward a developmental model. I A. Goldberg, (red.), *Progress in Self Psychology, Vol 1*. (s. 33-42). New York: Guilford Press.
- Beebe, B. (1986). Mother-infant mutual influence and the precursors of self and object representations. I J. Massling, (red.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories, vol 2*. (s. 28-48). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen: Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bion, W. (1977). *Seven Servants*. New York: Aronson.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

- Carlson, R. (1995). Silvan Tomkin's legacy: A grand theory of personality. I E. V. Demos, (red.), *Exploring Affect: The selected writings of Silvan. S. Tomkins.* (s. 295-300). Cambridge: Cambridge University Press.
- Carson, D. K., & Becker, K. W. (2003). *Creativity in psychotherapy: Reaching new heights with individuals, couples and families.* London: Haworth Press.
- Dahle, B. C., & Grønsløth, C. B. (2007). *Å arbeide med følelser i psykodynamisk terapi: En kvalitativ studie.* Oslo: Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Darwin, C. (1965). *The expression of the emotions in man and animals.* Chicago: University of Chicago Press. (Originalverk publisert 1872).
- Demos, E. V. (1987). Affect and the development of the self: A new frontier. I A. Goldberg, (red.), *Frontiers in Self Psychology.* (s. 3-17). New York: Guilford Press.
- Demos, E. V. (1995). *Exploring Affect: The selected writings of Silvan. S. Tomkins.* Cambridge: Cambridge University Press,
- Egidius, H. (1996). Edgar Rubin: Figur-grunn. I *Psykologisk leksikon.* (s. 147). Oslo: Tano Aschehoug.
- Elliott, R. (1995). Therapy process research and clinical practice: Practical strategies. I M. Aveline, & D. A. Shapiro, (red.), *Research foundations for psychotherapy practice.* (s. 49-72). Chichester: Wiley.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology, 38,* 215-229.
- Flick, U. (2006). *An Introduction to Qualitative Research.* London: Sage Publications.
- Fonagy, P, Gergely, G., Jurist, E. L., & Target. M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self.* New York: Other Press.

- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An Eclectic-Integrative Approach*. New York: Wiley & Sons.
- Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. I P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley, (red.), *Qualitative research in psychology. Expanding perspectives in methodology and design*. (s. 243-273). Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2005). *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haavind, H. (2000). *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hartmann, E. (1999). Pasienten som veiviser i det terapeutiske terreng. I E. D. Axelsen, & E. Hartmann, (red.), *Veier til forandring: Virksomme faktorer i psykoterapi*. (s. 164-186). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hartmann, E., & Axelsen, E. D. (1999). Virksomme faktorer i psykoterapi. I E. D. Axelsen, & E. Hartmann, (red.), *Veier til forandring: Virksomme faktorer i psykoterapi*. (s. 187-204). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Håland, W. (1999). Utvikling gjennom dialog - som livsprosjekt og som terapeutisk prosjekt. I E. D. Axelsen & E. Hartmann, (red.), *Veier til forandring: Virksomme faktorer i psykoterapi*. (s. 77-91). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Jung, C. G. (1966). *Jeg'et og det ubevisste*. Oslo: Cappelen Forlag.

- Karlsson, G. (1995). *Psychological qualitative research from a phenomenological perspective*. Stockholm: Almqvist og Wiksell International.
- Karterud, S. (1997). Heinz Kohuts selvpsykologi. I S. Karterud & J. T. Monsen, (red.), *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. (s. 13-28). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Krystal, H. (1974). The genetic development of affects and affect regression. *The Annual of Psychoanalysis*, 2, 98-126. New York: International Universities Press.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affects. *The Psychoanalytical Study of the Child*, 33, 81-116. New Haven: Yale University Press.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lichtenberg, J. D. (1983). *Psychoanalysis and infant research*. Hillsdale, NJ: The Analytic press.
- Lichtenberg, J. D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F., & Fosshage, J. (1996). *The clinical exchange: Techniques derived from self and motivational systems*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Miller, A. (1980). *Barneskjebner*. Oslo: Gyldendal.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books.
- Monsen, J. T. (1990). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: TANO.

- Monsen, J. T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. I S. Karterud og J. T. Monsen, (red.), *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. (s. 90-136). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T., & Ødegård, P. (1996). Affects and affect consciousness: Initial experiences from the assessment of affect integration. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 238-249.
- Monsen, J. T., Melgård, T., & Ødegård, P. (1986): Vitalitet og psykiske forstyrrelser belyst ved begrepene ”opplevelsessevne” og ”ekspressivitet”. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 23, 285-294.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). Affects and Affect Consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins's Affect- and Script Theory within the framework of self psychology. I A. Goldberg, (red.), *Pluralism in Self Psychology, Vol. 15*. (s. 287-306). Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (2000). Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til en integrerende psykoterapimodell. I A. Holte, G. H. Nielsen, & M. H. Rønnestad, (red.), *Psykoterapi og psykoterapeiveiledning: Teori, empiri og praksis*. (s. 17-44). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (2003). *Om følelsenes fenomenologi*. Forelesning, Institutt for Affektteori og Psykoterapi., 12. mars 2003.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (2008). *Affektbevissthetsmodellen – Koding av intervensjon*. Upublisert intervensjonsliste for terapeuter.
- Monsen, J. T., Monsen, K., Solbakken, O. A., & Hansen, R. S. (2008). *Affektbevissthetsintervjuet (ABI) og Affektbevissthetsskalene (ABS): Instruksjoner for intervju og skåringskriterier*. Upublisert manual, Universitetet i Oslo

- Monsen, J. T., Ødegård, P., & Melgård, T. (1989). Major psychological disorders and changes after intensive psychotherapy: Findings from the Tøyen project, Oslo. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 7, 171-180.
- Monsen, K. (2002). *Kartlegging av en subjektiv struktur: Identifisering av kjernescript hos en pasient med kroniske smerter*. Prøveforelesning, dr.psychol., Psykologisk Institutt, UiO, 21. mars 2002.
- Monsen, K., & Monsen, J. T. (1998). *Identification of nuclear scripts based on the affect consciousness interview: A qualitative approach for capturing central organizing principles*. Upublisert manuskript basert på et foredrag holdt av J. T. Monsen, Snowbird USA, SPR – the 1998 annual international meeting, 27. juni 1998.
- Nielsen, G. H. (1999). Psykiske problemer og psykoterapi i lys av moderne interpersonlig psykoanalyse. I E. D. Axelsen & E. Hartmann, (red.), *Veier til forandring: Virksomme faktorer i psykoterapi*. (s. 20-57). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Nielsen, G. H. (2000). Psykoterapiveiledning: Grunnleggende begreper og tilnæringsmåter. I A. Holte, M. H. Rønnestad, & G. H. Nielsen, (red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: Teori, empiri og praksis*. (s. 257-290). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Schanche, E., & Nielsen, M. B. (2009). Får jeg det til? En kartlegging av studentterapeuters bekymringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 240-245.
- Orange, D., Atwood, G., & Stolorow, R. (1997). *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Passer, M. W., & Smith, R. E. (2001). *Psychology: Frontiers and Applications*. New York: McGraw-Hill.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Paulsen, M. (27. februar 2008). *Psykologi rammet av millionkutt*. Hentet 10. januar, 2009, fra <http://universitas.no/nyhet/50366/>

Reichelt, S., & Schjerve, J. (2000). Psykoterapi-veiledning: Kandidaters erfaringer og veilederes utfordringer. I A. Holte, M. H. Rønnestad, & G. H. Nielsen, (red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: Teori, empiri og praksis*. (s. 323-345). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rogde, U. (2005). *For at følelser skal gi mening: En nærlesing av endring i terapi med affektbevisste briller*. Oslo: Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.

Schibbye, A. L. (1999). Forståelsen av psykiske forstyrrelser og psykoterapi: Et dialektisk perspektiv. I E. D. Axelsen, & E. Hartmann, (red.), *Veier til forandring*. (s. 119-147). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Skårderud, F. (2002). *Uro*. Oslo: Aschehoug.

Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Orange, D. M. (2002). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. New York: Basic Books

Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Stone, D., Patton, B., & Heen, S. (1999). *Difficult Conversations: How to discuss what matters most*. New York: Penguin Books.

- Sullivan, H. S. (1970). *The psychiatric interview*. New York: W. W. Norton & Company.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, Imagery, Consciousness, Vol. 1: The positive affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, Imagery, Consciousness, Vol.2: The negative affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1979). Script theory. Differential magnification of affects. I E. Howe Jr., & R. A. Dienstbier, (red.), *Nebraska Symposium on Motivation 1978, Vol. 26*. (s. 201-236). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Urnes, Ø. (1997). Utviklingspsykologi og selvpsykologi. I S. Karterud, & J. T. Monsen, (red.), *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. (s. 64-89). Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Vaillant, L. M. (1997). *Changing Character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.
- Øiestad, G. (2006). *Kritikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.