

Psykologisk Institutt NTNU

*Hvordan kan Integrert relasjonell
psykoterapi bidra til å gjøre Affektfobi terapi
mer komplett?
En teoretisk analyse*

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Reza Zarabi

Trondheim, vår 2013

Hvordan kan Integrert relasjonell psykoterapi bidra til å gjøre Affektfobi terapi mer komplett?

Veileder:

Tore C. Stiles

Forord

Det var for par år siden, gjennom intern klinisk praksis ved profesjonsstudiet i psykologi, at jeg fikk ansvaret for å jobbe med en kvinnelig pasient som ønsket hjelp for å forbedre sitt forhold til sin kjæreste. Mitt møte med denne kvinnen startet i gang en interesse hos meg for betydningen av relasjoner, følelser og behov og viktigheten av å forstå disse fenomenene både i mine pasienter og hos meg selv. Jeg begynte å fordype meg i ulike teorier og terapiformer med fokus på relasjoner og følelser. Sammen med min egen psykodynamiske egenterapi begynte grunnlaget å legges for min nysgjerrighet for å forstå mine pasienter på et dypere nivå enn bare en samling av symptomer og diagnoser.

Gjennom denne oppgaven har jeg fått dypere forståelse av følelsers og relasjoners grunnleggende betydning for menneskelig fungering, utvikling av psykopatologi og innsikt i arbeid med disse fenomenene i terapeutisk behandling. Denne kunnskapen vil danne et bakteppe for å forstå alle mine pasienter videre i min karriere, og vil forhåpentligvis bidra til at jeg kan være til best mulig hjelp for mine pasienter.

Jeg ønsker å uttrykke min takknemlighet til Tore C. Stiles for hans inspirasjon og veiledning både gjennom forelesninger og veiledning på hovedoppgave og i klinisk praksis. Jeg er spesielt takknemlig for hans kunnskap og vilje til å lede meg gjennom dette totalt ukjente terrenget og tålmodighet til å la meg prøve, feile og lære i mitt eget tempo. Det er også venner fra studiet, som André Jerkås og Anders Wiik, som gjennom sin vennskap og faglige diskusjoner har vært med og bidratt til mange av refleksjonene i denne oppgaven – sammen med dem har jeg blitt både faglig og personlig mange erfaringer rikere.

Reza Zarabi

Trondheim, 2013

Samme ndrag

Det er betydelig litteratur og empirisk forskning som viser viktigheten av affekter og interpersonlige relasjoner i menneskelig fungering og psykopatologi, og det er utviklet flere ulike emosjonsfokuserte og relasjonsfokuserede behandlingsformer. Denne oppgaven tar utgangspunkt i en emosjonsfokuseret behandlingsform, Affektfobi terapi av Leigh McCullough, som er en empirisk validert, integrert og korttidsdynamisk modell. Det vil være et hovedfokus i denne oppgaven på interpersonlige aspekter i Affektfobi terapi, og en utforskning av disse i lys av en relasjonsfokuseret behandlingsform, Integrert relasjonell psykoterapi av Paul L. Wachtel. Problemstillingen som denne teoretiske oppgaven ønsker å besvare er 1) hvilke aspekter ved interpersonlige relasjoner er mangelfulle i Affektfobi terapi, og 2) hvordan kan den relasjonelle teorien og praksisen i Integrert relasjonell psykoterapi integreres i Affektfobi terapi for å gjøre Affektfobi terapien mer komplett. Aspekter ved interpersonlige relasjoner i Affektfobi terapi som blir drøftet å være mangelfulle i lys av Integrert relasjonell psykoterapi er forståelsen av utvikling og opprettholdelse av affektfobi, fokus på variasjon i opplevelse og atferd på tvers av ulike kontekster, og rollen til pasienten og personer i hans/hennes liv i opprettholdelse av affektfobi. Drøftelsene peker mot at en integrering av forståelsen av utvikling og opprettholdelse av affektfobi, og fokus på variasjon i opplevelse og atferd på tvers av ulike kontekster, kan være med på å gjøre Affektfobi terapien mer komplett, teoretisk og praktisk. Derimot perspektivet til Integrert relasjonell psykoterapi angående rollen til pasienten og personer i hans/hennes liv i opprettholdelse av affektfobi, blir drøftet til å tilføre et nyttig teoretisk bidrag men blir vurdert som lite hensiktsmessig å integrere i Affektfobi modellen.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Problemstilling og metode.....	3
Teori	4
Affektfobi terapi	4
Affektfobi.....	5
Grunnleggende prinsipper	6
Relasjoners rolle i affektfobi	8
Integrert relasjonell psykoterapi	11
Relasjoner og den relasjonelle tradisjonen.....	11
Grunnleggende prinsipper	12
Sykliske prosesser og nåværende relasjoner	14
Selvoppfyllende profetier, ”medskyldige” og ironi	16
Kontekst og variabilitet	18
Diskusjon.....	21
Konsistens og variasjon	21
Utvikling og opprettholdelse av affektfobi.....	27
Medskyldige og dynamisk kontekst	35
Oppsummering og konklusjon	42
Referanser	47

Innledning

Effekten av psykoterapi har lenge vært godt dokumentert i psykoterapeutisk litteratur og forskning (Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004); psykoterapi er effektiv i å hjelpe mennesker i veien mot bedre mental helse. Men hvordan forstår vi god mental helse og psykopatologi? En klinisk god forståelse av mental helse forutsetter en forståelse av sunne mentale prosesser (PDM Task Force, 2006), og dette er en forutsetning for hvordan vi forstår våre pasienter og hvordan vi faktisk hjelper dem med deres problemer. I *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006) beskrives mental helse som "... more than simply the absence of symptoms. It involves a person's overall mental functioning, including relationships; emotional depth, range and regulation..." (p. 2). Her blir god mental helse sett på som mer enn bare fravær av symptomer, og inkluderer emosjonell kompetanse og gode relasjoner til andre mennesker. Dette er i tråd med forskning som viser at behandlinger med fokus på isolerte symptomer eller atferd og der personlighet, emosjonelle og interpersonlige problemer ignoreres, ikke er effektive i å opprettholde selv små endringer (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004) og der den terapeutiske gevinsten vil være kortvarig og med høye tilbakefallrater (Baumann et al., 2001; Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity, & Mooney, 2003; Westen et al., 2004). Maladaptiv interpersonlig fungering er et sentralt kjennetegn ved de fleste personlighetsforstyrrelser (Horowitz, 2004; Pincus, 2005), men der relasjonelle problemer ikke ansees bare som produkter av symptomer og psykopatologi men som sentrale faktorer i årsak og opprettholdelse av psykopatologi (Wachtel, 1994, 1997, 2008). Det er gjennom de utallige interaksjoner med andre mennesker at vår personlighet og psykiske helse opprettholdes eller endres. Videre viser forskning på emosjoner at u hensiktsmessig emosjonsregulering er et sentralt psykologisk fenomen som eksisterer på tvers av ulike psykologiske symptomer og diagnosegrupper (Campbell-Sils, Barlow, Brown & Hofmann, 2006; Moses & Barlow, 2006), og vanskeligheter med regulering av negative emosjoner ser også ut til å være en sterk vedlikeholdende faktor ved de fleste typer av psykopatologi (Werner & Gross, 2010). Oppsummert er det betydelig forskning som viser betydningen av *interpersonlige relasjoner* og *emosjoner* i menneskelig fungering. Emosjonelle og relasjonelle problemer er ikke bare produkter av psykiske lidelser men har også en sentral rolle i årsak og opprettholdelse av psykopatologi. Jeg vil for enkelthets skyld ikke skille mellom bruken av begrepene emosjoner, affekter og følelser videre i denne oppgaven, og bruke disse begrepene om hverandre for å referere til indre kroppslige sansninger og subjektive følelser.

Hvordan kan Integreert relasjonell psykoterapi bidra til å gjøre Affektfobi terapi mer komplett?

Inspirasjonen min til å skrive denne oppgaven kommer fra denne betydelige kunnskapen om at menneskelige relasjoner og emosjoner er essensielle i vår fungering og av stor betydning for vår mentale helse. Basert på disse ideene og denne forskingen fins det i dag en rekke ulike empirisk validerte behandlingsmodeller med fokus på emosjoner, eksempelvis Emosjons-fokusert terapi (Greenberg, 2002) og Affektfobi terapi (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997), og basert på interpersonlige relasjoner som Interpersonlig psykoterapi (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000) og Integreert relasjonell psykoterapi (Wachtel, 1977, 1994, 1997, 2008). På et overordnet nivå vil modeller med fokus på emosjoner ha et intrapsykisk perspektiv der målet er å kjenne på, akseptere og øke toleransen for tidligere unngåtte emosjoner, mens de relasjonsfokuserte modellene har et fokus på relasjoner og relasjonsstil og der målet er å forbedre kvaliteten på sentrale relasjoner. Et nærmere blikk på dette derimot, viser raskt at relasjoner og emosjoner er to knyttede begreper; emosjoner oppstår i relasjoner, og relasjoner og tilknytning danner grunnlaget for emosjoner og emosjonsregulering (Johnson, 1996; McCullough-Vaillant, 1997). Til tross for dette er det verd å stille spørsmål ved rollen til interpersonlige relasjoner i emosjonsfokuserte modeller som per definisjon har et intrapsykisk emosjonelt perspektiv. Vil aspekter ved interpersonlige relasjoner som er sentrale i de relasjonsfokuserte modellene bli mangelfulle i de emosjonsfokuserte modellene, og hvis ja, hvilke aspekter? Videre, er det mulig å integrere disse aspektene ved interpersonlige relasjoner i emosjonsfokuserte terapier, i et forsøk på å utvikle og effektivisere disse terapiformene?

For å se nærmere på disse spørsmålene har jeg valgt i denne oppgaven å ta utgangspunkt i en konkret emosjonsfokuserert modell, Affektfobi terapi (AFT; McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997) og betrakte den i lys av en konkret interpersonlig modell, Integreert relasjonell psykoterapi (IRP; Wachtel, 1997, 2008). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i to konkrete modeller, i motsetning til å ta for meg emosjonsfokuserte og interpersonlige modeller generelt, både for å begrense oppgavens omfang og i størst mulig grad konkretisere oppgavens innhold. AFT er en empirisk validert, integreert og korttidsdynamisk modell (McCullough, 1991; Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004; Taurke, McCullough, Winston, Pollack, & Flegenheimer, 1990; Winston et al., 1994). I denne modellen er det fobi eller frykt og unngåelse av egne adaptive affekter i relasjon med andre som regnes som den primære kausale faktoren i psykopatologi, og der fokus i terapien er på økt affekttoleranse og mer adaptive affektuttrykk i relasjon med andre. Av de ulike emosjonsfokuserte modellene som eksisterer i dag har jeg valgt å fokusere på AFT av flere grunner. For det første er AFT en terapiform for å arbeide med affekter/emosjoner som jeg

selv har hatt erfaring med gjennom klinisk arbeid. For det andre er AFT en korttidsdynamisk terapiform som streber etter å være så kortvarig og effektiv som mulig og er da i samsvar med de krav som stilles i psykiatrien i dag i forhold til mer kortvarige og effektive behandlinger. AFT er dog et individspesifikk modell; det vil si tiden i terapi er først og fremst avhengig av den enkelte pasients problemstilling og problemets alvorlighetsgrad. For det tredje har AFT sin teori og praksis blitt omgjort til en manual som gjør det lettere både å forstå teorien bak AFT og hvordan terapien faktisk utføres (McCullough et al., 2003). Her er det også viktig å merke at denne manualen ikke er ment å følges slavisk steg for steg eller time for time; den er en veiledende manual og der McCullough selv appellerer hver terapeut til å finne sin egen stil og fremgangsmåte innenfor rammene i AFT (McCullough et al., 2003). IRP, den interpersonlige modellen som AFT vil bli drøftet opp mot i denne oppgaven, er en integrert terapiform som integrerer psykodynamisk teori og læringsteori/atferdsintervensjoner, og springer ut fra den relasjonelle tradisjonen som hadde sine røtter i psykoanalytisk forståelse (Wachtel, 1997, 2008). Det som kjennetegner IRP, og skiller den fra andre relasjonelle modeller, er at IRP er en syklisk-kontekstuell modell. Den fremhever både den sentrale rollen til sykliske feedback prosesser i personlighetsdynamikk og viktigheten av kontekst (relasjoner) i disse prosessene.

Problemstilling og Metode

Med utgangspunkt i det som er beskrevet i innledningen av denne oppgaven, vil jeg prøve å drøfte og besvare følgende spørsmål:

- 1. Hvilke aspekter ved interpersonlige relasjoner er mangelfulle i AFT sin teori og praksis?*
- 2. Hvordan kan den relasjonelle teorien og praksisen i IRP integreres i AFT for å gjøre AFT sin teori og praksis mer komplett?*

Viktigheten og det overordnede målet med en oppgave som tar for seg disse spørsmålene er å bidra til en større forståelse av viktige aspekter ved interpersonlige relasjoner som kan ha betydning for årsak og opprettholdelse av psykopatologi. Denne forståelsen vil være et ledd mot å videreutvikle teori og praksis i emosjonsfokuserte psykoterapier, her spesifisert ved AFT, ved å utvide perspektivet fra intrapsyriske prosesser til *også* å inkludere interpersonlige prosesser. Denne utvidelsen av forståelsen for prosesser

Hvordan kan Integrert relasjonell psykoterapi bidra til å gjøre Affektfobi terapi mer komplett?

som påvirker menneskelig fungering vil også kunne gjenspeile seg i terapeutiske intervensjoner og forhåpentligvis være med på å gjøre AFT (og andre emosjonsfokuserte terapiformer) mer effektiv i å hjelpe våre pasienter.

Dette er en teoretisk utforskende oppgave der problemstillingen vil ta utgangspunkt i Leigh McCullough sine bøker om Affektfobi terapi (AFT), *Changing Character: Short-term, Anxiety-regulating Psychotherapy for Restructuring Defenses, Affects, and Attachment* (McCullough-Vaillant, 1997) og *Treating Affect Phobia: a Manual for Short-term Dynamic Psychotherapy* (McCullough et al., 2003), og Paul L. Wachtel sine bøker om Integrert relasjonell psykoterapi (IRP), *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy* (Wachtel, 2008) og *Psychoanalysis, Behavior Therapy and the Relational World* (Wachtel, 1997). Annen relevant litteratur fra disse forfatterne vil også bli inkludert i drøftelsen av denne oppgaven.

Denne oppgaven vil jeg skrive i to deler. I den første delen av oppgaven vil jeg beskrive teorien og praksisen av AFT. Mer spesifikt vil hovedfokuset være på AFT sin forståelse av interpersonlige relasjoner; hvilke relasjoner ansees som sentrale, hvilke aspekter ved relasjoner som er sentrale, hva er relasjoners rolle i årsak og opprettholdelse av psykopatologi og hvordan denne forståelsen gir seg til uttrykk i terapeutiske intervensjoner. Jeg vil også i den første delen av oppgaven ta for meg teorien og praksisen i IRP, og belyse interpersonlige relasjoners rolle i menneskelig fungering. I den andre delen av oppgaven vil jeg sette fokus på og diskutere AFT sin teori og praksis sett i lys av IRP modellen. Mer spesifikt vil jeg i den andre delen av oppgaven, med bakgrunn i IRP, diskutere hvilke aspekter ved interpersonlige relasjoner er mangelfulle i AFT og på hvilke måter kan den relasjonelle teorien i IRP være med på å gjøre AFT sin forståelse av relasjoner (i både teori og praksis) mer komplett.

Teori

Affektfobi Terapi

I denne delen av oppgaven vil AFT sitt syn på interpersonlige relasjoner og deres rolle i psykopatologi gjennomgås. Først derimot vil en kortfattet beskrivelse av generelle teorien, behandlingsmål og terapeutiske intervensjoner i AFT bli gitt for å gi leser en overordnet forståelse av affektfobimodellen. Dette har til hensikt å gi leser en rask oversikt over affektfobimodellen og gjøre den videre diskusjonen både lettere å følge og mer verdifull.

Affektfobi. Psykodynamisk teori er opptatt av at problematisk atferd er resultat av følelser som er i konflikt (Dornelas, Ferrand, Stepnowski, Barbagallo, & McCullough, 2010). AFT låner begrepet ”fobi” fra læringsteori og redefinerer ubevisste konfliktfylte følelser som ”fobier” (McCullough & Magill, 2009). Dette innebærer å se på psykodynamisk konflikt som frykt for egne emosjoner eller affekter, også kalt affektfobi. Sentralt i teorien bak AFT er altså synet på affekter som våre primære motivatorer (Tomkins, 1991, 1992) og affektenes adaptive funksjoner (McCullough et al., 2003; Tomkins, 1995). Affektenes funksjon er å gi oss informasjon om oss selv og våre behov, og guide våre handlingstendenser. Ulike affekter antas å ha ulike funksjoner der affekter kan fungere som motivasjon for atferd (aktiverende/adaptive affekter sentralt i modellen er selvhevdelse/sinne, sorg, nærhet og positive følelser for selvet) eller motivasjon for inhibisjon/unngåelse av atferd (inhiberende affekter som angst, skyld, skam, smerte) (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997). Maladaptive atferdsmønstre utvikler seg på grunn av personens overdrevne inhiberende affekter som angst, skyld, skam eller emosjonell smerte, dvs. ”affektfobi” (McCullough & Andrews, 2001), og blokkerer adaptive affekter som sinne, sorg, nærhet og positive følelser for selvet. Det som kjenner de adaptive affektene (også kalt aktiverende affektene) er at de fører til at vi åpner oss opp, engasjerer oss, nærmer oss noe og hjelper oss i sosiale situasjoner. Adaptive affekter fungerer vitaliserende, de motiverer for handling og øker vår evne til å realisere personlige ambisjoner og mål. Dette er i motsetning til de inhiberende affekter som fører til tilbaketrekning og unngåelse.

Affektfobi handler med andre ord om unngåelse av affekter som hemmer adaptive responser, og ses på som årsak til psykiske symptomer og psykiske lidelser (McCullough et al., 2003). Modellen antar at affektfobi er den fundamentale psykiske prosessen som ligger til grunn for Akse I og Akse II lidelser. Eksempler på affektfobi kan illustreres med pasienten som er redd for å uttrykke sinne eller hevde seg selv og unngår dette ved å gråte, bli deprimert eller angstfull, trekke seg tilbake eller handle ettergivende og medgjørlig. Andre eksempler på affektfobi er pasienten som er deprimert fordi hun unngår å kjenne på sorg og gråte på grunn av skam for å bli sett på som svak.

Å se på psykodynamiske konflikter som affektfobier gjør det mulig å behandle konfliktfylte affekter som enhver fobi – pasienten eksponeres gradvis for høyere grad av affekter (som tidligere har blitt unngått), inhiberende affekter reduseres til nivåer pasienten kan tåle og pasienten motiveres til å gi opp unngåelsesatferd (responsprevensjon). Dette behandlingsprinsippet kalles for systematisk desentivisering, og er det fundamentale intervensjonsprinsippet i AFT. Pasienten som antas å ha fobi for sorg og tristhet vil gjennom

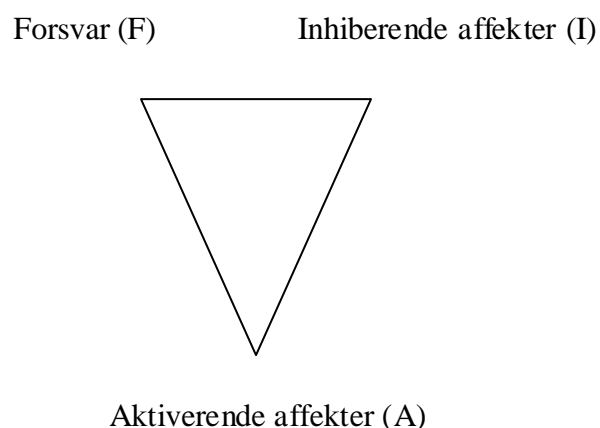
Hvordan kan Integrert relasjonell psykoterapi bidra til å gjøre Affektfobi terapi mer komplett?

AFT bli eksponert for sorg/tristhet, få redusert sin skam relatert til å bli sett på som svak når hun er trist og gråter og motivert til å gi opp unngåelsesatferd som eksempelvis kan være å minimalisere sin sorg, devaluere personen som er mistet og lignende.

Det er tre hovedmål i AFT; restrukturering av forsvar, restrukturering av affekter og restrukturering av selv og andre (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997). Restrukturering av forsvar handler om å bevisstgjøre pasienten om hans forsvarsatferd for å unngå adaptive affekter og motivere ham til å gi dem opp. Restrukturering av affekter handler om å eksponere pasienten for adaptive affekter og etterhvert også adaptive uttrykk av affekter. Restrukturering av selvet og andre handler om å øke selvmedfølelsen og utvikle mer adaptiv syn av andre.

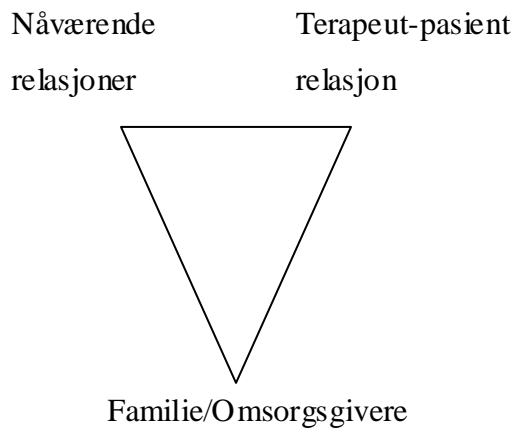
Grunnleggende prinsipper. AFT modellen er basert på Malans to trekanter som er representasjoner av de universelle prinsippene i psykodynamisk psykoterapi (Malan, 2001). Den første trekanten er kalt Konflikttrekanten og representerer forsvar og angst som blokkerer uttrykk av adaptive affekter; affektfobien referer da til spenning mellom emosjonell aktivering og emosjonell inhibisjon som resulterer i ”fobisk”, unnvikende eller defensiv atferd. Den andre trekanten er kalt Persontrekanten og viser at den/de affektive konflikten(e) viser seg i relasjoner med terapeut, nåværende og tidligere omsorgspersoner. Det er Persontrekanten som representerer de interpersonlige relasjonene i AFT og fremhever deres rolle i utvikling og opprettholdelse av affektfobi.

1) Konflikttrekanten (se Figur 1) består av tre elementer; Forsvar (F), Angst/Inhiberende affekter (I) og Aktiverende affekter (A). Konflikttrekanten har fokus på pasientens mønstre av forsvarsatferd (F) som blokkerer aktiverende affekter (A) på grunn av opplevelsen av inhiberende affekter (I). Sagt med andre ord, Konflikttrekanten kan enkelt forstås ut fra spørsmål om *hva* slags affekter prøver pasienten å unngå (A), *hvorfor* pasienten prøver å unngå aktiverende affekter (I) og *hvordan* han prøver å unngå aktiverende affekter (F) (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997). Konflikttrekanten kan eksempelvis vises i terapien med at skyldfølelse (I) assosiert med sinne (A) hemmer sunn grensesetting og kan føre til passivitet, depresjon, angst (F); skam (I) assosiert med gråt blokkerer sunn sorg (A) som kan føre til overspising, patologisk sørping, depresjon (F).



Figur 1. Konflikttrekanten representerer indre konflikten mellom aktiverende og inhiberende affekter som skaper unngåelsesatferd/forsvar

2) Persontrekanten (se Figur 2, på neste side) består også av tre elementer; Familie/Omsorgsgivere, Nåværende relasjoner og Terapeut-pasient relasjonen. Persontrekanten utgjør det *relasjonelle aspektet* i denne modellen og sier at mønstre med atferd må alltid relateres til spesifikke personer både i nåtid og fortid. Persontrekanten sier at det er i de tidlige relasjonene med Familie/Omsorgsgivere at affektfobier har blitt lært og utviklet, og affektfobien utspiller seg i personens nåværende relasjoner både utenfor terapirommet (Nåværende relasjoner) og sammen med terapeuten (terapeut-pasient relasjonen) (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997). Eksempel er personen som i sine tidlige relasjoner med foreldre har utviklet en overdreven angst i forhold til egen selvhevdelse/sinne; denne personen vil kunne også oppleve denne affektfobien ikke bare i sine nåværende relasjoner (for eksempel venner, partner, kolleger, sjef), men også i relasjonen med sin terapeut. Persontrekanten representerer dermed de mellommenneskelige relasjonene hvor den affektive konflikten utspiller seg, og målet er å bevisstgjøre pasienten på at hans/hennes affektfobi(er) er et mønster som kan ses på tvers av tidlige og nåværende relasjoner.



Figur 2. Persontrekanten representerer hvilke relasjoner som er sentrale i forståelsen av affektfobi

Relasjoners rolle i affektfobi. Vi har sett at mens Konflikttrekanten representerer den intrapsyriske affektfobien, representerer Persontrekanten de relasjonene hvor affektfobien utspiller seg. Persontrekanten slik den er beskrevet frem til nå i denne oppgaven viser at AFT anser relasjonen til Foreldre/Omsorgsgivere, Nåværende personer i pasientens liv og Terapeut-pasient relasjonen som de sentrale relasjonene. Men hva er sammenhengen mellom Familie/Omsorgsgivere, Nåværende relasjoner og Terapeut-pasient-relasjonen i personens affektive konflikt(er)? For å svare på dette vil jeg i den neste delen av oppgaven beskrive de ulike relasjonenes rolle i årsak og opprettholdelse av affektfobi. Nærmere bestemt ønsker jeg å besvare i hvilke relasjoner pasienten lærte disse mønstrene (dvs. affektfobi), og i hvilke relasjoner dette gamle mønsteret fortsetter, ifølge AFT? Videre, på hvilke måter bidrar de ulike relasjonene til årsak og opprettholdelse av affektfobi? Svar på disse spørsmålene vil danne et grunnlag for å forstå nærmere aspekter ved interpersonlige relasjoner i AFT, som er det sentrale temaet i denne oppgaven.

Utvikling av affektfobi. AFT peker på at affektfobi og patologi har sitt grunnlag i maladaptive foreldrepraksis, sosialisering og manglende støtte for sunne uttrykk av adaptive affekter (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997). Denne forståelsen av personens affektfobi baserer seg på at affektfobi er en *lært* fobi med røtter i barndommen. Mer spesifikt innebærer det at barnet har gjennom sine relasjonelle erfaringer med

omsorgsgivere *lært* at aktiverende affekter er farlige og forbundet med angst, skyld, skam og smerte og *lært* å bruke ulike forsvarsatferd for å unngå affektive konflikter. AFT peker dermed på tidlige relasjoner med omsorgsgivere som den grunnleggende faktoren i utviklingen av affektfobi. Barnet har gjennom sine erfaringer med omsorgsgivere lært en assosiasjon mellom aktiverende og inhiberende affekter (fobi for egne aktiverende affekter), der barnet gjennom modellering fra omsorgsgiver eller egne mestringsstrategier lærer metoder for å unngå opplevelsen av aktiverende affekter (forsvarsatferd). Barnet som gjennom repeterte erfaringer får beskjed om at ”en gutt skal ikke gråte” vil lære å assosiere aktiverende affekten sorg med skam (”jeg er svak hvis jeg gråter når jeg er lei meg”), eller skyld (”hvis jeg gråter vil mamma gråte enda mer”) eller angst (”hvis jeg gråter vil pappa kjeffe på meg”), og bruke unngåelsesstrategier/forsvar for å unngå å kjenne på og gi uttrykk for triste affekter (for eksempel, bruke humor, bli sint, bagatellisere). Omsorgsgivere kan slik gjennom eksplisitte beskjeder være med på å utvikle en forbindelse mellom aktiverende og inhiberende affekter hos barnet. Omsorgsgivere kan også gi implisitte beskjeder om at bestemte (eller alle) aktiverende affekter bør og må unngås. Dette kan illustreres ved at omsorgspersonen selv gjennom sine handlinger farliggjør aktiverende følelser. Eksempelvis barnet som opplever at mor trekker seg unna fysisk og emosjonell kontakt kan lære den implisitte beskjeden at affekten nærhet bør unngås. I andre tilfeller, kan barnets egne opplevelser av familiedynamikken være med i utviklingen av affektfobier, eksemplifisert ved barnet som utvikler fobi for sinne fordi han er oppvokst i en familie med mye bråk og krangler og implisitt skaper sin forståelse av at ”jeg kan ikke bli sint og uttrykke dette, fordi da vil jeg være med på å øke konfliktnivået”. Alle disse eksemplene viser en felles grunnleggende ide i AFT modellen der affektfobi er en *lært* prosess som læres tidlig i livet gjennom relasjoner og interaksjon med omsorgsgivere.

Opprettholdelse av affektfobi. AFT sin teori sier at tidlige interpersonlige erfaringer er kilde til utvikling av affektfobien, som beskrevet overfor. Videre sier teorien i AFT at personens maladaptive mønstre kan *repeteres, fortsetter eller opprettholdes* i nåværende relasjoner og i relasjonen mellom terapeut og pasient (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997). Dette innebærer at personen som har utviklet sinnefobi i sine tidlige relasjoner med foreldre/omsorgsgivere fortsetter dette mønsteret også i nåværende relasjoner og i relasjon med terapeut, dvs. har vansker med selvhverdelse og sinne med venner, partner, kolleger, terapeut. Men hva er mekanismen(e) bak denne opprettholdelsen og repetisjonen? I

dette spørsmålet peker AFT på at affektfobi opprettholdes i nye relasjoner gjennom unngåelsesatferd, dvs. på grunn av inhiberende affekter assosiert med aktiverende affekter, unngår personen aktiverende affekter ved å bruke ulike forsvarsatferd. Så lenge personen ikke er bevisst bruk av forsvarsatferd eller ønsker å gi dem opp (pga for høye nivåer av inhiberende affekter) vil personen ikke komme i kontakt med sine aktiverende affekter og dermed ikke fått utfordret og regulert sine inhiberende affekter og deres tilhørende kognisjoner. Konflikten mellom aktiverende og inhiberende affekter utgjør en form for straff som reduserer sannsynligheten for at den emosjonelle, aktiverende responsen vil finne sted. Slik vedvarer forsvarsatferd og høye nivåer av inhiberende affekter som begrenser tilgangen til aktiverende affekter, og opprettholder slik affektfobien. En relatert mekanisme, ifølge AFT, som kan være med på å opprettholde affektfobien er at pasienten oppnår sekundære gevinster fra sin forsvarsatferd (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997). Mens den primære fordelten med forsvarsatferd er å unngå konflikten mellom aktiverende og inhiberende affekter, er sekundære gevinster, ofte ubevisste, fordeler eller belønning av forsvarsatferd. Sekundære gevinster utgjør slik en forsterking som øker sannsynligheten for at forsvarsatferd vil fortsette. Siden atferdsforskning har vist at forsterking utgjør en mye større kontroll over atferd enn straff, er det essensielt i AFT å identifisere og utfordre sekundære gevinster (McCullough-Vaillant, 1997). Eksempel er pasienten som har fobi mot selvheldelse/sinne og der en sekundær gevinst kan være å opprettholde et bilde av seg selv som medgjørlig, ettergivende og masokistisk. AFT legger vekt på å identifisere og utfordre pasientens syn på disse fordelene for å hjelpe pasienten med å gi opp forsvarsatferd og bli mer selvheldende, i dette eksemplet.

Jeg har frem til nå i denne oppgaven gitt en oversikt over prinsippene i AFT, og fokusert på Persontrekanten som representerer det relasjonelle aspektet der affektfobien utspiller seg. Videre har jeg gjennomgått utvikling av affektfobien som følge av maladaptive foreldrepraksis, og opprettholdelsen av affektfobien i nåværende relasjoner og i relasjon med terapeut ut fra mekanismene unngåelsesatferd og sekundære gevinster. Den neste delen av denne oppgaven vil fokusere på den relasjonelle modellen Integrert relasjonell psykoterapi (IRP) av Paul L. Wachtel (1997, 2008). Dette perspektivet vil danne grunnlaget for å diskutere videre hvilke aspekter ved interpersonlige relasjoner i AFT som er mangelfulle og hvordan det relasjonelle synet i IRP kan integreres i AFT for å danne et mer helsefremmende og komplett affektfobimodell.

Integrert Relasjonell Psykoterapi

Relasjoner og den relasjonelle tradisjonen. Vi mennesker eksisterer og lever våre liv i menneskelige relasjoner. Fra vi blir født inn i relasjoner med mor, far og søsken til relasjoner med venner og lærere, til intime relasjoner med våre partnere og egne barn. Relasjoner innebærer ikke bare relasjoner til nåværende og tidligere personer, men også relasjoner vi har til bilder og opplevelser av våre tidligere, nåværende og fremtidige selv (Wachtel, 1997, 2008). I denne definisjonen av relasjoner er det da viktig å merke seg at relasjoner innebærer både interpersonlige relasjoner og relasjonen vi har til oss selv. I denne oppgaven er fokuset spesifikt på interpersonlige relasjoner. Den sentrale rollen til relasjoner har med tiden blitt anerkjent på tvers av terapeutiske tilnærminger, men *hvordan* denne kunnskapen påvirker teori og praksis i ulike psykoterapeutiske tilnærminger varierer. For å belyse viktigheten og kompleksiteten av relasjoner og hvordan denne kunnskapen kan samles i psykoterapeutisk teori og praksis, har jeg valgt i denne delen av oppgaven å fokusere på Integrert Relasjonell Psykoterapi (IRP) utviklet av Paul L. Wachtel (1977, 1997, 2008). Før jeg tar med leser på en gjennomgang av teori og praksisen i IRP, vil jeg belyse fremveksten av den relasjonelle terapeutiske tradisjonen som ligger til grunn for utviklingen av IRP. Jeg håper at en forståelse av hva den relasjonelle tilnærmingen generelt består i og hvorfor den vokste frem vil hjelpe leser med en grundigere forståelse av grunntankene i IRP.

Wachtel tar i sin bok *Relational Therapy and the Practice of Psychotherapy* fra 2008 utgangspunkt i tradisjonell psykoanalytisk teori og praksis og gir en oversikt over grunnleggende aspekter ved denne tenkingen og måten å drive psykoterapi på. Wachtel (1997, 2008) mener psykoanalytisk teori og praksis har historisk sett hatt et overdrevent fokus på de intrapsyriske prosessene uten tilstrekkelig oppmerksomhet mot at subjektivitet er relatert til hendelser og interaksjoner i pasientens liv. Den relasjonelle vendingen skiftet fokus fra drifter (i tradisjonell psykoanalytisk tenking) til relasjoner som fundamentale krefter i utvikling av personlighet. Denne sentrale distinksjonen ble også etterfulgt av viktigheten av *egenskaper* og *rollen* til relasjoner i utvikling av personlighet. Som jeg vil beskrive nærmere i videre kapitler, er IRP (Wachtel, 1997, 2008) basert på teori som ikke bare legger vekt på relasjoner men *hvordan* relasjoner er med på å påvirke utviklingen av menneskers personlighet og relasjonsmønster.

Wachtel (1997, 2008) kritiserer 1-person perspektivet i tradisjonell psykoanalytisk tenking som har fokus på fiksering, utviklingsstans, regresjon og internalisering og som undervurderer betydningen av nye erfaringer og overdriver fokus på tidligere relasjonelle

erfaringer. Den relasjonelle vendingen i psykoanalytisk tenking, med utgangspunkt i disse kritikkene, innførte et bredere 2-person perspektiv og var opptatt av både intrapsykiske strukturer og regelmessigheter i personlighet, men rekonseptualiserer disse strukturene som *kontekstuelle* strukturer. Relasjonell tilnærming innebærer sådan fokus på kontekst, der relasjoner er en sentral element av enhver kontekst som påvirker dynamikken i våre mentale liv, og der den terapeutiske *relasjonen* er en grunnleggende faktor i psykologisk endring (Wachtel, 2008). Alle relasjonelle teorier og psykoterapier er opptatt av relasjoner i utvikling av personlighetsstruktur og psykopatologi, men Wachtel presiserer også at ulike relasjonelle teoretikere og klinikere kan ha relativt ulike forståelser av begrepet relasjonell.

Jeg har nå gitt en kort oversikt over noen viktige aspekter ved den relasjonelle tradisjonen, der det mest sentrale er vektleggingen av relasjoner som fundamentale krefter i utvikling av personlighet og rekonseptualiseringen av intrapsykiske strukturer som kontekstuelle strukturer. I de neste kapitlene vil jeg fokusere på teorien i IRP som har sitt utspring ut fra denne tradisjonen, og ta med lesere på en grundigere forståelse av det teoretiske grunnlaget og praksisen i denne modellen.

Grunnleggende prinsipper. Integrert relasjonell psykoterapi, IRP, er karakterisert av to sentrale egenskaper; *integrert* og *relasjonell*. Mer spesifikt er IRP en integrert psykoterapi som søker å integrere fundamentale aspekter av psykodynamisk, atferdsteori og familiesystem teori (Wachtel, 2008). Det teoretiske grunnlaget i IRP, sykliske psykodynamikker (beskrevet nærmere nedenfor), er mest påvirket av psykodynamisk syn der den psykodynamiske kjernen i teorien er basert på tradisjonell Freudiansk tenking som for eksempel vekt på ubevisste prosesser, indre konflikter, forsvar og viktigheten av overføring i pasientens relasjon med terapeut. Det psykodynamiske bidraget i sykliske psykodynamikker bygger derimot også på interpersonlige konseptualiseringer av Horney og Sullivan, viktigheten av ny relasjonell erfaring (Frank, 1999) og den relasjonelle tradisjonen i psykoanalytisk tenking hentet fra Mitchell (1993) og Aron (1996). Relasjonelle teorier, samt tilknytningsteorier, bygger da på antagelsen om at relasjoner er det primære grunnlaget i vår psyke og psykiske fungering, og spiller en sentral rolle i utvikling av personlighet. Atferdsmessige og familiesystem tradisjoner komplementerer det psykodynamiske perspektivet ved å vektlegge viktigheten av hvordan og når problematiske mønstre oppstår og viktigheten av pasientens nåværende sosiale og kulturelle kontekst.

Hvordan kan Integrert relasjonell psykoterapi bidra til å gjøre Affektfobi terapi mer komplett?

IRP sitt teoretiske grunnlag er basert på *sykliske psykodynamikker* (Wachtel, 1994, 2008). *Syklisk* peker på sirkulære (imotsetning til lineære) egenskaper til mentale prosesser, og *psykodynamikk* peker på viktigheten av ubevisste motiver, fantasier og interne konflikter, dvs. psykodynamiske fenomener og prosesser. Sykliske prosesser handler om onde og gode sirkler bestående av feedback loop og mønster med gjensidig påvirkning mellom intrapsyriske prosesser (tanker, følelser, behov, ønsker) og den interpersonlige konteksten som kontinuerlig skaper betingelser for ny runde med samme intrapsyriske tilstand og interpersonlige kontekst. Basert på den sentrale rollen til sykliske feedbackprosesser i personlighetsdynamikk og viktigheten av kontekst, referer Wachtel til denne modellen som *syklisk-kontekstuell* (Wachtel, 2008). Denne modellen er videre opptatt av at sykliske psykodynamikker handler om at konsistente mønstre i våre tanker, følelser og atferd dannes både på grunn av våre perseptuelle tendenser til å *se* det gamle i det nye og atferdstendenser til å *skape* det gamle i det nye. Konsistens, i opplevelse og atferd, er sådan ikke på grunn av arkeologiske eller internaliserte strukturer, som tradisjonell psykoanalytisk teori var opptatt av, men sykliske prosesser. Jeg vil i de videre kapitlene beskrive disse prosessene i større detalj.

Sykliske psykodynamikker søker å utvikle en koherent teoretisk tilnærming til personlighetsfungering, personlighetsutvikling og psykopatologi, som også danner grunnlaget for å guide selvet terapien og de terapeutiske intervensjonene (Wachtel, 1994, 2008). En persons tendenser (i opplevelse og atferd) i relasjoner blir i denne teorien sett på som personens idiosynkratiske måte å forstå og respondere til det som faktisk skjer i relasjonen. Disse relativ konsistente tendensene og mønstrene er basert på personens utviklingshistorie og hvordan han/hun har gitt mening, forstått og dannet oppfatninger av seg selv og verden. Men, og dette er et av hovedelementene i denne teorien, disse mønstrene og personlighetsstrukturene er også opprettholdt og modifisert av kontinuerlige, daglige relasjonelle opplevelser. Med andre ord, personlighetsmønstrene både påvirker og blir påvirket av det som hender og personlighet kan da slik ses på som en *dynamisk* og *kontekstuell* prosess (istedenfor tendensen til å patologisere og beskrive personlighet i form av akontekstuelle, fikserte og indre strukturer). Sykliske psykodynamikker er sådan en transteoretisk teori som forsøker å forstå hele mennesket og dets personlighet, og er anvendelig både på pasienter og ”friske” mennesker.

I denne beskrivelsen av IRP er det verd å merke seg at Wachtel ansees som en av forkjemperne for å syntetisere psykodynamisk terapi og atferdsterapi (McCullough & Andrews, 2001). Mens psykodynamisk terapi har fokus på blant annet indre konflikter og

Hvordan kan Integrert relasjonell psykoterapi bidra til å gjøre Affektfobi terapi mer komplett?

ubevisste prosesser, forsto Wachtel (1997) effektiviteten av å arbeide med disse prosessene i lys av at pasienten ble ”eksponert” for hans/hennes unngåtte angst for følelser og tanker, akkurat som atferdsterapeuten eksponerer pasienten for ekstern stimuli som heis eller edderkopp. Ifølge Wachtel (1997) er en av de primære endringsmekanismene å

disrupt the patient’s efforts to avoid certain lines of thought or to notice certain aspects of his behavior and experience. The therapist’s interpretations of defense or resistance are means of disrupting the effectiveness of these habitual avoidances, making likely more direct exposure to the fear-provoking response-producing cues.” (p. 92)

Med andre ord ser Wachtel på angst, skyld og skam som prosesser som begrenser pasientens liv og blokkerer tilgangen til viktige behov og opplevelser. Psykoterapi handler om å bli bevisst og eksponert for unngåtte opplevelser for å skape mer aksept for egne tanker, følelser, behov og atferd, ifølge Wachtel. Økt aksept for selvet er da avhengig av at pasienten får ny relasjonell erfaring med terapeut der angst, skam og skyld reduseres og problematiske relasjonelle mønstre endres. I tillegg til å fremheve de sentrale terapeutiske synspunktene hos Wachtel, viser dette avsnittet også likheten mellom Wachtel og McCullough sine perspektiver. Konflikttrekanten, representert i AFT, er opptatt av nettopp at inhiberende affekter (angst, skyld, skam og smerte) blokkerer tilgangen til adaptive affekter og sunne behov, og denne konflikten skaper unngåelsesatferd som bringer med seg både emosjonelle og relasjonelle problemer. Som Wachtel er McCullough i sin modell opptatt å bevisstgjøre og stoppe pasienten i automatisk å bruke forsvarsatferd, redusere angst, skyld og skam og eksponere for tidligere unngåtte, adaptive affekter.

Dette kapitlet har gitt en kort oversikt over IRP og hva det tilhørende teoretiske grunnlaget, sykliske psykodynamikker, omhandler. I de neste kapitlene vil jeg beskrive i nærmere detalj fundamentale aspekter ved sykliske psykodynamikker som vil gi leser en dypere forståelse av det relasjonelle synet i denne modellen.

Sykliske prosesser og nåværende relasjoner. Teorien i sykliske psykodynamikker legger stor vekt på påvirkningen av nåværende hendelser og relasjoner på pasientens liv (Wachtel, 1997, 2008). Slik beveger terapien seg bort fra mer tradisjonell psykoanalytisk tilnærming som ser på personens psykopatologi og maladaptive mønstre som konsekvenser fra erfaringer fra fortid (spesielt tidlig barndom), men der disse tendensene er låst *inne* i

personen og påvirker personen uten selv å bli påvirket av hendelser i hverdagslivet. Sagt på en annen måte, istedenfor å se på personens personlighetsstruktur som internalisert eller fiksert inne i personen er sykliske psykodynamikker mer opptatt av *prosessen* som opprettholder disse mønstrene. Sykliske psykodynamikker er opptatt av at personlighetsstrukturen opprettholdes i nåværende relasjoner, og forståelse av disse prosessene blir mer fundamentalt enn bare forståelse av personens fortid og hvordan det har påvirket hans/hennes personlighetsutvikling (Wachtel, 1994, 2008). Våre intrapsykiske personlighetsstrukturer opprettholdes ikke fordi de er dypt gravd ned i oss og upåvirkbar for daglige hendelser og interaksjoner, men opprettholdes fordi disse strukturene leder oss til å *handle i nåværende relasjoner som skaper konsekvenser (responser hos andre)* som ofte opprettholder de samme strukturene i en syklisk prosess. I teoretiske grunnlaget i IRP er det sådan *både* fokus på personens tidligere barndomshistorie som starten på personlighetsutvikling *og* hvordan personlighetsstrukturen og tendensene opprettholdes gjennom nåværende relasjoner.

Sykliske psykodynamikker (Wachtel, 1994, 2008) fremhever den gjennomtrengende rollen til både onde og gode sirkler; prosesser som er kjennetegnet av gjensidighet og toveispåvirkning. Wachtel fremhever sitt syn på at internaliserte strukturer (personlighet og tilknytning) har *opphev* i personens aktuelle livshendelser, det vil si relasjonelle og emosjonelle opplevelser fra barndommen har *startet* en utviklingsvei. Det sykliske synet på utvikling i denne teorien impliserer at intrapsykiske prosesser påvirkes og opprettholdes av hendelser i dagliglivet, og hendelser i dagliglivet påvirkes og opprettholdes av intrapsykiske prosesser. Relasjoner er ofte høyt tvetydige kontekst der våre forventninger og subjektivitet påvirker ikke bare vår opplevelse men også våre responser, som igjen påvirker de konsekvensene og responsene vi mottar fra andre. Slik vil vi gjennom de responsene vi mottar i våre relasjoner kontinuerlig få bekreftet og styrket våre preeksisterende forventninger; slik blir våre forventninger og oppfatninger *selvoppfyllende profetier*, som danner grunnlaget for enda en ny syklus. I denne teorien fremheves altså viktigheten av både tanker, følelser og behov (intrapsykiske strukturer i vår personlighet) men også viktigheten av vår atferd og de konsekvensene av vår atferd i sykliske prosesser som opprettholder våre maladaptive mønstre. Denne teorien viser sådan hvordan problematiske mønstre vedvarer og styrkes, ikke til tross, men nettopp på grunn av personens (og vår egen) måte å leve på. Basert på tidlige opplevelser som har påvirket personens personlighetsutvikling, forventer personen (og ofte også bringer med seg) de opplevelsene som vil opprettholde disse tidlige strukturene. I denne teorien vies det ikke mindre oppmerksomhet mot ubevisste opplevelser og atferd, men

ubevisste strukturer og prosesser blir sett på i lys av pågående hendelser i personens liv og som både årsaker og effekter (istedenfor strukturer skjermet fra påvirkning fra dagliglivet).

Oppsummert er det flere sentrale aspekter ved sykliske psykodynamikker som jeg har avdekket frem til dette punktet i oppgaven. Teorien legger vekt på viktigheten av *sykliske prosesser*; interaksjonen mellom intrapsykiske prosesser og interpersonlige hendelser der mønstre (og personlighetsstrukturer) vedvarer og styrkes på grunn av personens måte å leve på; viktigheten av atferd, konsekvenser og responser som følge av denne atferden i opprettholdelse av mønstre; selvoppfyllende profetier der våre intrapsykiske strukturer i interaksjon med konteksten vi befinner oss i skaper atferd og konsekvenser som opprettholder de samme intrapsykiske strukturene; viktigheten av tidlige opplevelser i å skape utviklingsveier som opprettholdes gjennom nåværende relasjoner, og ikke på grunn av fikserte og statiske internaliseringer.

Selvoppfyllende profetier, ”medskyldige” og ironi. Selvoppfyllende profetier og ”medskyldige” er sentrale og relaterte begreper i sykliske psykodynamikker som jeg i dette kapitlet ønsker å belyse nærmere. Deres rolle i Wachtel sin teori er at de er *relasjonelle* begreper som spiller en rolle i hvordan relasjoner bidrar til opprettholdelse av maladaptive mønstre (Wachtel, 2008). Sykliske psykodynamikker er opptatt av at mønstre i våre liv (både onde og gode) vedvarer og styrkes *på grunn av*, og ikke på tross av, vår nåværende realitet og måte å leve på. Sagt på en annen måte, så er teorien i sykliske psykodynamikker basert på at våre mønstre vedvarer på grunn av våre interaksjoner i nåværende relasjoner, det vil si med personene som er deltakere i våre liv, kalt ”medskyldige” i denne teorien (Wachtel, 1997, 2008). Våre intrapsykiske strukturer er med, på subtile og ofte ubevisste måter, å indusere andre til å spille rollen som ”medskyldige”. Vi velger ut, rekrutterer og trener våre ”medskyldige” til å spille bestemte roller som er med på å opprettholde våre konsistente og idiosynkratiske måter å oppleve og handle i verden.

”Medskyldige” i våre liv utgjør altså en kontekst som ofte vi konstruerer selv, og det er gjennom interaksjonen med våre ”medskyldige” at våre personlighetsstrukturer opprettholdes og styrkes (Wachtel, 1997, 2008). Vi handler mot våre ”medskyldige” basert på hvordan vi opplever dem, som vil påvirke hvordan de er mot oss, og sykliske psykodynamikker vil ofte indusere atferd i andre som er i samsvar med våre preeksisterende forventninger og tolkinger av dem som personer og deres handlinger. Våre forventninger kan slik være *selvoppfyllende* gjennom at forventninger skaper korresponderende tolkinger og

handlinger, som skaper konsekvenser og responser fra andre som ofte vil bekrefte og forsterke de preeksisterende forventningene. Et eksempel på en slik syklisk og selvoppfyllende prosess er personen som har en forventning om at andre vil være fiendtlige. Denne personen vil kunne handle på dette bilde av andre, for eksempel med å være fiendtlig innstilt selv, og skape responser og reaksjoner fra andre, for eksempel at andre svarer med fiendtlighet eller tilbaketrekning, som igjen kan bekrefte personens fiendtlige syn på andre. Wachtel er uenig i at denne fiendtlige forventningen (eller hvilket annet bilde og forventning om selvet eller andre) er en intrapsykisk struktur som er gravlagt og låst ”inne” i personen, og fortsetter å påvirke både pasientens opplevelse og atferd uten selv å bli påvirket av hendelser og konteksten i hverdagslivet. Denne forventningen opprettholdes nettopp på grunn av påvirkninger fra livshendelser og nåværende relasjoner der personen opplever at andre faktisk er fiendtlige i sine responser. Men disse responsene kan være i like stor grad være påvirket av at personen både subtilt og direkte vil reagere og respondere på en fiendtlig måte på grunn av hans forventninger og konteksten som aktiverer disse forventningene. Responsen til andre vil på denne måten bekrefte og styrke personens preeksisterende forventning om at andre er fiendtlige og dette vil skape utgangspunkt for en ny syklus.

Annet eksempel er mannen som opplever problemer med nærhet til kvinner. IRP sitt syn på denne problematikken innebærer at gjennom å prøve å forsvare seg mot nærhet og intimitet og gjennom sin måte å leve på fortsetter personen dette mønsteret. Mannens måte å leve på opprettholder angst, konflikter og fantasier relatert til nærhet og intimitet. Ved å holde andre unna sitt intime, affektive og sårbare liv har pasienten *faktisk opplevelse* i dagliglivet av at andre ikke er interessert i han og hans følelser. Her trekker Wachtel frem viktigheten av *nåværende atferd* (som inkluderer *forsvarsatferd*) og *konsekvenser* av denne atferden. Personens atferd er dermed ikke bare refleksjoner av hans dypere interne prosesser, men sammen med konsekvenser av hans handlinger opprettholdes også disse dypere prosessene. Det er viktig her å poengtere at ”det” som opprettholdes er våre tanker og følelser om oss selv og andre, vår opplevelse av verden og våre handlinger i verden. Denne opprettholdelsen skaper konsistens i vår opplevelse og atferd, ikke fordi disse mønstrene er begravd og besejlet fra dagliglivets påvirkninger (jmf tradisjonell psykoanalytisk tenking) men fordi mønsteret kontinuerlig skaper opplevelser, atferd og konsekvenser fra våre ”medskyldige” i dagliglivet som opprettholder disse mønstrene.

Et annet sentralt begrep i teorien i sykliske psykodynamikker er begrepet *ironi*, som jeg vil beskrive nå. Et kjennetegn ved menneskelige mønstre som kan skape vansker for personen selv og relasjonene hans/hennes er ironi (Wachtel, 2008). De konsekvensene vi

møter i våre liv er ikke nødvendigvis de vi søker. Wachtel (2008) peker på to typer ironiske utfall. Han peker på at ironi kan være produkt av konflikt der vi, ofte ubevisst, også ønsker og søker andre mål enn de mål vi er bevisst. Dette kan illustreres med mannen som ønsker og søker nærhet og intimitet med kvinner men også er redd for denne nærheten, og dette gir opphav til (ubevisste) defensive atferd for å unngå nærheten. Wachtel (1997, 2008) peker derimot også på at i mange tilfeller er konsekvenser av maladaptive mønstre *ikke* ønsket, selv ikke ubevisst. Sagt på annen måte, det er ingen intern konflikt men det er *ironiske* konsekvenser fordi de er resultat av personens atferd for nettopp å forhindre disse konsekvensene. Et illustrativt eksempel er personen som føler seg ubetydelig og usikker på sine egne behov og *responderer* til dette med å innordne seg andre sine ønsker og behov i dagliglivet. *Konsekvensen* av dette blir at pasienten opplever seg selv som falsk og ubetydelig igjen (selvoppyllende), og søker andre for ny retning (starter en ny syklus). Dette eksemplet viser at handlinger og konsekvenser av disse handlingene er en essensiell del av både å forstå mennesker og hjelpe dem med å bryte maladaptive mønstre.

Oppsummert viser denne delen av teorien i IRP fokuset på mennesket som en *aktiv* agent som konstruerer de kontekstene og relasjonene han/hun befinner seg i. Det er ikke tilfeldig hvem vi har i vår nærmeste krets i form av venner eller partnere, vi søker og kokonstruerer våre relasjoner basert på våre personlighetsstrukturer. Og de personene vi har i våre liv spiller en rolle, ofte ubevisst, i å opprettholde våre gode og onde mønstre i opplevelse og atferd. Våre konsistente mønstre er ofte kjennetegnet av ironi der vi oppnår det motsatte av det vi søker, og har en selvoppyllende natur på grunn av at våre opplevelser og atferd skaper responser fra personene i våre liv.

Kontekst og variabilitet. Wachtel (1997, 2008) har i sin teori et grunnleggende fokus på kontekst. Kontekst i denne sammenheng innebærer det interpersonlige ”rommet”, kultur, klasse, rase og etnisitet, men også tid, humør og situasjon (Wachtel, 2008). I denne oppgaven er fokuset på kontekst som de nåværende og nærmeste sosiale relasjonene og de ulike situasjonene som disse relasjonene utspiller seg i. IRP modellen er opptatt av personens unike subjektivitet og ubevisste kilder til opplevelse og atferd i en *relasjonell kontekst og relatert til pasientens nåværende måte å leve på*. Både det å kontekstualisere menneskelig opplevelse og atferd (personlighet), og samtidig variabilitet i opplevelse og atferd som følge av denne kontekstualiseringen, er sentrale karakteristikker i denne teorien. Wachtel (1997, 2008) mener at akkurat som konsistens i personens måte å oppleve og handle på er en fundamental aspekt ved mennesker og gjør at vi opplever personen med koherent (men muligens konfliktfylt)

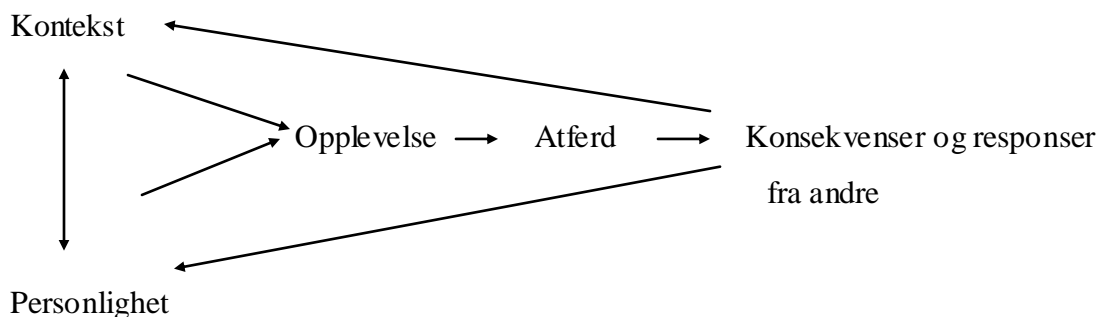
personlighet – er personen i like stor grad også kjennetegnet av enorm variasjon i måter å tenke, føle og handle på i ulike settinger, humør og tilstander. Denne modellen er sådan opptatt av den *kontekstuelle* naturen til menneskelig psykologi der vi både opplever nåtiden gjennom ”briller” fra fortid (skaper kontinuitet i måte å se og respondere på) og er responsive til både hendelser rundt oss og til andres atferd i *alle situasjoner* (skaper variasjon).

Kontinuitet/konsistens og variabilitet i opplevelse og atferd er da, ifølge Wachtel (1997, 2008), to viktige aspekter ved menneskelig fungering og med sentrale betydninger i vår måte å både forstå og endre maladaptive mønstre.

Det er her viktig å poengtere IRP sitt syn at fokus på kontekst i vår opplevelse og atferd *ikke* innebærer miljødeterminisme. Alle *har* en personlighetsstruktur slik at variansen i opplevelse og atferd ikke bare ligger i situasjonen, men ideen er at selvet personlighetsstrukturen er en *kontekstuell* struktur (Wachtel, 1997, 2008). Wachtel mener det er konteksten som bestemmer hvilke elementer av personlighetsstrukturen som aktiveres, og det er denne aktiveringen som organiserer opplevelse og atferd. Slik, mener Wachtel, er organiseringen av opplevelse og atferd påvirket av både preeksisterende personlighetsstrukturer og pågående kontekst. På den ene siden, har menneskelig opplevelse og atferd kontekstuell natur der våre opplevelser og atferd varierer i ulike kontekster (variabilitet er ikke bare ”noise” og ubetydelig unntak fra konsistent i opplevelse og atferd). På den andre siden, vil ethvert individ, som følge av sine tidligere erfaringer og de sykliske prosessene som har opprettholdt disse mønstrene, ha en personlighetsstruktur som er med på å skape en konsistens i hans/hennes opplevelser og atferd. Både personkarakteristikker og kontekst påvirker hverandre gjensidig og kontinuerlig og sammen bestemmer hva som hender i enhver situasjon (Wachtel, 2008). Kontekst påvirker vår opplevelse og atferd men vår opplevelse og atferd påvirker også kontekst. Wachtel (1997, 2008) peker her på at de kontekstene som vi mennesker befinner oss i, og som kan være med på å opprettholde eller endre våre mønstre, er i seg selv dynamiske. Vi har selv bidratt til å skape eller skape sammen med andre de kontekstene som vi finner oss i gjennom at vi oppsøker bestemte situasjoner, skaper bestemte situasjoner og påvirke andres atferd. Sådan er de kontekstene vi befinner oss i ikke uavhengige og tilfeldige variabler som bare hender oss men påvirket av nettopp våre personlighetstendenser. En slik dynamisk forståelse av kontekst, innebærer at det ikke er bare konsistens i opplevelse og atferd (personlighetsstruktur), men også den konteksten og kvaliteten på relasjoner som personen befinner seg i viser konsistens.

Figur 3 nedenfor viser en skjematisk illustrasjon for å illustrere sammenhengen mellom kontekst og personlighet i å skape opplevelse, atferd og konsekvenser/responser fra andre som

igjen opprettholder og styrker de preeksisterende personlighetstendensene. Dette er en skjematisk basert på min forståelse av det teoretiske grunnlaget i IRP.



Figur 3. Skjematisering av interaksjonen mellom personlighet, kontekst, opplevelse/atferd og konsekvenser i IRP modellen

Oppsummert viser Figur 3 overfor de fire sentrale elementene i sykliske psykodynamikker, nemlig kontekst, personlighet, opplevelse/atferd og konsekvenser/responser fra andre. Figuren viser hvordan disse elementene påvirker hverandre gjensidig gjennom 1) konteksten en person befinner seg i påvirker hvilke aspekter av personligheten som aktiveres (kontekst påvirker personlighet), og sammen skaper kontekst og personlighet personens faktiske opplevelser som innebærer både tanker om seg selv og andre, følelser, behov og atferd. Slik er kontekst med på å skape variabilitet, der ulike kontekst kan aktivere ulike aspekter av personlighet som igjen kan gi ulike opplevelser og atferd; 2) personens personlighet påvirker også konteksten han/hun befinner seg i gjennom at han/hun oppsøker, skaper og kokonstruerer konteksten sammen med andre slik at den konsistensen og kontinuiteten som vises i personlighet vises også i kontekst. Personlighet kan gjennom å skape konsistente kontekst, og gjennom at den påvirker vår persepsjon, tolking og forventninger være med på å skape konsistens i vår opplevelse og atferd; 1) og 2) viser at gjennom gjensidig og kontinuerlig påvirkning mellom kontekst og personlighet vil våre opplevelser både være karakterisert av konsistens og regelmessigheter og samtidig variabel på grunn av de ulike kontekstene vi befinner oss i; 3) vår opplevelse vil påvirke vår ytre atferd i våre nåværende relasjoner som igjen påvirker konsekvenser og responser vi får fra andre - ofte vil disse konsekvensene og responsene fra andre bekrefte og styrke våre preeksisterende forventninger og overbevisninger (selvoppfyllende profetier) som da skaper potensiale for en ny og opprettholdende syklus.

Diskusjon

Diskusjonen som nå følger tar utgangspunkt i AFT og IRP sine betraktninger av interpersonlige relasjoner, beskrevet i teoridelen i denne oppgaven. Diskusjonens mål er å utforske og drøfte spørsmålene stilt i ”Problemstilling og metode” delen av denne oppgaven:

1. *Hvilke aspekter ved interpersonlige relasjoner er mangelfulle i AFT sin teori og praksis?*
2. *Hvordan kan den relasjonelle teorien og praksisen i IRP integreres i AFT for å gjøre AFT sin teori og praksis mer komplett?*

I diskusjonen nedenfor vil de ulike temaene eller overskriftene nummereres med (1) eller (2) for å tydeliggjøre hvilken av de to spørsmålene overfor jeg forsøker å besvare.

Konsistens og Variasjon

(1) I affektfobimodellen blir den intrapsykiske affektive konflikten (representert ved Konflikttrekanten) *kontekstualisert* ved hjelp av Persontrekanten, dvs. ved å betrakte affektfobien i en *relasjonell kontekst*. Pasientens affektfobi, en intrapsykisk konflikt, blir forstått ut fra at fobien utspiller/utspilte seg i relasjon med tidlige familiemedlemmer (mor, far, søsken, nærmeste familiemedlemmer), nåværende relasjoner (partner, venner, kolleger, bekjente) og i relasjonen med terapeuten. AFT bringer dermed sammen intrapsykiske konflikter med interpersonlige relasjoner, der våre opplevelser og uttrykk av affekter foregår i interpersonlige relasjoner. Ved å vektlegge rollen til interpersonlige relasjoner i en affektfobimodell, deler AFT og IRP syn på viktigheten av relasjoner der affekter og affektfobi alltid utspiller seg i en relasjonell kontekst.

Sammenlignet med IRP sin relasjonelle teori vil jeg nå argumentere for at på flere punkter vil IRP sin kontekstualisering av intrapsykiske prosesser skille seg fra, og gå lengre enn, AFT. Persontrekanten i AFT benyttes som et middel for å hjelpe personen med å se hvordan hans/hennes affektfobi vises på tvers av tidligere og nåværende relasjoner inkludert relasjonen med terapeut. Selv om McCullough-Vaillant (1997) bemerker at i AFT må det vurderes *variasjon* i kjerneproblem (dvs. affektfobier) på tvers av tid, relasjoner, settinger og humør, er AFT først og fremst opptatt av *konsistens* i maladaptive atferdmønstre på tvers av ulike relasjoner. Dette gjenspeiles i resten av AFT sin teori og praksis eksemplifisert ved kasuseksempler (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997), der McCullough

vektlegger eksplisitt og implisitt fokuset på å finne konsistens og mønstre i affektfobi, og slik ignorerer hun i større grad variasjon i opplevelse og atferd på tvers av kontekster. Dette kan illustreres med sitat fra McCullough et al. (2003) som skriver

When similarities are identified between behaviors in past and current relationships – including the relationship with the therapist – it becomes very clear how patient’s maladaptive patterns have been transferred from past relationships and are maintained in current relationships. Seeing repeated patterns of conflict across several relationships gives an idea of the frequency and severity of the problem. (p. 43)

Dette innebærer etter min vurdering at AFT sitt syn på affektfobi er en formulering av intrapsykiske konflikter som personen ”bærer med seg” i sine relasjoner, slik at affektfobien kommer til uttrykk både i tidlige og nåværende relasjoner i og utenfor terapirommet. Mens generaliserbarheten av den/de intrapsykiske konflikten(e) til personens relasjoner vektlegges, nedtoner AFT variasjon av personens affektfobi og viktigheten av dette. Denne forståelsen kommer også til uttrykk i selvet terapiprosessen der det er helt sentralt å fremheve konsistens i personens maladaptive atferdsmønstre (dvs. affektfobi) på tvers av relasjoner både for å bevisstgjøre personen på omfanget av affektfobien og motivere til endring gjennom bevisstgjøring av kostnader og tap på tvers av disse relasjonene. Her vil for eksempel terapeuten hjelpe pasienten med å se at hans/hennes angst for nærhet utspiller seg ikke bare i relasjon med partner men også i relasjonen med terapeut, og at dette har sammenheng med pasientens smertefulle erfaringer med omsorgspersoner. IRP derimot har i tillegg til å finne mønstre og konsistens, et større fokus på også å finne *variasjon/unntak fra regel* i menneskelig atferd (Wachtel, 2008). Variasjon handler om variasjon fra *kontekst til kontekst*, og målet er å hjelpe pasienten med å innse at han/hun ikke *alltid* er på en negativ måte, men han/hun kan handle på denne måten noen ganger og handle annerledes andre ganger. Oversatt til konseptualiseringen i affektfobimodellen, innebærer dette å søke etter mønstre og konsistens i affektfobi *i tillegg* til å søke variasjon både *på tvers av relasjoner* og variasjon *innad i samme relasjon*.

En av de mest verdifulle bidragene av interpersonlig tilnærming, og dermed sykliske psykodynamikker, er vektleggingen av at vi alltid lever *i situasjoner* slik at våre persepsjoner, følelser og atferd er responser til noe (Wachtel, 2008). Dette innebærer at heller enn å beskrive en person globalt som sint, er det mer verdifullt å spørre *når* konflikter eller sinne

oppstår. Her påpeker Wachtel (2008) på noen av fallgruvene ved å beskrive mennesker i absolutte termer som kan være at når personen ikke viser de egenskapene vi forventer ut fra vår predefinerte kategoriseringer av personen så vil personens egenskaper og atferd tolkes som *uviktige unntak* eller *forsvar* mot ”den ekte opplevelsen og atferden”. I AFT, som har større fokus på å finne mønstre på tvers av relasjoner, er min betraktning at det er større fare for å ignorere eller tolke variasjon på tvers av relasjoner som *ubetydelige unntak*, som ikke i stor nok grad blir lagt vekt på og promotert for å skape endring. Når målet med Persontrekanten i hovedsak er å finne konsistens og mønstre i affektfobien på tvers av ulike relasjoner, kan det være større fare (dog ikke gitt) for at variasjon i affektfobien på tvers av relasjoner blir tonet ned, ignorert eller minimalisert. Slik kan man ”finne det man leter etter” og dermed unngå viktigheten av variasjon i affektfobi. Man mister muligheten for å bevisstgjøre pasienten på at han/hun har et potensial i seg som uttrykkes i noen relasjoner/situasjoner og kan dyrkes for å skape endring. Pasienten kan miste muligheten til å se at han kan være selvhverdende med sine kolleger og venner, men har vansker med selvhverdelse med sin ektefelle hvis selvhverdelse med kolleger eller venner blir ignorert eller minimalisert som *uviktige unntak*. Pasienten kan slik også miste muligheten for å benytte seg av de ressursene han har til noen ganger å uttrykke selvhverdelse (med kolleger og venner) og utvide dette til å hevde seg selv med sin ektefelle. Slik kan både terapeut og pasient miste muligheten for å utforske *hvorfor* og *når* denne variasjonen finner sted, som kan gi verdifull informasjon om pasientens idiosynkratiske opplevelse og atferdsmønstre.

Videre er IRP, etter min fortolkning, i større grad enn AFT opptatt av å kontekstualisere innad i samme relasjon. Oversatt til affektfobimodellen, innebærer dette å være opptatt av i *hvilke situasjoner* pasienten demonstrerer affektfobi og hvilke han ikke gjør det/gjør det i mindre grad. Dette resonnementet er basert på vår tidligere historie og erfaringer der ulike situasjoner kan skape ulike typer og grad av affekter. En mann kan være relativ selvhverdende med sin kone når det gjelder å uttrykke ønske om hvor han ønsker å dra sammen på ferie, men oppleve vansker med selvhverdelse/sinne når det gjelder hans ønske om at hans kone skal være mer initiativrik i forholdet. Med utgangspunkt i dette er min vurdering at ved å søke etter mønstre i affektfobi i ulike relasjoner, kan variasjon i affektfobien som resultat av ulike *situasjoner i samme relasjon* bli ignorert. Min betraktning er at i AFT er det større fare (men ikke gitt) for overgeneralisering, det vil si når pasienten deler om enkelte situasjoner i samme relasjon der intrapsykiske konflikter kan gjenkjennes, så vil pasienten lettere forstås som å *ha affektfobi i denne relasjonen* og terapeuten vil da søke etter dette mønsteret i andre relasjoner. Selv om konseptualiseringen med en mer generell affektfobi i en relasjon *kan* være riktig for

pasienten, vil en for tidlig overgeneralisering fra enkeltsituasjoner til hele relasjonsmønsteret frata terapeut, og ikke minst pasient, en dypere forståelse av hvilke affekter ulike situasjoner kan aktivere i pasienten og hvordan denne aktiveringen kan variere på tvers av situasjoner i samme relasjon. Men det er også viktig å være klar over den motsatte faren som er å *overkontekstualisere*, og som kan være en like stor og ødeleggende fare i denne sammenheng; dvs. ulike situasjoner der pasienten ”viser” affektfobi blir forstått mer ut fra sin kontekst enn ut fra at dette kan utgjøre en mer generell affektfobi for pasienten. Det siste kan spesielt være en fare for pasienter med tendenser til å minimere og bagatellisere sine problemer.

Et annet viktig aspekt som Wachtel (2008) trekker frem i forhold til kontekstualisering kan relateres i AFT til oppmerksomhet mot at pasienten kan oppnå ”bedring” i sin affektfobi sammen med *terapeut* (for eksempel økt toleranse for tristhet, sinne eller nærhet) uten at denne ”bedringen” er like tydelig *utenfor terapirommet*. Gjennom en trygg relasjon med terapeut, kan pasienten utvikle sin evne til både å tolerere og uttrykke aktiverende affekter uten at dette nødvendigvis generaliseres til nåværende relasjoner utenfor terapirommet. Denne variasjonen i opplevelse og atferd kan forstås ut fra de positive konsekvensene pasienten har fått når han/hun har opplevd og uttrykt ulike aktiverende affekter i terapeut-pasient-relasjonen. I kontrast, kan personene i pasientens liv utenfor terapirommet gi responser og ha egne behov som kan være i konflikt med pasientens behandlingsmål om økt toleranse og uttrykk av adaptive affekter (dette vil jeg komme nærmere innpå i senere kapittel om ”Medskyldige og Dynamisk kontekst”) som kan være med på å opprettholde eller forsterke den affektive konflikten i pasienten. Uten tilstrekkelig oppmerksomhet mot pasientens nåværende relasjoner og utvikling av affektfobien i disse relasjonene, vil pasient og terapeut gå glipp av muligheter for å skape enda mer globale og varige endringer hos pasienten. Pasienten vil gå glipp av muligheten til både å oppleve og uttrykke sine aktiverende affekter på en velmodulert måte i de relasjonene som er viktigst for pasienten og hans/hennes liv.

Oppsummert viser denne delen av diskusjonen som tar for seg problemstilling (1) at både IRP og AFT har fokus på nåværende relasjoner (ikke eksklusivt fortid og tidligere relasjoner) for å forstå og endre maladaptive mønstre. Videre har vi sett at IRP, sammenlignet med AFT, har et større fokus på relasjonell kontekst og variasjon som følge av den relasjonelle konteksten personen befinner seg i. AFT er primært en intrapsykisk modell med affektfobi som det sentrale, og dette kontekstualiseres med Persontrekanten, men der fokuset er primært å finne konsistens og mønstre (i affektfobi) på tvers av relasjoner. Slik kan AFT være i fare for ikke å oppdage eller ignorere variasjon i affektfobi på tvers av relasjoner og

innad i samme relasjoner, og sådan gi et mindre nyansert bilde av *når* og *hvorfor* pasienten kan "vise ulik grad av affektfobi" og miste mulighet for å bruke variasjon for å akselerere endringsprosessen.

(2) Som diskusjonen overfor viser gir IRP i sin teori større oppmerksomhet mot kontekst og variasjon, og det er utvidelsen av dette synet til terapeutisk praksis jeg nå ønsker å fokusere på. Jeg ønsker å argumentere for å *utvide* (ikke skifte) oppmerksomheten fra å søke etter konsistente mønstre i affektfobi på tvers av familierelasjoner, nåværende relasjoner og terapeutrelasjonen (slik fokuset er i AFT) til også fokus på å *kontekstualisere* affektfobien (som er et større fokus i IRP). Det vil si, fra å tenke på en person som affektfobisk (for eksempel fobi mot tristhet, sinne, nærhet eller positive følelser for selvet) til også å inkludere større fokus på *når* og *hvorfor* viser pasienten affektfobi i denne *situasjonen* og i denne *relasjonen* og hvordan "graden av affektfobien" varierer som følge av dette. Oppmerksomhet mot variasjon blir en viktig måte å hjelpe pasienter med å se og utvikle alternative måter å oppleve og handle på som bryter opprettholdelsen av maladaptive mønstre. I tillegg vil oppmerksomhet mot variabilitet hjelpe pasienten med å se sine styrker og identifisere kontekster der han/hun fungerer adekvat (identifisere styrker og nye måter å være på som *allerede er tilstede* hos pasienten), og skape diskrepans med hans/hennes negative globale syn på seg selv. Eksempel er pasienter som har et globalt selvkritisk syn på seg selv, og som kan hjelpes med å identifisere unntak i deres selvkritiske opplevelse og atferd. Når det gjelder større fokus på konteksten til affektfobien, er det min vurdering at terapeutiske kommunikasjoner av formen "det virker å være vanskelig for deg å tillate deg selv å kjenne på og uttrykke ditt sinne mot din kone når hun bryter middagsavtalen, mens du sier tydelig i fra når hun kjefter på deres barn" (dvs. kontekstualisere affektfobien i nåværende relasjon med kone, og invitere til å se nærmere på *hvorfor* det er sånn) kan være like kraftfulle som "det virker å være vanskelig for deg å tillate deg selv å kjenne på og uttrykke ditt sinne mot din kone" (generalisert implisitt til *alle* situasjoner innad i samme relasjon). Det er min vurdering at den første kommunikasjonen fortsatt kan påpeke viktigheten av selvhevdelse og sinne i pasientens relasjon med hans kone, men differensierer i større grad også *spesifikke* situasjoner innad i relasjonen som kan være vanskelige. I den første kommunikasjonen kan det være terapeutisk nyttig også å ha fokus på situasjonen der pasienten faktisk sier fra og uttrykker sitt sinne og hjelpe pasienten med å utvide dette potensialet til de situasjoner som han ønsker å bli mer selvhevdende på.

Det er også min vurdering at oppmerksomhet mot variasjon i affektfobi på tvers av

relasjoner kan være nyttige, både når det gjelder ulik grad av affektfobi og kanskje viktigere om det er variasjon i forsvar og inhiberende affekter og tanker. En kvinne kan unngå sitt sinne mot sin mann hjemme ved å trekke seg tilbake på grunn av frykt for å bli forlatt; samme kvinnen kan unngå sinne mot sjefen ved å være ekstra medgjørlig på grunn av frykt for å få bli mislikt eller få sparken. En slik utforskning med fokus på variasjon i affektfobi på tvers av relasjoner kan gjøre pasient og terapeut oppmerksom på at ulike defensive atferd og inhiberende tanker og følelser *kan* (men trenger ikke) spille seg ut, og variasjon i graden av affektfobi kan også lede dem mot dypere forståelse av pasienten og hans/hennes affektive konflikter. Dette mener jeg er både teoretisk og praktisk mulig å implementere i AFT modellen. Det endrer ikke på viktigheten av Konflikttrekanten, eller affektfobiske grunnlaget, men utvider begrepet Persontrekant fra søk etter konsistente mønstre til søk etter konsistente mønstre og variasjon både på tvers av relasjoner og på tvers av situasjoner i samme relasjon. Målet i AFT modellen og grunnlaget i Konflikttrekanten forblir det samme, men Persontrekanten ”utvides”; ikke for å motvirke fokuset på konsistente mønstre som ligger i AFT modellen men for å finne *mer nøyaktige mønstre* som retter fokus på de relasjonene og situasjonene som skaper størst vansker for pasienten. Slik kan viktigheten av variasjon i tanker, følelser og atferd som er sentrale i IRP integreres i AFT til å inkludere både fokus på konsistens og variasjon i affektfobi. Jeg ønsker likevel i denne diskusjonen også å trekke frem to refleksjoner rundt økt fokus på variasjon i opplevelse og atferd. For det første, og som tidligere nevnt, en større vekt på kontekstualisering av affektfobien innebærer også en fare for å overkontekstualisere; kanskje spesielt for pasienter med tendenser til å minimere sine vansker, der terapeuten kan bli dratt inn med pasienten og unngå å se etter og kjenne igjen mønstre av opplevelser og atferd på tvers av situasjoner og relasjoner. For det andre, for pasienter med mer alvorlig problematikk og funksjonssvikt er det naturlig å anta en ”sterkere grad” av affektfobi, som igjen er relatert til mer rigide, maladaptive mønstre (affektfobi) på tvers av situasjoner og relasjoner. For slike pasienter vil det være naturlig å anta sterkere grad av inhiberende affekter og mer rigide forsvarsatferd som både kan være mer ubevisst og egosyntont enn mer velfungerende pasienter. Implikasjonen av dette er at for slike pasienter vil konsistens i opplevelse og atferd være mer kjennetegnende for deres fungering og kilde til vansker, og fokus på konsistens (vs variasjon) vil i slike situasjoner kunne være mer hensiktsmessig. Jeg tar med dette siste punktet for å vise at selv om jeg argumenterer for mer fokus på variasjon i affektfobi i AFT, vil balansen mellom fokus på variasjon og konsistens variere fra pasient til pasient – der pasienter med større funksjonsvansker og mer rigide atferdsmønstre kan ha større utbytte av fokus på konsistens i deres arbeid med affektfobi.

Utvikling og Opprettholdelse av Affektfobi

(1) I AFT modellen er affektfobi en *lært* prosess som har sine røtter i *familedynamikk* og *familiesosialisering* i barndom; gjennom maladaptive foreldrepraksis og sosialisering har barnet lært at noen følelser er farlige og ødeleggende å kjenne på og uttrykke, og at å kjenne på og uttrykke disse følelsene kan være ødeleggende for den fundamentale tilknytningen barnet har til sine omsorgspersoner (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997). Det er spesielt to viktige implikasjoner av denne forståelsen av utviklingen av affektfobi i AFT. For det første vil en slik forståelse hjelpe pasienten med innsikt i at det er omsorgspersoners atferd (men ikke anklage deres motiver og egenskaper) som har hovedansvar for utviklingen av pasientens defensive atferdsmønstre og sådan redusere selvangrep og skam. For det andre, siden affektfobi er lært i et interpersonlig kontekst, kan den også læres på en ny, mer adaptiv måte i en interpersonlig kontekst. I McCullough sin teori er det videre konseptualisert at personens maladaptive mønstre repeteres, eller fortsetter, eller opprettholdes i nåværende relasjoner. Dermed skiller AFT i sin teori mellom opphavet (Familie/Omsorgspersoner) og opprettholdelse av affektfobi eller defensive mønstre (Nåværende relasjoner og Terapeut-pasient relasjon). Mens forståelsen av opphavet til affektfobi og å delegere ansvaret (men ikke anklage) til omsorgspersoner brukes for å redusere inhiberende affekter (spesielt skam), brukes forståelsen av at affektfobien opprettholdes i nåværende og terapeut-pasient relasjoner for å delegere ansvar til pasienten selv for å endre på dette defensive mønsteret. Ved å inkludere nåværende relasjoner i Persontrekanten, deler også AFT og IRP antagelsen om at for å forstå personen og hans personlighetsstruktur, så er det nødvendig å lete i personens nåværende måte å leve på og ikke bare forstå hans fortid eller bare fokus på pasient-terapeut-relasjonen. Å forstå tidlige familiepraksiser og miljø er viktig for å forstå pasientens maladaptive mønstre som har blitt opprettholdt til den dag i dag, men både AFT og IRP har primært fokus på nåværende hendelser og relasjoner ut fra synet på at dette fokuset er den mest hensiktsmessige måten for å skape endring.

Denne forståelsen av utviklingen og opprettholdelsen av affektfobi peker på flere viktige momenter som er verd å merke seg. For det første, er affektfobimodellen og sykliske psykodynamikker enige om at vårt forhold til våre tanker, følelser og behov er en *lært* prosess – og peker sådan på viktigheten av hva barnet, implisitt og eksplisitt, lærer i *tidlige relasjoner*; nemlig at det er gjennom samspill med omsorgspersoner og tidlige figurer at ulike intrapsyriske prosesser (for eksempel konflikter mellom aktiverende og inhiberende affekter)

starter. For det andre virker det å være grunnleggende forskjeller på affektfobimodellen og sykliske psykodynamikker i synet på erfaringer i tidlige relasjoner. I sykliske psykodynamikker er det eksplisitt konseptualisert at erfaringer i tidlige relasjoner skaper en *utviklingsvei*, det vil si at barnet i sine tidlige relasjoner *begynner* å lære at følelser kan være ødeleggende for tilknytningen og denne *utviklingen fortsetter* også utover barndomstid i relasjon med andre som lærere, venner osv. I affektfobimodellen er utviklingsvei eller lignende begreper ikke benyttet i forståelse av utviklingen av affektfobi, men derimot at affektfobien repeteres eller fortsetter i nåværende relasjoner (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997). Begrepene repetisjon eller fortsettelse er ikke nærmere forklart og beskrevet, og dermed skaper et inntrykk av at affektfobi *ferdigutvikles* i barndommen slik at mønsteret som vises i nåværende relasjoner er bare en repetisjon eller fortsettelse av gamle mønstre. Dette kan minne om psykoanalytisk syn som sykliske psykodynamikker er et kritisk svar på. IRP kritiserer synet på at gjennom erfaringer med tidlige omsorgspersoner lærer barnet å assosiere angst, skyld og skam til egne tanker, følelser og behov og at denne prosessen *internaliseres* i barnet og kommer til uttrykk i ulike kontekst uten selv å bli påvirket av nye kontekst. Wachtel kritiserer dette synet på internalisering og peker på viktigheten av relasjoner og livshendelser som både har opprettholdt og fremdeles opprettholder maladaptive mønstre, mens affektfobimodellen synes å ignorere i sin teori viktigheten av hvordan affektfobien har blitt opprettholdt i tiden mellom tidlige familiære relasjoner og nåværende relasjoner. Akkurat som Wachtel (2008) kritiserer tradisjonell psykoanalytisk tenking, virker AFT sådan å ha et 2-person perspektiv for de tidlige barneårene og et 1-person perspektiv for de senere årene. Dette innebærer et syn der de interne strukturene dannes relasjonelt der barnet lærer representasjoner av seg og andre i samhandling med omsorgsgiver (2 person perspektiv) men der det foregår en internalisering av tidlige interaksjoner slik at i sen barndom og voksenliv blir de interne representasjonene (affektfobien) sett på som autonome krefter i psyken og påvirker opplevelse uten selv å bli modifisert av senere hendelser og relasjoner (1-person perspektiv).

Videre har AFT et syn på at affektfobi opprettholdes i nye relasjoner gjennom unngåelsesatferd, dvs. på grunn av inhiberende affekter assosiert med aktiverende affekter unngår personen aktiverende affekter ved å bruke ulike forsvarsatferd. Konflikten mellom aktiverende og inhiberende affekter utgjør en form for straff som reduserer sannsynligheten at den emosjonelle, aktiverende responsen vil finne sted. Slik vedvarer forsvarsatferd og høye nivåer av inhiberende affekter som begrenser tilgangen til aktiverende affekter, og opprettholder på denne måten affektfobien. Men mens den primære fordelene med

forsvarsatferd er å unngå konflikten mellom aktiverende og inhiberende affekter, er AFT også opptatt av sekundære gevinster, som er ubevisste fordeler eller belønning av forsvarsatferd, i forståelsen av mekanismene som opprettholder affektfobien. Viktigheten av inhiberende affekter, tilhørende inhiberende kognisjoner, forsvar (unngåelsesatferd) og nåværende relasjoner er sentrale også i sykliske psykodynamikker (IRP) i forståelsen av hvordan maladaptive mønstre opprettholdes. Maladaptive mønstre opprettholdes i nåværende relasjoner og en av mekanismene er unngåelsesatferd som fører til at pasienten ikke får mulighet til nylæring og redusering av angst. Men sykliske psykodynamikker har i tillegg, sammenlignet med AFT, en mer utvidet forståelse av hvordan maladaptive mønstre opprettholdes med større vekt på kontekst og relasjoner. Den sykliske modellen har vekt på at det er en interaksjon mellom våre intrapsykiske prosesser (for eksempel affektfobi) og konteksten vi befinner oss i som påvirker vår opplevelse, atferd og de konsekvensene og responsene vi får fra andre. De konsekvensene og responsene vi får fra andre får dermed en sentral plass i sykliske psykodynamikker og det antas at disse konsekvensene vil ofte være i samsvar med og styrke våre intrapsykiske strukturer (selvoppfyllende profetier). Wachtel (1997) inkluderer to typer konsekvenser som er av betydning i denne sammenheng. For det første innebærer det responser som skapes i andre på grunn av vår atferd, for eksempel kan vår fiendtlige atferd skapt av våre fiendtlige holdninger skape fiendtlige responser i andre som opprettholder vårt mønster. For det andre innebærer konsekvenser direkte effekt av våre handlinger på hvordan vi opplever oss selv, for eksempel tanker om at vi er for kravstore kan føre til at vi holder tilbake egne behov, og denne tilbakeholdelsen kan "bygge opp" mer intense behov som bekrefter synet på selvet som kravstor (Wachtel, 1997).

Det er her verd å merke seg at konsekvenser av personens defensive atferd ikke er eksplisitt representert i affektfobimodellen (Konflikttrekant eller Persontrekant) og kan tilsynelatende virke ikke å være sentral i selvet konseptualiseringen av affektfobi. Men konsekvenser av personens atferd har en sentral og viktig rolle i 1) forsvarsanalyse med identifisering av interne og eksterne defensiv atferd, deres årsaker og konsekvenser, og 2) utforsking av kostnader ved bruk av defensiv atferd. Ved utforsking av kostnader ved personens defensive atferd er det blant annet fokus på hvordan andre vil respondere til personens defensive atferd (ekstern konsekvens) og hvordan dette er i kontrast til personens egne behov og ønsker (intern konsekvens). Men AFT modellen er ikke opptatt av bidraget av konsekvenser og andre sine responser i å *generere* mer intrapsykisk konflikt som *oppretholder* maladaptive mønstre, og dermed ignorerer sykliske prosesser i affektfobien slik sykliske psykodynamikker er opptatt av. Affektfobimodellen har sådan mer vekt på den

intrapyskiske konflikten og personens atferd ut fra dette (forsvar) uten å konseptualisere at konsekvenser av personens forsvar vil skape responser i andre som vil kunne generere enda mer aktiverende følelser som personen må forsvare seg mot. Teorien i affektfobimodellen synes dermed å være mer lineær og fokusert på intrapsykiske prosesser enn på interpersonlige responser og sykliske, selvpoppfyllende prosesser. AFT modellen mangler sådan den sykliske karakteristikken i sykliske psykodynamikker som er opptatt av at forsvar *fører med seg konsekvenser* som vil føre til mer aktiverende affekter som, på grunn av for høye inhiberende affekter, pasienten igjen må forsvare seg mot. Eksempel er personen som opplever stort ubehag til sitt eget sinne og vil forsvare seg mot sinne, med for eksempel å være overvennlig. Denne overvennligheten vil føre til at han i mindre grad uttrykker sine ønsker og behov (hans atferd) og at han dermed ikke blir hørt (konsekvenser eller respons fra andre). Dette vil føre til enda mer sinne som han igjen må forsvare seg mot på grunn for høy ubehag i forhold til eget sinne. AFT ville konseptualisert denne kasusen på lignende måte, men mangler etter min forståelse inkludering av konsekvenser og responser fra andre i prosessen med å skape enda mer sinne som pasienten igjen må forsvare seg mot på grunn av inhiberende affekter.

Oppsummert viser denne delen av diskusjonen som tar for seg problemstilling (1) at både IRP og AFT er basert på teorier som vektlegger tidlige relasjonelle og emosjonelle erfaringer og synet på at adaptive og maladaptive mønstre er en lært prosess. IRP ser på tidlige relasjonelle og emosjonelle erfaringer med omsorgspersoner som et startpunkt på en utviklingsvei, mens AFT er uklar på om tidligere erfaringer danner et utgangspunkt for å utvikle affektfobi eller om affektfobien ferdigutvikles i de tidlige barndomsårene. AFT legger vekt på unngåelsesatferd (som unngår adaptive affekter) og sekundære gevinster som to sentrale mekanismer i hvordan affektfobi opprettholdes men samtidig ignorerer hvordan barnets andre relasjoner enn med foreldre også kan være med på å opprettholde eller styrke affektfobien. IRP sin teori kan være et nyttig supplement i den teoretiske forståelsen av årsak og opprettholdelse av affektfobi i AFT, og er basert på sykliske psykodynamikker (AFT en lineær modell) som i sin kjerne handler om de mekanismene som opprettholder maladaptive mønstre og intrapsykiske strukturer. Dette handler om en kontinuerlig prosess med gjensidig påvirkning mellom intrapsykiske strukturer og interpersonlig kontekst som skaper opplevelse, atferd og responser fra andre, som ofte styrker de samme intrapsykiske strukturene og interpersonlige kontekstene.

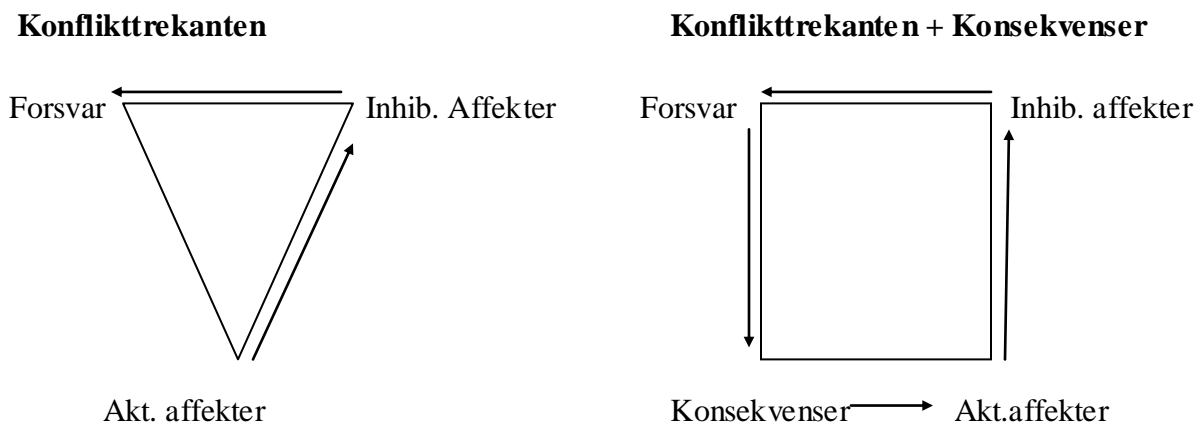
(2) Vi har sett at både AFT og IRP er bygd på en teori som fremhever at de intrapsykiske prosessene, inkludert affektfobi, er en lært prosess som startet i personens

opprinnelige familie som barn. En teoretisk distinksjon er at IRP legger vekt på at affektfobi som læres gjennom tidlige interaksjoner med omsorgsgivere skaper en *utviklingsvei* som opprettholdes i relasjoner gjennom *hele livet*, og dermed ikke ferdigutvikles og internaliseres i tidlig barndom. Dette synet innebærer et 2-person perspektiv på utvikling av affektfobien der det *kontinuerlig gjennom hele livet* foregår en interaksjon mellom intrapsyriske prosesser (affektfobien) og de kontekstene eller relasjonene som personen befinner. Dette er, etter min forståelse, et annerledes syn enn i AFT der affektfobien synes å *ferdiglæres* i originalfamilien og bare repeteres/fortsetter i nåværende relasjoner og i terapeutrelasjonen. Dette skaper et tomrom i hvordan affektfobien har blitt opprettholdt i tiden mellom familie og nåværende relasjoner.

Først ønsker jeg å ta for meg AFT og IRP sine syn, henholdsvis, på ferdiglært affektfobi i tidlig barndom versus prosessen med å lære affektfobi starter i tidlig barndom og forsterkes og opprettholdes i relasjoner gjennom hele livet. På spørsmålet om hvordan dette kan integreres i AFT sin teori og praksis, er det først viktig å minne på at forståelsen av utviklingen av affektfobi har som primærfunksjon å hjelpe pasienten med ny innsikt og være bidrag til å redusere skam og selvangrep i forhold til egne vansker og affektfobi. Med andre ord, det er omsorgspersoners atferd (men ikke anklage deres motiver og egenskaper) som har hovedansvar for utviklingen av pasientens defensive atferdsmønstre. Denne forståelsen vil også brukes i AFT som motivasjon til endring ut fra at på samme måte som affektfobien har blitt lært, kan den også nylæres. Spørsmålet er hva slags effekt ville det ha fått å integrere IRP sin forståelse av utviklingen av affektfobi i AFT? Ville det påvirke hensikten som er å gi innsikt, redusere skam og selvangrep, og motivere til endring? Jeg har argumentert for at IRP sin forståelse av utvikling av affektfobi *teoretisk* sett kan være med på å gjøre AFT sin forståelse mer komplett. Jeg vurderer det dit hen at ved å implementere *praktisk* IRP sitt syn i AFT vil hensikten med å gi innsikt, redusere skam og selvangrep, og motivere til endring fortsatt bevares. Det er vanskelig for meg å se hvordan IRP sin forståelse av utvikling av affektfobi kan motvirke hensiktene som er nevnt i forrige setning. Det kan i tillegg argumenteres for at med IRP sitt syn på utvikling av affektfobi som en utviklingsvei vil (enkelte) pasienter lettere kunne ta imot denne innsikten enn ved å argumentere at det er bare på grunn av tidlige relasjoner at pasienter har utviklet affektfobi. Dette resonnementet er ut fra mine egne kliniske erfaringer der mange pasienter, til tross for vonde opplevelser tidlig i barndom med sine foreldre, er veldig overbeskyttende overfor sine foreldre og kommer fort i en posisjon der de skal forsvare foreldrenes atferd. I tillegg, ved å betrakte utvikling av affektfobi som en utviklingsvei som starter i tidlig barndom, kan terapeut og pasient i større

grad også være åpne for å utforske andre relasjoner i barndom som søsken, venner og lærere, der affektfobien ble forsterket og opprettholdt.

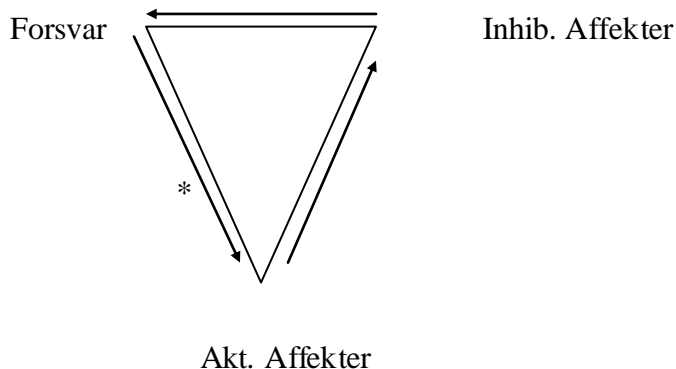
Det andre jeg ønsker å ta for meg her er forståelsen av de mekanismene som opprettholder affektfobien. IRP sier at forsvarsatferd, som i AFT er pasientens responser på den/de affektive konflikten(e), skaper konsekvenser og responser hos andre og dette er en sentral mekanisme i opprettholdelsen av maladaptive mønstre fordi dette er med å generere mer fobiske affekter. Responser fra andre er essensiell i opprettholdelse av affektfobi både fordi den kan skape mer aktiverende affekt som igjen er assosiert med inhiberende affekter og skaper ny runde med defensiv atferd, og unngåelsen av aktiverende affekter (forsvar) skaper ikke rom for nylæring (Wachtel, 1997, 2008). Det er her viktig å presisere at konsekvenser og responser fra andre ikke bare opprettholder affektfobi og maladaptive mønstre men også opplevelse av selvet og andre. Dette er sentralt siden positive konsekvenser (sekundær gevinster) av å unngå adaptive affekter, spesielt når selvbilde og selvfølelsen er nært knyttet til å unngå adaptive følelser, er fundamentalt å utforske for å hjelpe pasienten med å gi slipp på maladaptive mønstre. Ut fra viktigheten av pasientens forsvarsatferd som skaper konsekvenser og responser fra andre, og der dette er med på å *generere* mer fobiske, adaptive affekter, ønsker jeg å inkludere dette synet fra IRP i AFT modellen. Dette er skissert i Figur 4 nedenfor:



Figur 4. Konflikttrekanten i AFT og Konflikttrekant utvidet med signifikante andre sine responser til pasienten

AFT modellen er bygd på et fundament som består av Konflikttrekanten og Persontrekanten (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997). Mitt mål her vil ikke være å sette spørsmålsteget ved disse konseptualiseringene og det de representerer, men utvide forståelsen av Konflikttrekanten til også å inkludere viktigheten av *konsekvenser og andre sine responser*. Disse konsekvensene og responsene fra andre opplever pasientene i sine relasjoner på bakgrunn av sin forsvarsatferd, og bidrar til opprettholdelse og utvikling av pasientens affektfobi. Jeg ønsker ikke å reformulere Konflikttrekanten til Konfliktfirkanten slik det er vist i figuren overfor, hovedsakelig for ikke å gjøre modellen for komplisert for både terapeuter og pasienter å forholde seg til. Jeg mener dog at en god implementering av konsekvenser/responser fra andre i Konflikttrekanten innebærer å ha et mer *syklisk* fokus i AFT. Med dette mener jeg at terapeuten utvider bevisstgjøringen av hvordan konflikten mellom inhiberende og aktiverende affekter fører til forsvarsatferd til *også* å fullføre *syklusen* ved å bevisstgjøre hvordan forsvarsatferd skaper responser i andre som igjen skaper mer aktiverende affekter som pasienten igjen må beskytte seg mot. Eksempel er å utvide pasientens forståelse av at hun/han på grunn av konflikten mellom tristhet og skamfølelse unngår tristhet ved å smile, og smilet vil skape responser i andre som kan være at andre ikke oppfatter at pasienten har det vondt og trenger støtte og dette vil igjen kunne skape starten på ny syklus med mer tristhet, både pga opprinnelig tema som gjorde pasienten trist og tristhet over mangel på støtte fra andre. Annet eksempel, for pasienten som unngår selvheldelse er det ikke bare ulempe at han/henne ikke får uttrykt sine behov (kostnad) men også at andre ikke forstår hans/hennes behov og vil vise atferd som ignorerer pasientens behov (kostnad). Skjematisk kan den ”nye” Konflikttrekanten vises som i Figur 5 nedenfor.

”Ny” syklisk Konflikttrekant



* symboliserer konsekvenser/responser fra andre

Figur 5. ”Ny” Konflikttrekant som inkluderer konsekvenser og responser fra andre i opprettholdelsen av affektfobi

Denne ”nye” Konflikttrekanten har flere kjennetegn som jeg har lyst å utdype; hovedprinsippene i Konflikttrekanten med aktiverende og inhiberende affekter og forsvar er bevart og ingen endring av prinsippene for arbeid med affektfobi som er basert på systematisk desensitivisering; det nye elementet i ”nye” Konflikttrekanten er konsekvenser og responser fra andre som genererer mer affektiv konflikt og forsvar og opprettholder affektfobien (selv om responser fra andre er sentral i AFT sin teori når det gjelder forsvaranalyse og utforsking av kostnader ved forsvarsatferd); dette er en utvidelse av opprinnelige Konflikttrekanten i AFT og kjennetegnes av en *syklisk* prosess (versus en mer lineær prosess i AFT) der konsekvenser av pasientens forsvar (som responser fra andre) bidrar til opprettholdelse av affektfobi; den ”nye” Konflikttrekanten er videre karakterisert av selvoppfyllende profeti og ironi, sentralt i IRP, der pasientens forventninger og forsvar skaper mer av de adaptive affektene som pasienten prøver å beskytte seg mot; den ”nye” Konflikttrekanten legger til et relasjonelt element i Konflikttrekanten som er responser pasienten mottar fra andre og hvordan dette bidrar til å opprettholde affektfobien – dette utvider også pasientens perspektiv fra bare en reaktant (som reagerer på andre sin atferd) til også en agent i interpersonlige relasjoner (pasientens forsvar skaper reaksjoner hos andre). Det siste punktet er noe jeg diskuterer nærmere i neste kapittel. Jeg har slik argumentert for hvordan IRP sin teori, på temaet årsak og opprettholdelse av affektfobi, kan integreres i AFT sin teori og praksis der ”nye”

Konflikttrekanten kan være med på å gjøre AFT sin teori og praksis mer komplett. Det er mulig å implementere dette i AFT for bevisstgjøre pasienten hans/hennes forsvar og motivere til å gi det opp (Forsvarrekonstruering). Som bevisstgjøring vil dette vise pasienten at hans defensive atferd har konsekvenser som ikke skyldes bekræftelse av hans inhiberende tanker (for eksempel andre vil forlate meg hvis jeg viser meg sårbar og trist) men skyldes hans egen atferd. Et kontinuerlig fokus på konsekvenser av pasientens defensive atferd gjør det også mulig både å diskutere fordeler og ulemper med forsvarsatferd (som ledd i å øke motivasjon for å gi opp forsvar).

Medskyldige og Dynamisk Kontekst

(1) Affektfobimodellen er primært en intrapsykisk modell med fokus på intrapsykisk konflikt, affektfobi. Både i teori og praksis i denne modellen, er det fokus på personens intrapsyriske konflikt sett i lys av ulike relasjoner i Persontrekanten som er med på å kontekstualisere affektfobien. I affektfobimodellen blir personer som pasienten har en nåværende relasjon til sett på som personer der pasientens affektfobi utspiller seg; for eksempel vil pasientens sinnefobi utspille seg i ulike situasjoner i relasjonen med hans kone. I dette eksemplet vil fokuset i affektfobimodellen være på *pasienten som reaktant*; nærmere bestemt hvilke følelser vil pasienten kjenne på og uttrykke (eller unngå å kjenne på og uttrykke) når hans kone handler på måter som han opplever som grenseoverskridende eller imot hans behov og ønsker. Målet er å få pasienten til å kjenne på og uttrykke sine følelser, her spesifisert med selvheldelse/sinne. I en slik konseptualisering deler affektfobimodellen ikke noen spesiell rolle til nåværende mennesker og relasjoner i personen sitt liv, bortsett fra en forståelse om at personens affektfobi utspiller seg i relasjon med disse signifikante andre. Affektfobimodellen virker å ha mer fokus på hvordan andre påvirker personen (eksempel ”hva føler du når din kone ignorerer deg?”) enn på hvordan personen påvirker andre og er en delaktig person som i stor grad skaper sine egne relasjoner. Sykliske psykodynamikker, i kontrast, er mer opptatt av den gjensidige påvirkningen mellom pasienten og personene i hans liv. I denne teorien redefineres personer i pasientens liv som ”medskyldige” (”accomplices” fritt oversatt til norsk). Personene pasienten har i sitt liv er ikke nødvendigvis tilfeldige personer der affektfobien utspiller seg, men de ”medskyldige” er valgt ut, rekruttert og trent opp av pasienten selv til å spille bestemte roller som er med på å opprettholde pasientens konsistente og idiosynkratiske måter å oppleve og handle i verden. ”Medskyldige” i personens

liv utgjør altså en kontekst som ofte personen konstruerer selv, der han/hun er *aktiv agent* i å skape sin egen kontekst og relasjoner og er ikke bare passiv reaktant.

Vi handler mot våre ”medskyldige” basert på hvordan vi opplever dem som igjen vil påvirke hvordan de er mot oss (Wachtel, 2008). Våre intrapsykiske strukturer og forventninger vil ofte indusere atferd i andre som er i samsvar med våre preeksisterende forventninger og tolking av dem som personer og deres handlinger. Konseptet med ”medskyldige” og at vi som personer er aktive i å skape kontekst og relasjoner rundt oss som igjen opprettholder våre maladaptive mønstre peker på viktige aspekter i menneskelig fungering som i større grad ignoreres i affektfobimodellen. Det blir lagt vekt på personens tanker og følelser om seg selv og om andre i selv/andre rekonstruering i AFT og som en integrert del av terapien – dette kan sies å være et ledd i å forstå hvordan en tenker og føler om seg selv og andre, hvordan andre påvirker ens handlinger og konsekvensene en møter. Likevel er affektfobimodellens forståelse mindre opptatt av pasienten som aktiv agent i å skape reaksjoner og relasjoner, og på den gjensidige påvirkningen mellom pasient og personer i hans/hennes liv.

I tillegg til at vi mennesker er aktive agenter som skaper våre egne kontekster, relasjoner og ”medskyldige”, er det et annet aspekt ved ”medskyldige” som er verd å legge merke i teorien i IRP. De responsene som pasienten får fra sine ”medskyldige” er fundamentale i å opprettholde pasientens gamle, maladaptive mønstre (Wachtel, 2008). Mekanismene i dette innebærer at ”medskyldige” enten ikke legger merke til initielle, adaptive endringer hos pasienten som kan være demotiverende (dvs. det er viktig å hjelpe pasienten å opprettholde nye, adaptive mønstre gjennom de tidlige stadiene), eller de ”medskyldige” ubevisst ønsker å holde på pasientens gamle, maladaptive mønstre. Slik er teorien i IRP opptatt av viktigheten av responser fra nåværende personer i opprettholdelse eller endring av maladaptive mønstre. Dette aspektet er ikke fremhevet i AFT, hvertfall ikke eksplisitt, og mangel på oppmerksomhet på rollen til ”medskyldige” kan frata terapeut og pasient verdifull innsikt og muligheter for endring.

Viktigheten av menneske som aktiv agent i både å skape relasjoner og påvirke andre kan vises i eksempel med pasienten som søker hjelp fordi han opplever seg selv som sjalu og ønsker å jobbe med sin sjalusi. En konkret situasjon som kan aktivere hans sjalusi er når hans kjæreste hadde avtalt å ringe han på et bestemt tidspunkt men ikke gjør det. Pasienten merker da på en sterk sjalusi men holder dette inni seg (det vil si ikke gir direkte uttrykk for dette til sin kjæreste). Dette eksemplet åpner opp for flere måter å forstå denne pasienten i denne situasjonen. En måte å forstå dette på, som affektfobimodellen kan gjøre, er å danne hypotese

med at pasienten i denne situasjonen, bevisst eller ubevisst, kommer i kontakt med følelser som han prøver å unngå (eksempelvis tristhet, sinne, savn etter nærhet) og at å hjelpe pasienten med å kjenne på og gi uttrykk for sine følelser kan være en måte å takle sin sjalusi på bedre måte. Det er mulig å tenke at ved å bli mer selvhøvdende å si fra til sin kjæreste at han ønsker at hun holder på deres avtaler og det at hun ikke gjør det både kan gjøre ham sint, kan være med på å gi kjæresten en bedre forståelse av pasientens behov og følelser og gjøre det lettere å tilpasse seg dem. Et annet alternativ måte å forstå dette på (og fortsatt i tråd med AFT sin modell), er å danne hypotese om at pasientens sjalusi er uttrykk for en sårbarhet i pasienten, en sårbarhet som handler om utrygghet og tanker og følelser om seg selv og andre (lav toleranse for positive følelser for selvet) som skaper problemer. Denne sårbarheten kan tenkes å aktiveres i situasjonen mellom pasient og hans kjæreste, og skape mistillit til kjærestens trofasthet og angst for å bli forlatt, eksempelvis. En slik tilnærming, som handler om selv/andre rekonstruering, vil sådan ha et ulikt perspektiv, og fokus vil være på å utforske og endre tanker og følelser til selvet og andre for å redusere sjalusien. Begge disse perspektivene, er plausible tilnæringsmåter i AFT, men også i IRP som inkluderer intrapsykiske konflikter og tanker og følelser om selvet og andre. Men sykliske psykodynamikker har også flere andre betraktninger på en slik problemstilling enn de beskrevet overfor.

For det første vil sykliske psykodynamikker med sitt relasjonelle og kontekstuelle syn, ut fra min forståelse, også ha et større fokus på selvet relasjonen og relasjonshistorien for dette paret. Ved å utforske selvet relasjonen utover denne situasjonen, vil både terapeut og pasient få et mer helhetlig bilde på hva sjalusien i denne situasjonen kan være et uttrykk for. Det er mange aspekter som kan tenkes å være tilstede i relasjonen som kan være med på å forklare pasientens sjalusi; hvis pasienten faktisk har mottatt signaler på at kjæresten møter andre eller på andre måter har signalisert at hun ønsker ut av forholdet, eller hvis paret møtes og tilbringer lite tid sammen (som i seg selv kan være tegn på affektfobi) som skaper rom for usikkerhet i forholdet. Uten det overordnede bildet på hva det er som kvalitetsmessig kjennetegner relasjonen mellom pasient og kjæreste kan overdrevent eller forhastet fokus på intrapsykiske prosesser og konflikter gjøre terapeut og dermed pasient blind for relasjonelle og systemiske aspekter ved problemet som presenteres. Et annet perspektiv i relasjonell tenking i IRP er basert på ideen om at vi som mennesker er aktive agenter som skaper våre relasjoner; et slikt syn vil også ha fokus på hva det er i historien til paret og nåværende prosesser i relasjonen som kan være med på å forklare *kjærestens atferd*. Hvis pasientens sjalusi er basert på et syn på andre, inkludert kjæreste, som ikke stolbare som dermed fører til

hans sjalusi, kan han både implisitt og eksplisitt ha gitt uttrykk for dette til sin kjæreste (for eksempel gjennom utbrudd, konfronteringer eller passive demonstrasjoner) som har prøvd å gi han betryggelse men over tid blir lei og reagerer heller med tilbaketrekning nå – som igjen er med på å bekrefte pasientens syn på andre som ikke stolbare. Kjæresten kan genuint ønske at pasienten var mer tillitsfull, men gjennom å svare med sinne eller tilbaketrekning som respons på dette, opprettholdes pasientens syn på at kjæreste og andre ikke kan stoles på. Dette er bare illustrasjon, men viser tydelig hvordan pasienten selv kan være med på å *skape* en relasjon som er basert på at han føler seg ikke sett og hørt i relasjonen, men i realiteten er dette mer en konsekvens av at han selv har vært med og skapt denne situasjonen. Det er her verd å undres på hvordan en terapi med fokus på å hjelpe pasienten med å kjenne på og gi uttrykk for selvhevdelse/sinne (hvis hypotesen er at noe av problemet er at pasienten ikke tillater seg selv å kjenne på og uttrykke sinne når hans kone ikke ringer som avtalt) ville hjulpet han og hans relasjon hvis hans sinne er helt eller delvis basert på hans mistenksomme tanker om at hennes atferd impliserer at hun er utro? Ved å kjenne på å gi uttrykk for egne tanker og følelser, vil denne pasienten gi uttrykk for sunne behov som kan hjelp både han og hans relasjoner? Eller er sinne som uttrykkes basert på en ”problematisk” tolking av konas handling (hun er utro) med på å skape mer problemer i forholdet?

Et annet perspektiv som den relasjonelle teorien i IRP har fokus på er de ”medskyldige” sine egne rigide og neurotiske behov som gjør at de ønsker å beholde pasienten i hans gamle, maladaptive mønstre (Wachtel, 2008). En implikasjon er at endringen og endringshastigheten hos pasienten i en affektfobi (eller annen type) terapi vil være påvirket av de konsekvensene pasienten møter når han begynner å kjenne på, akseptere og gi uttrykk for egne følelser og behov i relasjon med ”medskyldige”. Pasientens nye adaptive mønstre forsterkes hvis møtt med positive konsekvenser for pasienten, som innebærer at han ved å uttrykke egne følelser og behov føler seg mer hørt og forstått. Derimot vil ”medskyldige”, men ikke på grunn av ”onde motiver”, ofte holde pasienten igjen i sine gamle mønstre (dvs. gi negative responser på ny, adaptiv atferd) fordi pasientens væremåte, selv med kostnader for han selv og sannsynligvis også for den ”medskyldige”, har også fordeler for begge parter. Wachtel (1997) nevner klassiske typer par som for eksempel fiendtlige, myndige kona og mannen som lever som ”misbrukt martyr”, det ”opptatte” paret der begge er redd for og unngår nærhet og intimitet med hverandre eller angstfulle paret som søker og forsikrer hverandre ved å se på verden som et utrygt sted. I slike betraktninger er det ikke bare pasientens intrapsykiske prosesser og konflikter som er i fokus, men også den ”medskyldiges” intrapsykiske struktur, pasientens forståelse av denne andre personen og deres relasjonelle

fungering. Nye, adaptive mønstre er ikke bare konfliktfylte for pasienten selv men også for hans nærmeste relasjoner. Ved å ha for snevert fokus på den ene personens intrapsykiske konflikter ignorerer man samtidig den ”medskyldiges” intrapsykiske prosesser og relasjonen deres, som er like sentrale elementer for både å forstå pasienten og gjøre intervensjoner for å skape effektive endringer.

(2) Vi har sett at i sitt teoretiske grunnlag har IRP et større vekt, sammenlignet med AFT, på menneske som *aktiv* agent som konstruerer sine egne ”medskyldige” og relasjoner, og som blir et ledd i syklusen med å opprettholde maladaptive mønstre. IRP har et større fokus på systemet som helhet som inkluderer ikke bare pasientens intrapsykiske prosesser, men også idiosynkratiske måter pasienten forstår seg selv og andre (jmf. AFT sin selv/andre rekonstruering) samt kvaliteten på relasjonen og relasjonshistorien. IRP peker også på rollen ”medskyldige” spiller der ikke bare pasienten selv men også personene i hans liv også har interne konflikter eller motstand mot pasientens nye, mer adaptive mønstre og sådan kan være en viktig (hemmende) faktor for pasientens utvikling i terapi.

Som i kapitlene om ”Konsistens og variasjon”, ønsker jeg her å argumentere for å *utvide* (ikke skifte) oppmerksomheten i AFT fra hvordan andre mennesker i pasientens liv kan skape affekter i pasienten til *også* å ha fokus på hvordan pasienten selv bidrar til å skape affekter i andre. Dette perspektivet innebærer å utvide synet på pasienten i AFT til en aktiv agent som gjennom sine handlinger påvirker andre og inviterer andre til et relasjonelt samspill. Dette innebærer å utvide synet på hva som skjer intrapsykisk i pasienten (affektfobien) til *også* å inkludere hva som skjer *relasjonelt* mellom pasienten og nåværende relasjoner, inkludert terapeut-pasient-relasjonen. En pasient som føler at kjæresten overskrider grenser i relasjonen kan tenkes å ha nytte av økt selvhevdelse og sinne for å beskytte seg selv, men ved å ignorere relasjonen mellom disse personene, relasjonshistorien og deres tilknytningsstil (et relasjonelt fenomen) vil terapeuten gå glipp av en mer helhetlig forståelse av pasienten og hans problemer utenfor terapirommet. Men viktigheten av et relasjonelt perspektiv viser seg også i den måten vi forstår det som skjer mellom pasient og terapeut i den terapeutiske relasjonen. Jeg vil illustrere dette med et eksempel nedenfor.

I AFT er en av rollene til terapeuten å skape en ”god nok” modell for tilknytning og være emosjonelt nærværende for å skape ”holding environment” der endring og vekst kan finne sted (McCullough-Vaillant, 1997). Det antas i AFT at denne terapeutiske holdningen vil skape en kontinuerlig, gradert, korrigerende emosjonell opplevelse, et fenomen som også IRP er opptatt av. Korrigerende emosjonell opplevelse i en relasjonell kontekst er med på å øke

pasientens positive affekter assosiert med tilknytning til terapeuten, der den terapeutiske holdningen skaper rammer for ny emosjonell og relasjonell erfaring. Men hvordan vil fokuset på intrapsykisk konflikt i AFT bli påvirket av pasientens tidligere relasjonelle erfaringer? Eksempel er situasjon der fokuset i terapien er på relasjonen mellom pasient og terapeut, der temaet kan dreie seg om hvor stor grad pasienten føler seg trygg til å dele sine opplevelser i denne relasjonen. I AFT, som har et intrapsykisk fokus, er det lett å anta at fokuset blir på *pasienten* og hans/hennes konflikter og defensive mønstre, nærmere spesifikt pasientens forsvar mot adaptive affekter som for eksempel nærhet/savn etter nærhet i dette eksemplet. Dette er hva Wachtel (2008) kaller et 1-person perspektiv med fokus på internaliserte prosesser hos pasient og i større grad ignorerer bidraget fra terapeuten. For en pasient i behandling med AFT, hvis foreldre snudde på pasientens opplevelser til å handle om dem, kan det å fokusere på pasienten og hans opplevelser være viktigere enn fokus på terapeuten atferd nettopp fordi denne fremgangsmåten gir pasienten ny relasjonell erfaring. Fokuset blir da på pasientens følelser og behov, frykt og atferd som utspiller seg i relasjonen og som gjør pasienten uttrykk i relasjonen. Men for en pasient i behandling med AFT, hvis foreldre alltid la skyld på pasienten, kan det være viktigere her at terapeuten anerkjenner egen deltakelse – dette er i tråd med et relasjonelt perspektiv siden denne fremgangsmåten, i motsetning til den forrige, gir pasienten ny relasjonell erfaring. En slik fremgangsmåte er ikke ekvivalent med at terapeuten alene tar fullt ansvar og skyld for pasientens utrygghet i relasjonen, men viser en relasjonell terapeutisk holdning der terapeuten er villig til å se på egen væremåte og atferd. Denne holdningen utelukker ikke å utforske pasientens følelser, behov og frykt i relasjonen, derimot kan terapeuten villighet til å utforske eget bidrag være angstreduserende modellering for pasienten til å utforske sine interne prosesser. Begge eksemplene overfor viser at uten et relasjonelt perspektiv som er opptatt av hvilke korrigerende relasjonelle erfaringer som kan være terapeutisk nyttige vil terapeuten i AFT være i en dårligere posisjon til å intervensjonere på en hensiktsmessig måte. Det er derfor viktig med det affektfobiske perspektivet i AFT ikke å glemme relasjonelle perspektivet; hva er riktig for *denne pasienten* på *dette tidspunktet*.

Annet eksempel på relasjonelle synet i terapirommet i IRP, handler om terapeuten bidrag i terapirommet. I hvor stor grad er terapeuten med på å påvirke pasientens tanker, følelser og atferd i terapien? Wachtel (2008) mener påvirkningen mellom pasient og terapeut er uunngåelig og kontinuerlig. I denne modellen ligger det en antagelse om at alle har vedvarende personlighetsstrukturer og tilbøyeligheter slik at våre persepsjoner av pasienten er ikke tilfeldige, men de er også sammenkoblet med vår egen subjektivitet. En klinisk implikasjon av dette er at terapeuten karakteristikk, opplevelse og atferd påvirker hva slags

tanker, følelser og atferd pasienten viser i timen – jo mer oppmerksom og reflektert terapeuten er på egne intrapsykiske prosesser og interpersonlige mønstre, jo bedre kan han/hun skille dette fra pasientens intrapsykiske prosesser og interpersonlige mønstre. Koblet til AFT kan vi trekke ut av dette at det er ikke bare pasienter som kan ”ha affektfobi”, terapeuter kan også ”ha” det. Dette blir faktisk påpekt av McCullough selv (McCullough-Vaillant, 1997), der terapeuten ofte kan bidra i like stor grad til unngåelse av pasientens adaptive affekter i terapitimene. Terapeutens egen affektfobi (defensive mønstre som resultat av konflikt mellom inhiberende og aktiverende affekter) påvirker både terapeuten sine opplevelse, forståelse av pasienten og ikke minst atferden og intervensjonene som terapeuten foretar seg i timene. Hvis det er en ”match” mellom pasientens og terapeuten sine affektfobi (for eksempel begge opplever sterk skam i forhold til affekten sorg/tristhet) vil det ikke bare føre til at terapeuten selv leder, bevisst og ubevisst, pasienten bort fra de relevante aktiverende affektene men hans atferd og intervensjoner vil trolig også lede pasienten mot andre, mer defensive affekter som i verste fall kan være med på å opprettholde affektfobien. Slik kan også terapeuten bli en ”medskyldig”, en person i pasientens liv som er med på å opprettholde pasientens problemer.

I mine drøftinger i denne delen av oppgaven, vil jeg avslutningsvis og til tross for mine drøftinger frem til nå, peke på et viktig aspekt som gjør at jeg anser det å integrere IRP sitt syn på pasienten som aktiv agent og rollen til ”medskyldige” kan gjøre AFT mer komplett teoretisk, men ikke nødvendigvis i praksis. Dette viktige aspektet er ideen om at AFT er en intrapsykisk affektiv modell som i praksis er basert på systematisk desentivisering der pasienten gradvis eksponeres for høyere nivå av adaptive affekter mens inhiberende affekter og graden av forsvarsatferd reduseres. Selv om jeg i denne delen av oppgaven har drøftet mangler ved AFT sitt relasjonelle perspektiv, både teoretisk og i praksis, har jeg vært oppmerksom på at jeg ikke skal gjøre AFT til en ”utvannet” modell der hovedprinsippene i modellen vaskes ut. Jeg håper å ha klart nettopp dette med å bevare hovedprinsippene i AFT modellen i mine tidligere drøftinger av å integrere relasjonelle aspekter fra IRP i AFT. Men her, selv om synet på pasienten som aktiv agent og viktigheten av rollen til ”medskyldige” i opprettholdelse av affektfobi kan gjøre teorien i AFT mer komplett, er min vurdering at en praktisk integrering av dette i AFT modellen vil kunne utvanne modellen. Jeg vurderer det dit hen at ved å integrere dette synet i AFT, vil fokuset i terapi skyves for mye bort fra den effektive ingrediensen i modellen (nemlig systematisk desentivisering) og dermed gjøre modellen mindre effektiv. Ved å ha en utvidet syn på pasientens problemer, både relasjonelt og affektivt, vil kunne gjøre at det affektive fokuset i AFT blir mindre og det blir mindre rom for fokusert systematisk desentivisering som AFT er kjent for. Jeg vil likevel oppfordre meg

Hvordan kan Integrert relasjonell psykoterapi bidra til å gjøre Affektfobi terapi mer komplett?

selv og kommende AFT terapeuter til å inkorporere IRP sitt syn på pasienten som aktiv agent og rollen til ”medskyldige” i opprettholdelse av affektfobi - jeg er sikker på at dette er et perspektiv som gir økt forståelse av pasienten selv om dette ikke aktivt deles og utforskes med pasienten i praksis.

Oppsummering og Konklusjon

Denne oppgaven startet er basert på solid empirisk forskning og litteratur som viser viktigheten av emosjoner og interpersonlige relasjoner i menneskelig fungering og psykopatologi. Med utgangspunkt i en empirisk validert, emosjonsfokuset terapiform, Affektfobi terapi (AFT) av McCullough (McCullough et al., 2003; McCullough-Vaillant, 1997), ønsket jeg i denne oppgaven å utforske rollen til interpersonlige relasjoner i AFT i lys av den interpersonlige terapiformen, Integrert relasjonell psykoterapi (IRP) av Wachtel (Wachtel, 1997, 2008). Nærmere bestemt, ønsket jeg med denne oppgaven å drøfte og besvare følgende spørsmål:

- 1. Hvilke aspekter ved interpersonlige relasjoner er mangelfulle i AFT sin teori og praksis?*
- 2. Hvordan kan den relasjonelle teorien og praksisen i IRP integreres i AFT for å gjøre AFT sin teori og praksis mer komplett?*

I denne avsluttende delen av oppgaven ønsker jeg å gi leser en samlet oppsummering og konklusjon av mine drøftinger.

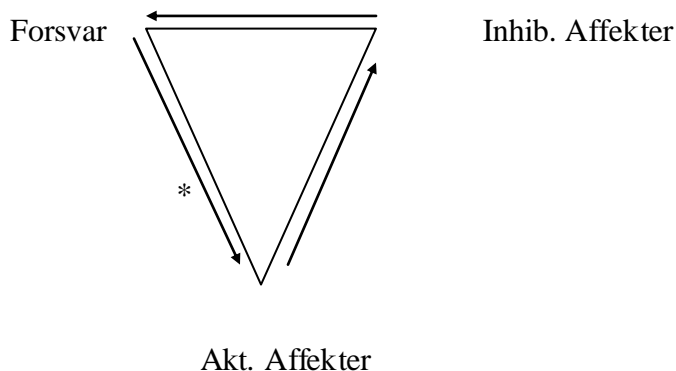
I affektfobimodellen blir den intrapsykiske affektive konflikten, representert ved Konflikttrekanten, kontekstualisert ved hjelp av Persontrekanten, dvs. ved å betrakte affektfobien i en relasjonell kontekst. Pasientens affektfobi blir forstått ut fra at fobien utspilte seg i relasjon med tidlige familiemedlemmer (mor, far, søsken, nærmeste familiemedlemmer), og utspiller seg i nåværende relasjoner (partner, venner, kolleger, bekjente) og i relasjonen med terapeut. AFT bringer dermed sammen intrapsykiske konflikter med interpersonlige relasjoner, der opplevelser og uttrykk av affekter foregår i interpersonlige relasjoner.

Et av aspektene ved AFT som jeg har fremhevet til å være mangelfull er AFT sin forståelse av utviklingen av affektfobi. I denne forståelsen av utviklingen av affektfobi peker både AFT og IRP på de tidlige interaksjonene mellom barn og foreldre/omsorgspersoner, der maladaptive foreldrepraksis og sosialisering lærer barnet at noen følelser er farlige og ødeleggende å kjenne på og uttrykke, og at å kjenne på og uttrykke disse følelsene kan være

ødeleggende for tilknytningen mellom barnet og omsorgspersoner. Jeg har drøftet hvordan AFT i sin teori er uklar på om affektfobien ferdiglæres i tidlig barndom og bare uttrykkes, repeteres eller fortsetter i andre relasjoner. Jeg har vist at denne forståelsen kan være mangelfull i lys av IRP sin teori, som peker eksplisitt på at barnets tidlige erfaringer med omsorgsperson(er) danner en utviklingsvei (der barnet begynner å lære at følelser kan være ødeleggende) som også fortsetter kontinuerlig utover barndomstid med andre mennesker i pasientens liv. På spørsmålet om hvordan dette kan integreres i AFT sin teori og praksis, har jeg drøftet at IRP sin forståelse av utviklingen av affektfobi kan integreres i AFT både teoretisk og praktisk. Jeg argumenterte for at IRP sin forståelse på dette området kan gjøre det lettere for (enkelte) pasienter å ta imot bevisstgjøringen om at atferden til deres foreldre er sentral i deres affektfobi (atferden til foreldre skapte en utviklingsvei for affektfobi), samt å utvide terapeutens og pasientens perspektiv på at også andre relasjoner som søsken, venner og lærere, kan også ha spilt en rolle i utviklingen av affektfobien.

Et annet aspekt ved AFT som jeg har diskutert i denne oppgaven, er AFT sin forståelse av hvordan affektfobien opprettholdes og hvilke psykologiske mekanismer som er involvert i denne prosessen. Jeg har drøftet at mens AFT legger vekt på unngåelsesatferd (som unngår adaptive affekter) og sekundære gevinster som to sentrale mekanismer i hvordan affektfobien opprettholdes, bidrar IRP sin teori også med sykliske psykodynamikker som kan være med på å styrke det teoretiske grunnlaget i AFT; affektfobien opprettholdes ut fra en kontinuerlig prosess med gjensidig påvirkning mellom intrapsyriske strukturer (affektfobien) og interpersonlig kontekst som skaper opplevelse, atferd og responser fra andre (”medskyldige”), som ofte styrker de samme intrapsyriske strukturene (affektfobien) og interpersonlige kontekstene. Responsene fra andre, eller mer spesifikt responsene fra andre på pasientens bruk av forsvar, er en sentral faktor i opprettholdelse av affektfobi både fordi a) de kan skape mer aktiverende affekt som igjen er assosiert med inhiberende affekter og skaper ny runde med defensiv atferd, b) unngåelsen av aktiverende affekter (forsvar) skaper ikke rom for nykøring og opprettholder både inhiberende affekter og unngåelsesatferd (Wachtel, 1997, 2008). På spørsmålet om hvordan IRP sin forståelse av opprettholdelse av affektfobi kan integreres i AFT, har jeg i denne oppgaven foreslått en mulig måte å integrere og implementere dette i AFT. Jeg har tatt utgangspunkt i AFT sin Konflikttrekant, som er hjørnesteinen i AFT sin teori og praksis, og utvidet denne til å bli en mer syklisk Konflikttrekant:

”Ny” syklisk Konflikttrekant



* symboliserer konsekvenser/responser fra andre

Figur 5. ”Ny” Konflikttrekant som inkluderer konsekvenser og responser fra andre i opprettholdelsen av affektfobi

Jeg har drøftet at denne ”nye” Konflikttrekanten vil, i tillegg til å bevare hovedprinsippene i AFT, også tilføre nye aspekter som for eksempel et syklisk, relasjonelt element (responser fra andre) og synet på pasienten som aktiv agent (vs en reaktant). Slik har jeg argumentert for at den ”nye” Konflikttrekanten kan være med på å gjøre AFT sin teori og praksis mer komplett, spesielt når det gjelder å bevisstgjøre pasienten hans/hennes forsvar og motivere til å gi det opp (Forsvarrekonstruering).

Et av de andre aspektene ved interpersonlige relasjoner som jeg har fremhevet til å være mangelfull i AFT er manglende fokus på variasjon i opplevelse og atferd, på tvers av ulike kontekster (relasjoner). AFT vektlegger søk etter mønstre og konsistens i affektfobi på tvers av ulike relasjoner, representert ved Persontrekanten. Selv om en slik forståelse kan være passende for pasienten, har jeg drøftet at denne tankegangen vil også kunne begrense AFT sitt synsfelt og ekskludere variasjon i opplevelse og atferd på tvers av ulike relasjoner og på tvers av ulike situasjoner innad i samme relasjon, ut fra IRP sitt perspektiv. IRP sitt syn, som jeg mener kan være med på å gjøre teorien og praksisen i AFT mer komplett, er at mønster og variasjon er to like sentrale aspekter ved menneskelig fungering; vi både opplever og handler likt og ulikt på tvers av ulike kontekster. Ved å dreie fokuset fra bare konsistens til også vektlegge variasjon, kan AFT terapeuten skape mer balanse mellom å være bevisst på at pasienten kan vise mønstre og konsistens i opplevelse og atferd på tvers av situasjoner og relasjoner, samtidig som han/hun også kan vise variasjon på tvers av situasjoner og relasjoner.

Bevisstgjøring av mønstre og konsistens i AFT hjelper pasienten med å bli bevisst at hans/hennes affektfobi er et problem i flere situasjoner og relasjoner, det blir lettere å se kostnader ved unngåelse av adaptive affekter og er med på å øke motivasjonen til endring. Bevisstgjøring av variasjon på tvers av situasjoner og kontekst kan hjelpe pasienten ytterligere til å se når og hvorfor han/hun kan reagere ulikt, pasienten kan få et mer nyansert bilde av egne reaksjonsmønstre og også bli motivert til endring gjennom å bli bevisst at han/hun reagerer adaptivt i noen situasjoner og kan lære å utvide dette til mer vanskelige situasjoner og relasjoner. Jeg har også diskutert to forbehold med å utvide AFT sitt syn med fokus på variasjon i opplevelse og atferd. Det ene var faren med å overkontekstualisere slik at konsistens og mønstre i opplevelse og atferd "forsvinner". Det andre var at pasienter med større funksjonssvikt kan være mer kjennetegnet av rigiditet og konsistens i maladaptive mønstre (affektfobi). Det kan da være mer hensiktsmessig å fokusere på nettopp å fremheve konsistens i arbeid med slike pasienter.

Et annet aspekt ved interpersonlige relasjoner i AFT som jeg har løftet frem i denne oppgaven til å være mangelfull er AFT sitt fokus på pasienter (eller mennesker generelt) som reaktanter, og ignorering av både pasientens rolle og rollen til personene i pasientens liv i opprettholdelse av affektfobien. Teorien i IRP gir et mer komplett bilde med fokus på den gjensidige påvirkningen mellom pasienten og personene i hans/hennes liv; pasienten blir sett på som en aktiv agent som skaper sin egen kontekst og relasjoner, og andre personer i pasientens liv ansees som "medskyldige" som er valgt ut, rekruttert og trent opp av pasienten til å spille bestemte roller som igjen er med på å opprettholde pasientens vansker (affektfobi). "Medskyldige" i våre liv utgjør altså en kontekst som vi ofte konstruerer selv, og det er gjennom interaksjonen med våre "medskyldige" at våre personlighetsstrukturer (herav affektfobi) opprettholdes og styrkes. Jeg har drøftet i diskusjonsdelen verdien av å inkludere IRP sitt relasjonelle syn på dette området i AFT, og har gitt både argumentasjoner og kliniske eksempler som viser nytten av dette. Men jeg har samtidig argumentert for at selv om IRP sitt syn på pasienten som aktiv agent og den sentrale rollen til "medskyldige" i å opprettholde affektfobi er viktige bidrag i en utvidelse av den teoretiske forståelsesrammen i AFT, kan det være mindre hensiktsmessig å integrere dette i AFT modellen praktisk sett. Dette er ut i fra min vurdering av at en integrering av IRP sine prinsipper i AFT er hensiktsmessig i den grad de tilfører nyttig forståelse og praksis men samtidig bevarer AFT sin særegenhet med fokus på affekter og systematisk desentivisering. Ved å blande "for mye" mellom det relasjonelle og det affektive perspektivet er min vurdering at AFT modellen kan raskt bli for utvannet og dermed miste sitt fokus på systematisk desentivisering og dermed bli mindre effektivt. Jeg vil

likevel oppfordre til at synet i IRP på pasienten som aktiv agent og rollen til ”medskyldige” i opprettholdelse av affektfobi er et nyttig perspektiv å ha med seg i arbeid med pasienter, selv om dette ikke aktivt deles og utforskes med pasienten i praksis.

Når jeg nå nærmer meg slutten av denne oppgaven, håper jeg at jeg har klart å nærme meg det overordnede målet med å bringe økt forståelse av sentrale aspekter ved interpersonlige relasjoner som kan ha betydning for årsak og opprettholdelse av psykopatologi. Jeg håper mer spesifikt å ha vist at det er ulike aspekter ved interpersonlige relasjoner som er mangelfulle i AFT, hvilke aspekter dette dreier seg om og hvordan disse relasjonelle aspektene, hentet fra IRP, kan integreres i AFT for å gjøre teorien og praksisen i AFT mer komplett. Hvis denne forståelsen, både teoretisk og terapeutisk, kan være et bidrag til en mer helhetlig forståelse og mer effektive intervensjoner for våre pasienter, da har jeg oppnådd mitt mål. Jeg håper også at denne teoretiske oppgaven kan skape interesse og engasjement for mer forskning på dette området, som da vil kunne løfte mine drøftinger og hypoteser fra et teoretisk perspektiv til terapeutisk nyttig for våre fremtidige pasienter.

Referanser

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Baumann, B. D., Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Baity, N. R., Smith, C. L., Smith, S. R., et al. (2001). The capacity for dynamic process scale. An examination of reliability, validity, and relation to therapeutic alliance. *Psychotherapy Research, 11*, 275-294.
- Campbell-Sils, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of emotional suppression and acceptance in anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy, 6*, 587–595.
- Dornelas, E. A., Ferrand, J., Stepnowski, R., Barbagallo, J., & McCullough, L. (2010). A pilot study of affect-focused psychotherapy for antepartum depression. *Journal of Psychotherapy Integration, 20* (4), 364-382.
- Frank, K. A. (1999). *Psychoanalytic participation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Greenberg, L., S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baity, M. R., & Mooney, M. A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 349-357.
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Johnson, S. 1996. *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy: Creating Connection*. New York: Brunner/Mazel.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143–189). Oxford, England: Wiley.

Hvordan kan Integrert relasjonell psykoterapi bidra til å gjøre Affektfobi terapi mer komplett?

- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139–193). New York: Wiley.
- Malan, D. H. (2001). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Arnold.
- McCullough, L. (1991). Davanloo's short-term dynamic psychotherapy: A cross-theoretical analysis of change mechanisms. I R. Curtis & G. Stricker (Red.), *How people change: Inside and outside of psychotherapy* (pp. 59–79). New York: Plenum Press.
- McCullough-Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term, anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York, NY: Basic Books.
- McCullough, L., & Andrews, S. (2001). Assimilative integration: Short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 82–97.
- McCullough, L., & Magill, M. (2009). Affect-focused short-term dynamic therapy. Empirically supported strategies for resolving affect phobias. I A. Levy & J. S. Ablon (Red.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Bridging the gap between science and practice* (pp. 249–277). New York: Humana Press.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Direction in Psychological Science*, 15, 146–150.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

- Pincus, A. L. (2005). A contemporary integrative interpersonal theory of personality disorders. I M. L. Lenzenwenger & J. F. Clarkins (Red.), *Major theories of personality disorders* (pp. 282–231). New York, NY: Guilford Press.
- Svartberg, M., Stiles, T., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161* (5), 810-817.
- Taurke, E., McCullough, L., Winston, A., Pollack, J., & Flegenheimer, W. (1990). Change in affect-defense ratio from early to late sessions in relation to outcome. *Journal of Clinical Psychology*, *46*, 657–668.
- Tomkins, S. S. (1991). *Affect, imagery, consciousness: The negative affects: Anger and fear*. New York, NY: Springer.
- Tomkins, S. S. (1992). *Affect, imagery, consciousness: Cognition: Duplication and transformation of information*. New York, NY: Springer.
- Tomkins, S.S. (1995). Script theory. I E.V. Demos (Red.), *Exploring affect. The selected writings of Silvan Tomkins* (pp. 295-415). Cambridge: University Press.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P. L. (1994). *Cyclical processes in psychopathology*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: basic Books.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology. A conceptual framework. I A. M. Kring & D. Sloan (Red.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). New York: Guilford Press.

Hvordan kan Integrert relasjonell psykoterapi bidra til å gjøre Affektfobi terapi mer komplett?

Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies, assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, *130*, 631-663.

Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L. W., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 190–194.