

Nina Haugerud Breien

Mannen med de skumle følelsene

En kasustikk med fokus på betydningen av affektoplevelse i psykoterapi

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Trondheim, juni 2015

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Psykologisk institutt

Sammendrag

Emosjoner er en viktig kilde til informasjon gjennom kroppslige signaler, og dersom en er bevisst disse signalene, uttrykker og agerer på dem på en hensiktsmessig måte, kan en anta at individet er velfungerende og veltilpasset (Greenberg, 2004; McCullough & Andrews, 2003). Dersom et individ ikke får uttrykke sine emosjoner på en hensiktsmessig måte kan psykiske problemer oppstå og flere klienter oppsøker psykologisk behandling for lidelser nært knyttet opp mot denne problematikken (McCullough & Andrews, 2003). Forskning indikerer at tilgang til egne affektoplevelser, et bevisst forhold til egne emosjoner, samt det å dele minner av emosjonell valør tidlig i terapi predikerer terapeutisk endring (Lambert, 2013; Boritz, T. Z., Angus, L., Monette, G., Hollis-Walker, L., & Warwar, S., 2011; Wong, K., & Pos, A. E. 2012).

Denne oppgaven benytter seg av denne typen antakelser, samt teori om affektfobi for å svare på hva det kan si å ha et fokus på affektoplevelse i terapi. Hvordan et slikt terapiløp kan se ut i praksis blir illustrert ut i fra en deskriptiv kasusbeskrivelse av klienten, «Even». Denne terapien fant sted under min internkliniske praksis ved NTNU og åpnet mine øyne for en mulig tilnærming til hvordan en kan jobbe terapeutisk. I en tilsynelatende «fastlåst» terapi, gjorde et skifte i tilnærming det mulig å se nye muligheter og dermed komme seg videre i terapien. Dette skulle vise seg å bidra til å skape en positiv terapeutisk endring, noe som kom til uttrykk både gjennom eget klinisk inntrykk, samt spørreskjema som ble gitt ved terapiens start og slutt. Fordeler og ulemper med et fokus på affektoplevelse i terapi blir diskutert. Oppgaven konkluderer med at et slikt fokus kan ha terapeutisk nytteverdi, enten direkte gjennom metode, men også indirekte gjennom sine relasjonsfremmende kvaliteter. Motstand, vansker med den terapeutiske alliansen, samt krav til terapeutiske ferdigheter er ulemper som gjorde seg gjeldene underveis, elementer som er i stadig interaksjon og som en vanskelig kan skille deres individuelle påvirkning på det terapeutiske utfallet.

Forord

Proessen med å skrive denne hovedoppgaven har vært både interessant og spennende. Det har vært lærerikt å fordype seg i temaet, og det har gitt inspirasjon til mitt arbeid som psykologstudent i hovedpraksis. Arbeidet med denne hovedoppgaven har bidratt til å belyse noen sider ved det å være terapeut, samt noen av de utfordringer man kan stå overfor i en terapisisituasjon. Psykologutdanningen min går nå mot slutten, og som nyutdannet psykolog er man på stadig jakt etter flere verktøy å putte i den relativt slunkne verktøykassen man har med seg fra universitetet og inn i terapirommet. Jeg opplever at arbeidet med denne oppgaven har bidratt til å stimulere til refleksjon rundt hvem man er som terapeut, samt at det er mange veier en som terapeut kan gå.

Jeg vil takke alle som har stilt opp for meg, og bidratt med gode ideer, refleksjoner, diskusjoner og støtte, både av inspirerende og kunnskapsrike forelesere og veiledere. En spesielt stor takk til Truls Ryum, for god veiledning og inspirerende tilbakemeldinger. Jeg vil også takke mine medelever, Siri og Susanne, som har fulgt behandlingsløpet med «Even» på nært hold, og bidratt med gode ord, moralsk støtte og innsiktsfulle refleksjoner fra Evens første time til denne hovedoppgaven ble levert. En siste takk går til min kjære Christian, samt mine foreldre, som alltid har vært der for meg, fra første dag på universitetet og helt i mål med utdannelsen. Takk for at dere holdt ut med meg alle sammen!

Innhold

Innledning.....	5
Et affektfokus i terapien	8
Med affektoplevelsen i sentrum.....	8
Emosjonsfokusert terapi.....	9
Affektfobi	10
Ansiktsuttrykk som en inngangsport inn i emosjonen	14
Even og de konfliktfylte emosjonene.....	15
Metode	15
Mitt første møte med Even.....	16
Diagnostisk vurdering	20
Behandlingen	20
Tidlig i terapiløpet.....	20
Fokus på affektoplevelse	22
Fokus på affektoplevelse i praksis	25
Generell diskusjon	30
Fordeler og ulemper med et fokus på affektoplevelse.....	30
Mestring av konfliktfylte affekter	31

Motstand.....	31
Relasjon og den terapeutiske alliansen	35
Tilnærming eller allianse?	38
Målsetting	39
Krevende for både klient og terapeut – ikke en tilnærming for alle?	40
Terapeutfleksibilitet	41
Konklusjon	41
Referanser.....	43
Vedlegg.....	45

Innledning

Terapeuten: Du beskriver for meg, her, en episode der du opplevde å få det du kaller et anfall.

Det dukket opp mens du var ute og gikk en tur og du var alene på stien. Du beskriver at du begynte å skjelve i hele kroppen, du hyperventilerte og ville bare skrike. Du sier du gikk fortere og fortere og prøvde å holde anfallet borte, men at du til slutt sank sammen på en benk ved stien og begynte å gråte og at gråten vedvarte over mange minutter før du klarte å gå hjem igjen. Har jeg forstått det riktig da, Even?

Even: Ja (blir urolig i stolen og knytter nevene der han sitter).

Terapeuten: Kjenner du den samme følelsen nå når vi snakker om det?

Even: Ja, jeg kjenner at jeg holder på å få et anfall nå (puster fort og dunker nevene mot armlenene på stolen).

Terapeuten: Hvor er det du kjenner det da?

Even: Jeg kjenner at det knyter seg i brystet også får jeg ikke puste (vrir seg i stolen og flakker med blikket).

Terapeuten: Jeg ser at dette er vanskelig. Blir du sint når du tenker på den episoden vi snakker om?

Even: Ja, jeg tror det.

Terapeuten: Bare kjenn på den følelsen, kjenn hvordan det kjennes ut i kroppen din.

Even: Jeg vil egentlig ikke det (vrir seg mer i stolen).

Terapeuten: Det kan være tøft å kjenne på vonde følelser, men forsøk å kjenne på den følelsen du sitter med nå. Du er ikke alene her.

Even: (sitter urolig og kjenner etter, så begynner tårene å trille...).

Som studentterapeut ved NTNU sin poliklinikk for voksne møtte jeg Even. Han var redd, veldig redd for sine egne emosjoner og beskrev både sinne og tristhet som et monster som han var redd ville komme til å sluke han dersom han lot dem slippe til. Gjennom mitt terapiløp med Even fikk jeg, i samarbeid med min veileder og mine medstudenter, erfare hvordan det kan være å jobbe terapeutisk med et affektfokus som utgangspunkt. Som relativt fersk i terapeutrollen fikk jeg oppleve hvordan et tilsynelatende fastlåst terapiløp ble blåst nytt liv i gjennom et skifte i tilnærming som satte klientens affektoplevelse «her og nå» i terapirommet i sentrum. Mitt møte med- og terapien med Even, opplevdes som lærerikt for en studentterapeut med de ulemper dette førte med seg for oss begge.

Emosjoner kan sees på som kroppslige signaler som påvirker individers handlinger og atferd. Disse signalene kan kommunisere viktig informasjon til individet som opplever disse. Likevel opptrer disse emosjonelle signalene ofte uten at individet selv er bevisst dem (McCullough & Andrews, 2003). Emosjoner danner selve grunnlaget for hvorfor mennesker tenker og handler som de gjør, og å hjelpe klienten til å bli mer bevisst sine emosjoner og hva disse kommuniserer er en del av kjernen i blant annet emosjonsfokusert terapi (Greenberg, 2010). For noen individer oppleves emosjoner/affekt som noe skremmende, og for noen oppleves spesifikke typer emosjoner som så skremmende at en kan si at individet lider av en affektfobi, altså en fobi for egne emosjoner (McCullough & Andrews, 2003). En vesentlig del av individene som oppsøker psykoterapeutisk behandling sliter med denne typen problematikk (McCullough & Andrews, 2003).

Leigh McCullough sin behandling av affektfobi er en type psykoterapeutisk behandling som setter klientens affektoplevelse i sentrum (McCullough & Andrews, 2003).

Denne typen psykoterapi antar at affektoplevelser kan oppleves både skremmende og ukontrollerbare. En implikasjon av dette kan være at individet som opplever emosjonene sine slik ofte vil forsøke å unngå dem (McCullough & Andrews, 2003). Denne fobien kan resultere i at individet utvikler ulike forsvarsstrategier for å unngå å kjenne på den eller de emosjonene som fobien er relatert til (McCullough & Andrews, 2003). Et eksempel på dette kan være at et individ som har en fobi for emosjonen sinne, isteden kan bryte ut i gråt som et forsvar mot å kjenne på sinne. Denne typen fobi for emosjoner kan resultere i lite adaptive handlingsmønstre, bidra til at adaptiv affekt ikke uttrykkes, og gi individet vansker med å fungere hensiktsmessig i hverdagen (McCullough & Andrews, 2003).

Emosjoner generelt har en sentral plass innen både terapi og terapiforskning. Prosessstudier har funnet at oppnådd terapeutisk endring i psykologisk behandling ser ut til å være relatert til klientens evne til å få tilgang til egne affektoplevelser og emosjoner, samt deres grad av bevissthet rundt egne emosjoner (Lambert, 2013). Det antas også at klienter som deler minner som inneholder spesifikke emosjoner tidlig i terapiløpet, predikerte et bedre utfall av terapien (Boritz, Angus, Monette, Hollis-Walker, & Warwar, 2011). Dersom klienten har en høy grad av åpenhet tidlig i terapiløpet, kan dette resultere i større enighet mellom klient og terapeut angående terapiens mål, samt at klienten rapporterte om en sterkere relasjon mellom terapeut og klient (Wong & Pos, 2012). Den tidlige åpenheten kan kanskje også bidra til et bedre utfall av terapien (Wong & Pos, 2012). Det har også blitt funnet at emosjonsprosessering senere i terapiløpet, predikerer terapiens utfall (Pos, Greenberg, Goldman, & Korman, 2003).

Noen av disse studiene som har vært gjort på emosjoners bidrag til terapeutisk utfall og terapeutisk endring, gir en indikasjon på at emosjoner spiller en viktig rolle i det terapeutiske arbeidet på flere måter. Flere tilnærminger til psykologisk teori og praksis vektlegger emosjoners rolle i å forme menneskers atferd og kognisjon. Emosjoner kan også

sees på som en nødvendig byggestein innen terapi, selv om dette kan ta ulik form avhengig av hvilken tilnærming til psykoterapi en går ut i fra (McCullough & Andrews, 2003).

Problemstillingen denne oppgaven vil ta for seg omhandler betydningen av å ha et affektfokus i terapien, og vil forsøke å svare på følgende spørsmål: 1) hva vil det si å ha et fokus på klientens affektoplevelse i terapien, og 2) Hva kan fordelene og ulempene med en slik tilnærming være?

Oppgaven vil forsøke å besvare disse spørsmålene gjennom først å presentere teori rundt det å ha et slikt affektfokus i terapirummet. Deretter vil oppgaven illustrere hvordan en slik tilnærming kan se ut i praksis ved å presentere mine egne erfaringer med dette gjennom en deskriptiv kasustikk av terapien med pasienten «Even». Spesielt vil Leigh McCullough sin modell for behandling av affektfobi stå sentralt i denne oppgaven, da denne utgjorde utgangspunktet for terapiløpet med Even. Deretter vil oppgaven diskutere fortløpende fordelene og ulempene med en slik tilnærming.

Et affektfokus i terapien

Med affektoplevelsen i sentrum

Affekt kan sees på som en primær motivasjon som fremmer atferd, som kan forklares gjennom at atferd forsterker den opplevelsen som følelsen knyttes opp mot (Tomkins, 2008). Positiv affekt kan forsterke det positive ved en opplevelse, mens affekt med en mer negativ valør, som for eksempel skam eller redsel, kan virke inhiberende på en opplevelse eller atferd (Tomkins, 2008). Tomkins (2008) beskriver også hvordan affektive forbindelser er lært, noe som impliserer at de kan læres på nytt, slik at eventuelt mer hensiktsmessige affektive forbindelser kan skapes. Dette kan være nyttig når en jobber med et mer affektivt fokus med

klienter, da det kan resultere i endret atferd hos klientene dersom en klarer å danne nye affektive forbindelser.

Emosjonsfokusert terapi

Emosjonsfokusert terapi er en humanistisk tilnærming til terapi, der forståelsen av ens emosjoner former både terapien og danner grunnlaget for terapeutisk endring (Pos & Greenberg, 2007). Denne terapiformen ser på emosjoner som en grunnleggende komponent ved individers opplevelser, som kan bidra til både hensiktsmessig og uhensiktsmessig fungering (Pos & Greenberg, 2007). Innenfor denne typen terapi ønsker en å fremme klientens bevissthet rundt sine emosjoner, samt hjelpe klienten til å akseptere og uttrykke sine emosjoner (Greenberg, 2010). Gjennom dette kan klienten oppleve en økt evne til å regulere sine emosjoner, og oppleve at disse emosjonene tar en annen form enn det som tidligere var tilfelle (Greenberg, 2010). Denne typen terapi kan også innebære at klienten får erfare noen korrigerende emosjonelle opplevelser, annerledes enn de klienten vanligvis opplever, slik at de emosjonsmønstrene som har befestet seg i individet begynner å endres (Greenberg, 2010). Emosjonsfokusert terapi legger til grunn antakelsen om at emosjonell endring er en nødvendig komponent for å oppnå varig endring (Greenberg, 2010). Emosjonsfokusert terapi hevder samtidig at tradisjonell psykoterapi legger for stor vekt på bevisst forståelse, kognitiv og atferdsmessig endring, mens den sentrale rollen som emosjonell endring spiller i endringsprosessen i psykoterapi ofte kommer noe i bakgrunnen (Greenberg, 2010). Emosjonsfokusert terapi avskriver ikke betydningen av en kognitiv og atferdsmessig endring, men legger større vekt på at klienten skal bli bevisst, akseptere og forstå sine emosjoner (Greenberg, 2010). Emosjonsfokusert terapi antar at det er emosjonene som kommer først og deretter ens tanker, og at emosjonell endring dermed er avgjørende for å kunne oppnå en vedvarende kognitiv og atferdsmessig endring (Greenberg, 2010). Terapeuter som jobber

emosjonsfokuset ser på emosjoner som en kilde til informasjon om hvilke behov klienten har, og oppmuntrer klientene sine til å kjenne på emosjoner, slik at klienten kan få mulighet til å prosessere disse på en hensiktsmessig måte, og gjennom dette, møte sine behov (Greenberg, 2010).

Affektfobi

En annen terapiform som også anser emosjoner som en kilde til viktig informasjon, er behandlingen av affektfobi (McCullough & Andrews, 2003). «*Feelings carry extremely important information about people`s reactions to life experiences. To dismiss this “feeling information” is to cut off an essential part of the self*» (McCullough & Andrews, 2003, s. 14).

McCullough og Andrews (2003) legger i sin bok, «*Treating affect phobia – A manual for short term dynamic psychotherapy*», vekt på betydningen av å ha et affektfokus under terapien. De trekker også frem hvordan både psykodynamiske og kognitive tradisjoner har lagt vekt på kognisjon, intellektuell innsikt og tolkninger, og at den faktiske opplevelsen av affekt har kommet mer i bakgrunnen (McCullough & Andrews, 2003). McCullough og Andrews (2003) beskriver dette som merkelig, da mange pasienter oppsøker terapi for problemer, som er nært knyttet til affekt, som for eksempel angst og depresjon (McCullough & Andrews, 2003). McCullough og Andrews (2003) foreslår at en mulig forklaring på dette kan være at kognisjoner lettere kan gjøres bevisst tilgjengelige for oss. Sentralt for denne formen for korttids psykodynamisk terapi er at en i stor grad vektlegger betydningen av opplevelsen av affekt som nødvendig for at terapeutisk endring skal finne sted (Vaillant, 1997).

McCullough og Andrews (2003) trekker frem de fire grunnleggende kategoriene av affekt som det er bredest enighet om, nemlig sorg, sinne, glede og redsel. Opprømthet (excitement), skam, avsky og (tenderness) trekkes også frem som de fire kategoriene som det

er nest mest enighet om at eksisterer som grunnleggende affekt (McCullough & Andrews, 2003). McCullough og Andrews (2003) beskriver hvordan det er nyttig å dele disse affektkategoriene inn i to affektgrupper når en jobber klinisk, med det formål å benytte seg av affekt for å endre uhensiktsmessig atferd. Den ene affektgruppen kaller McCullough og Andrews (2003) «Aktiverende affekt», som omhandler affekt som bidrar til at vi søker og nærmer oss noe, det fremmer atferd hos et individ og gjør oss tilgjengelige. Den andre gruppen kaller de «Inhiberende affekt», og denne typen affekt kan påvirke en i motsatt retning, altså at en trekker seg tilbake, gjør seg utilgjengelig og unngår noe. Aktiverende affekt fremmer altså atferd hos et individ, mens inhiberende affekt hindrer atferd og får individet til å unngå spesifikk atferd eller spesifikke situasjoner. Dette er to sentrale begreper innenfor McCullough og Andrew (2003) sitt kliniske arbeid. Samtidig kan aktiverende og inhiberende affekt være både adaptiv eller ikke-adaptiv (McCullough & Andrews, 2003). De fleste affektkategoriene faller inn under enten aktiverende eller inhiberende affekt, men noen typer affekt som faller inn under begge typene, som for eksempel redsel og avsky (McCullough & Andrews, 2003). Det som blir avgjørende for om utfallet blir adaptivt eller ikke, avhenger av hvordan en spesifikk type affekt blir uttrykt av individet som opplever den, samt om det resulterer i positive eller negative konsekvenser for individet (McCullough & Andrews, 2003). Adaptive uttrykk av affekt resulterer i en bedring av situasjonen som individet befinner seg i, og kan fremme mer positive relasjoner mellom individet og andre individer som det affektive uttrykket rettes mot. Sinne kan trekkes frem for å illustrere dette, da sinne kan virke adaptivt gjennom at individet som opplever denne affekten bruker dette til å sette sunne grenser for seg selv og overfor andre. Sinne kan imidlertid også uttrykkes ikke-adaptivt gjennom at individet får raserianfall eller kjører farlig i trafikken (McCullough & Andrews, 2003). Ikke-adaptive affektuttrykk kan skade relasjoner til andre, skape større distanse og negative følelser og ensomhet (McCullough & Andrews, 2003). I klinisk arbeid

kan det dermed være hensiktsmessig å identifisere om den typen affekt som klienten opplever og uttrykker er adaptiv eller ikke, samtidig som terapeuten forsøker å lede klienten til å uttrykke affekt og atferd på en mer hensiktsmessig måte (McCullough & Andrews, 2003).

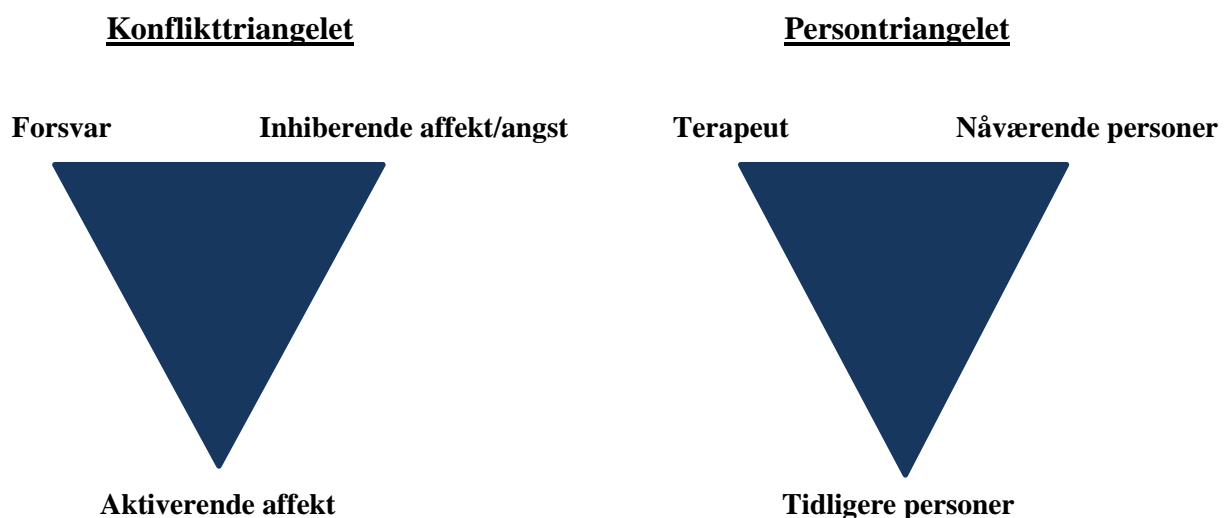
Modellen for behandling av affektfobi bygger på to triangler (se figur) utviklet av David Malan (sitert av McCullough & Andrews, 2003, s. 37). Disse lar en få en god oversikt og forståelse av psykodynamisk konflikt hos et individ, altså hvilke forsvar som bidrar til at individet ikke får uttrykt sine emosjoner på en hensiktsmessig måte (Vaillant, 1997). Disse to trianglene kalles konflikttriangelet og persontriangelet (Vaillant, 1997). Ved hjelp av disse trianglene kan affektfobien illustreres ut i fra et psykodynamisk rammeverk (Vaillant, 1997). Selve konflikten kan oppstå når inhiberende affekt hindrer aktiverende affekt fra å uttrykkes gjennom ulike former for forsvar (Vaillant, 1997)

Konflikttriangelet (se figur) har tre hjørner som representerer henholdsvis individets aktiverende affekt, inhiberende affekt og forsvar. Eksempler på aktiverende affekt kan være sinne, oppstemthet, glede eller sorg, mens inhiberende affekt ved det andre hjørnet kan være skam, skyld og engstelse. Dersom forsvaret aktiveres vil dette bidra til at individet ikke får uttrykt den aktiverende affekten på en hensiktsmessig måte, og hos en klient som lider av affektfobi kan en typisk se en ubalanse i interaksjonen mellom disse tre polene (McCullough & Andrews, 2003).

Dersom individet opplever noe som skaper aktiverende affekt, som for eksempel tristhet, kan dette vekke sterk inhiberende affekt, som for eksempel skam over å føle tristhet. Kanskje vil individet dermed begynne å opptre overdrevent lystig i situasjoner som vekker tristhet, som et forsvar mot å gå inn i denne emosjonen. Dersom forsvaret aktiveres kan denne konflikten mellom den aktiverende og inhiberende affekten ofte forbli ubevisst for individet (McCullough & Andrews, 2003).

Persontriangelet (se figur) omhandler den interpersonlige relasjonen der affektfobien finner sted. Triangelets tre hjørner omfatter de personene som konflikten oppstod med, de som fortsatt bidrar til å opprettholde dette mønsteret, samt terapeuten, som skal forsøke å utforske og bidra til å skape en endring i disse mønstrene (McCullough & Andrews, 2003). Terapeuten spiller her en viktig rolle i å gjennomgå disse trianglene med klienten med den hensikt at klienten skal forstå hvordan elementene i modellen henger sammen og påvirker hverandre, for dermed å forstå seg selv og egne responser bedre, samt hvordan en kan jobbe for å endre disse mønstrene (McCullough & Andrews, 2003).

Figur 1: Konfliktriangelet og persontriangelet utviklet av David Malan.



I denne affektfobiske terapiformen står klientens affektive opplevelse i det øyeblikket det inntreffer i terapirommet i særstilling. Noe av det sentrale ved både behandling av affektfobi og innen emosjonsfokuseret terapi danner grunnlaget for denne oppgaven, nettopp betydningen av å ha et fokus på klientens affektoplevelse under terapien og at dette er hensiktsmessig for terapeutisk endring.

Ansiktsuttrykk som en inngangsport inn i emosjonen

En mulig inngangsport inn til et individs affektoplevelse kan være gjennom ansiktsuttrykk (Ekman, 2007). Denne inngangsporten kan være nyttig for å få tilgang til affektiv informasjon, da denne i seg selv ofte er utenfor individets bevissthet (McCullough & Andrews). Paul Ekman har gjennom flere tiår forsket på emosjoner, samt universelle ansiktsuttrykk knyttet til disse emosjonene (Ekman, 1992). En av hans kjente studier omhandler universelle ansiktsuttrykk, og tok utgangspunkt i en befolkningsgruppe på Ny Guinea der majoriteten av individene aldri hadde vært i kontakt med den vestlige verden (Ekman, 2007). Studien innebar at disse individene ble fortalt historier og de skulle deretter vise hvilke ansiktsuttrykk de ville hatt dersom de var personen i historien (Ekman, 2007). Det ble deretter tatt bilde av individene mens de utførte oppgaven. Bildene ble så vist til amerikanske collestudenter, som ble bedt om å identifisere ansiktsuttrykkene (Ekman, 2007). Det ble antatt at studentene ikke ville kunne identifisere ansiktsuttrykkene på bildene dersom disse var kulturspesifikke. Derimot klarte studentene å identifisere disse ansiktsuttrykkene uten problemer (Ekman, 2007), hvilket er bevis for at mange ansiktsuttrykk er universelle og ikke lært gjennom kultur. Ansiktsuttrykk hos blinde som ikke har kunnet lære disse ansiktsuttrykkene gjennom å se, er et annet eksempel på dette (Ekman, 2007).

Ekman har også jobbet med å kartlegge hvilke muskler i ansiktet som responderer på og danner ansiktsuttrykk knyttet opp mot spesifikke følelser, samt arbeidet med andre forskere for å studere hva som skjer i kroppen og hjernen samtidig som en emosjon kommer til uttrykk i ansiktet (Ekman & Friesen, 2003). En har funnet at det ser ut til at spesifikke fysiologiske endringer i kroppen er relatert til opplevelser av en spesifikk emosjon ulik andre typer emosjoner (Ekman & Friesen, 2003). Ekman (2007) har lansert begrepet mikroutrykk,

som omhandler raske muskelbevegelser i ansiktet som er synlige i mindre enn en femtedel av et sekund. Ekman og Friesen (1969) antar at disse formene for mikroutrykk formidler en emosjon som individet opplever i øyeblikket, men kanskje ønsker å skjule for andre. Ekman har studert de spesifikke ansiktsuttrykkene som vil finne sted ved hver spesifikke emosjon, og fremhever betydningen av å kunne fange opp og forstå disse mikroutrykkene for å få en forståelse av hva et individ føler, også selv om individet forsøker å maskere disse emosjonene (Ekman & Friesen, 1969). Et individ som opplever sinne kan for eksempel stramme leppene og knipe disse sammen, samtidig vil det innerste partiet av øyebrynene trekkes sammen og nedover slik at øynene vil bli smalere (Ekman & Friesen, 2003). Å fange opp denne typen raske ansiktsuttrykk kan være hensiktsmessig både for å tolke hvordan andre har tenkt, samt for å handle slik at en kan tilpasse sin atferd deretter. Bør en for eksempel flykte? Min veileder ved NTNUs poliklinikk for voksne hadde god erfaring med å benytte seg av denne typen informasjon om klientens affekt når klienten selv ikke hadde tilgang til denne. Min erfaring med å se etter mikroutrykk i terapien med Even opplevdes også som nyttig for å få åpnet døren inn til affektoplevelser.

Even og de skumle emosjonene

Metode

Even var en av mine første klienter som psykologstudent, og kom til meg under min internkliniske praksis ved NTNU. Han var 24 år og henvist for panikkelidelse. Terapien forløp over 14 uker med en konsultasjon à 45 minutter hver uke. Terapien omfattet utredning, en diagnostisk vurdering, samt behandling. Terapien fant sted bak et enveisspeil der en psykologspesialist og tre medstudenter observerte hver konsultasjon og kom med

tilbakemeldinger, veiledning og tok del i diskusjon rundt aktuelle tema og problemstillinger underveis i terapiløpet. Hver konsultasjon ble tatt opp på DVD etter Even sitt samtykke. Alle opplysninger og personalia om Even gitt i denne oppgaven, som alder, navn og bakgrunn er av den grunn endret for å ivareta Evens rett til anonymitet.

Mitt første møte med Even

Det var en tydelig tynget ung mann jeg hilste på i venterommet. Det så ut som om han bare ville forsvinne der han satt med luen på, musikk på ørene og godt gjemt i en stor jakke. Han satt og stirret ned fremfor seg med et stramt uttrykk i ansiktet. Dette uttrykket tok han også med seg inn i terapirommet. I løpet av den første timen ble det tydelig at dette var en ung mann med en meget velutviklet verbal evne. Han snakket fort og mye om det han slet med, samt sine tidligere vansker og møter med andre som hadde hatt en hjelperolle eller behandlerrolle overfor han. Han hadde tidligere gått til psykolog ved flere anledninger, men denne gangen var det etter eget ønske da han nå hadde blitt eldre og opplevde at hans problemer virkelig satte en stopper for han i hverdagen. Han svarte villig og mye på mine spørsmål, og svarte ofte uten betenkningstid eller pustepause. Som terapeut opplevde jeg svarene og historien hans som noe innøvd og følelsesløst, og kanskje også et resultat av å ha slitt med disse problemene over mange år slik at han var blitt godt vant til å fortelle sin historie til mange ulike behandlere. Det fremkom av samtalen vår denne første timen at han spesielt slet med panikkanfall, der hyperventilering, skjelving og noen ganger gråt var fremtredende. Han opplevde disse anfallene som svært skamfulle. Disse panikkanfallene kom flere ganger hver dag, og hans forsøk på å forhindre at noen skulle se han slik begynte å ta av over hans hverdag. Samtidig beskrev Even også en gutt som var deprimert, som slet med nedstemthet, tapt interesse for det meste i hverdagen, tiltaksløshet, skam og negative tanker

om seg selv. Nesten alle døgnets timer tilbrakte Even på rommet sitt, der dataspill og sengen var blitt hans beste venner.

Even: Panikkanfallene mine kommer mange ganger om dagen, og jeg vil ikke at noen skal få vite at jeg har dem, men jeg tror noen ganger at det synes. Når jeg kjenner anfallet komme, så puster og skjelver jeg, og jeg konsentrerer meg veldig for å holde igjen anfallet.

Terapeuten: Er det slik at du jobber med å holde igjen anfallene dine store deler av dagen?

Even: Ja. Dersom jeg har holdt igjen hele dagen, og de jeg bor med ikke er hjemme om kvelden, hender det at jeg begynner å gråte og bare ligger på sofaen og gråter helt til jeg sovner.

Terapeuten: Det høres veldig slitsomt ut å gå og holde igjen disse anfallene hele dagen.

Even: Ja, jeg blir helt utslitt av det og så sover jeg lenge etter jeg har grått.

Det jeg opplevde som fremtredende ved Even var en tilstedeværende aggresjon mens han snakket, og på spørsmål om familien sin ble dette spesielt fremtredende. Han gav uttrykk for at hans relasjon til familien var preget av konflikt og utrygghet. Det fremkom også fra samtalene at hans oppvekst hadde vært preget av fravær av en emosjonell ivaretagelse fra foreldre. Selv om han svarte på spørsmålene om sin familie var han tydelig irritert over at jeg stilte disse spørsmålene og gav klare tegn om at dette var et tema han ikke ville snakke om. Han avbrøt fort denne samtalen, og ble frustrert og sint i stemmen, satt urolig og snakket videre om sine spesifikke vansker og symptomer.

I løpet av denne første timen beskrev også Even en ung mann med en lang historie av mobbing og ensomhet, med dataen og seg selv som hovedkilde til selskap i hverdagen over en periode på mange år. Evens reaksjon på spørsmål om familiære og andre sosiale relasjoner gav meg nyttig informasjon om tidlige relasjonelle erfaringer. Han hadde nesten utelukkende

negative relasjonelle erfaringer fra tidligere, og på flere arenaer i livet, noe som kanskje får implikasjoner for relasjonen mellom Even og meg som terapeut også. Hvordan skulle jeg kunne få Even til å få tiltro til meg som en som vil han vel, og hva skulle jeg gjøre for å få Even til å ville åpne seg for meg når noe av det viktigste i hans liv hadde vært å holde alt han tenker og føler skjult for andre? Samtidig satt jeg også igjen med et inntrykk av at Even hadde mange ulike og sterke emosjoner som hele tiden lå og boblet «under overflaten» hos han, og som han kontinuerlig jobbet med gjennom å prøve å holde symptomer på panikkanfall og depresjon på avstand. Likevel opplevde jeg at Even ikke ville erkjenne noen av disse emosjonene og ut i fra samtalene våre fremkom det også at han selv ikke var bevisst hvilke emosjoner han kjente på eller om det var flere ulike typer emosjoner han faktisk kjente når han opplevde de ulike symptomene han beskrev

Som studentterapeut ble dette første møtet med Even en annerledes opplevelse som både var krevende og utfordrende. Det ble etter hvert klart for meg at Even lett tok styringen over samtalene våre, og jeg fikk problemer med å ta tilbake kontrollen over terapien. Even hadde en svært intellektualiserende og relativt dominerende stil i terapirommet. Det ble etter hvert også svært tydelig at Even satt inne med mye sinne rettet mot seg selv. Dette sinnet tok stor plass i hans hverdag, og dreide seg tilsynelatende om at han var sint på seg selv for den situasjonen han befant seg i og at han opplevde å ikke kunne løse problemene sine. Dersom han ble frustrert over noen av spørsmålene jeg stilte, fikk også jeg kjenne på noe av sinnet til Even. Jeg opplevde flere ganger å føle meg skremt av Even og hans relativt aggressive fremtoning. Jeg opplevde også at jeg ikke nådde frem til Even gjennom samtale, og at hans verbalitet fungerte som en beskyttelse for han, da ordene hans kunne avvæpne og tidvis kontrollere situasjonen i terapien.

Even beskrev også seg selv på en degraderende måte. Han fortalte at han aldri følte seg bra nok, verken fysisk eller prestasjonsmessig. Derimot var han klar over sin verbale

styrke, og det var særlig dette han bygget sin egenverdi på. Han fortalte at han nå forsøkte å hevde seg gjennom sin verbalitet og å komme med spydigheter overfor andre, før andre rakk å opptre negativt overfor han.

Even: Jeg vet jeg er flink til å snakke for meg, kanskje bedre enn de fleste. Det er min styrke, liksom. Jeg kan være ganske spydig og frekk mot andre.

Terapeuten: Hva tror du er grunnen til at du er det?

Even: Jeg tror kanskje at jeg er ekkel med andre fordi det er litt godt å være ekkel med andre, når andre har mobbet meg så mye. Jeg vil vel på sett og vis hevne meg litt på de som mobbet meg, gjennom å være ekkel mot andre. Og om jeg kommer andre i forkjøpet med å slenge med leppa, så gjør jeg det før de rekker å være ekle mot meg.

Dette kunne kanskje være noe av grunnen til hans aggressive uttrykk i sosiale sammenhenger. Likevel opplevde jeg Even som en grei gutt, med et sinne nært knyttet til skam. Han beskrev hvordan han følte stor skam over å slite med panikkanfall og depressive symptomer, samt å oppleve og ikke kunne overvinne disse. Han fortalte at han følte seg som en svak person fordi han hadde slike problemer. Han ønsket heller ikke at hans egen familie skulle få vite om det han slet med. Dette gjorde hjemmebesøk hos familien vanskelig, og han brukte store mengder krefter på å holde panikkanfall og depressive symptomer skjult for omverden. Jeg opplevde Even som veldig alene om sine problemer, problemer som han ikke følte noen kontroll over, men forsøkte å holde i sjakk og da særlig når han var rundt andre. Det kom frem at denne hverdagssituasjonen tappet han for energi, og at han nå begynte å bli desperat over sin situasjon og følelsen av å sitte med dette store problemet som bare han visste om, men som ikke opplevdes kontrollerbart. Even følte seg mislykket og fastlåst, men uten noen tanker om hvordan han skulle overvinne dette. Det var der jeg kom inn i bildet

mente han, og han ønsket helst en rask løsning på dette «tullet» som stakk slike kjepper i hjulene for han.

Diagnostisk vurdering

Etter de første timene med Even ble det foretatt en diagnostisk vurdering på bakgrunn av samtaler og observasjon av Even, spørreskjemaene SCL-90 og IIP, samt diskusjon med veileder og medstudenter. Even beskrev en hverdag preget av plutselige anfall, preget av angst. Disse anfallene omhandlet en rekke fysiologiske symptomer, som hjertebank, skjelving og hyperventilering. Anfallene var ikke situasjonsspesifikke. Den kliniske vurderingen resulterte i at diagnosen F41.0 Panikklidelse, ble satt. Samtidig viste Even tydelige tegn på depresjon. Even viste blant annet betydelig bekymring. Han hadde et betydelig senket stemningsleie og slet med både interesse- og energitap i hverdagen. Konsentrasjonsvansker og søvnproblemer var også en del av hans symptombilde. Han var preget av pessimistiske tanker om fremtiden, der også tanker om selvmord var tidvis var til stede. Lav selvfølelse og til og med en betydelig grad selvforakt, preget også Evens symptombilde. Evens symptomer hemmet han i betydelig grad i hverdagen. Etter en klinisk vurdering, ble også diagnosen F32.2 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer, satt.

Behandlingen

Tidlig i terapiløpet

I de første timene stod samtalen sentralt i terapien med Even. Jeg ønsket å gjøre et grundig anamneseopptak og å kartlegge hans problematikk. Da Even fremstod overfor meg

som verbalt sterk og reflektert, så jeg tidlig for meg at en mer kognitivt rettet tilnærming kanskje kunne egne seg for han, spesielt siden hans problematikk primært så ut til å omhandle panikkelidelse. Å skape en god relasjon og allianse med Even var også en sentral del av de første timene vi hadde, da en god terapeutisk allianse kan bidra til terapeutisk endring (Safran & Muran, 2000). Dette var noe jeg aktivt jobbet for å oppnå gjennom våre samtaler, og jeg forsøkte å skape en god og trygg stemning i terapirommet og å vise Even at jeg var der for å hjelpe han. For å oppnå dette opplevde jeg det som viktig å skape tillit. Jeg ønsket også å få han til å oppleve meg som en person som satt inne med både kunnskap og ferdigheter til å kunne hjelpe han. Det var nødvendig å kommunisere til han at det vi jobbet med her i terapien var meningsfylt og viktig. Da Even var en av mine første voksne klienter hadde jeg, som kanskje mange andre ferske studentpsykologer, en forventning til hvordan det skulle bli å ha en voksen klient i terapi. Det tok ikke lang tid før jeg oppdaget at dette bildet ikke stemte overens med den realiteten det var å ha Even i terapi.

Noen ulemper ble tydelige etter noen møter med Even, for samtalen oss i mellom førte ikke dit jeg ønsket for å kunne jobbe terapeutisk med Evens problematikk. Han styrte ofte samtalen, noe som resulterte i at jeg opplevde å ikke få til det jeg ønsket i timene våre. Ofte satt jeg igjen med en følelse av å ha blitt rundsnakket, og at det jeg ønsket å oppnå med samtalen hadde kommet helt i bakgrunnen. Dette opplevde jeg som frustrerende, og kanskje mest frustrerende var det faktum at det var tydelig at jeg ikke enda hadde fått til å etablere en god relasjon til Even. Han ønsket ikke å åpne seg for meg på dette stadiet i terapien, og jeg opplevde at jeg ikke klarte å fremstå slik jeg ønsket for å legge til rette for at Even skulle føle seg best mulig ivaretatt. Dersom jeg styrte samtalen inn på et tema som Even tydelig ikke ville snakke om, reagerte han ofte med irritasjon, og argumenterte tidvis voldsomt for hvorfor det ikke var relevant for han å snakke om disse temaene. Samtalene ble dermed ofte preget av en argumenterende dialog som ikke førte noen steds hen, og sammen med Evens irritasjon og

sinne satte dette meg ofte fast i samtalen. Tidvis ble jeg også skremt av hans uttrykte aggresjon.

Etter disse første timene med Even satt jeg altså igjen med noen hovedtanker; Even har hatt mange dårlige relasjonelle erfaringer, han har sterke emosjoner som han selv ikke kan differensiere, og som han heller ikke erkjenner eller er bevisst. Even bruker sin sterke og intellektualiserende rolle i samtaler til å beskytte seg fra ubehagelige situasjoner, også i terapien med meg. Samtidig måtte jeg innse at jeg måtte endre tilnærming til terapien med Even for å kunne etablere en god relasjon og for å endre dynamikken i terapirommet, samt for å få Even til å bevege seg mer i retning av en terapeutisk endring. Hvordan skulle jeg nå nærme meg Even og hans problematikk på en annen og mer hensiktsmessig måte?

Fokus på affektoplevelse

I samråd med min veileder og medstudenter kom vi frem til at terapien med Even krevde en annen tilnærming. Veilederen min foreslo en mer affektfokusert tilnærming. Et utgangspunkt for dette var en psykodynamisk korttidsbehandling av affektfobi av Leigh McCullough. Even sin affektoplevelse i terapirommet skulle stå sentralt. Valget om å benytte denne typen tilnærming ble tatt ut i fra opplevelsen av Evens bruk av intellektualisering, og hans bruk av ord som en måte å flykte unna temaer som kanskje kunne oppleves som ubehagelige for han. Vi antok at dersom vi forsøkte å skifte noe fokus over på Evens affektoplevelse kunne dette gi et skifte i dynamikken i terapien. En hensikt med denne tilnærmingen skulle være å forsøke å frigjøre Even fra den intellektualiserende stilen, og i stedet flytte hans fokus fra hodet til kroppen. Dersom vi klarte å oppnå dette ville det kanskje bryte opp noe av hans forsvarsmekanismer, samt begynne å jobbe med hans affektoplevelser i terapien. Nyttene av å gjøre dette kunne også være å hjelpe Even til å få et mer bevisst

forhold til hvilke emosjoner han opplever i hverdagen, samt å gjøre han mer bevisst på hva som skjer i kroppen når han får sine panikkanfall eller sine depressive symptomer. Han beskrev aldri sine symptomer for å være knyttet opp til eller styrt av emosjoner, og viste liten evne til emosjonsdifferensiering. Da han ikke klarte å knytte sine symptomer til noe, verken internt i seg selv eller eksternt, kunne dette resultere i at symptomene ble opplevd som mer uforutsigbare, skremmende og ukontrollerbare. Han beskrev at han ofte følte et stort ubehag, men det var tydelig vanskelig for han å forstå hva dette ubehaget egentlig bestod av. Dette tok derfor ofte form som noe skremmende og uhåndterbart. Studier har også funnet noe bevis for at klienter med alvorlig depressiv lidelse (MDD) ser ut til å ha vansker med emosjonsdifferensiering av særlig av negative emosjoner (Demiralp et al., 2012). Da Even ble diagnostisert med en alvorlig depressiv episode under terapiløpet ved NTNU, kunne en kanskje anta at dette var tilfelle for han også, noe som også ble tydelig gjennom våre samtaler.

Denne tilnærmingen trakk også med seg noen ulemper, både for meg som terapeut og for Even. Det var tydelig at Even ville synes det var vanskelig og skremmende å skulle åpne opp døren inn til sine affektopplevelser, da den hadde vært stengt etter alle kunstens regler frem til nå. Noen av ulempene jeg ville komme til å møte på var dermed å klare å hjelpe Even inn i sine affektopplevelser, dele de med han underveis, men også å hjelpe han ut av dem igjen, da dette var helt nytt for han. Min veileder foreslo en mulig teknikk jeg kunne benytte meg av for å klare å få Even til å gå inn i en affekt. Denne teknikken er et resultat av arbeidet av Paul Ekman, og gikk ut på at jeg skulle ta utgangspunkt i Even sine mikroutrykk, altså de korte ansiktsuttrykkene som personen selv ikke er bevisst og som gjerne kommer som en respons på en emosjon, før individet selv rekker å maskere denne emosjonen (Ekman, 2007). Min veileder foreslo at jeg skulle forsøke å fange opp disse små mikroutrykkene hos Even underveis i samtalen, og bevisst kommunisere emosjonen disse er et uttrykk for tilbake til han. Et eksempel på dette er at samtalen mellom Even og meg kunne komme inn på en

situasjon der han ble mobbet i barndommen. Dersom jeg observerte at hans mikroutrykk viste et øyeblikk av sinne, kunne jeg kommunisere dette tilbake til han gjennom å si, «blir du sint når vi snakker om dette»?

Vår arbeidshypotese var at dette ville hjelpe Even inn i affektoplevelsen, og gjøre han mer bevisst på denne. Jeg skulle også be Even bli i denne affektoplevelsen gjennom å be han kjenne etter på den følelsen han hadde. Jeg ville også be han beskrive hvor i kroppen han kjente at følelsen satt. Denne teknikken kunne kanskje bidra til å forsterke affektoplevelsen, og å gjøre han bedre i stand til å bli kjent med og differensiere mellom ulike typer affekt. Jeg jobbet dermed også ut i fra antakelsen om at Even, gjennom å bli bedre kjent med og mer bevisst sine affektive opplevelser, ville oppleve disse som mindre fremmed og som en del av han selv. Kanskje ville de også oppleves enklere å jobbe med i terapi og dermed resultere i en terapeutisk endring for Even. Greenberg (2004) omtaler betydningen av emosjonsdifferensiering, og trekker frem betydningen av at terapeuten hjelper klienten med å forstå hvilke emosjoner klienten føler slik at en kan forstå selve emosjonen bedre og dermed frigi kapasitet for å prosessere dem på en mer hensiktsmessig måte. Terapeuten kan dermed hjelpe klienten til å endre disse emosjonene, samt å knytte ny mening opp mot dem (Greenberg, 2004).

En form for emosjonell veiledning skal hjelpe klienten å bli bevisst, akseptere og gi ny mening til sine emosjoner. En empatisk og trygg relasjon til terapeuten blir her meget viktig (Safran & Muran, 2000). Det er viktig at terapeuten erkjenner og validerer klientens emosjoner (Greenberg, 2004). Dette ble også en sentral tanke i mitt terapeutiske arbeid med Even, og noe jeg ønsket å legge vekt på.

En annen tanke bak valget av tilnærmingen var at Even skulle få utløp for noen av de sterke følelsene han hadde gått og lagt lokk på over flere år, og som nå tilsynelatende lå og

boblet under overflaten hver dag og forsøkte å komme ut, men som Even kjempet i mot. Dette var det grunnleggende utgangspunktet jeg skulle jobbe videre ut i fra med Even, og da med affektopplevelse i fokus.

Fokus på affektopplevelse i praksis

Even hadde til nå kommunisert mye sinne og frustrasjon i timene. Samtidig hadde han også fortalt hvordan han hele tiden forsøkte å hevde seg overfor andre for at han selv skulle oppleve å ha overtaket i en hver situasjon, slik at den andre personen ikke fikk mulighet til å opptre negativt overfor han. Dersom en ser på dette sinnet og aggressiviteten til Even ut i fra McCullough og Andrews (2003) sine begreper, kan en se på dette sinnet som aktiverende affekt. Even hadde altså mye aktiverende affekt, og sinne tok mye plass i hans hverdag. Dette sinnet rettet han delvis ut mot andre, men i størst grad rettet han dette mot seg selv og rapporterte stor grad av selvforakt, noe som også kom til uttrykk gjennom spørreskjema han fylte ut tidlig i terapiløpet. Det kom også frem av samtale mellom Even og meg at denne selvforakten kom til uttrykk både gjennom mange negative tanker rettet mot seg selv, som at han var svak og lite verdt og ubrukelig som menneske, samt at han tidligere hadde skadet seg selv og vurdert selvmord. Ved terapiens start var selvmordstanker også et relevant tema og noe han tidvis tenkte på, men som han ikke hadde noen konkrete planer eller ønsker om å utføre. Dette sinnet og de negative tankene han hadde om seg selv, samt hans historie med mobbing og lite emosjonell støtte hjemmefra, kom det også frem i samtalene våre at hadde resultert i mye skam. Even skammet seg over å være den han var og ønsket å holde seg skjult for omverden, og det var bare den harde fasaden han ønsket å formidle til andre, selv om det var tydelig under timene at det var en helt annen Even på innsiden av denne harde fasaden. Denne skammen kan en se på som inhiberende affekt, noe som hindret han i å være seg selv,

og som holdt han igjen fra å tørre å oppsøke andre for å danne gode og trygge relasjoner, noe som igjen forutsetter at man viser overfor andre hvem man er på innsiden. Samtidig kom det jo også frem at Even hadde symptomer på en alvorlig depressiv episode. Disse symptomene, og da spesielt nedstemthet og tristhet forsterket også følelsen av skam. Kanskje resulterte dette i at han ble enda mer innesluttet og tilbakeholden. En kan altså se for seg at Even daglig var preget av sterkt aktiverende og inhiberende affekt.

Det som ble sentralt hos Even var hvordan en ut i fra konflikttriangelet kunne si at det var ubalanse mellom Evens aktiverende og inhiberende affekt, slik at hans aktiverende affekt ble hindret fra å komme til uttrykk på en hensiktsmessig måte. Denne ubalansen skapte et forsvar hos Even, som fungerte som en beskyttelse fra å kjenne på ulike typer aktiverende affekt, som for eksempel sinne og sorg, eller de sterke inhiberende følelsene som skam, selvforakt eller angst. Dette forsvaret kan en anta tok form som den tøffe fasaden som Even ofte møtte verden med. En annen type forsvar kunne også være den sosiale distansen han skapte til andre for å unngå nære relasjoner. Han skremte vekk potensielle venner eller stengte disse ute fra å nå inn til han som en venn. Hans unnvikende stil for nære relasjoner, samt hans bekymrede og aggressive stil er også eksempler på forsvar som Even benyttet seg av i hverdagen for å unnsnippe ubehagelighetene som både de aktiverende og inhiberende affekten skapte i han. Samtidig var disse emosjonene uhensiktsmessige og lite adaptive, da de hindret han fra å prestere i ulike sammenhenger som han selv beskrev at han kunne ønsket å prestere i og som var relevante for hans opplevelse av egenverdi. Det kom frem at dette bidro til en nedadgående spiral og økende mengder sinne, frustrasjon, skam og depressive symptomer.

I følge Tomkins (2008) og McCullough og Andrews (2003) er de såkalte affektive forbindelsene noe et individ har lært. Dette omhandler altså at en spesifikk type affekt er knyttet opp mot en opplevelse eller en atferd, og kan resultere i at det dannes uhensiktsmessige forbindelser og dermed ikke-adaptiv affekt. Dersom en ser dette med

utgangspunkt i persontriangelet kan en anta at Evens affektfobi hadde blitt dannet i samspill med Evens foreldre og medelevene hans som mobbet han da han var yngre. Even hadde opplevd mye negativ affekt som respons på mobbingen, men som han ikke har blitt møtt på av sine foreldre. Han har opplevd at det ikke har vært greit å uttrykke emosjoner som sinne og sorg, og han måtte holde disse for seg selv. Hans opplevelse av at disse emosjonene som sorg og sinne er noe en ikke skal ha og som ikke skal vises, kan dermed ha blitt forbundet med mye skam og dermed også selvforakt for å ha disse følelsene. En lært forbindelse mellom aktiverende, inhiberende affekt og forsvar var dermed dannet. På det tidspunktet som terapien med Even fant sted, ble han ikke mobbet mer, men hans lærte reaksjonsmønstre vedvarte. Fortsatt ble uttrykk av aktiverende affekt hemmet av sterk inhiberende affekt og påfølgende forsvarsmekanismer. Det er mulig at hans foreldre fortsatt bidro til å opprettholde disse mønstrene, da Even fortsatt ville holde sine emosjoner skjult for dem. En annen grunn til at disse mønstrene ble opprettholdt kan være at en mangel på gode relasjoner bidro til at han ikke fikk oppleve noen korrigerende og positive relasjoner, som igjen kunne ha påvirket konstellasjonene i hans konflikttriangel. En kunne anta at mobberne fra tidligere fortsatt hadde stor påvirkning på Even, selv om de ikke lengre var reelle mobbere i hans liv. Det ble nødvendig at jeg som Evens terapeut skulle forsøke å igangsette en endring i disse mønstrene og dette ble også fokus for den videre terapien. Det var viktig at jeg var oppmerksom på dette, og la til rette for at Even kunne bruke affektoplevelsene i terapisisituasjonen som utgangspunkt til en positiv spiral for å danne nye og mer hensiktsmessige affektive forbindelser og mer adaptiv affekt, også utenfor terapirommet.

Etter mitt skifte i tilnærming til terapien med Even var jeg innstilt på at ikke bare ordene skulle ha betydning i samtale, men at også affektene skulle stå så sentralt. Min oppgave ble dermed å være en trygg og tilstedeværende person, som kunne klare å romme Evens følelser på en god måte. Dette opplevde jeg som betryggende og noe jeg hadde tro på å skulle klare,

heller enn å skulle henge med på Evens raske samtale tempo. Jeg var spent på hvordan timene fremover ville bli. Jeg var også spent på hvordan Even vil respondere på skiftet i den terapeutiske tilnærmingen, i retning vekk fra et område han opplevde som trygt, til det affektfokuserte, ukjente og utrygge. Hittil i terapien hadde Even kommunisert sinne og frustrasjon, men uten å gå ordentlig inn i selve emosjonen. Jeg var veldig spent på hvordan Even ville respondere på mine forsøk på å få han inn i en affektoplevelse. Jeg hadde altså fått råd av veilederen min om å forsøke å fange opp Evens mikroutrykk i våre samtaler. Så fort jeg fanget opp et øyeblikks uttrykk av for eksempel tristhet i Even sitt ansikt, kommuniserte jeg denne tristheten tilbake til han øyeblikkelig. Hensikten med å benytte meg at dette var for å danne en inngangsport inn til Evens affektoplevelse, slik at vi kunne jobbe videre med dette, slik at denne opplevelsen skulle forsterkes hos han, og at han skulle bli den mer bevisst. Å sette fokus på en emosjon i det øyeblikket som den oppleves kan forsterke den opplevde emosjonen, og gjøre den mer fremtredende for individet (Greenberg, 2004).

Mine forsøk på å fange opp Evens emosjon i det øyeblikket som den oppstod i terapien fungerte ikke hver gang, men etter hvert ble jeg flinkere til å se disse små affektive signalene. Det var de gangene jeg traff at jeg fikk se en annen Even i terapien enn den unge mannen jeg hadde hatt foran meg tidligere, og en kunne strekke det så langt som å si at dette var begynnelsen på noe nytt i terapien.

Hvordan dette kunne utspille seg i terapirommet kan jeg illustrere med et eksempel. Under en av de første timene med Even etter at jeg hadde endret fokus, kommer samtalen over på ensomhet og det å leve uten en god venn i nærheten. Som en respons på noe i denne samtalen uttrykker Evens ansikt i et kort øyeblikk tristhet.

Terapeuten: Bli du lei deg når vi snakker om at du savner å ha en god venn i nærheten?

Even: Ja (nikker bekreftende og blir stille).

Jeg opplever at han med ett retter fokuset mot emosjonen han kjenner i øyeblikket. Han blir stille og sitter rolig på stolen sin.

Terapeuten: Forsøk å kjenne etter på den følelsen som du har nå (lar det være stille i rommet en stund, mens Even kjenner etter).

Terapeuten: Hvor kjenner du denne følelsen?

Even: I magen kanskje og litt i halsen.

Terapeuten: Ok. Bare sitt og kjenn på denne følelsen litt og hvordan det kjennes ut i kroppen din.

Dette ber jeg om for å forsøke å forsterke denne følelsen hans ytterligere og å gjøre den tydeligere for han. Da kommer tårene hans. For første gang i terapien er Even stille, han viser heller ikke sinne, men viser for første gang en annen følelse, han gråter og denne gråten holder han ikke for seg selv, han deler denne affektopplevelsen med noen andre.

Dette opplevde jeg som et stort gjennombrudd. Plutselig endret stemningen og dynamikken i terapien seg, både i rommet og mellom meg som terapeut og Even som klient. Jeg opplevde dette som et mulig startpunkt der jeg og Even sakte men sikkert begynte å bygge en god relasjon, og der vi så smått begynte å snakke samme «språk» rundt hans problemer. Da Evens språk også hadde en meget billedlig form, ville jeg kommunisere til han den betydningen som terapierommet kunne ha for han, også gjennom å illustrere dette i billedlig tale. Metaforer som for eksempel å åpne en koffert sammen for å se hva som befant seg i den ble hyppig benyttet. Dette var bilder Even selv hadde trukket frem og som jeg valgte å bygge videre på, med den hensikt å forsterke Even sin opplevelse av å føle seg hørt, forstått og ivaretatt og dermed forsterke vår relasjon ytterligere. Even ordla seg etter hvert også mer i retning at dette var noe vi var sammen om, og tegnet verbale bilder på vår terapeutiske

allianse, som at jeg holdt en stige som han skulle forsøke å klatre opp. SCL-90 og IIP ble administrert både ved terapiens start og slutt. Disse skjemaene måler endringer i symptomtrykk hos klienten og resultatet ved terapiens slutt viste en bedring siden terapiens start. Dette støttet også klinisk inntrykk av en positiv terapeutisk endring.

Oppgaven har nå trukket frem noen sentrale teorier og tilnærminger innenfor det å ha et fokus på klientens affektoplevelse i terapien. Oppgaven har også gjort det mulig å bli litt kjent med Even, samt sett litt på hvordan et slikt fokus på affektoplevelse kan se ut i praksis. Et slikt terapeutisk fokus fører med seg både fordeler og ulemper. Oppgaven vil gå videre til å diskutere disse i lys av min terapi med Even. Hvilke elementer ved terapien viste seg å være hensiktsmessige i å fremme endring hos Even, og hvordan kan de ulemper vi støtte på, ha påvirket terapiens utfall?

Generell diskusjon

Fordeler og ulemper med et fokus på affektoplevelse

En tilnærming med fokus på klientens affektoplevelser gir flere behandlingsmessige fordeler, men byr også på en del ulemper. Det er antakeligvis mange faktorer som spiller inn på om en slik tilnærming er hensiktsmessig å benytte seg av eller ikke. I terapien med Even støtte vi på flere ulemper, men opplevde også fordelene av å benytte seg av en slik tilnærming.

Mestring av konfliktfylte affekter

Å ha et fokus på emosjoner og klientens affektoplevelse opplevdes som et naturlig valg i terapien ut i fra tanken om at emosjoner er kilder til informasjon, også informasjon en selv ikke er bevisst. Det er nyttig å bli bedre kjent med disse emosjonelle signalene som kroppen forsøker å formidle til oss, slik at en kan respondere på disse på en hensiktsmessig måte. Denne tilnærmingen tillater en nettopp å bli kjent med egne emosjoner, samt hvordan disse kommer til uttrykk. Den tillater en å bli kjent med ens atferdsmønster, og ens reaksjoner i ulike situasjoner. En tilnærming i terapien der disse avstengte og ubevisste emosjonene får komme frem i lyset kan være et godt utgangspunkt for å oppnå en terapeutisk endring hos et individ som har det vanskelig.

Betydningen av at Even skulle gå inn i sine affektoplevelser i terapien ble et tema som gjentatte ganger ble tatt opp i samtale. Utfallet av å skulle holde emosjonene sine innesperret over lang tid ble også et sentralt tema. En antakelse var at det var nettopp disse innestengte emosjonene som lå til grunn for panikkanfallene og depresjonen. Emosjoner som kilde til informasjon om oss selv, samt verdien av å åpne opp og å slippe frem emosjoner en stenger inne ble derfor kommunisert nøye til Even, og samtalene rundt dette temaet ble mange.

Motstand

I samtale med Even kom det først frem at det var noen tema fra hans liv som han ikke ville snakke om. Dette fremmet mye aggresjon og frustrasjon hos Even. Senere i terapiløpet kom det også frem at han opplevde det å skulle stoppe opp underveis i terapien for å kjenne på emosjoner som meget ubehagelig, og noe han i utgangspunktet ikke ville gjøre. Grunnen til dette, fortalte han, var fordi han var redd for at de følelsene han forsøkte å unngå i dagliglivet

ville bli ukontrollerbare, og ta overhånd. Han beskrev at han for eksempel var redd for at han aldri skulle klare å slutte å gråte dersom han først åpnet opp for gråten. Han argumenterte ofte hardt for at det å skulle kjenne på følelsene ikke hadde noen hensikt, slik at han kunne slippe å forholde seg til dem. Han kunne fortsatt bli sint under konsultasjonene, på seg selv fordi han ble så redd for å gå inn i disse affektoplevelsene, men også på meg som tilrettela for disse ubehagelige opplevelsene. Forestillingen om å skulle å gå inn i disse affektoplevelsene fikk affektfobien til å blomstre. Den kanskje største ulempen ved å ha fokus på Evens affektoplevelse, var det kanskje hans affektfobi som bidro til. En hypotese kunne være at det nettopp var Evens affektfobi som bidro til hans sterke motstand i terapien, altså hans redsel for å oppleve egne emosjoner, samt en bekymring for hva det kunne føre til dersom han gjorde dette. Even hadde mye aggresjon og motstand i seg, og noe av dette kom til uttrykk gjennom blant annet kroppsspråk. Han satt ofte urolig, pusten var ujevn og rask, og han fiklet med ting eller knyttet nevene. Ansiktet hadde også ofte et stramt uttrykk. Han unnvok ofte blikkontakt.

Motstand er et kjent begrep innen psykoterapi, og de fleste teorier og tilnærmingenes om at motstand også er et vanlig fenomen innen psykoterapi (Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002). Motstand omhandler, kort forklart, at klienten motsetter seg det som skjer i terapirommet, og kan opptre sint, opposisjonelt og fremstå lite samarbeidsvillig (Beutler et al., 2002). Dette kan bidra til at terapien ikke får ønsket effekt. En kan anta at dette også var tilfelle for terapien med Even. Kanskje bidro ubehaget Even opplevde med å skulle gå inn i sine affektoplevelser til å skape motstanden. En annen hypotese kunne være at denne motstanden allerede var med Even inn i terapirommet fra første konsultasjon. Det antas at motstand kan være både situasjonsspesifikk, men også delvis et resultat av et individs personlighet, slik at noen er mer disponert til å benytte seg av motstand som en strategi i terapi (Beutler et al., 2002). En kan sette spørsmålstegn ved om det er hensiktsmessig å

fundere på hvor motstanden dukket opp, men det var derimot nødvendig å erkjenne at denne motstanden hindret den videre terapien, og måtte løses for at den terapeutiske prosessen kunne opprettholdes. Beutler et al. (2002) er opptatt av hvordan en kan tilpasse terapirelasjonen til pasientens grad av motstand. Han trekker i sin forskning frem at for å løse denne motstanden kan det være hensiktsmessig å benytte seg av blant annet paradoksale eller ikke-styrende strategier. Paradoksale strategier kan sees på som en strategi der en i stedet for å jobbe imot motstanden, gjør en helomvending, og for eksempel oppfordrer klienten til ikke å endre seg for raskt eller at en overdriver klientens symptomer. En ikke-styrende strategi kan isteden sees på som at klienten tar et steg tilbake og slipper opp på noe av styringen og forsøket på å overvinne motstanden i terapien (Beutler et al., 2002). Dette kan relateres til terapien med Even. Etersom det opplevdes som om Evens motstand tok over i terapien og at samtalene våre ble redusert til en utveksling av argumenter som hverken jeg eller Even kom noen vei med, ble det nødvendig med en ny strategi for å komme forbi dette. Min strategi ble dermed å ta et slikt steg bakover. «Ingen» argumenterte bedre, og med mer intensitet og overbevisning enn Even, og jeg ble tvunget til å ta en motsatt strategi. Den strategien jeg valgte kan kanskje sees på som en overgang til en mer ikke-styrende strategi. All argumentasjon opphørte, og innholdet i samtalene våre ble ikke lengre avgjørende. Intensiteten i dialogen ble med ett lavere, og fyrte ikke lengre opp under Evens motstandsattferd på samme måte som tidligere. Selv om motstanden i terapien ble noe lavere etter dette, gjorde den seg fortsatt gjeldene når det kom til at Even skulle gå inn i sine affektoplevelser. Han ble stadig sint og irritert eller gav uttrykk for at han ikke ville. Da forsøkte jeg likevel å beholde en slags ikke-styrende strategi, slik at Even ikke skulle oppfatte meg som truende i en situasjon han opplevde som meget ubehagelig. Jeg forholdt meg rolig og støttende, men ikke styrende. Etter hvert kunne en oppleve at Even gradvis forsøkte hardere å ta del i de ulike øvelsene i terapien. Etter hvert begynte jeg å se en større og større

endring hos Even. Jakken ble etter hvert tatt av under timene og forble av, og den aggresjonen og sinnet som hadde vært så fremtredende under de tidligere konsultasjonene var plutselig ikke der i forgrunnen lenger.

Synet på motstand som noe som i størst grad er relatert til klienten og intrapsykiske faktorer er vanlig innenfor flere teorier om psykoterapi (Beutler et al., 2002). På den annen side, kan motstand også være et resultat av interpersonlige prosesser, altså at den oppstår i relasjonen mellom for eksempel terapeut og klient når en opplever at ens frihet trues av den andre i relasjonen en står overfor (Brehm & Brehm, 1981, sitert i Beutler et al., 2002, s. 4). En kan anta at dette var tilfelle i terapien med Even. Sannsynligvis opplevde han å føle seg truet av at jeg forsøkte å få han til å åpne opp for noe han selv ikke var klar for, noe som dermed resulterte i motstand. I det jeg slapp kontrollen, og heller forsøkte å stå støtt og rolig i hans affektoplevelser, samt anerkjenne hvor vanskelig det var, at det løsnet litt for Even. En annen antakelse rundt motstanden kan være at det psykoedukative aspektet ved tilnærmingen ikke var blitt kommunisert tilstrekkelig til Even. Dette kunne innebære at Even ikke satt inne med en adekvat forståelse av, og innsikt i den behandlingsmodellen vi arbeidet etter. Et resultat av dette kunne være at han ikke forstod hensikten med å arbeide med hans affektoplevelser av egne følelser. Det er forståelig at Even ikke ønsket å utsette seg for det en eksponering av affekt innebærer, dersom han ikke forstod hensikten. Dersom hensikten og grunnlaget for behandlingsmodellen ikke var blitt kommunisert godt nok, kan en anta at Even også manglet innsikt om egne mestringsstrategier, samt dysfunksjonaliteten slike uhensiktsmessige mestringsstrategier kan føre med seg, og de skadene disse kan bidra til på ulike arenaer og i relasjoner.

Relasjon og den terapeutiske alliansen

Dersom en skal forsøke å se på Evens motvilje i terapien som noe annet enn motstand alene, kan relasjonen eller alliansen mellom Even og meg være hensiktsmessig å trekke frem. Hvordan interaksjonen mellom terapeut og klient, samt forholdet dem i mellom kan påvirke utfallet av psykoterapi, er kanskje et av de eldste temaene innenfor forskning på psykoterapi (Horvath & Symonds, 1991). En definisjon av en terapeutisk relasjon kan være de følelser og holdninger som terapeut og klient har overfor hverandre, samt hvordan disse kommer til uttrykk (Gelso & Carter, 1985, sitert i Gelso & Carter, 1994, s. 297). Relasjonen omhandler altså det emosjonelle og holdningsmessige forholdet mellom klienten og terapeuten, men flere aspekter ved forholdet mellom klient og terapeut er viktig. En kan også se på den terapeutiske alliansen mellom terapeut og klient. Den terapeutiske alliansen kan defineres som et samarbeid mellom terapeut og klient, et samarbeid som kjennetegnes av enighet om terapiens mål, enighet angående hvilke oppgaver terapien skal bestå av, samt det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut (Bordin, 1979). Gjennom sin forskning, kom Bordin (1979) frem til at det finnes mange ulike typer terapeutiske allianser, men det som så ut til å være avgjørende for at en terapeutisk endring skal finne sted, samt resultere i et positivt utfall av terapien, er alliansens styrke.

Både personlighetene til klienten og terapeuten, samt hvordan en sammen klarer å nærme seg de tre elementene ved den terapeutiske alliansen, er med på å påvirke hvor sterk denne alliansen vil bli (Bordin, 1979). Flere studier har kommet frem til at det er avgjørende for utfallet av terapien at den terapeutiske alliansen kommer på plass tidlig (Bordin, 1979; Horvath & Symonds, 1991). I sin meta-studie fant Horvath og Symonds (1991) blant annet at det var viktig at en sterk allianse ble etablert tidlig i terapiforløpet, og at dette var spesielt viktig for terapier av kort varighet, da disse ikke innebar nok tid til å etablere en god allianse lengre ut i terapiløpet. Deres funn indikerte også at det hverken så ut til å være typen terapi en

benyttet seg av, terapiens lengde, publikasjoner av studier knyttet til terapien eller antall deltakere i studien som var relatert til terapiens utfall. På den annen side, fant de indikasjoner på at det nettopp var kvaliteten på den terapeutiske alliansen som så ut til å være avgjørende for terapiens utfall (Horvath & Symonds, 1991). Det er også hensiktsmessig at terapeuten hele tiden er bevisst seg selv og hvordan en som terapeut føler seg i relasjonen med klienten. Dersom en opplever kjedsomhet eller frustrasjon kan en kanskje anta at alliansens kvalitet ikke er god nok eller at det har oppstått en såkalt alliansebrist. Terapeuten må dermed være bevisst at en ikke agerer ut, eller uttrykker denne frustrasjonen mot klienten og dermed forringer alliansen ytterligere (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006).

Om en skal relatere relasjon og terapeutisk allianse til terapien med Even blir det tydelig at både kvaliteten på relasjonen og den terapeutiske alliansen ikke var adekvat. I begynnelsen av terapien ble det ikke oppnådd enighet rundt målsetting for terapien eller hvilke oppgaver som skulle benyttes. Even hadde en formening om hva vi skulle jobbe med, og hvordan dette skulle foregå, mens jeg nok hadde en annen. Som relativt uerfaren terapeut klarte jeg ikke å kommunisere tydelig nok med Even, og det ble tidlig klart at vi ikke «trakk i samme retning» når det gjaldt det terapeutiske arbeid. Dette bidro til mye frustrasjon for begge parter, og resulterte i en argumenterende stil og en dårlig dynamikk oss i mellom. Dette kan ha bidratt til at terapien stoppet opp. Kanskje tok jeg heller ikke opp samarbeidsvanskene jeg opplevde på en eksplisitt og direkte nok måte overfor Even, slik at han fikk mulighet til å uttrykke sin opplevelse av vårt terapeutiske samarbeid.

Forskning, samt egen erfaring som terapeut, gjør det tydelig at arbeidet for å oppnå en forbedret terapeutisk relasjon og allianse spiller en sentral rolle i den terapeutiske endringsprosessen. Et fokus på terapeutisk relasjon og allianse er også hensiktsmessig å fokusere på med tanke på å forstå, blant annet, de ulempene som oppstod i terapien med Even. En kan anta at kvaliteten på relasjonen og alliansen mellom Even og meg ikke var

tilfredsstillende. Det ble ikke snakket samme terapeutiske språk, og en hadde ingen felles forståelse rundt terapien. Dette skaper en utrygghet, forringer det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient, og skaper gjensidig frustrasjon. Dette kan resultere i en gjensidig mistro knyttet til effekten av terapien. En implikasjon av denne svake relasjonen og alliansen, kan dermed bli motstand i terapien. Dette danner et grunnlag for at terapeutisk endring stagnerer. En kan også se det som at motstand i terapien også kan bidra til å skape dårlig allianse, da en ikke ønsker å skape en felles plattform for å arbeide sammen mot en terapeutisk endring.

Etter at det terapeutiske fokuset ble endret til å rette seg mot affektoplevelser, endret dynamikken seg i terapirommet. En samarbeidsprosess mot et felles mål ble igangsatt. Det samme gjaldt arbeidet mot en felles forståelse rundt rasjonalet for innholdet og oppgavene i terapien. Mye tid hver time gikk med til å kommunisere rasjonalet bak den terapeutiske tilnærmingen for Even. Samtidig var jeg tydelig på å uttrykke respekt og forståelse rundt Evens redsel for affektiv konflikt. Hensikten med dette var å formidle tillit, samt en trygghet hos terapeuten rundt det som fant sted innenfor terapirommets vegger. Jeg opplevde at dette resulterte i at Even fremstod tryggere relasjonen til meg, og dette kom til uttrykk, ved at han valgte å forsøke å gå inn en eksponering av egne affektoplevelser sammen med meg. Han fremstod stadig mer villig til å eksponere seg for egne affektoplevelser, og de gangene han tok del i eksponeringsoppgavene, kom det straks en annen Even frem. På den annen side, var relasjonen og den terapeutiske alliansen mellom Even og meg av skjør, samtidig som motstand stadig gjorde seg gjeldende i terapirommet, også etter skiftet til en affektfokusert tilnærming. En endring fant ikke sted umiddelbart. Derimot, ble enighet og tillit gradvis etablert i terapirommet, og endringen ble gradvis synlig for de som observerte terapien.

En kan altså si at to store ulemper i terapien med Even var motstand, samt det å skulle skape en god relasjon og terapeutisk allianse. Begge disse elementene kan være avgjørende for om terapien blir suksessfull eller ikke. Samtidig kan en anta at både motstand, relasjon og

terapeutisk allianse er så nært knyttet at en nesten ikke kan skille mellom hvilke av disse som ligger til grunn for noen av de ulempene jeg og Even støtte på underveis i terapien. Disse fremstår tilsynelatende så sammenfiltret at den ene til en viss grad er avhengig av den andre. Etter egne erfaringer blir det tydelig at en ikke kan oppnå en god terapeutisk allianse, men samtidig ha sterk motstand i terapirommet, samtidig som en kan forvente at en terapeutisk allianse vil styrkes dersom en klarer å jobbe seg gjennom motstand. I tilfellet med terapien med Even, opplevde jeg at disse to elementene interagerer i så stor grad at når det ene begynte å endres, så hadde dette også en effekt på det andre. En kan, altså, argumentere for at motstand, relasjon og terapeutisk allianse er avgjørende for å oppnå terapeutisk endring med grunnlag i egne observasjoner, så vel som forskningsresultater. På den annen side, kan en dermed spørre seg hvilken rolle valg av tilnærming spiller i denne sammenheng.

Tilnærming eller allianse?

Med grunnlag i forskning, antas det at bare 15 % av effekten ved terapi er relatert til terapeutisk tilnærming og metode, mens 30 % av terapeutisk utfall bestemmes av, såkalte, fellesfaktorer (Lambert, 1992). Disse fellesfaktorene omhandler blant annet struktur, støtte, eksponering til korrigerende emosjonelle opplevelser, samt modellering fra terapeut (Lambert, 1992). Dersom Lambert (1992) sine antakelser er korrekt, kan en anta at det ikke var et skifte i tilnærming som resulterte i en endret terapisisuasjon med en påfølgende terapeutisk endring. En annen antakelse er at det faktisk var en forbedring i terapeutisk relasjon og allianse, altså fellesfaktorer, som bidro til dette. En mulig hypotese kan være at jeg kunne ha byttet til hvilken som helst tilnærming, så fremt det resulterte i en forbedring av alliansen, og med dette oppnådd akkurat det samme. Likevel kan en implikasjon av et skifte i

terapeutisk tilnærming i retning affektopplevelser, være at allianse styrkes og motstand svekkes, på grunnlag av spesifikke kvaliteter ved nettopp denne tilnærmingen.

På den annen side, fant (Lambert, 2013) at klienters evne til å få tilgang til egne affektopplevelser og emosjoner, samt grad av bevissthet rundt egne emosjoner så ut til å være relatert til grad av terapeutisk endring hos klienten. Emosjonsprosessering senere i terapiløpet anses også som en faktor som alene kan predikere terapiens utfall (Pos et al., 2003). Dersom det er slik, kan en forvente at Evens bedring kom som et resultat av terapeutisk arbeid med fokus på prosessering av affektive konflikter, gjennom eksponering av affektopplevelser. Om det var valg av tilnærming eller et fokus på å styrke alliansen eller svekke terapeutisk motstand, som bidro til endringene jeg observerte kan en ikke si med sikkerhet. Derimot, opplevde jeg at tilnærmingen dannet en ramme rundt terapien, som la til rette for nære opplevelser og relasjonsbygging i en trygg setting. Jeg satt derfor igjen med et inntrykk av at årsaken til den observerte terapeutiske endringen, lå i valget av tilnærming.

Målsetting

I retrospekt kan en sitte igjen med et inntrykk av at terapien med Even ikke resulterte i store endringer. Even uttrykte det også som veldig krevende å skulle snu et godt innarbeidet atferdsmønster, som innebar å bruke størsteparten av hverdagen til å forsøke opprettholde et forsvar mot egen affekt. På en annen side, opplevde jeg at dette belyste et behov for en tydelig definisjon av målsetting for terapien. Ved terapiens begynnelse var denne målsettingen urealistisk, og ikke tilpasset Evens problematikk på en hensiktsmessig måte. Underveis i terapien burde denne ulempeen ha blitt adressert, og målsettingen ble gradvis justert ut i fra Evens problematikk. Tidsperspektivet for terapien ble en viktig faktor i denne sammenheng. En mer hensiktsmessig målsetting var å forsøke og påbegynne en positiv endringsprosess hos

Even, og samtidig gi han flere korrigerende og positive relasjonelle erfaringer. Målsettingen ble dermed å legge et godt grunnlag for videre terapi, noe jeg opplevde at vi fikk til på den relativt korte tiden vi hadde til rådighet. En kan anta at en mer realistisk målsetting vil bidra til redusert frustrasjon, og kanskje ha en positiv innvirkning i seg selv på relasjonen mellom klienten, terapeuten og den terapeutiske alliansen. En følge av dette kan antas å være en styrket allianse og mindre motstand, noe som kan ha positive implikasjoner for terapiens utfall.

Krevende for både klient og terapeut – ikke en tilnærming for alle?

Om en skal se på en annen av ulempene med en affektoplevelsestilnærming i terapi, kan en trekke frem McCullough og Andrews (2003) sin antakelse om at det er vanskeligere å få tilgang til ubevisste emosjoner, heller enn for eksempel ens kognitive skjema og tankefeil. Arbeid med eksponering av affekt krever mye av både klienten, som kanskje har en fobi mot nettopp dette, men også av terapeuten som skal kunne dele opplevelsen sammen med klienten og romme de emosjonene som trer frem. Dette er noe mange terapeuter også har vansker med, og dette krever en forståelse for at både klient og terapeut har en personlighet som passer en slik type tilnærming (McCullough & Andrews, 2003). Om dette var tilfelle for terapien med Even er ikke sikkert, da det ikke ble foretatt noen vurdering i forhold til dette før skiftet i tilnærming. Det er derimot så, var en endring i Evens atferds- og reaksjonsmønstre i positiv retning, noe en kan anta at var et uttrykk for at han hadde god effekt av den nye tilnærmingen.

Terapeutfleksibilitet

Alle ulempene som dukket opp i terapien med Even krevde at jeg som terapeut hele tiden tilpasset meg terapisituasjonen, viste fleksibilitet, og la til rette for at terapien hele tiden skulle passe Even og hans behov. Å være fleksibel til en hver tid, som terapeut, var ikke mulig. Flere ganger stoppet flyten i terapien opp og jeg hadde ofte vansker med å få den i gang igjen. På den annen side, gikk dette stadig bedre etter hvert som relasjonen ble bedre. Det skal også tas i betraktning min status som relativt fersk studentterapeut. Min evne til å tilpasse meg de ulike situasjonene en møter på i terapirommet var nok begrenset i forhold til det en mer erfaren terapeut ville kunne. Samtidig ville en mer erfaren terapeut hatt flere strenger å spille på i møte med Even, og dette terapiløpet ville ha utspilt seg annerledes.

Konklusjon

Opgaven har til nå, presentert en kasustikk der mitt terapiløp med Even har blitt skissert. Valg av tilnærmingen med fokus på affektoplevelse har blitt lagt frem, og noen fordeler og ulemper som ble sentrale for dette terapiløpet, har blitt diskutert.

Etter endt terapiløp med Even sitter jeg igjen med inntrykket av at det er tre elementer som i stor grad har påvirket utfallet av terapien. Disse er motstand, den terapeutiske alliansen, samt den terapeutiske tilnærmingen. Samtidig oppleves disse tre elementene som en forlengelse av hverandre og er vanskelige å skille fra hverandre. Motstanden i terapien ble tydelig gjennom å observere Evens kroppsspråk og atferd, noe som bidro til at terapien stoppet opp. I følge forskning kan den terapeutiske alliansen predikere utfallet av terapien (Horvath & Symonds, 1991). En antakelse er at styrken på den terapeutiske alliansen kan forklare hvorfor terapien utviklet seg fra å oppleves fastlåst, til deretter å bevege seg fremover

igjen, for til slutt å vise fremgang og progresjon. Forbedret kvalitet på den terapeutiske alliansen kan ha bidratt til å svekke den terapeutiske motstanden, og på denne måten bidratt til å fremme en terapeutisk endring. Sentralt i dette står også valg av terapeutisk tilnærming og metode. Affektopplevelser i terapirommet ble vektlagt i tillegg til «den gode samtale», og de terapeutiske endringene som tilsynelatende fulgte et skifte i tilnærming var positive.

Etter endt terapiløp med Even, kan en konkludere med at den terapeutiske tilnærmingen i seg selv, kan bidra med betydelige fordeler, gjennom metoden i seg selv, samt de kvalitetene denne tilnærmingen tilfører terapien.

Det er ingen tvil om at det er viktig å ha god kjennskap til fenomener som blant annet motstand og terapeutisk allianse, samt sentrale aspekter ved ens valgte tilnærming, for å oppnå best mulig behandlingseffekt. Det har blitt gjort mye forskning på dette området, men videre forskning på hvordan disse fenomenene interagerer og sammen påvirker terapiprosessen, kan være nyttig. Implikasjoner av slik forskning kan være at man i større grad oppnår fremgang og ønsket behandlingseffekt der en terapi møter mye motstand og stopper opp. Terapeuter som opplever at de står i et fastlåst terapiløp, kan i større grad oppleve å ha hensiktsmessige verktøy til å få terapien på rett spor igjen og dermed i retning av en positiv terapeutisk endring.

Referanser

- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. *Journal of clinical psychology, 58*(2), 207-217.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice, 16*(3), 252.
- Boritz, T. Z., Angus, L., Monette, G., Hollis-Walker, L., & Warwar, S. (2011). Narrative and emotion integration in psychotherapy: Investigating the relationship between autobiographical memory specificity and expressed emotional arousal in brief emotion-focused and client-centred treatments of depression. *Psychotherapy Research, 21*(1), 16-26.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 271.
- Demiralp, E., Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Barrett, L. F., . . . Deldin, P. J. (2012). Feeling blue or turquoise? Emotional differentiation in major depressive disorder. *Psychological science, 23*(11), 1410-1416.
- Ekman, P. (1992). Facial expressions of emotion: New findings, new questions. *Psychological science, 3*(1), 34-38.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (2003). *Unmasking the face: A guide to recognizing emotions from facial clues*: Ishk.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(1), 3-16.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*: John Wiley & Sons.
- McCullough, L., & Andrews, S. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*: The Guilford Press.

Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect.

Journal of Contemporary Psychotherapy, 37(1), 25-31.

Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1007-1016.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration.

Journal of clinical psychology, 56(2), 233-243.

Tomkins, S. S. (2008). *Affect imagery consciousness: The complete edition*: Springer publishing company.

Vaillant, L. M. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*: Basic Books.

Wong, K., & Pos, A. E. (2012). Interpersonal processes affecting early alliance formation in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*(ahead-of-print), 1-11.

Vedlegg

Illustrasjon på konfliktriangelen og persontriangelen slik de kanskje ville ha sett ut for Even.

Figur 2. Konfliktriangelet relatert til Evens problematikk

Forsvar:

Verbal aggresjon mot andre og seg selv,
tøff ytre fasade, bekymring, unnvikelse,
sosial distanse, lukket, snakke fort,
manglende blikk-kontakt, anspenhet.

Inhiberende affekt/angst:

Skam, selvforakt, angst



Aktiverende affekt:

Sinne, tristhet, sorg

Figur 3. Persontriangelet relatert til Evens problematikk

Meg som terapeut

Nåværende personer:

Foreldre, mangel på gode venner



Tidligere personer:

Foreldre, mobbende medelever