

Når den emosjonelle smerten viser vei – emosjonsfokustert terapi i klinisk praksis



Jan Reidar Stiegler
Institutt for emosjonsfokustert terapi
stiegler@ipr.no

I emosjonsfokustert terapi er målet å hjelpe pasienter til å benytte sine emosjonelle ressurser for å orientere seg i verden. Opplæringen i metoden innebærer også at terapeuten trenger å bli inngående kjent med egne emosjoner.

Hvordan kan du spore en fortvilelsens tåre? Hvordan kan du følge den videre innover til det indre punktet hvor den emosjonelle smerten befinner seg, der hvor smerten er så grunnleggende at den kanskje organiserer hele dette menneskets opplevelse? Og om du klarer å følge trådene helt inn dit, hva skal du der, og hvordan hjelpe den andre til å komme seg ut av det igjen?

Det er dette som er prosjektet til emosjonsfokustert terapi: å bistå mennesker i å nå sin innerste, dypeste smerte, for så å forstå, lindre og transformere denne smerten og slik gi større forståelse og aksept for den indre verden. Flere terapiformer har dette som sitt prosjekt, men emosjonsfokustert terapi skiller seg ut ved det eksplisitte fokuset på akkurat det å gå lengst mulig inn i den emosjonelle smerten for å skape endring. Terapiformen bygger på tiår med forskning på mikroprosesser i terapi og på de valgene terapeuter gjør som sannsynliggjør en dypere emosjonell prosessering som endrer og lindrer smerten, før man kommer ut av smerten igjen med en annen indre organisering: tryggere, sterkere, med større selvaksept og redusert lidelse (Greenberg, 2005).

For å forstå en slik terapeutisk prosess må man skjønne hva den dypere smerten bak lidelsen er, men også hvilke indre veier man følger for å komme inn til denne smerten. Leslie Greenberg – hovedpersonen bak utviklingen av emosjonsfokustert terapi – vil hevde at veien inn til smerten og selve smerten i seg selv er emosjoner. Han forstår emosjoner som biologisk og nevrologisk funderte prosesser som fungerer både som indre varselsignal til en selv, som relasjonelle kommunikasjonsverktøy, og som selvorganiserende prosesser som setter individet i stand til å ivareta sine egne behov for intimitet, trygghet, grenser, mestring og kontroll (Greenberg & Paivio, 1997). Emosjoner er altså ikke bare indre opplevelser, men den viktigste psykiske strukturen for hvordan vi oppfatter oss selv og våre omgivelser, for hvordan vi handler, for hvordan vi tenker og tolker, for hvordan vi kommuniserer, og for hvordan hele vår opplevelsesverden holdes sammen og organiseres (Greenberg, Elliot & Pos, 2007).

Emosjoner forteller om behov

Ikke alle emosjoner leder til individets eller omgivelsenes beste. Bare tenk på utagerende sinne, overdreven skam eller fastlåst fortvilelse. I emosjonsfokustert terapi ses psykisk lidelse nettopp som emosjoner som ikke lenger fungerer som en indre veiledende organisering som bidrar til at ens behov blir ivaretatt (Greenberg, 2010).

Man skiller derfor mellom primære og sekundære emosjoner. De primære emosjonene er direkte reaksjoner som kjennes riktig ut; de gir gjerne mening også når de er ubehagelige eller smertefulle, som ved sorg. Primære emosjoner er direkte knyttet til behov ved at emosjonene aktiveres når det hender noe som er relevant for ivaretagelsen av ens behov. Primære emosjoner forteller altså om hvor

man står i forhold til sine behov. De sekundære emosjonene er som oftest reaksjoner på primære emosjoner, og har typisk sitt utspring i at den primære emosjonen tidligere har vært for smertefull til å kunne håndteres, eller at den ikke har blitt tilstrekkelig validert til å ha gyldighet hos den som opplever den. Et viktig poeng er at de sekundære reaksjonene gjerne skygger for behovet som er forbundet med den opprinnelige emosjonen og dermed ikke lenger varsler en om hva en trenger. Sekundære følelser oppleves derfor gjerne som forvirrende og uønskede.

Greenberg deler dessuten de primære følelsene i adaptive og maladaptive følelser. Primære maladaptive emosjoner er primære i den forstand at de er direkte emosjonelle reaksjoner, men maladaptive fordi de ikke lenger leder personen nærmere hans eller hennes behov. For eksempel vil skamfølelse som følge av en barndom preget av nedverdiggelse være en primær emosjon, men når individets grunnleggende organisering er skambasert, vil ikke skammen være adaptiv. Omvendt vil primære adaptive følelser gi en hensiktsmessig indre organisering som sannsynliggjør at ens behov blir ivarettatt. Behov må her forstås som både individuelle, relasjonelle og sosiale. Her skinner det humanistiske grunnsynet til emosjonsfokuset terapi igjennom: Når et menneske får fungere i tråd med sine egne grunnleggende emosjonelle behov, vil det være langt på vei mot et godt og prososialt liv.

Emosjon, tanke og mening

Å følge en følelse inn til kjernen av smerten, og å endre på denne smerten, er ingen enkel prosess, men Greenberg og kollegene hans har gitt oss et godt kart og forskningsbaserte verktøy. Kjernen av psykisk smerte omtales i emosjonsfokuset terapi som kjerneskjema. Et slikt skjema er ikke helt ulikt måten Piaget snakket om skjema på, men blikket rettes særlig mot hvordan hele den indre verden organiseres til å oppfatte, tenke og handle på en bestemt måte. Et kjerneskjema er altså en relativt stabil emosjonell struktur hvor følelsers biologiske tendenser formes av – og blandes med – erfaring. Når en slik kerne mister sin adaptive funksjon, blir det et maladaptivt kjerneskjema.

Greenberg mener at det i bunn og grunn finnes to slike maladaptive kjerneskjemaer; det ene skam-/identitetsbasert, det andre tilknytningsbasert. Det typiske for den skam-/identitetsbaserte kjernen er en organisering hvor personen på et grunnleggende plan føler at det er noe galt med ham og hele hans vesen. De indre dialogene får da gjerne form av utsagn som: «Jeg er for dum/feit/stygg.» I et tilknytningsbasert maladaptivt kjerneskjema er det indre livet organisert rundt frykten for å bli forlatt og å være alene. Det er disse kerneorganiseringene man ønsker å endre på i emosjonsfokuset terapi, da aktivering av slike skjemaer som oftest innebærer umøtte behov, forvirring og lidelse for individet (Greenberg, 2010).

I emosjonsfokuset terapi postuleres det en indre dialektisk konstruktivisme, hvor tankene som knytter seg til den emosjonelle organiseringen kan ha form av indre dialoger. Slike dialoger kan være mellom en selv og viktige andre, mellom en selv og introjekter, eller mellom ulike deler/aspekter av en selv (Safran & Greenberg 1991). Slike dialoger likner de automatiske tankene som adresseres i kognitive terapimodeller, men Greenberg forstår disse tankene som «... følelser kledd i språk» (2012, s. 10). *I emosjonsfokuset terapi er ikke dialogene sentrale som endringsmål, men som en vei til dypere emosjonell prosessering.* I stedet for å endre tankene/dialogene følger man dem og forsterker deres iboende budskap for slik å nå den underliggende emosjonelle strukturen som har skapt meningsstrukturen/ tankene. Ved å tydeliggjøre disse dialogene ønsker man følelsesmessig å *oppleve* den tilstanden som ligger til grunn for de indre dialogene, for eksempel å føle seg grunnleggende forlatt/alene eller føle at det er noe feil med en selv.



Samarbeid for endring og vekst



Så hvor går veien inn til kjernen av psykisk smerte? Gjennom to tiår med studier av terapi har Greenberg og hans kolleger identifisert ulike tilstander som ofte oppstår i terapi og som de kaller markører. Disse markørene peker mot intervensjoner som sannsynliggjør en dypere prosessering av emosjoner (Greenberg, 2005). Det finnes en rekke slike markører og tilhørende intervensjoner i emosjonsfokusert terapi, men her skal vi kun se på en av de sentrale markørene for å nå psykisk kjernesmerter.

Signaturintervensjonen i emosjonsfokusert terapi er en variant av gestalt-teknikken med tomme stoler i terapirommet som representerer andre eller deler av en selv. Disse to-stolsintervensjonene stimulerer emosjonelt materiale som ligger nærmere kjernen av smerten. Et eksempel: Markøren *uoppgjorte forhold* vises ved at klienten direkte eller indirekte gir uttrykk for vedvarende vonde følelser knyttet til en signifikant annen. Uttrykket kommer ofte i form av en protest, klage eller anklage knyttet til for eksempel en forelder: «Min mor er alltid så opptatt med alt mulig og bryr seg ikke om barnebarna sine». I emosjonsfokusert terapi antas det at dette uttrykket *kan* springe ut av en stabil indre organisering – et maladaptivt kjerneskjema. Når markøren viser seg i terapirommet inviterer man klienten til å ha en forestilt dialog med den «problematiske» andre, i dette tilfellet mor. Terapeuten inviterer først klienten til å forestille seg sin mor i den tomme stolen, og terapeuten hjelper klienten til å skape seg et levende bilde av henne. For de fleste vil dette aktivere en emosjon som terapeuten hjelper klienten til å bli oppmerksom på. Deretter uttrykkes emosjonen til den forestilte moren. Klienten inviteres så til å bytte stol og å respondere som sin mor, eller nærmere bestemt som den indre representasjonen av sin mor. I stolen som sin mor er målet å nå frem til det underliggende budskapet som klienten allerede oppfatter emosjonelt, for eksempel: «Du er ikke viktig for meg og har aldri vært det.» Tilbake i stolen som seg selv fokuseres det igjen på de emosjonelle reaksjonene. Dialogen veksler ofte mellom en selv og mor for å tydeliggjøre budskapet i morstolen og forsterke reaksjonen i selv-stolen. Slik blir de indre dialogene tydeligere, noe som gjør det mulig med en tydeligere emosjonell aktivering og dermed en dypere emosjonell prosessering. Det viktigste verktøyet for dypere prosessering er empati, og Greenberg og kollegene har gjennom forskning identifisert ulike former for empatiske responser som til ulike tider i terapiprosessen er særlig nyttig for at klienten skal komme dypere ned i smerten. Paradoksalt nok er det i denne delen av terapiforløpet et mål at klienten skal oppnå følelsen av ikke å være verdt noe, føle seg forlatt, alene eller uelskbar. Når dette skjer, er det maladaptive kjerneskjemaet aktivert, og dermed også mulig å endre på.

Så hva gjør man når klienten når frem til denne kjernesmerten? På et teknisk plan stimuleres adaptive affekter i det etablerte maladaptive, nevrale nettverket (som en kjernesmerter er) og endrer hele organiseringen til å bli mer adaptiv. På et mer fenomenologisk og psykologisk plan vil det i følelsen av å være forlatt også ligge et behov for å bli holdt, ivaretatt, elsket. I et trygt terapeutisk rom vil følelsen av å være forlatt eller uelsket også vekke behovet for det motsatte, å være ivaretatt eller elsket. Dette behovet vil igjen vekker adaptive emosjoner, sinne over å ha blitt forlatt og tristhet over ikke å ha fått det en trengte. I tillegg vil behovet også vekke minner om korrigerende erfaringer, for eksempel en bestemors varme fang og trygge smil. Kjernen i endringsmekanismen antas altså å være at en emosjonell struktur endres gjennom at man ved tilgang til kjernesmertens iboende behov fasiliterer adaptive emosjoner, behov og tilgang til korrigerende erfaringer. Med andre ord, man transformerer et maladaptivt kjerneskjema og dermed hele den indre emosjonelle organiseringen som ligger til grunn for smerten (Elliot et al., 2004).

Erfaring med metoden



Som terapeut oppleves kartet emosjonsfokusert terapi tilbyr, som intuitivt, erfaringsnært og oversiktlig, noe som er kjærkomment når man jobber så direkte med klientens indre organisering. Intervensjonene er basert på grundig forskning på hvordan klienter faktisk endrer seg i terapi, samtidig som terapiformen har en pragmatisk grunnholdning hvor det som virker, er det som bør gjøres. Som terapeut oppleves terapiformen effektiv; den har klare retningslinjer uten å bli overdrevent teknisk; den har en sterk kunnskapsbase, men bevarer pragmatikken; og den baserer seg på en grunnleggende tro på menneskets iboende styrker og utviklingsmuligheter. At tilnærmingen tilfredsstiller myndighetenes krav til å være en evidensbasert metode, er også en bonus.

Emosjonsfokusert terapi benytter i liten grad tolkninger og konfrontasjoner. Først og fremst fordi forskningen tyder på at dette er mindre effektivt når emosjonell prosessering skal fasiliteres, men også fordi tolkninger og konfrontasjoner kommuniserer at terapeuten er en større ekspert på klientens indre opplevelsesverden enn klienten selv, noe som gjør klienten mindre handlende i eget liv. Man påpeker med andre ord ikke hva klienten gjør galt eller rett, og gir få råd. Dette gjør terapiformen krevende å lære for mange, siden tolkninger, konfrontasjoner og råd er en stor del av den psykoterapeutiske arven. For mange kan det være vanskelig å gi slipp på denne vante, trygge rådgivende posisjonen.

Heller enn å fasilitere innsikt eller korrigere feilaktige antakelser følger terapeuten i emosjonsfokusert terapi prinsippet om å være tettest mulig på klientens indre opplevelsesverden, og i praksis veksle mellom å være et skritt foran og et skritt bak den emosjonelle prosessen som utspiller seg i klienten. Med kunnskap om hvordan emosjonelle prosesser utspiller seg i vårt indre, går man sammen med klienten på veien innover til kjernen av smerten, for deretter å fasilitere de allerede eksisterende emosjonelle ressursene som transformerer smerten. Prosessen man følger, utspiller seg altså i stor grad gjennom nonverbale og indirekte signaler. Dette er ferdigheter som er krevende å lære, og opplæringen til Greenberg skiller seg da også fra mange andre terapiopplæringer.

Når man jobber så direkte med emosjoner, kan man ikke dra særlig stor nytte av rollespill i opplæringsøyemed. I opplæringen må terapeuten i stedet bringe med seg sine indre smerter og erfaringer for å gi realistisk trening. Dette gir en unik mulighet til å oppleve de prosessene som man skal hjelpe andre igjennom, og metoden blir dermed bedre integrert. Opplæringen i emosjonsfokusert terapi har i tillegg gitt meg den erfaringen at vi alle bærer på indre kjerner av smerte som er lett gjenkjennelige for andre og som kan forvirre oss når vi skal orientere oss i livet. Å være i smerten selv, men også å se andre være i smerten og håndtere, lindre og endre den, gir en opplevelse av nærhet til et sårbart indre. Gjennom å følge slike endringsprosesser har jeg blitt mer fortrolig med både egne og andres emosjoner og fått erfare hvor vitaliserende det er selv med sterke emosjoner når bare kart og terreng stemmer overens. Det er også motiverende å se at vellykkete forløp leder til at de som søker hjelp, representerer seg selv og sitt indre med aksept, sunnere selvhevdning og relasjonell tydelighet og trygghet.

I en norsk kontekst

En utfordring med bruk av emosjonsfokusert terapi er knyttet til språk og kultur. Man benytter i større grad et språk som taler til andre sider av klienten enn de tankemessige strukturene. Selv om jeg er overbevist om at det norske språket innehar de samme kvalitetene som engelsk, ligger det en utfordring i å finne begreper og formuleringer som taler mer til det emosjonelle enn til det

tankemessige. I tillegg er emosjonsfokuset terapi utviklet i en nordamerikansk kultur, og det er min erfaring at det er større kulturell aksept for emosjonelle uttrykk i Nord-Amerika enn i Norge, både hos klienter og terapeuter. I praksis betyr dette at det parallelt med opplæringen i terapiformen kreves en kulturell og språklig oversettelsesjobb.



En terapiform på vei

Psykoterapiverdenen tilbyr etter hvert en rekke tilnærminger til å hjelpe mennesker som lider. Det er derfor naturlig å spørre hva emosjonsfokuset terapi tilfører til et allerede stort omfang av tilnærminger. På et overordnet plan tilbyr emosjonsfokuset terapi en forståelse av mennesket og et verktøyskrin som gir rom for terapeutisk kreativitet, som er aktivt, men klientsentrert, som ser betydningen av den terapeutiske relasjonen, og som er både fokusert, målrettet og intensivt. Slik fyller emosjonsfokuset terapi et tomrom mellom kognitive og dynamiske terapiretninger. Tenkningen er dessuten allmenngyldig og normaliserende, og kan hjelpe mennesker til å forstå og benytte iboende følelser for å ta bedre vare på seg selv og de rundt seg. Dette innebærer også å bli vesentlig mer robust i møte med nye livsutfordringer. I tillegg er det stadig større krav om at det vi gjør i det terapeutiske rom, skal være dokumentert som virkningsfullt, og emosjonsfokuset terapi baserer seg på tiår med terapiforskning. Effekten av emosjonsfokuset terapi er grundig dokumentert gjennom RCT -studier, men jeg mener det er prosessforskningen til Greenberg og kollegene som kanskje viser den viktigste veien videre, nemlig at det forskes mer på hvilke prosesser og terapeutvalg som faktisk skaper endring hos dem vi skal hjelpe. Med slik kunnskap vil valgene vi gjør i det terapeutiske rommet, baseres stadig mer på inngående kunnskap om endring fremfor at det baseres på hvilken skole vi sverger til.

Referanser

- Greenberg, L. S. (2012). Følelser tur-retur. *Morgenbladet*, 27, 10–12.
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-Focused Therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Elliot, R. and Pos, A. (2007). Emotion-Focused Therapy: An overview. *European Psychotherapy*, 7(1) 19–39.
- Greenberg, L. S. (2005). *Emotion-focused Therapy for Depression*. Washington DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R.N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach to change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D. & L. S. Greenberg (1991). *Emotion, psychotherapy, and change*. New York: Guilford Press.