

Tillit til kroppen



Kine Jespersen

Psykolog, Senter for Psykisk Helse Midt-Troms, Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
kine.jespersen@gmail.com

Psykoterapi har lenge hatt ordene i sentrum. Kan implisitt, kroppsbasert kommunikasjon gi en bedre tilgang til pasientens selvhelbredende ressurser?

I terapi forteller Mina om da hun ble overlatt til seg selv på sykehusrommet etter at hun hadde født sitt døde barn. Hun forteller lett og uten synlige følelsesuttrykk om hvordan barnet ligger på sengen; om hvordan hun så gjerne vil holde barnet, men ikke klarer å ta det inntil seg. Hun har fortalt om dette minnet mange ganger før. I en av timene vi snakker om dette, begynner jeg å legge merke til en liten bevegelse i Minas hender. Uten å tenke over det begynner jeg å gjøre den samme bevegelsen. Mina forteller at hun ikke klarte å holde barnet inntil seg, og samtidig begynner hun å bevege armene inn mot kroppen, som om hun er i ferd med å ta barnet inntil seg. Jeg merker at jeg gjør det samme. For første gang oppleves det som om Mina *er* i sin egen fortelling. Hun holder ikke lenger blikket mitt. Blikket er festet på barnet i armene hennes.

Psykologien har vært igjennom et paradigmeskifte fra atferdsprosesser, via kognitive prosesser, til kroppslig baserte prosesser

Denne opplevelsen ble et vendepunkt for meg som terapeut. Frem til dette punktet i terapien hadde vi jobbet med å sette ord på flere vanskelige hendelser i Minas liv, men som terapeut hadde jeg en opplevelse av aldri å nå inn til henne. Hendelsen gjorde det tydelig for meg hvor sentral kroppens rolle er i å skape følelsesmessig kontakt.

Psykoterapi har lenge hatt ordene i sentrum. Forskning har imidlertid vist at mye av vår mentale helse er relatert til kroppslige erfaringer, som vi ikke nødvendigvis har tilgang til via verbalt språk. Kunnskap om kroppslige erfaringer i intersubjektiv terapi kan gi en bedre forståelse av hvorfor øyeblikket som jeg her har beskrevet, ble så avgjørende.

Et helhetlig syn på helse

I nevrovitenskapelig og klinisk forskning fokuseres det nå om dagen på kroppsbaserte emosjoner og psykobiologiske tilstander (Schore, 2012). Psykologien har vært igjennom et paradigmeskifte fra atferdsprosesser, via kognitive prosesser, til kroppslig baserte prosesser. Schore (2012) hevder at fokus mot relasjonelt-emosjonelle prosesser er avgjørende for å forstå endringsprosesser i psykoterapi. Han argumenterer for at implisitte, ubevisste overlevelseshjerner i høyre hjernehalvdel, og ikke de venstrelateraliserte språklig baserte funksjonene, er viktigst både i utvikling og i psykoterapi. Dumas (2011) argumenterer for at psykologien nå i større grad bør rette blikket mot kroppens rolle i psykologisk fungering, heller enn bare å fokusere på hva som skjer i hjernen.

Forskning tyder på at kroppen, som helhet, spiller en viktig rolle i hvordan vi erfarer og fortolker verden. Aktiviteten i hjernen påvirkes av hormonelle, viscerale, somatiske og immunbaserte systemer (Critchley & Harrison, 2013; Damasio & Carvalho, 2013), og er på denne måten i stor grad kroppslig. Damasio (2001) viser til at nevrologiske skader som medfører emosjonelle forstyrrelser, ofte involverer de delene av nervesystemet som formidler informasjon til hjernen om kroppens

tilstand. Kroppslige systemer påvirkes av hendelser i livet, og påvirker hverandre på en intrikat måte. Dette gjør at vedvarende negativt stress, for eksempel omsorgssvikt og traumer tidlig i livet, får omfattende konsekvenser for menneskets psykiske og fysiske helse. Dette tenker man skjer gjennom kaskadevirkninger mellom de ulike kroppssystemene som er knyttet til stresshåndtering (Heim et al., 2000).



Forskning på konsekvenser av utviklingstraumer, det vil si tidlige og vedvarende traumatiserende opplevelser, viser at slike belastninger er assosiert med psykiske vansker på flere områder, blant annet når det gjelder regulering av oppmerksomhet, affekt, relasjoner og kroppslige tilstander (Felitti et al., 1998). Forskere ser også en sammenheng mellom tidlig traumatisering og somatiske tilstander som kardiovaskulære lidelser, diabetes type to og kreft (Miller et al., 2011). Som konsekvens av utviklingstraumer ser man ofte at mennesker får redusert bevissthet om følelser og kroppslige tilstander, og manglende forståelse for sammenhengen mellom en selv og miljøet rundt. Felles for disse vanskene er at de består i en dysregulering av de samme funksjonene som trygge omsorgsprosesser normalt sett fremmer (Braarud & Nordanger, 2011).

I en omsorgssituasjon hvor den voksne hjelper barnet å regulere følelsene sine, er sensitiv til dets egen følelsesregulering, og oppmerksomt fortolker og benevner dets indre tilstander, vil barnet gradvis utvikle og internalisere denne evnen selv. Utviklingstraumer består som regel i et mønster av situasjoner der omsorgsgiveren grunnleggende sett, og over tid, ikke er inntonet mot barnets behov. Barnet må da trygge og trøste seg selv, og selv finne måter å regulere følelsene sine på. Over tid kan dette medføre dysregulering av disse funksjonene, samt svekket kontakt med, og manglende språk for, følelser og kroppslige tilstander (Cloitre et al., 2009).

Samtaletterapi bør søke å få tak i og styrke de selvhelbredende prosessene i mennesket. Min påstand er at disse prosessene er tett knyttet til regulering via tilstedeværelse i seg selv og til fellesskap med andre. Psykoterapi er endringsarbeid i en relasjon, der en viktig oppgave er å forstå seg selv og andre. Vi forstår andre mennesker, og det som skjer i livet vårt, gjennom følelsene, og av denne grunn er følelser sentrale i god psykisk helse. Det å kunne identifisere og regulere egne følelser, samt det å forstå andres følelser, danner et godt utgangspunkt for et godt liv.

Følelser som kompass

Mange pasienter har på grunn av sine livserfaringer tilegnet seg mestringsstrategier som handler om å ikke kjenne følelser. Slik var det også for Mina, som virket å ha vanskelig for å legge merke til og beskrive sine egne følelser. Hun holdt et høyt tempo som om hun ikke maktet å være til stede i sin egen opplevelse lenge nok til å bli seg den bevisst. For henne var følelsene blitt en fiende, noe hun holdt på avstand. De var ikke lenger til hjelp for henne.

Følelser gir oss retning og gjør det tydelig for oss hva vi har behov for, og fungerer dermed som et livskompass. Det er gjennom kroppen vi kjenner følelsene, og alt vi opplever, blir tillagt emosjonell verdi ved hjelp av kroppstilstander (Damasio & Carvalho, 2013). Dermed blir vår oppfatning av verden, og våre handlinger, avhengige av den tolkning som gjøres på bakgrunn av kroppslige signaler. Det å veilede pasienten til å få tilgang på og stole på sine følelser, vil derfor øke pasientens opplevelse av å være til stede i og mestre sitt eget liv.

Det er terapeutisk viktig å få tak på og forsøke å hjelpe til å regulere også de ubevisste affektene. Økt evne til å identifisere og uttrykke følelser har vist seg å være avgjørende for å få til endring i livet (Greenberg, 2002). En voksende mengde forskningsresultater viser at følelsesmessig aktivering og dybde i opplevelse fremmer endring i terapi, forutsatt at relasjonen er trygg. Denne forskningen

indikerer at det å ha fokus på det kroppslige aspektet og å legge til rette for at dette aspektet utdypes, er avgjørende for at terapi skal være virksom (Greenberg, 2002).



Mange ulike terapiformer legger vekt på nærhet til umiddelbar opplevelse. For eksempel antas en metode som oppmerksomt nærvær å virke gjennom å gi nærhet til opplevelse. Brown og Ryan (2003) argumenterer for at oppmerksomt nærvær bidrar til god helse nettopp gjennom å gjøre pågående erfaring mer levende. De hevder at nærmere sensorisk kontakt med livet i nåtid er det som gjør at oppmerksomt nærvær bidrar til endring. Fosha (2000) betoner på lignende vis viktigheten av kontakt med kjerneaffekter. Dette er affekter som oppleves uforbeholdent og kroppslig, og som er helende fordi de bidrar til økt vitalitet og mening. Kontakt med disse affektene gjør at behov blir tydeligere, og det gis rom for sunne handlingstendenser. Gjennom å kjenne etter på en opplevelse slik den arter seg i kroppen, og ved å gjøre mening ut av den, oppstår en kroppslig følt tillit til en selv (Danielsson et al., 2013). Fosha (2000) påpeker at det emosjonelle møtet mellom pasient og terapeut kan fremme økt opplevelse av slike utviklingsfremmende emosjoner. Det viktige blir å skape en trygg nok relasjon til at pasienten kan oppnå oppmerksom kontakt med sine kjerneaffekter.

Minas opplevelse av sin sorg og sitt tap ble forsterket og gjort tydelig gjennom at handlingene som lå latent i kroppen hennes, ble speilet. På denne måten ble følelsene hennes tydelige for henne, og det ble mulig for henne å være i dem lenge nok til at budskapet i dem ble klart for henne.

Endring i relasjonelle mønstre

Relasjonelle terapimodeller betoner viktigheten av å identifisere og bidra til endring i pasientens mellommenneskelige mønstre, da dette har vist seg å være vesentlig for bedring i terapi (Castonguay & Hill, 2012). Relasjonelle mønstre dannes tidlig i livet og opprettholdes i relasjoner her og nå, gjennom ens egne forventninger og gjennom atferd som frembringer bestemte responser fra andre. Endring i de relasjonelle mønstrene vil kunne bidra til at pasienten opplever større tilhørighet og tilknytning til andre, som igjen bidrar til økt vitalitet og livskvalitet.

Våre relasjonelle mønstre er i stor grad basert på implisitt viten om verden. Fra vi er født, og sannsynlig også før fødselen, består vår verden av implisitt viten. Først senere, omtrent ved atten måneder, begynner vi å danne eksplisitte minner (Siegel, 2008). Det implisitte aspektet av vår viten om verden består av følelser, persepsjoner og kroppslige handlinger, som inngår i mentale modeller av hvordan det er å være i verden og sammen med andre. Grunnlaget i våre relasjonelle mentale modeller er dermed i stor grad implisitt og ikke-verbaliserbart.

Stern (2004) har i sine arbeider forsøkt å beskrive hvordan endring i relasjonell kunnskap kan komme til i terapi. En terapitime består ifølge ham av en rekke «present moments» som drives fremover av ønsket om intersubjektiv kontakt og av ønsket om å utvide det delte intersubjektive feltet. De nye erfaringene inngår etter hvert i personenes erfaringsbase, men er ikke nødvendigvis bevisste. Kunnskapen inngår i personenes implisitte viten. Av og til oppstår det Stern (2004) benevner «now moments» – øyeblikk som representerer en form for krise som krever en løsning. Løsningen oppstår som en annen form for «present moment» kalt «moment of meeting». Et vellykket «moment of meeting» består i en autentisk og veltilpasset respons til krisen. Et slikt avgjørende øyeblikk trenger imidlertid ikke å verbaliseres for å bidra til endring.

I terapien med Mina ble delingen av handlingen der hun viser hvordan hun tar barnet inntil seg, et slikt møteøyeblikk, som forandret relasjonen vår og terapiforløpet etterpå. Mina fortalte at for henne var det at hun ikke klarte å ta barnet inntil seg, knyttet til en underliggende følelse av å ikke være tålelig for andre. Dette var et gjennomgående tema for henne, en slags krise som stadig kom til

uttrykk i relasjoner. I vårt møteøyeblikk fikk denne krisen en løsning gjennom at hennes uttrykk for dette behovet ble fanget opp, tålt og støttet frem.



Følelsesregulering i relasjon

Det er i relasjon til andre at vi kan dele det vi opplever, og bli forstått. Vi-følelsene regulerer følelsene våre gjennom kontakt med andre (Skaarderud, 2007; Schore, 2012). Begrepet mentalisering er nyttig i forståelsen av affektregulering og intersubjektivitet, fordi det sier noe om vår evne til å forstå vår egen og andres følelsesmessige verden. Mentalisering er en prosess som foregår både eksplisitt og implisitt, og de to prosessene spiller sammen (Bateman & Fonagy, 2006). En annen måte å forstå møteøyeblikket mellom Mina og meg på, er gjennom begrepet «implisitt mentalisering». Implisitt mentalisering er automatisk og prosedural, og ligger dermed utenfor vår bevissthet. Denne delen av vår evne til å forstå andre er knyttet til vår kroppslige tilstedeværelse i verden, og danner grunnlaget for interaktiv regulering.

Begrepet vitalitetsaffekter (Stern 1985; 2010) beskriver godt det implisitte aspektet ved intersubjektivitet. Begrepet refererer til aktiveringsaspektet ved alle våre opplevelser og erfaringer, og utgjør grunnlaget for vår opplevelse av å være i live. Vitalitetsaffekter er knyttet til erfaringens form og definerer opplevelsens intensitet, rytme, endring og varighet. Et eksempel på dette fra spedbarnsomsorg er barnet som gråter og trenger trøst for å bli rolig igjen. Måten mor holder barnet på, nynner/snakker til det eller vugger det vil overføre en rytme og intensitet til barnet, som vil være avgjørende for hvorvidt barnet selv greier å regulere egen aktivering. Morens vitalitetsaffekt vil på denne måten kunne bidra til å endre barnets tilstand, samtidig som også morens tilstand endres av barnets aktivering (Hansen, 2010).

Den implisitte kunnskapen jeg fikk gjennom Minas kroppslige signaler, gjorde meg i stand til å forholde meg på en måte som kunne romme og regulere følelsene hennes. Hun viste meg starten på en handling, som jeg så speilet med min kropp.

Vitalitetsaffekter er på denne måten utgangspunktet for inntoning til et annet menneskes subjektive opplevelse. De dynamiske, skiftende mønstrene i rytmer, form og aktivering over tid gjør oss i stand til automatisk og uten at vi er oss det bevisst, å endre oss i takt med den andre. Denne tenkningen blir i dag underbygget fra forskningen på speilnevronsystemer, som illustrerer hvordan vi mennesker kan forstå og respondere empatisk og direkte til hverandres emosjonelle tilstander (Rizzolatti, Fabbri-Destri & Cattaneo, 2009). Aktiviteten i disse systemene kan forstås som kroppslig nedfelte simuleringer av andres atferd, og den representerer derfor en mer direkte forståelse av andres verden enn hva som kan formidles via ord (Gallese, 2005).

Ny mening

Det å dele sin opplevelse med en annen fører ofte til endring. I terapien med Mina skjedde denne delingen ikke bare gjennom ord, men også gjennom kroppslig tilstedeværelse og delt bevegelse. Mina erfarte at det var mulig å være til stede i følelsene sine og samtidig bli tålt av en annen. Kanskje førte dette til større integrasjon av de ulike aspektene ved opplevelsen; mellom det implisitte og det eksplisitte; mellom kropp, følelse, tanker og handling, slik at ny mening kunne oppstå.

Mina og jeg forsøkte å sette ord på endringen, men ordene strakk aldri helt til. Likevel var det en klar opplevelse av at det hadde hendt noe viktig. Det var kommet til en ny type møte og mening mellom oss. Det ble et avgjørende møtepunkt, hvor noe nytt ble skapt gjennom synkron og gjensidig

tilpasset samhandling uten ord. I ettertid tenker jeg at dette bidro til at Mina fikk tak på viktige kroppsbaserte følelser i seg selv, som tok henne inn på en mer positiv utviklingssti. Tilgangen til de retningsgivende følelsene ble mulig gjennom deling av et implisitt intersubjektivt felt. Etter dette punktet i terapien ble Mina langt mer tydelig for seg selv og menneskene rundt henne, og gjorde store endringer i livet sitt.



Referanser

- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Braarud, H. C. & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 968–972.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 399–408.
- Critchley, H. D. & Harrison, N. A. (2013). Visceral influences on brain and behavior. *Neuron*, 77, 624–637.
- Damasio, A.R. (2001). *Descartes'feiltakelse. Fornuft følelser og menneskehjernen*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Damasio, A. & Carvalho, G.B (2013). The nature of feelings: Evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews Neuroscience*, 14, 143–152.
- Danielsson, L., Scherman, M. H. & Rosberg, S. (2013). To sense and make sense of anxiety: Physiotherapists' perceptions of their treatment for patients with generalized anxiety. *Physiotherapy Theory and Practice*, Early Online: 1–12.
- Dumas, G. (2011). Towards a two-body neuroscience. *Communicative and Integrative Biology*, 4, 349–352.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Fosha, D. (2000). *The transformative power of affect*. New York: Basic Books.
- Gallese, V. (2005). Embodied simulations: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4, 23–48.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-Focused Therapy. Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. Washington: American Psychological Association.
- Hansen, B.R. (2010). Affektive dialoger. Fra regulering til mentalisering. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 116–136). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., et al. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284, 592–597.

- Miller, G. E., Chen, E., Parker, K.J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137, 959–997.
- Rizzolatti, G., Fabbri-Destri, M. & Cattaneo, L. (2009). Mirror neurons and their clinical relevance. *Nature Clinical Practice Neurology*, 5, 24–34.
- Schore, A. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York: Norton.
- Siegel, D. J. (2008). *The neurobiology of «we»: How relationships, the mind, and the brain interact to shape who we are*. [Lydbok]. Boulder, CO: Sounds True.
- Ska?rderud, F. (2007). Eating One's Words: Part III. Mentalization-Based Psychotherapy for Anorexia Nervosa -An outline for a Treatment and Training Manual. *European Eating Disorders Review*, 15, 323–339.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. USA: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality. Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development*. New York: Oxford University Press.

