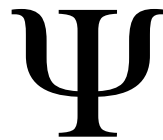




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Sinn til sinn – hjerne til hjerne:
Om relasjoners rolle i emosjonsregulering***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

**Eli Karoline Kvendseth
Helene Magnussen Wathne
Hilde Dahlum**

Høst 2013

Hovedveileder: Elisabeth Schanche
Biveileder: Lin Sørensen

Forord

Temaet i denne oppgaven favner om mye av det vi gjennom psykologutdanningen har opplevd som viktig. Gjennom utdanningen har vi delt en interesse for betydningen av emosjoner og relasjoner i utvikling, psykisk helse og psykoterapi, samt hatt et ønske om å i større grad kunne integrere kunnskap fra flere deler av fagfeltet. Prosessen fra denne gryende interessen til en ferdig oppgave har vært lang, utfordrende, interessant og svært lærerik. Oppgaven har vekket en økt nysgjerrighet i oss for sammenhengen mellom tidlige erfaringer og emosjonsregulering, samt for det potensialet for endring som ligger i mellommenneskelige relasjoner.

Vi har gjennom arbeidet hatt en god gruppeprosess og satt pris på hverandres bidrag, både gjennom spennende diskusjoner, og støtte når det buttet imot. Vi hadde aldri kommet i mål hvis det ikke var for våre fantastiske veiledere, Elisabeth Schanche og Lin Sørensen. Vi takker så mye for all hjelp, inspirasjon og støtte dere har gitt oss gjennom denne prosessen.

Abstract

Emotion regulation difficulties are a central phenomenon in mental illness. Emotion regulation involves the ability to increase and decrease physiological activation, affect and feeling. The ability to regulate ones emotion emerges in interaction with others. Being able to flexibly change between healthy self- and other-regulation is thought to represent optimal functioning of emotion regulation. Attachment theory and neuroscience can inform our understanding of how the development of these skills occurs. Early relational experiences affect the maturation, differentiation and integration of brain structures involved in emotion regulation. Meanwhile, the brain remains malleable throughout life, pointing to human interaction as a continuing potential source of change. The therapeutic relationship may serve as a well suited setting for further development of this ability. The matter of interest in this paper is how attachment theory and neuroscience can enrich our understanding of the implicit and explicit role of the therapeutic relationship in strengthening the patients' ability to flexibly regulate emotion. A case description and dialogue excerpts are used to illustrate psychotherapeutic work on emotion regulation. Implications for the caregiver's role in mental health, the education of psychologists, psychotherapeutic practice and neuroscientific contributions are discussed.

Sammendrag

Vansker med emosjonsregulering er et sentralt fenomen i mange psykiske lidelser. Emosjonsregulering omhandler hvordan en person kan opp- og nedregulere sin fysiologiske aktivering, sin affekt og sine følelser. Evnen til emosjonsregulering utvikles i samspill med andre. En optimal emosjonsregulering innebærer å fleksibelt kunne veksle mellom å regulere seg hensiktsmessig på egenhånd og ved hjelp av andre. Tilknytningsteori og nevrovitenskap kan benyttes til å forstå hvordan utviklingen av disse evnene finner sted. Tidlige relasjonelle erfaringer påvirker modningen, differensieringen og integreringen av ulike hjernestrukturer involvert i emosjonsregulering. Hjernen forblir imidlertid endringsdyktig hele livet, og mellommenneskelige samspill kan dermed potensielt virke endringsgivende også i voksen alder. Terapirelasjonen kan dermed tenkes å utgjøre en velegnet arena for videreutvikling av denne evnen. Denne oppgaven tar for seg hvordan vi ved hjelp av kunnskap fra tilknytningsteori og nevrobiologi kan forstå relasjonens implisitte og eksplisitte rolle i terapeutisk arbeid med å styrke pasientens evne til fleksibel emosjonsregulering. Kasus og vignetter benyttes for å illustrere psykoterapeutisk arbeid med emosjonsregulering. Implikasjoner for omsorgsgivers ansvar i psykisk helse, psykologutdanningen, utøvelsen av psykoterapi og nevrovitenskapens bidrag til feltet diskuteres.

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Emosjon og emosjonsregulering	3
Fenomenet emosjon	3
Fysiologisk aktivering.....	4
Affekt	4
Følelse	5
Emosjonsregulering	5
Emosjonsregulering gjennom selv og andre	6
Emosjonsreguleringens rolle i nevroplastisitet og læring	8
Emosjonsreguleringsnettverk i hjernen	10
Utvikling av emosjonsregulering i samspill med andre	13
Tilknytningsteori som rammeverk for å forstå utvikling av emosjonsregulering	13
Trygg tilknytning: Utviklingen av primære tilknytningsstrategier som fremmer fleksibel emosjonsregulering	16
Omsorgserfaringer som fremmer fleksibel emosjonsregulering	17
Følger av trygg tilknytning.....	20
Utrygg tilknytning: Utviklingen av sekundære tilknytningsstrategier som hemmer fleksibel emosjonsregulering	21
Utviklingen av vansker med emosjonell selvregulering	23
Følger av vansker med emosjonell selvregulering	24
Utviklingen av vansker med emosjonell andreregulering	25
Følger av vansker med emosjonell andreregulering	26
Konsekvenser av vansker med emosjonsregulering for psykisk fungering	28
Emosjonsregulering i psykoterapi: På vei mot fleksibel selv- og andreregulering	30
Implisitt emosjonsregulering i psykoterapi	30
Terapeutegenskaper som tenkes å bidra til en emosjonsregulerende relasjon	31
Kasusbeskrivelse	34
Nonverbal andreregulering i terapirelasjonen.....	36
Verbal andreregulering i terapirelasjonen.....	39

Eksplisitt emosjonsregulering i psykoterapi	43
Intervensjoner med utgangspunkt i fysiologisk aktivering	43
Intervensjoner med utgangspunkt i affektuttrykk	46
Intervensjoner med utgangspunkt i følelser	49
Diskusjon	51
Implikasjoner for omsorgsgiver sitt ansvar i utviklingen av emosjonsregulering	51
Implikasjoner for opplæring av psykologer	53
Utvikling av relasjonskompetanse	54
Evne til selvivaretakelse	58
Implikasjoner for terapiens varighet	60
Implikasjoner for psykoterapien som fag og metode	62
Emosjonsregulering som transdiagnostisk fenomen	62
Emosjoner som transmetodisk fokus i psykoterapi	63
Nevrovitenskap og psykoterapi – et fruktbart samarbeid?	65
Avsluttende bemerkninger	69
Referanseliste	71

I psykoterapifeltet har det i den senere tid vært et økt fokus på psykologiske fenomener som antas å være sentrale virkningsmekanismer på tvers av ulike psykiske lidelser. Emosjonsregulering er et eksempel på et slikt fenomen (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Flere ulike symptomer på psykisk lidelse kan forstås som et uttrykk for uhensiktsmessige emosjonsreguleringsstrategier. Eksempelvis kan det å isolere seg, selvskaide, ruminere eller misbruke alkohol være uheldige forsøk på å regulere ubehagelige emosjoner på egen hånd (Berking et al., 2008).

Evnen til emosjonsregulering tenkes å utvikles på bakgrunn av tidlige samspillserfaringer med nære andre (Beebe & Lachmann, 1998; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). Strategier for emosjonsregulering kan forstås som uttrykk for hvordan man som barn best kunne oppnå og opprettholde nærhet til og omsorg fra sine omsorgsgivere (Mikulincer & Shaver, 2005b). Tilknytningsteori handler om relasjonen mellom omsorgsgiver og barn (Bowlby, 1969), og er et av de rådende rammeverkene for å forstå hvilken innvirkning tidlige samspill har på barns evne til emosjonsregulering (Mikulincer et al., 2003). Erfaringene man gjør seg med omsorgsgiver tidlig i livet legger føringer for hvordan man senere kan regulere emosjonene sine på egen hånd og ved hjelp av andre (Beebe & Lachmann, 1998). Videre har de siste tiårenes utvikling innen nevrobiologi bidratt til kunnskap om utvikling av emosjonsregulering, samt emosjoners sentrale rolle i læring og endring (Cozolino, 2010; A. N. Schore, 2001; Siegel, 2001). Nevrobiologisk teori og empiri støtter antagelsene om at tidlige relasjonserfaringer er særlig viktige, fordi de er sentrale i utviklingen av det nevrobiologiske grunnlaget for emosjonsregulering (Cozolino, 2006; A. N. Schore, 2001). Selv om tidlige samspillserfaringer har vist seg å være

formative for vår evne til emosjonsregulering, har erfaringer med andre et potensiale til å påvirke hjernens emosjonsregulerende funksjoner gjennom hele livet (A. N. Schore, 1994, 2012). Et slikt livslangt utviklingspotensial åpner opp for muligheten til å fremme nye, mer formålstjenlige og fleksible emosjonsreguleringsstrategier gjennom psykoterapi. Relasjonen mellom terapeut og pasient kan da tenkes å utgjøre en ny mellommenneskelig samspillsarena for en utvikling og endring av pasientens evne til emosjonsregulering. Psykoterapiforskning har i tråd med dette vist at relasjonen mellom terapeut og pasient spiller en sentral rolle for utfallet i psykoterapi på tvers av terapitilnærminger, og at egenskaper ved terapeuten er her funnet å være et viktig bidrag (Norcross & Lambert, 2011). Sammenhengen mellom emosjonsregulering i barndom og hos voksne er imidlertid ikke tilstrekkelig belyst; «Despite richly overlapping concerns, to date there has been a surprising lack of integration across developmental and adult literatures on emotion regulation.» (Gross & Thompson, 2007, s. 7). Derfor ønsker vi å se på hvordan utviklingspsykologi, da spesielt tilknytningsteori, og nevrovitenskap kan tenkes å kunne bidra til en utvidet forståelse av hvordan evnen til emosjonsregulering kan fremmes i psykoterapirelasjonen. Dette fordi disse to perspektivene kan belyse hvilke kvaliteter ved relasjonelle samspill som synes å fremme eller hemme utviklingen av en fleksibel evne til emosjonsregulering gjennom hele livet.

Vi vil ta for oss følgende problemstillinger: 1) Hvordan utvikles evnen til fleksibel emosjonell regulering i samspill med andre? 2) Hvordan kan evnen til fleksibel emosjonsregulering fremmes gjennom psykoterapi i voksen alder? For å belyse disse problemstillingene vil vi benytte tilknytningsteori og nevrobiologisk teori og empiri for å trekke paralleller mellom aspekter ved barn-omsorgsgiver-relasjonen og relasjonen mellom pasient og terapeut. Vårt fokus vil være på terapeutegenskaper som kan

medvirke en trygg relasjon, som igjen antas å styrke pasientens evne til emosjonsregulering. Vi vil ved hjelp av et kasus illustrere hvordan relasjonen implisitt¹ kan fremme emosjonsregulering i terapi. Deretter vil vi gi eksempler på hvordan en terapeut kan ta i bruk eksplisitte intervensjoner for å fremme pasientens evne til emosjonsregulering. Avslutningsvis vil vi diskutere noen implikasjoner av dette, blant annet følger for utdanningen av psykologer, og nevrovitenskapens bidrag til psykoterapifeltet.

Emosjon og emosjonsregulering

Fenomenet emosjon

«Everybody knows what an emotion is, until asked to give a definition» (Fehr & Russell, 1984, s.464). Det har vist seg vanskelig å komme til enighet om en felles definisjon av emosjonsbegrepet (Gross & Thompson, 2007; Siegel, 2012). Basert på Darwins (1998/1872) arbeid trekker de fleste emosjonsteoretikere frem at emosjon innebærer mønstre av fysiologisk aktivering som bidrar til vår overlevelse og tilpasning gjennom å motivere oss til situasjonspassende handlingstendenser (Damasio, 2002; Frijda, 2008; Greenberg, 2011; Keltner & Gross, 1999; Sloan & Kring, 2007), slik som utforskning, samarbeid eller kamp. Det er videre bred enighet om at emosjon preger vår subjektive opplevelse av verden, påvirker vår informasjonsprosessering og har som funksjon å kommunisere behov og intensjoner til oss selv og andre (Greenberg, 2011; Keltner & Gross, 1999; Rinn, 1984; Sloan & Kring, 2007; Sroufe, 1996). I tråd med at emosjon knyttes til flere komponenter av erfaring, velger vi i denne oppgaven å bruke emosjon som et paraplybegrep for 1) den indre kroppslige aktiveringen emosjon fører med seg (heretter omtalt som fysiologisk aktivering), 2) aktiveringens nonverbale

¹ Det skal understrekes at dette er en teoretisk og dels empirisk redegjørelse for noe de fleste terapeuter allerede gjør.

uttrykk (heretter affekt) og 3) den subjektive opplevelse av den fysiologiske aktiveringen (heretter følelse).

Fysiologisk aktivering. På et nevrobiologisk nivå omfatter emosjoners fysiologiske aktivering både endringer i hormonaktivitet og i nevrologisk aktivering i det sentrale nervesystemet (hjerne og ryggmarg) og i det perifere nervesystemet (kroppen for øvrig) (Damasio, 1998, 2002; Panksepp, 1998). Ulike fysiologiske aktiveringsmønstre tenkes å føre med seg en økt sannsynlighet for visse handlingstendenser. En bestemt fysiologisk aktivering i kroppen vil eksempelvis kunne vekke en tendens til flukt, og en annen til utfoldelse og sosialisering (Damasio, 2002; Gross & Barrett, 2011; Panksepp, 1998). Emosjonssystemet kan i tillegg være aktivt slik at vi kan kjenne ulike grader av aktivering i kroppen, som kan oppleves som positiv, negativ eller nøytral, men uten at aktiveringen nødvendigvis gir oss tydelig informasjon om situasjonen eller vekker klart definerte handlingstendenser (Damasio, 2002; Greenberg, 2002b; Siegel, 2012).

Affekt. Hvordan emosjonens fysiologiske aktivering kommer til uttrykk nonverbalt gjennom kroppsholdning, ansiktsuttrykk, toneleie og lignende, vil her benevnes med begrepet affekt (Siegel, 2012). Affektuttrykk kan formidles viljestyrt og bevisst, eller uten at vi legger merke til det. Enten vi er klar over slike uttrykk eller ikke, utgjør affekt viktige kommunikasjonssignaler mellom mennesker (Siegel, 2012). Fysiologisk aktivering og affekt er nært sammenbundet. Begrepsinndelingen gjøres her for å skille mellom indre opplevd aktivering og det ytre uttrykket av denne (Damasio, 1996), samt fordi det er mulig å uttrykke en annen affekt enn vår fysiologiske aktivering skulle tilsi (Panksepp, 1998; Rinn, 1984). For eksempel kan vi smile selv om vi egentlig er triste.

Følelse. For å omtale i hvilken grad individet har en subjektiv opplevelse av en fysiologisk aktivering eller affektuttrykket for denne aktiveringen, vil vi benytte begrepet følelse (Siegel, 2012). Kommunikasjon mellom kropp og hjerne gjør det mulig for sinnet å lage en mental representasjon av det som skjer i kroppen. Følelser kan da sies å være det mentale resultatet av at vi har kontakt med disse fysiologiske hendelsene i kroppen (Damasio, 2003). Dersom vi klarer å skape en slik forståelse kan vi kjenne at blodet pumper og at vi blir varme i ansiktet (fysiologisk aktivering), merke at nevene våre knyttes (affekt), få en subjektiv opplevelse av å være sint (følelse), og forstå at årsaken til dette skjer er at noe i situasjonen er truende. Det å være bevisst på våre egen emosjoner lar oss også viljestyrt kommunisere til andre hva vi har behov for. Vi kan sette navn til det vi subjektivt erfarer med ord (Siegel, 2012) og får mulighet til å ytre at vi føler oss feilaktig behandlet og be om eller kreve at noe endres.

Emosjonsregulering

Har vi bevisst kontakt med emosjonenes fysiologiske aktivering blir det videre lettere for oss å ta stilling til og endre emosjonene (Berking et al., 2008; Ogden, Minton, & Pain, 2006). Det er vanskelig å påvirke noe vi ikke er klar over at finner sted. Kroppslige fornemmelser vil kunne være svært ubehagelige sansninger dersom vi ikke vet hvorfor de finner sted eller hva vi kan gjøre med det. Kan vi derimot bevisst oppleve de kroppslige signalene som en følelse, for eksempel engstelse, oppfyller emosjonen sin funksjon med å informere oss om hvordan vi har det (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004), og gi oss mulighet til å ta stilling til hvordan vi skal respondere. I tråd med at vi benytter emosjon som paraplybegrep over fysiologisk aktivering, affekt og følelse, vil vi bruke begrepet emosjonsregulering om de måtene en person kan regulere sin fysiologiske aktivering, sin affekt og sine følelser. Det er lett å

hovedsakelig assosiere emosjonsregulering med strategier en person kan benytte seg av for å nedregulere eller dempe uønskede emosjoner. Det å regulere emosjoner kan derimot også omfatte våre evner til å generere og styrke emosjoner (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2007). Alt fra å oppmuntre seg selv med positive tanker eller ringe en venn når vi føler oss nedstemt, til å dempe angst med å innta alkohol eller å være avhengig av kontinuerlig beroligelse fra andre, kan da sies være emosjonsregulering. En evne til emosjonsregulering vil dermed omfatte både det å kunne opp- og nedregulere, eller opprettholde intensiteten og varigheten av fysiologisk aktivering, følelse og affekt (Gross & Thompson, 2007).

Emosjonsregulering gjennom selv og andre. Emosjonsreguleringsstrategier kan kategoriseres ut i fra om man utfører de på egen hånd (selvregulering) eller ved hjelp av andre (andreregulering). En evne til å fleksibelt kunne bevege seg mellom selv- og andreregulering tenkes å være sentralt i god psykisk helse (Beebe & Lachmann, 1998). Både selvregulering og andreregulering kan videre foregå verbalt eller nonverbalt (Greenberg, 2011; A. N. Schore, 1994). Ulike sammensetninger av disse to emosjonsreguleringsdimensjonene er, som vi senere skal se nærmere på, relevant for hvordan man i psykoterapi kan arbeide med å fremme en pasients evne til å fleksibelt benytte seg av hensiktsmessig selv- og andreregulering.

En verbal selvreguleringsstrategi kan være at man reflekterer over og endrer sine kognisjoner og slik endrer sin tolkning av en situasjon (Beck & Weishaar, 1989; Gross, 1998; John & Gross, 2004). Et selvrefleksivt språk gjør det mulig for oss å tenke og snakke omkring våre indre opplevelser (Cozolino, 2010). Dette kan ta form av at vi fører en vennlig indre dialog der vi gir oss selv støtte eller hjelper oss selv til å se på en situasjon på en måte som nedregulerer ubehagelig eller intense emosjoner. En vennlig

indre dialog kan være selvsnakk som «Det er ikke så farlig om det ikke går, du har gjort ditt beste», eller «Det kan være at hun ikke mente det som kritikk». Vi kan også verbalt formidle til andre at vi har behov for støtte, og andre kan komme med vennlige og støttende utsagn til oss, slik som «Det er bare sympatisk å være litt nervøs, det viser at du tar oppgaven på alvor». Den andre kan også være til hjelp ved å ta initiativ til eller være tilgjengelig for en samtale om det vi synes er vanskelig. Slike støttende utsagn og innspill fra andre kan da sies å være en verbal form for andreregulering.

Nonverbal emosjonsregulering kan foregå gjennom at man mottar nonverbal trøst fra andre. Nonverbal emosjonsregulering formidles via den andres affekt; ansiktsuttrykk, berøring, stemmekvalitet og blick (Greenberg, 2007; A. N. Schore, 1994). Slik affekt kan kommunisere trøst og signalisere at den andre personen er tilgjengelig for oss og fanger opp og aksepterer våre emosjoner. Dette kan i seg selv nedregulere vonde emosjoner i oss (A. N. Schore, 1994), eller bidra til at andre emosjoner vekkes, for eksempel medfølelse med oss selv eller andre. Denne formen for emosjonsregulering er da mer implisitt av natur og kan sies å utgjøre en nonverbal form for andreregulering (A. N. Schore, 1994).

Vi kan også regulere oss selv nonverbalt. Dette kan finne sted uten at vi bevisst og viljestyrt forsøker å emosjonsregulere (Greenberg, 2007; Koole & Rothermund, 2011), ved at selvtrøst oppstår automatisk i oss når vi trenger det (Greenberg, 2011). Vi kan oppleve at det dukker opp tanker og bilder som er støttende eller gir håp i møte med kritikk eller en vanskelig situasjon. Kanskje dukker det opp et minne av det vennlige ansiktet eller den varme stemmen til et familiemedlem eller en venn. Indre bilder av støttende andre tenkes å vekke beroligelse og nedregulere eventuell selvkritikk og skam (Gilbert & Irons, 2005; Mikulincer, Shaver, & Rom, 2011). Slike nonverbale signaler

generert fra en selv antas å ha en beroligende effekt på fysiologisk aktivering (Gilbert & Irons, 2005).

Emosjonsreguleringens rolle i nevroplastisitet og læring. De evnene vi har til å opp- og nedregulere vår fysiologiske aktivering kan tenkes å ha konsekvenser for læring. Nevrovitenskapelig forskning finner at hjernens struktur og funksjon kan forandre seg avhengig av erfaring, og at hjernen og nervesystemet er i konstant utvikling gjennom hele livet (May, 2011). På et nevrobiologisk nivå foregår læring ved at nye koblinger mellom nerveceller dannes eller styrkes (langtidspotensiering, Bliss & Lomo, 1973) eller svekkes (langtidsdeprivering, Collingridge, Peineau, Howland, & Wang, 2010). Nervecellenes evne til å endre struktur og funksjon som følge av erfaring kalles nevroplastisitet (Hebb, 1949) og det later til å være optimale aktiveringsnivåer som fremmer evnen til læring og nevroplastisitet (Baldi & Bucherelli, 2005). Våre optimale aktiveringsnivåer for læring tenkes å være det spekteret av fysiologisk aktivering som fasiliterer etablering av flere kontaktpunkter og bedre kommunikasjon mellom nervecellene i hjernen (Cozolino, 2010). Ulike grader av fysiologisk aktivering ser slik ut til å kunne fasilitere eller hemme mental fleksibilitet. Fra et psykologisk perspektiv tenkes dette å muliggjøre flere kontaktpunkter og bedre kommunikasjon mellom de ulike elementene i vårt mentale liv, slik som tanker, følelser, minner og persepsjoner (Cozolino, 2010; Siegel, 2012). Dette kan sies å styrke evnen til å være i kontakt med og tenke omkring det som erfares, samt effektivt ta inn og bruke informasjon (Ogden & Minton, 2000).

En hjerne og et sinn som er rikt på slike kontaktpunkter kan man si er velintegret (Siegel, 2012). Integrering betyr at separate elementer kobles sammen, kommuniserer og samarbeider med hverandre, noe som fører til større kompleksitet og

fleksibilitet (Siegel, 2012). Økt fleksibilitet gjør det mulig for oss å tilpasse oss til og respondere på et bredt spekter av situasjoner og omgivelser (Gross & Muñoz, 1995). Motsatt har man funnet at høy aktivering fører til redusert kognitiv fleksibilitet og redusert evne til kompleks læring og informasjonsprosessering (se Arnsten, 1998; Mayes, 2000). Sammenfallende med disse funnene teoretiseres det på bakgrunn av evolusjonsteori og humanfysiologi at høy, men også lav, aktivering vanskeliggjør sosial adferd eller tilegning av nye ferdigheter (Porges, 2007, 2009). Dette er fordi den primære funksjonen til den autonome (ikke-viljestyrte) grenen av nervesystemet, er å tilrettelegge for fysiologiske aktiveringsnivåer som øker sannsynligheten for overlevelse i trusselsituasjoner (Cozolino, 2010; Porges, 2009). En slik tilrettelegging kan være energimobilisering (høy fysiologisk aktivering) ved hjelp av den sympatiske grenen av det autonome nervesystemet. Dette gjør oss klar for kamp eller flukt i møte med fare. Alternativt kan kroppen konservere energi (lav fysiologisk aktivering) ved hjelp av den parasympatiske grenen, for å kunne benytte passive beskyttelsesstrategier slik som å spille død der faren er av en slik karakter at aktive strategier vurderes fåfengt (Porges, 2007, 2009). Slike strategier er adaptive i møte med faktiske trusler mot vår fysiske helse, men i trygge situasjoner trenger vi å kunne regulere vår fysiologiske aktivering for å kunne inngå i sosial samhandling og læring (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Cozolino, 2010; Porges, 2009). Ser man på fysiologisk aktivering som en del av emosjon blir emosjonsregulering et verktøy vi kan benytte for å holde oss innenfor vårt endringsgunstige spekter av aktivering. Dette aktiveringsspekteret medvirker til læring og til fleksibel adferd gjennom økt integrering av elementer i hjernen og sinnet (Cozolino, 2010; Siegel, 2012). Hvilket aktiveringsspekter som er optimalt for læring og utvikling vil i noen grad variere fra individ til individ, fordi det trolig avgjøres av

samspeilet mellom arvelige komponenter og vår emosjonelle læringshistorie, særlig fra våre første leveår (A. N. Schore, 2001). Emosjon og emosjonsregulering blir på denne måten sentrale fenomener i utvikling og endring (Siegel, 2012; Cozolino, 2010).

Emosjonsreguleringsnettverk i hjernen. Evnen til emosjonsregulering utvikles som et resultat av samspeilet mellom genetiske faktorer og erfaringer. Spedbarn vil fra fødselen av vise tendenser til visse temperamentstrekk. Man vet at temperamentsdisposisjoner til dels er arvelige, og at det innebærer at noen barn vil ha et mer reaktivt nervesystem i møte med utfordringer og stress sammenlignet med andre barn (Kagan, Snidman, Arcus, & Reznick, 1994). Følgene av disse tendensene vil imidlertid preges av miljøet barnet vokser opp i (Fox, Bell, & Jones, 1992; Kagan & Snidman, 2013; Kagan et al., 1994). Her virker kompatibilitet mellom barn og omsorgsgiver, samt evnen den voksne har til å tilpasse seg barnet, å være sentralt for den emosjonelle utviklingen (goodness of fit, Se Thomas, Chess, & Korn, 1982).

Samspeilet mellom nevrobiologiske og miljømessige aspekter i utviklingen av emosjonsregulering har blitt belyst blant annet gjennom A. N. Schores (1994) teori om et emosjonsreguleringsystem i hjernens høyre hemisfære. Utviklingen av dette emosjonsreguleringsystemet tenkes å involvere en modning og sammenkobling av flere strukturer i hjernen som medvirker til genereringen og reguleringen av emosjoner. Disse strukturene modnes og kobles sammen gjennom hele livet, men har en spesielt kritisk utviklingsfase de første leveårene. Strukturene i systemet tenkes å utvikle seg hierarkisk. En gradvis modning og integrering av stadig høyereliggende strukturer tillater en mer sosialt tilpasset og bevisst regulering av emosjoner (A. N. Schore, 2001).

De basale strukturene i hjernen, slik som hjernestammen og amygdala, er de strukturene som er mest aktive ved fødsel (A. N. Schore, 2001). De er blant annet

involvert i å generere de mer primitive emosjonelle responsene man ser hos spedbarn, som for eksempel det å skrike når man har behov for nærhet eller er sulten. Den senere modningen av de høyereliggende limbiske strukturene tillater mer kompleks emosjonsregulering, gjennom at barnet kan orientere seg mot og nærme seg behagelig stimuli, eller orientere seg bort fra og fjerne seg fra ubehagelig stimuli (A. N. Schore, 2001). De siste strukturene som modnes og integreres befinner seg i prefrontal cortex (Chugani, 1998), noe som tillater et nivå av emosjonsregulering som er unikt for menneskearten (Barkley, 2001). Disse strukturene har utstrakte koblinger til andre deler av hjernen og er spesielt sentrale i regulering av emosjoner fordi de tillater en integrering av emosjonelt relevant informasjon fra kroppen og omgivelsene, og gjør denne informasjonen tilgjengelig for bevisstheten slik at de kan reguleres. Dette nivået av emosjonsregulering gjør at vi kan tilpasse våre emosjonelle responser til de sosiale omgivelsene vi ferdes i (A. N. Schore, 2001). Det vil for eksempel ikke lenger være like hensiktsmessig å sette seg ned og strigråte om man er sulten i en alder av 50 år.

Det tenkes at en modning, differensiering og integrering av ulike hjerneområder er et sentralt aspekt ved den nevrobiologiske utviklingen av emosjonsregulering (Siegel, 2001). Gode vertikale koblinger mellom hjernestammen, det limbiske system og prefrontal cortex vil bidra til en hensiktsmessig emosjonsregulering fordi det tillater integrering av kroppslig, emosjonell og kognitiv informasjon (A. N. Schore, 2001). For eksempel vil en sterk forbindelse mellom de prefrontale områdene og de andre strukturene kunne fremme en hensiktsmessig regulering av emosjonelle tilstander som fasiliterer læring og utvikling (Banks, Eddy, Angstadt, Nathan, & Phan, 2007; Quirk & Beer, 2006; Wager, Davidson, Hughes, Lindquist, & Ochsner, 2008). En annen sentral integrering er den horisontale integreringen mellom hjernens høyre og venstre

hemisfære (Cozolino, 2010). Hjernens to hemisfærer sies å dominere i ulike aspekter av vår fungering (McGilchrist, 2009). Venstre hemisfære er mer koblet til de språklige, bevisste og kognitive funksjonene i cortex; mens høyre hemisfære i større grad har koblinger ned mot det limbiske system og hjernestammen, som er involvert i emosjon og kroppslig regulering (Cozolino, 2010; A. N. Schore, 2001). En horisontal integrering mellom høyre og venstre hemisfære er da viktig for emosjonsregulering (Cozolino, 2010) fordi en slik integrering kobler sammen de kroppslige og bevisste aspektene ved emosjoner.

Videre spiller høyre hemisfære en viktig rolle i emosjoner gjennom dens involvering i nonverbal kommunikasjon, blant annet gjennom regulering av spontan gestikulering (Blonder, Bowers, & Heilman, 1991) og rytmen og tonefallet i talen (Mitchell, Elliott, Barry, Cruttenden, & Woodruff, 2003). Høyrehjernen er også sentral i vår subjektive opplevelse av emosjon (Wittling & Roschmann, 1993). Emosjonelt ladede stimuli som presenteres for raskt til at de kan oppfattes bevisst, tenkes registrert i mottagerens høyrehjerne (Snodgrass & Haring, 2004). Slik ser man at mye av vår emosjonelle fungering foregår på et ubevisst prosesseringsnivå (J. R. Schore & Schore, 2008). Høyre hemisfære gjennomgår en stor vekstspurt de første 18 levemånedene, og er den dominerende hemisfæren de tre første leveårene (Chiron et al., 1997). Strukturene som er ansvarlig for bevissthet og verbalisering i venstre hemisfære overtar ikke dominans før i treårsalderen (Chiron et al., 1997). Derfor husker vi ikke bevisst de tidlige erfaringene vi gjør oss, men disse erfaringene vil likevel lagres i hjernens tidlig utviklede strukturer og nettverk som er særlig involvert i emosjoner, og påvirker trolig vår fungering gjennom hele livet (A. N. Schore, 2001). Hjernen utvikles i stor fart i perioden fra det siste trimester i mors mage og videre de to første leveårene (Dobbing &

Sands, 1973). At kritiske deler av hjernens modning skjer samtidig som barnet er avhengig av en tett kontakt med omsorgspersonen, gjør at tidlige interpersonlige erfaringer får uforholdsmessig stor innvirkning på den nevrologiske utviklingen. Dette gir en unik mulighet for tilpasning til de spesifikke omgivelsene barnet skal leve i, men gjør også barnet sårbart for skjevutvikling hvis det vokser opp med en omsorgsperson som ikke er i stand til å ivareta deres behov. Barnet er således prisgitt omsorgen tidlig i livet for en hensiktsmessig utvikling av evnen til emosjonsregulering (J. R. Schore & Schore, 2008).

Utvikling av emosjonsregulering i samspill med andre

Menneskebarnet kommer til verden med en rekke nedarvede behov (Trevarthen, 1974). Barnets verktøy for å signalisere sine behov, spesielt i den preverbale perioden, er dets emosjonelle signal. Måten omsorgspersonen møter eller ikke møter barnets emosjonelle signal på, vil i stor grad prege utviklingen av barnets emosjonsregulerende strategier (Mikulincer et al., 2003). I relasjon med omsorgspersonen vil barnet først få erfare i hvor stor grad det selv må finne måter å regulere emosjonene sine på og når det kan henvende seg til andre for å gjenopprette en emosjonell balanse. Ved gode erfaringer med å bli regulert i omsorgsdyaden vil barnet oppleve behag, vitalitet og samhørighet, og dette kan bidra til å utvikle barnets emosjonsregulerende kapasiteter. I motsatt tilfelle vil barnets opplevelser kunne preges av ubehag, smerte, og av å være forlatt og fremmedgjort (Tomkins, 1962), som kan hemme utviklingen av strategier for både selv- og andreregulering. (Mikulincer et al., 2003) Her vil tilknytningsteori (Bowlby, 1969) benyttes for å utdype forståelsen av hvordan emosjonsreguleringskapasiteten utvikles.

Tilknytningsteori som rammeverk for å forstå utvikling av emosjonsregulering

Bowlby (1969) postulerte at spedbarnet kommer til verden med et medfødt motivasjonssystem, tilknytningssystemet, som har som funksjon å etablere og bevare nærhet til omsorgsgiver, en såkalt tilknytningsperson. Tilknytningspersonen kan være én eller flere, eksempelvis mor, far eller annen omsorgsgiver², og tilknytningsrelasjoner vil kunne oppstå og endres gjennom hele livet (Mikulincer et al., 2003).

Tilknytningssystemet er spesielt fremtredende og observerbart i spedbarnsalderen. Gjennom å etablere nærhet til omsorgsgivere kan barnet få tilfredsstilt sine grunnleggende behov for å unngå eller fjerne ubehag, og etablere en opplevelse av trygghet. En frykt for separasjon kan sees på som helt grunnleggende i barnet, fordi uten nærhet til omsorgspersonen forsvinner enhver mulighet til å sikre overlevelse og få tilfredsstilt andre behov (Bowlby, 1969). Barnet vil derfor tilpasse seg i stor grad for å ivareta båndet til omsorgsgiveren sin. Når barnet opplever verden som utrygg vil det utvise atferd som gjør at det kan oppnå, opprettholde eller gjenopprette nærhet til tilknytningspersonen (Bowlby, 1969). Barnet kan signalisere sine behov til omsorgspersonen i form av ansiktsuttrykk, vokalisering eller kroppsspråk, eller det kan fysisk forsøke å nærme seg omsorgspersonen, eksempelvis ved krabbing. Det tenkes at individuelle forskjeller i emosjonsreguleringsstrategier påvirkes av de erfaringene barnet gjør seg i slik søken etter nærhet til omsorgspersonen (Mikulincer et al., 2003).

En tilgjengelig og responsiv omsorgsgiver vil fasilitere den optimale funksjonen av tilknytningssystemet. Det innebærer å gi barnet en stabil opplevelse av trygghet og dermed tiltro til det å støtte seg på andre som en reguleringsstrategi. Samtidig styrker det barnets evne til selvregulering ved at det kan internalisere strategier som det lærer i samspill med andre. Omsorgspersonen representerer således en trygg base (Ainsworth,

² Heretter omtalt i entall som tilknytningsperson eller omsorgsperson

1967) som barnet kan utforske verden fra. Denne tryggheten gir barnet mulighet til å utvikle sine ferdigheter og sin personlighet (Mikulincer et al., 2003). Videre fungerer tilknytningsfiguren som en trygg havn som barnet kan returnere til fra utforskningen for å gjenopprette en opplevelse av trygghet og for å hente seg inn igjen (Ainsworth, 1967). Dersom omsorgspersonen ikke er pålitelig i sin tilgjengelighet vil ikke barnet oppnå en opplevelse av trygghet, og det må da ty til andre strategier for å regulere sitt ubehag. Som en konsekvens av dette kan barnet måtte begrense sin utforskning av omgivelsene, noe som vil ha en negativ innvirkning på læring og utvikling (Larose, Bernier, & Tarabulsky, 2005). Nevrobiologisk forskning som tar i bruk dyremodeller understøtter at omsorgen som gis tidlig i livet er med på å forme avkommets senere stressrespons (Caldji et al., 1998). Blant annet har rottestudier vist at rottemødres omsorgsatferd påvirker avkommets nevralt vekst og plastisitet (som påvirker evne til læring), HPA-akse fungering (som regulerer aktivering og stressresponsen) og deres fremtidige omsorgsatferd for egne avkom (Cameron et al., 2005; Colvis et al., 2005; Meaney & Szyf, 2005; Zhang, Parent, Weaver, & Meaney, 2004). Det er sannsynlig å anta at lignende, om enn mer komplekse, prosesser finner sted i relasjonen mellom barn og omsorgsgiver hos mennesker (Cozolino, 2010).

Tilknytningsteoretisk forskning har i stor grad benyttet en inndeling i ulike tilknytningsstiler for å beskrive typiske mønstre av tilknytning (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Tilknytningsstilene representerer systematiske mønstre av relasjonelle forventninger, emosjoner og atferd som er internalisert i personen, basert på vedkommende sin unike tilknytningshistorikk. Med andre ord er det i tilknytningsrelasjonen forventninger til andre mennesker sin tilgjengelighet og respons dannes, og således er det også her man legger grunnlaget for ulike selv- og

andrerregulerende strategier. Man skiller hovedsakelig mellom trygg, utrygg og disorganisert tilknytning mellom barn og omsorgsperson. Denne oppgaven skal fokusere på trygg og utrygg tilknytning, og emosjonsreguleringsstrategier som knyttes til disse stilene³.

Trygg tilknytning: Utviklingen av primære tilknytningsstrategier som fremmer fleksibel emosjonsregulering. Et barn som har utviklet en forventning om at dets emosjonelle signaler vil bli respondert på, og at det derfor trygt vil kunne utforske verden med omsorgspersonen til stede, omtales som trygt tilknyttet (Bowlby, 1969). Dette barnet vil være trygg på å dele sine emosjoner, både positive og negative, med omsorgspersonen. Barnet har blitt møtt på et spekter av ulike affektuttrykk, slik at disse har blitt integrert i barnets subjektive følelsesrepertoar (Stern, 1985). I relasjonen til omsorgspersonen kan barnet få kunnskap og forståelse av den fysiologiske aktiveringen det kjenner på (for eksempel økt puls), opplevelsen av denne reaksjonen (følelsen – «jeg kjenner meg redd»), samt bli kjent med de ulike emosjonelle uttrykkene (affekten – for eksempel løftede øyenbryn/oppspærrede øyne) som assosieres med og kommuniserer denne emosjonelle opplevelsen («uff, da, lille venn, er du redd, du? Dette var skumle saker»). Slik etableres kontakt og toleranse for emosjonen, hvorpå barnet kan la seg informere av den fysiologiske aktiveringen («Dette er farlig, jeg bør trekke meg unna») og regulere intensiteten av emosjonen deretter («jeg trakk meg unna, nå er faren over, jeg kan slappe av igjen»). En trygg tilknytning er således rammen hvor barnet lærer å etablere kontakt med og regulere sin emosjonelle aktivering.

³ Ettersom koblingen mellom emosjonsregulering og tilknytning ikke alltid er eksplisitt i forskningslitteraturen, vil empirien som presenteres hovedsakelig være hentet fra forskning på tilknytningskategoriene.

Det sikre barnet har videre gjort seg den erfaringen at omsorgspersonen ikke bare er tilgjengelig, men at det også er nyttig å kommunisere affekt til omsorgspersonen når det kjenner ubehag. Negative emosjoner, som sinne og frykt, blir assosiert med forventninger om at omsorgspersonen vil bistå med en beroligende respons (Cassidy & Shaver, 2008). Omsorgsgivers respons tenkes videre å bli internalisert i barnet, som gradvis vil oppleve mestring ved egen regulering. Som et resultat av dette vil barnet ha positive forventninger til andres velvilje og tilgjengelighet, i tillegg til å ha internalisert evnen til å berolige seg selv i fremtidige vanskelige situasjoner (Cassidy, 1994). Barnet vil tilegne seg en økende evne til selvregulering på en måte der vedkommende er i kontakt med seg selv og andre, kalt ”feeling and dealing while relating” (Fosha, 2000, s. 119).

Omsorgserfaringer som fremmer fleksibel emosjonsregulering. En trygg tilknytning fordrer at omsorgsgiver har gitt barnet erfaring med å ha fått sine behov møtt på en hensiktsmessig måte. Barnet har fått tillit til at tilknytningsfiguren er tilgjengelig og vil det vel. For at dette skal kunne skje bør omsorgspersonen være sensitiv og responsiv i møtet med barnet (Bretherton, 1985; Goldberg, MacKay-Soroka, & Rochester, 1994). Sensitivitet defineres som å kunne være ”mottakelig for andres holdninger, følelser eller omstendigheter; å kunne registrere veldig små forskjeller eller endringer i emosjon” (American Heritage Dictionary, i A. N. Schore, 2005, vår oversettelse). En sensitiv og responsiv omsorgsgiver kan dermed forstå barnet sine affektive signaler uten at en uhensiktsmessig stor stressrespons må genereres i barnet (Gunnar & Quevedo, 2007). Mye av omsorgsformidlingen skjer gjennom nonverbal kommunikasjon. Studier finner eksempelvis at interaksjonene mellom omsorgspersonen og barn tidlig viser en rytmikk hvor de i perioder regulerer seg i tråd med den andres

atferd og behov (Rutter & Durkin, 1987). De følger en slags prototypisk samtalestruktur, hvor de bytter på å vokalisere og dele hverandres affektuttrykk (Jaffe et al., 2001). I slike samspill får omsorgspersonen en ekstern regulerende funksjon. Tilknytningspersonen rommer barnets fornemmelser og uttrykk på en slik måte at det kommer frem at denne anerkjenner barnets fysiologiske og emosjonelle tilstander som noe forskjellig fra sitt eget, samtidig som det kommer frem at omsorgspersonen kan håndtere tilstanden på en god måte (Bion, 1962). Tilknytningspersonen tåler da barnets dysregulerte tilstander, og gjør de om til meningsfulle følelser som overføres tilbake til barnet. Dermed vil ikke emosjonene fremstå som så overveldende eller uakseptable for barnet, negativ emosjon vil oppleves som mindre ubehagelig, og det etableres en evne hos barnet til å tåle og forstå disse. For å kunne gjøre dette må omsorgspersonen klare å inntone seg til barnets emosjoner. Inntonning handler om å kunne registrere en emosjon på et bevisst eller ubevisst plan, å kunne møte visse aspekter av uttrykket enten verbalt eller nonverbalt, og sørge for at barnet opplever at dets fysiologiske aktivering og affektuttrykk har blitt gjenkjent og forstått. (Stern, 1985). Gjennom å imitere barnets uttrykk gjennom tonefall, volum, gester og rytme hjelper omsorgsgiver barnet til å være i en optimal aktiveringstilstand. Det innebærer både å berolige barnet når det er overaktivert, og ved å stimulere det når det er underaktivert (Siegel, 1999; Winnicott, 1965). Når omsorgspersonen inngår i korte sekvenser av empatisk inntonning til barnets tilstand tenkes det å oppstå en synkron aktivering av nervesystemene deres (A. N. Schore, 2006). Et eksempel kan være en lekesituasjon der mor registrerer at barnet er oppspilt over en leke han har funnet på bakken og retter blick og oppmerksomhet mot barnet. Hun viser vekselvis interesse for leken (ser på og peker på leken) og barnets uttrykk (retter blikket mot barnet), og lager lyder og ansiktsuttrykk som samsvarer med

barnets signaler om begeistring («Oooi, for en fin rangle, syns du den var fiin?»). Slike erfaringer med synkron aktivering er med på å danne modeller for kroppslig aktivering som lagres i barnets emosjonsreguleringsnettverk, og som videre antas å påvirke barnets aktiveringstendenser gjennom hele livet (A. N. Schore, 2006). Omsorg preget av positiv affekt er helt nødvendig for en mer kompleks selvorganisering ettersom det fordrer nysgjerrighet og utforskning, både av seg selv, og nye sosioemosjonelle og fysiske miljø (A. N. Schore, 2003). At omsorgsgiver evner å inntone seg til alle typer emosjoner gjør også at omsorgsgiver kan medvirke til å endre barnets emosjon, for eksempel fra redd til glad. Barnet kan da lære å tåle skift mellom ulike emosjonstilstander (Ogden, 2009). En trygg tilknytning er dermed med på å skape et nevrobiologisk klima som gjør læring og utvikling mulig fordi tilknytningspersonen hjelper til med å regulere barnet til et nivå som er hensiktsmessig for integrering mellom ulike strukturer og nettverk (Gunnar & Quevedo, 2007).

Det er viktig å understreke det ikke kreves at omsorgsgiveren er perfekt inntonet til en hver tid for at barnet skal ha en sunn emosjonell utvikling. Optimalt vil omsorgsgiver gjøre så godt den kan i å møte barnet på dets uttrykte affekter, samtidig som den lar barnet håndtere overkommelig ubehag selv. Slik vil barnet etablere en autonomi og en økende grad av trygghet til sin evne til selvregulering av emosjoner. I utviklingslitteraturen refereres det i denne sammenheng gjerne til begrep som ”good enough mothering” (Winnicott, 1965). Tilknytningsfiguren vil aldri kunne handle perfekt, og evne til inntoning vil også omhandle det å kunne reparere etter uheldige interaksjoner med barnet. Studier tyder på at den emosjonelle kommunikasjonen mellom barn og omsorgsgiver i stor grad er preget av ukoordinerte tilstander, men at feilinntoning repareres i neste steg i kommunikasjonen (Tronick & Cohn, 1989).

Gjennom sekvenser av inntonning, feilinntoning og reinntonning regulerer omsorgspersonen barnets emosjoner, og samtidig dets nivåer av aktiverende og inhiberende signalstoffer, som i sin tur påvirker etableringen av barnets nevrobiologiske emosjonsreguleringsnettverk (A. N. Schore, 2006). For eksempel ser man at kjente toneleier og ansiktsuttrykk som er preget av varme påvirker utskillelsen av oxytocin, et stressreducerende og beroligende hormon (Uvnäs-Moberg, 1998). Det å tåle og forstå den emosjonelle aktiveringen, uten å overveldes av den, er slik en forutsetning for å kunne utvikle hensiktsmessige strategier for å regulere en slik aktivering, enten på egenhånd eller ved hjelp av andre (Fonagy, Gergely, & Jurist, 2003; Kobak & Sceery, 1988).

Følger av trygg tilknytning. Innvirkning av trygg tilknytning for emosjonsregulering har også blitt undersøkt empirisk. Man har eksempelvis funnet at grad av affektiv inntonning fra omsorgsgiver målt ved tre og ni måneders alder predikerte barnets evne til selvstendig emosjonsregulering ved to års alder (Feldman, Greenbaum, & Yirmiya, 1999). Det har videre blitt gjort eksperimenter hvor mor fryser ansiktsuttrykket sitt (still-face, Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1979) i interaksjon med barnet, hvilket utgjør betydelig sosialt stress for barnet. Designet kan brukes som en undersøkelse for barnets selvregulerende ferdigheter (Adamson & Frick, 2003). Her finner man at trygt tilknyttede barn klarer å regulere seg selv hensiktsmessig (fortsetter å forsøke å engasjere mor), og at disse også benytter seg av bedre interaktiv regulering med mor under lek etterpå, sammenlignet med barn som benyttet mindre hensiktsmessig selvregulering (Tronick, 1989). Slik er god selvregulering blitt funnet å samvariere med god andreregulering. Videre er en kontakt med- og toleranse overfor egne emosjoner er en forutsetning for å kunne sette seg inn i andre mennesker sine

tanker, følelser, handlinger og motiver (mentalisering, Fonagy et al., 2003). I tråd med dette finner man at de trygt tilknyttede barna ser ut til å ha økt emosjonell fleksibilitet, bedre sosial fungering og bedre kognitive ferdigheter i forhold til barn med utrygg tilknytning (Meins, Fernyhough, Russell, & Clark-Carter, 1998). Som voksne finner man at trygg tilknytning, og således antakeligvis fleksibel emosjonsregulering, assosieres med større tilfredsstillelse, forpliktelse og gjensidig avhengighet i parforhold, samt at forholdet preges av mer positiv emosjon sammenlignet med andre par (Simpson, 1990).

Utrygg tilknytning: Utviklingen av sekundære tilknytningsstrategier som hemmer fleksibel emosjonsregulering. Dersom barnet vurderer at omsorgspersonen er utilgjengelig, eller om nærheten til denne oppleves som unyttig for å håndtere ubehag, vil barnet utvikle såkalte sekundære tilknytningsstrategier (Mikulincer et al., 2003). Det beskrives to typer slike strategier; hyperaktiverende versus deaktivere strategier⁴, som karakteriserer barnas emosjonsreguleringsstil. Det tenkes at barnet i møte med en utilgjengelig omsorgsgiver blir stilt ovenfor et valg; det kan hyperaktivere tilknytningssystemet sitt for å forsøke å få respons fra omsorgsgiver, eller deaktivere det, og dermed prøve å mestre ubehaget sitt på egenhånd for å opprettholde båndet til omsorgsgiver. I begge tilfeller vil barnet ikke kunne oppnå en tilstrekkelig toleranse overfor- eller mestring av sine emosjoner, fordi det ikke får hjelp til dette av omsorgspersonen (Mikulincer et al., 2003). Dette kan skje ved at omsorgspersonen ikke er fysisk tilgjengelig for barnet, eller ved at personen av ulike årsaker ikke evner å være sensitiv og responsive til barnas behov på en hensiktsmessig måte. Dersom omsorgspersonen setter egne behov først, eller hvis den affektive kommunikasjonen

⁴ Svarer til henholdsvis usikker-ambivalent og usikker-avvisende tilknytning innen Ainsworth-typologien (se Mikulincer et al., 2003).

ikke samsvarer med barnets, vil barnet kunne lære at noen emosjoner ikke er akseptable eller ikke kan tåles (Stern, 1985). Omsorgspersonen kan ha andre mentale representasjoner av det affektive uttrykket som barnet utviser. For eksempel kan mor tolke barnets gråt som et uttrykk for sinne rettet mot hennes ferdigheter som mor og dermed har vansker med å tone seg inn på barnets tristhet. Barnets opplevelse av å være trist vil da ikke kunne integreres med tanker, minner og handlinger hos barnet (Crittenden, 1990). Emosjonsaktivering vil kunne forbli uforståelig og overvelde barnet. Det blir derfor vanskelig for barnet å være i kontakt med emosjonen for så å kunne regulere den. Videre vil det kunne være betinget hvilke emosjoner det er akseptabelt for barnet å uttrykke i denne relasjonen (Bowlby, 1973). Dersom barnet for eksempel erfarer at det blir ignorert, gjort narr av eller sanksjonert når det utviser tristhet, vil tristhet fremstå som truende for tilknytningsbåndet og erfares som en uakseptabel heller enn en funksjonell følelse for barnet. Slik vil barnet kunne utvikle en sensitivitet for hvilke emosjoner som er lov å ha, heller enn å oppleve emosjonen som informasjon om situasjonen og egne behov.

Man kan tenke seg at hyperaktivering av tilknytningsstrategier kan forbindes med vansker med å regulere seg på egen hånd. På samme måte vil en deaktivierende tilknytningsstrategi kunne assosieres med vansker knyttet til regulering ved hjelp av andre. I begge tilfeller vil strategiene være uhensiktsmessige, da andreregulering optimalt sett vil være en forutsetning for utviklingen av sunn selvregulering, fordi slike strategier antas å internaliseres fra samspill med andre (Beebe & Lachmann, 1998). Man kan ha grader av vanskeligheter med både selv- og andreregulering, men vanskene vil her beskrives hver for seg, og i en typisk form.

Utviklingen av vansker med emosjonell selvregulering. Når omsorgsgiver fremstår som utilgjengelig når barnet opplever ubehag, kan en løsning for barnet være å intensivere sine emosjonelle signal for å få respons. Barnet har da ikke fått hjelp til å regulere emosjonene sine på en god måte og har derfor ikke tiltro til sin egen evne til emosjonsregulering. Derfor tenkes det at barnet vil overdrive eller hyperaktivere sine emosjonelle signal for å få kontakt (Mikulincer et al., 2003). Slike barn vil kunne fremstå som klengete og kontrollerende i forsøk på å få en respons fra tilknytningspersonen (Ainsworth et al., 1978; Goldberg et al., 1994). Omsorgsgivere har her blitt funnet å være varierende i sin omsorgsrespons, og rapporterer opplevelser av utilstrekkelighet i forsøk på å trøste barnet (Shaver & Hazan, 1993). Det kan tenkes at barnet noen ganger blir oversett eller sanksjonert, mens det andre ganger forekommer at omsorgspersonen identifiserer seg med barnets emosjonelle tilstand på en slik måte at de overveldes av barnets emosjoner i stedet for å bistå i regulering (Main, 1995). Barnet sine emosjonelle erfaringer blir ikke møtt i noen av tilfellene, og de vil trolig ha store vansker med selv å kunne regulere emosjonelt ubehag. Barna vil på bakgrunn av slike erfaringer tendere mot en hovedvekt på andreregulering, og bruker ressurser på å monitorere andre for å sikre seg bekreftelse og støtte ved ubehag (Beebe & McCrorie, 1997). Dette innebærer et sterkt behov for nærhet, bekymring knyttet til relasjoner, samt sensitivitet for tegn på avvisning (Ainsworth et al., 1978; Shaver & Mikulincer, 2002). Dette kan komme til å gå på bekostning av andre aspekter ved barnets utvikling. De vil kunne få vansker med å utvikle eller benytte adekvate kognitive strategier for å regulere egen affekt (Crittenden, 1990, 1992a), noe som kan gi utslag i en tendens til ”feeling, not dealing» (Fosha, 2000, s. 119).

Fra et nevrobiologisk perspektiv vil erfaringer som gjennomgående preges av uforutsigbare og uinntonede samspillserfaringer tenkes å hemme integreringen av de emosjonsregulerende hjernestrukturane (Wennerberg, 2011). Disse barna sitt autonome nervesystem vil trolig være preget av en sympatisk dominans, med lav terskel for aktivering og en opplevelse av å bli overveldet (Cozolino, 2010). Langvarige negative emosjonelle tilstander hos barnet som ikke reguleres på en god nok måte fremkaller en stressreaksjon hos barnet med en påfølgende utskillelse av stresshormonet kortisol. Kortisol hjelper kroppen å mobilisere i utfordrende situasjoner, men om denne utskillelsen opprettholdes for lenge vil kortisol ha skadelige effekter på hjernens vev, og kan i ytterste konsekvens føre til celledød (Dranovsky & Hen, 2006; Sapolsky, 1990). Svekkede nevrane forbindelser mellom de ulike emosjonsreguleringsstrukturene vil kunne føre til problemer med å regulere og negative emosjoner (Wennerberg, 2011).

Følger av vansker med emosjonell selvregulering. Barn som i stor grad trenger andre for å regulere egne emosjoner blir beskrevet som irritable, med lav impuls kontroll og vansker med å hente seg inn etter stress (Allen, 2001). De frykter å bli forlatt, og de beskrives som utagerende og negative i samspill med jevnaldrende (Allen, 2001; Pastor, 1981). Som voksne blir de funnet å ha mer negative tanker om seg selv sammenlignet med andre (Bartholomew & Horowitz, 1991) og de utviser over gjennomsnittlig sterkt ubehag ved uenighet eller konflikt med nære andre (Rholes, Simpson, & Stevens, 1998). De rapporterer i større grad en opplevelse av ukontrollerbare sinnefølelser, vedvarende grubling omkring disse følelsene, samt tristhet og desperasjon i etterkant av konflikter i nære relasjoner (Mikulincer, 1998b). Mikulincer et al. (2003) fant at personer med en hyperaktivert tilknytningsstrategi i voksen alder intensiverer emosjonelle responser når de opplever en fare for separasjon, og at de i stor grad grubler

på bekymringer knyttet til dette. Tilknytningssystemet deres kan beskrives som kronisk aktivert. Til tross for at disse søker nærhet til og regulering ved hjelp av andre, er det paradoksalt nok vanskelig for dem å oppleve trygghet i slike relasjoner (Ogden et al., 2006). I parforhold har de blitt funnet å reagere unyansert i sin vurdering av negativ atferd fra partneren. De hadde høy sannsynlighet for å vurdere intensjonene til partneren som fiendtlige og reagerte deretter, til tross for at situasjonen hadde vært tvetydig (Mikulincer, 1998a). Dette sinnet vil videre kunne omdirigeres til dem selv, ettersom det vil være for risikabelt å støte fra seg den andre (Mikulincer et al., 2003), hvilket kan være forklarende for det negative bildet de rapporterer å ha av seg selv. I tillegg virker dette illustrerende for hvordan det vil være vanskelig å sette seg inn i andres intensjoner dersom en selv ikke har fått adekvate opplevelser med emosjonskontakt og regulering.

Utviklingen av vansker med emosjonell andreregulering. Dersom barnet erfarer at omsorgspersonen er utilgjengelig, og i tillegg vurderer det som fåfengt å forsøke å søke nærhet, kan det unngå frustrasjon og ytterligere ubehag ved å deaktivere sine emosjonelle signaler. Ved emosjonell deaktivering vil barnet, heller enn å forsterke sin tilknytningsadferd, deaktivere søken etter nærhet og støtte fra andre. Disse barna har trolig forholdt seg til en relativt konsekvent avvisning av sine tilknytningsstrategier. Slik vil det å søke nærhet eller uttrykke ubehag bli assosiert med ytterligere ubehag, og barnet erfarer at emosjonelle uttrykk ikke har noen funksjon (Ainsworth et al., 1978; Emde, 1988; Osofsky & Eberhartwright, 1988). Dette fører til en fornektelse av tilknytningsbehovet, og de unngår nærhet, intimitet og avhengighet i nære relasjoner (Mikulincer et al., 2003). Det kan tenkes at omsorgsgiver konsekvent har unngått å respondere på noen typer affekt fordi omsorgsgiver selv ikke er komfortable med denne typen uttrykk, eller fordi omsorgsgiver ikke er i kontakt med disse følelsene. Man finner

eksempelvis at den voksne utviser ubehag overfor fysisk kontakt med barnet, utenom når det er på deres premisser. De reagerer kanskje med å akke seg, vri seg fysisk unna eller unngå blikkontakt (Cassidy & Shaver, 2008; Siegel, 1999). Dermed kan barnet erfare at enkelte emosjoner truer tilknytningsbåndet, og blir tvunget til å forsøke å håndtere ubehag alene. De kan for eksempel flytte blikket eller suge på fingrene sine (Sigman, Beckwith, Cohen, & Parmelee, 1989; Tronick et al., 1979). Når barnet opplever det som nødvendig å forsøke å regulere seg på egen hånd vil ikke emosjonene kunne aksepteres av barnet, eller integreres hensiktsmessig i barnets følelsesopplevelse. Barnet vil derfor tenkes å streve med å gjenkjenne egne emosjoner og/eller å uttrykke affekt (Goldberg et al., 1994), og vil primært benytte seg av kognitive strategier for å regulere seg selv, men uten å samtidig kunne opprettholde kontakt med andre. Dette beskrives som ”dealing, not feeling” (Fosha, 2000, s.119), hvor fokuset på egen regulering trolig vil gå på bekostning av evnen til interpersonlig sensitivitet og nærhet (Beebe & McCrorie, 1997).

Manglende erfaringer med å bli regulert i samspill med tilknytningspersonen tenkes å føre til en manglende integrering av det høyrehemisfæriske emosjonsreguleringssystemet (A. N. Schore, 1994). Man vil slik kunne få problemer med å få bevisst kontakt med både positive og negative emosjoner. Videre vil preges av et parasympatisk dominert autonomt nervesystem, noe som tenkes å medføre atferd som hovedsakelig preges av tilbaketrekning og passivitet. Denne atferdstendensen vil trolig forsterkes av at man vil ha et behov for å trekke seg bort fra andre når man opplever ubehagelig aktivering, for å regulere seg på egen hånd.

Følger av vansker med emosjonell andreregulering. Barn med denne typen tilknytningserfaring blir funnet å ikke utvise særlig grad av negativ affekt i

stressvekkende situasjoner (Ainsworth et al., 1978). Imidlertid indikerer fysiologiske målinger og observasjoner (kortisolnivå, hjerterate og ansiktsuttrykk) at barna opplever en fysiologisk aktivering som tilsvarer sinne og ubehag (Braungart & Stifter, 1991; Malatesta et al., 1989). Man finner til og med at de opplever et større fysiologisk ubehag enn det barn med trygg tilknytning gjør ved separasjon, til tross for at affektuttrykket deres skulle tilsi noe annet (Spangler & Grossmann, 1993). Malatesta et al. (1989) fant videre at barna paradoksalt nok heller viser positiv affekt i slike stressende situasjoner, trolig da kun denne atferden har viste seg å sikre noe nærhet til omsorgspersonen. Man har også vist hvordan barn av en deprimert, og dermed trolig mindre responsiv, omsorgsperson i stor grad selvregulerer. Blant annet gjorde barna dette ved hjelp av å flytte blikket, vugging, samt gjennom kroppslig og oral selvstimulering (Tronick, 1989). De samme barna viste seg å være dårligere til å regulere seg ved hjelp av andre i interaktivt samspill. I småbarnsalder blir de funnet å være avvisende i interaksjon med jevnaldrende (Pastor, 1981) og de fremstår som emosjonelt reserverte (Main & Morgan, 1996). I skolealder blir disse barna funnet å ikke bare forvente avvisning fra andre, men også å faktisk bli avvist i større grad enn andre barn (Suess, Grossmann, & Sroufe, 1992). Emosjonsreguleringsstrategier vil på denne måten kunne opprettholdes gjennom at de signaliserer ens forventninger til andre, som så med større sannsynlighet bekreftes. Voksne som rapporterer å ha hatt denne typen tilknytningshistorikk blir funnet å benytte strategier som å bagatellisere ubehag og undertrykke negative emosjoner (se f.eks. Shaver & Mikulincer, 2007). Det beskrives at disse gjerne har en kynisk holdning til emosjoner, og at de søker isolasjon i møte med stress (Ogden et al., 2006). I parforhold blir de funnet å ikke reagere med sinne på partnerens negative atferd, men å rapportere økt grad av fiendtlighet og vise tegn på høy

aktivering (Mikulincer, 1998a). De tilskriver videre sin egen fiendtlighet til partneren, selv når det er tydelig at partneren ikke har denne typen intensjoner. De er også mindre villige til å tilgi partneren dersom de opplever å bli såret (Mikulincer & Shaver, 2005a), og de har gjerne generelt vanskeligheter med å løse interpersonlig konflikt (Ogden et al., 2006). Vi ser dermed at en tendens til selvregulering som følge av dårlige samspillserfaringer tidlig i livet, gjør det vanskelig å inngå i nære relasjoner i voksen alder. Det kan tenkes å være med på å opprettholde uhensiktsmessige selvreguleringsstrategier, ettersom et mer fleksibelt spekter av strategier først vil utvikles i relasjon til andre.

Konsekvenser av vansker med emosjonsregulering for psykisk fungering

En rekke psykiske vansker kan sees på som et resultat av vansker med eller bruk av uhensiktsmessige strategier for emosjonsregulering. I et flertall av diagnosene i DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) omhandler minst ett av de sentrale symptomene vansker med emosjonsregulering (Kring & Sloan, 2009). I noen lidelser, som ved angst og depresjon, er vansker med emosjonsregulering så fremtredende at det er definerende for diagnosen (World Health Organization, 1992). Symptomer slik som nedsatt stemningsleie eller vedvarende angst kan her sies å illustrere vansker med å oppregulere glede, eller nedregulere ubehag. Videre kan det som omtales som personlighetsforstyrrelser (ICD-10, F60-69, World Health Organization, 1992) representere uttrykk for vedvarende, uhensiktsmessige reguleringsstrategier. Forstyrrelser med emosjonsregulering kan dermed sies å karakterisere, vedlikeholde og/eller forårsake psykiske vansker. Psykiske vansker kan være problematisk å beskrive adekvat gjennom dagens rådende kategoriske og deskriptive diagnosesystemer (Hougaard, 2004). Flere teoretikere inkorporerer derfor emosjonsregulering i forståelsen

av psykopatologi (Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon, & Gomez, 2003; Kring & Bachorowski, 1999; Mennin & Farach, 2007).

Å forstå psykisk lidelse i et emosjonsreguleringsperspektiv vil også gi mening når det gjelder komorbiditet, eller overlappende diagnostiske kriterier. I klinisk praksis rapporteres det ofte om komorbide tilstander, og dobbeltdiagnoser virker på mange måter å være regelen heller enn unntaket, spesielt når det gjelder personlighetsproblematikk (Morey, 1988; Westen & Arkowitz-Westen, 1998). Det har slik blitt argumentert for at ulike psykiske lidelser springer ut fra samme sårbarhet eller funksjon, men at disse vil manifestere seg ulikt. Denne sårbarheten har blitt foreslått å ligge i evnen til emosjonsregulering (Aldao et al., 2010; Werner & Gross, 2010). Reguleringsmekanismer som ansees for å være uheldige er blant annet vedvarende grubling og forsøk på å undertrykke eller å unngå emosjoner (Se eks. Aldao et al., 2010). Videre kan spiseforstyrrelser (Fairburn et al., 1995; Polivy & Herman, 2002), samt misbruk av legemidler og alkohol (Sher & Grekin, 2007; Tice, Bratslavsky, & Baumeister, 2001) representere uttrykk for uhensiktsmessige selvreguleringsforsøk (Berking et al., 2008). I Norge opplever man blant annet en stor, og potensielt farlig, bruk av vanedannende legemidler, slik som angstdempende medisiner og søvnmedisin (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

En overdreven hang til selv- eller andreregulering vil videre kunne vanskeliggjøre det å kunne ivareta sunne relasjoner over tid, og dermed føre til isolasjon og ensomhet. Emosjon og emosjonsregulering er essensielt for å navigere i sosiale relasjoner. Eksempelvis ser man at det å kunne være i kontakt med ens emosjonelle aktivering og uttrykke affekt, er viktig for et tilfredsstillende parforhold (Johnson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999). Sosial støtte er en av de viktigste beskyttende

faktorene for helse (Barrera Jr, 1986; Cohen & Wills, 1985; Uchino, 2009) og sosial isolasjon er en predikator for utvikling av psykopatologi (Qualter & Munn, 2002) og tidlig dødelighet (House, Landis, & Umberson, 1988). At emosjonsreguleringsproblematikk kan føre til store mellommenneskelige vansker og være drivkraften bak ulike symptomer og på tvers av ulike diagnosekategorier, gjør det å fremme emosjonsreguleringsferdigheter til et naturlig fokus i psykoterapi.

Emosjonsregulering i psykoterapi: På vei mot fleksibel selv- og andreregulering

Implisitt emosjonsregulering i psykoterapi

Som vi har sett kan nevrovitenskap og tilknytningsteori bidra til en utdypet forståelse av den rollen tidlige interaksjoner med omsorgsgivere spiller i utviklingen av de psykologiske og nevrobiologiske aspektene ved emosjonsregulering, samt for hvilke implikasjoner dette får for evnen til selv- og andreregulering og psykisk helse senere i livet. En slik interdisiplinær tilnærming begynner nå også å få en sentral plass i forståelsen av hvilken rolle relasjonen mellom klient og terapeut spiller i psykoterapi (Dales & Jerry, 2008). Kvaliteter ved en god barn-omsorgsgiver-dyade kan fungere som en parallell til kvaliteter ved terapirelasjonen mellom pasient og terapeut (Cozolino, 2010; Ogden & Minton, 2000; Sørensen, 2006). Tidlige relasjonelle erfaringer lagres som preverbale, og derav implisitte, minner (Crittenden, 1992b), og det antas derfor at det vil være vanskelig å modifisere dem direkte ved hjelp av bevisste, verbale prosesser (Sletvold, 2008). Siden menneskets hjerne beholder sine plastiske egenskaper gjennom hele livet (Cozolino, 2010), kan kunnskapen om barn-omsorgsgiver-samspeillet benyttes til å belyse hva som kan være endringsfremmende nonverbale elementer i psykoterapi.

Psykoterapi kan beskrives som en relasjon mellom to mennesker som har endring som formål (Binder, Hjeltnes, Nielsen, & Schanche, 2013). Som vi har sett har

relasjoner direkte innvirkning på hjernens nevrobiologi. Psykoterapi har slik mulighet til å endre pasientens hjernestruktur og –funksjon, fordi relasjoner kan skape et nevrobiologisk klima som øker sannsynligheten for nevralt vekst og integrering av nevralt strukturer. Vi kan derfor forstå psykoterapi som en relasjonell, nevrobiologisk intervensjon (Cozolino, 2010). Relasjonen mellom terapeut og pasient påvirkes av både terapeuten og pasientens personlighet (Nolan, 2012). Fokuset vil her være på egenskaper hos terapeuten.

Terapeutegenskaper som tenkes å bidra til en emosjonsregulerende relasjon. En sensitiv omsorgsgiver påvirkes emosjonelt av spedbarnets affekt, og kan så regulere barnet ved hjelp av sin egen nonverbale kommunikasjon. Relasjonen mellom terapeut og pasient har på en lignende måte potensial til å fungere emosjonsregulerende gjennom deltagerens nonverbale kommunikasjon (Greenberg, 2007). På samme måte som en trygg tilknytning fremmer nysgjerrighet, utforskning og ny læring hos barn, vil den også kunne gjøre dette for voksne. Det kan derfor sies å være viktig at terapeuten tilstreber å tilby trygge rammer i terapien, for å slik tilrettelegge for utvikling av evnen til emosjonsregulering (Greenberg, 2010). Egenskaper ved terapeuten som tenkes å bidra til en god relasjon er kongruent adferd, ubetinget positiv oppfattelse, sensitivitet, empati og inntoning (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Evnen til å være kongruent innebærer å kunne være seg selv, ha aksept for seg selv og være bevisst på hva man opplever og gir uttrykk for sammen med pasienten (Rogers, 1957, 1962; Watson, Greenberg, & Lietaer, 1998). Hougaard (2004) oppsummerer andre lignende begreper for dette fenomenet, deriblant det å være transparent, genuin, ekte og autentisk. At terapeuten er kongruent kan bidra til trygghet i relasjonen fordi pasienten får forventninger om en stabil og predikerbar terapeut, en

som er seg selv og som derfor responderer noenlunde likt over tid. Pasienten skal kunne oppleve at terapeuten er seg selv, ikke ikledd en rolle eller en profesjonell fasade (Kolden, Klein, Wang, & Austin, 2011; Røkenes & Hanssen, 2006); en god relasjon krever deltagelse fra to ekte personer (Morgan et al., 1998). Skal terapeuten oppfattes som genuin av pasienten, må han eller hun altså bruke seg selv i samhandlingen med pasienten (Morgan, 1998). Terapeuten kan slik fungere som en modell for at pasienten også kan tillate seg å være i kontakt med og uttrykke sine opplevelser (Kolden, Klein, Wang, Austin, 2011).

Terapeutens mindre positive sider vil da også med nødvendighet komme frem i samhandlingen. Dette kan ved første øyekast virke uforenlig med en annen terapeutfaktor som kobles til en god relasjon, nemlig terapeutens evne til ubetinget positiv oppfattelse av pasienten (unconditional positive regard, Rogers, 1957), også benevnt som varme mot, støtte til eller aksept for pasienten (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Farber & Doolin, 2011). Dette omhandler altså terapeutens innstilling ovenfor pasienten. I praksis er det ikke mulig at terapeuten opplever alt ved pasienten som utelukkende positivt (Rogers, 1957), men terapeuten kan likevel etterstrebe å uttrykke sine reaksjoner til pasientens adferd på en måte som formidler at han eller hun like fullt godtar pasienten som menneske. Opplevelsen av at terapeuten er stabil og predikerbar kan da likevel opprettholdes. Terapeuten kritiserer ikke pasienten eller trekker seg ut av samarbeidet, men opprettholder en generell holdning av aksept for pasienten på tross av eventuelle uenigheter.

Sensitivitet er en annen terapeutfaktor som tenkes å være sentral for terapirelasjonen, slik den også er sentral i den trygge omsorgsgiveren (A. N. Schore, 2007). Sensitivitet innebærer terapeutens evne til å oppfatte små nyanser i pasientens

kommunikasjon; for eksempel å plukke opp flere mulige meninger i en verbal ytring avhengig av nonverbale faktorer slik som tonefall, bruk av pauser og kroppsspråk (Fonagy, 1998). En sensitivitet for pasientens tilstand er trolig en forutsetning for ens evne til empati. Empati og emosjonell inntoning er nærliggende begreper (Adler, 2002), som hos omsorgsgiver involverer terapeutens evne til empati at han eller hun kan inntone seg til den andres opplevelse. Empati kan sies å være en kroppslig og relasjonell prosess som i stor grad handler om nonverbal kommunikasjon (Gibbons, 2011), og kan knyttes til såkalte speilnevroner i hjernen (Rizzolatti, Fogassi, & Gallese, 2001). Persepsjon av andres emosjon kan tenkes å aktivere de nevrane mekanismene i oss som utløser vår emosjon (Adolphs, Russell, & Tranel, 1999). Dermed kan vi resonere med den andres emosjonelle tilstand (Decety, 2005). Empatievnen er imidlertid bare nyttig dersom terapeuten ikke mister av syne at emosjonene har opphav i pasienten. Terapeuten må kunne reflektere over sin kroppslige resonans i samhandling med pasienten og klare å holde sin og pasientens tilstand adskilt fra hverandre (Dekeyser, Elliott, & Leijssen, 2009; Rogers, 1957). Da kan terapeuten forstå at resonansen er hans eller hennes kroppslig opplevde versjon av pasientens emosjonelle tilstand, og kunne regulere sin versjon slik at den ikke blir overveldende (Allen et al., 2008; Elliot, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011). Empati gjør altså terapeuten i stand til å forstå pasientens emosjonelle opplevelser, blant annet gjennom kroppslig informasjon (Gibbons, 2011). Terapeuten må videre evne å kommunisere sin forståelse av pasientens opplevelse tilbake til pasienten, slik omsorgsgiver gjør (Rogers, 1957; Stern, 1985). Pasienten kan da oppleve at terapeuten forsøker å leve seg inn i og forstå hvordan han eller hun har det.

Når terapeuten fremstår genuin og kongruent, er sensitiv og empatisk til pasientens tilstand og validerer pasientens opplevelse, kan man si at terapeuten oppfører seg som en god tilknytningsperson. På samme måte som tilknytningspersonen kan terapeuten på bakgrunn av disse egenskapene inntone seg til pasienten og slik få mulighet til å bidra til en nonverbal form for andreregulering av emosjon når pasienten ikke klarer det selv (Ogden et al., 2006).

Kasusbeskrivelse. Vi vil nå presentere en kasusbeskrivelse som vil benyttes til å illustrere ulike relasjonelle aspekter og direkte intervensjoner som kan være med på å fremme evnen til emosjonsregulering⁵.

Marianne er en kvinne i førtiårene. Hun har to barn fra to ekteskap, og er nå enslig. Siste ekteskap gikk i oppløsning fordi mannen hennes hadde et forhold på si. Fra oppveksten sin beskriver Marianne en invaderende og svært kritisk far, og en passiv og deprimert mor. Hun har gjennom hele livet opplevd å få gjentatte krasse kommentarer om sin væremåte, deriblant hyppige beskjeder om å ta mindre plass.

Marianne forteller at hun er sliten, fortvilet og at hun gråter mye. Hun forteller at hun ofte opplever det som høres ut som sterk fysiologisk aktivering når hun oppfatter tegn til at andre opplever henne som slitsom. Hun sier at hun for eksempel er redd for at andre skal synes hun er plagsom dersom hun inviterer dem på noe, eller at de skal si ja bare for å være hyggelige. Hun holder seg derfor mye hjemme alene etter arbeidstid. Resultatet blir at hun opplever å være feil, men hun klarer ikke å sette ord på akkurat hva hun føler eller vite hva hun skal gjøre med det. Hun sier at dette gjør det vanskelig for henne å etablere og opprettholde nære relasjoner til venner og familie. Hun forsøker

⁵ Kasusbeskrivelsen er løst basert på en ekte pasient. Alle identifiserende data er kamuflert slik at beskrivelsen ikke vil kunne føre til identifisering av vedkommende.

å få bort ubehaget ved å trene mye og holde seg opptatt og at det fungerer i noen grad, men hun forteller også at hun blir veldig sliten av dette.

Marianne fremstår engasjert, men anspent i kroppen i terapitimene. Hun beveger kontinuerlig på den ene foten, og prater raskt og høyt. Hun ler ofte i sammenheng med vanskelige tema. Terapeuten⁶ merker seg at Marianne ordlegger seg overdrevent selvkritisk og at hun virker å ha lite vennlighet med seg selv. Hun later også til å bli skremt av og trekke seg fra vanskelige samtaletemaer, og ser ut til å ha vanskeligheter med å vise sin sårbarhet for terapeuten. Hun utviser lite negativ affekt i terapitimene. Terapeuten blir samtidig ofte fysiologisk aktivert i samtalene med Marianne og lurte på om dette kan indikere at Marianne selv er aktivert.

På bakgrunn av dette kan det se ut til at Marianne i hovedsak benytter seg av emosjonsreguleringsstrategier innenfor det deaktivierende spekteret. Det virker som at Marianne forsøker å selvregulere ved å distrahere seg fra ubehagelige emosjoner. Den hyppige treningen og den fulle timeplanen kan tolkes som forsøk på dette. Hennes evne til å benytte seg av regulering gjennom andre virker også begrenset. Hun har vanskeligheter med å uttrykke til andre hva hun trenger, og andrereguleringsstrategiene ser i hovedsak ut til å bestå av selvkritikk, i forsøk på å motta støtte. Denne strategien er trolig maladaptiv over tid fordi det kan føre til at andre til slutt trekker seg unna henne.

Fra et emosjonsreguleringsperspektiv anser terapeuten at det vil være til hjelp for Marianne å kunne tåle å kjenne på ubehag uten å måtte ta det bort, kunne dele ubehaget med andre på hensiktsmessige måter, og kunne regulere seg selv på hensiktsmessige måter. Dette tenkes å kunne gi Marianne alternativer til hvordan hun kan håndtere

⁶ Terapeuten fremstilles her av praktiske hensyn som mann, slik at det blir lettere å skille mellom han og Marianne i teksten.

vonde følelser når hun er alene, samt gjøre det lettere for henne å vise sin sårbarhet og slik søke støtte hos andre på en måte som ikke skyver disse bort fra henne.

Nonverbal andreregulering i terapirelasjonen. På en lignende måte som i en trygg tilknytningsrelasjon mellom barn og omsorgsgiver kan en god relasjon mellom terapeut og pasient fasilitere emosjonsregulering i seg selv. En forutsetning for dette er at terapeuten er mottakelig for nonverbal kommunikasjon. Marianne, med sin energiske fremtoning og rastløse ben, vil for eksempel kunne tenkes å vekke en fysiologisk aktivering i terapeuten, noe kasuset beskriver at terapeuten har merket seg. Selv om Marianne smiler og ler, fanger terapeuten opp uro og ubehag hos henne gjennom den nonverbale kanalen. Marianne kommuniserer slik både glede og uro, men det er likevel uroen som registreres i terapeutens kropp. En mulig forklaring på dette kan hentes fra nevrobiologisk teori om de ulike hemisfærenes roller i kommunikasjon. Som vi har sett er høyre hemisfære funnet å i større grad være i stand til å oppfatte og uttrykke nonverbal og spontan emosjonell affekt, mens venstre hemisfære i større grad er involvert i mer viljestyrt og verbal kommunikasjon. Anvender vi dette i en klinisk kontekst, kan lynraske endringer i affekt hos pasienten tenkes å registreres ubevisst i terapeutens høyrehjerne. Nonverbal affekt som kommuniseres via Mariannes høyrehjerne kan da formidle hennes emosjonstilstand til terapeutens høyrehjerne på en måte som hun selv ikke kan kontrollere. Dette kan da aktivere en emosjonell resonans av negativ valør i terapeuten, selv om terapeuten samtidig bevisst oppfatter at Marianne formidler positiv affekt gjennom smil og latter. Det kan slik tenkes at terapeutens høyrehjerne oppfatter affekt i Mariannes ansikt og kropp som terapeuten bevisst ikke kan sanse, og som Marianne selv ikke vet at hun formidler i tillegg til smilet og latteren. Dersom terapeutens høyrehjerne da er i stand til å motta nonverbal kommunikasjon fra

Mariannes høyrehjerne, vil terapeuten få denne type informasjon i tillegg til det Marianne kommuniserer ved hjelp av sin venstre hemisfære, bevisst og verbalt (A. N. Schore, 2005). Teori om tilknytning og nevrobiologi impliserer at denne evnen vil påvirkes av terapeutens egne emosjonelle læringshistorie. En tilstrekkelig sensitiv og empatisk inntonet terapeut evner altså å kroppslig oppfatte nonverbal kommunikasjon om pasientens emosjonstilstand (Wilkinson, 2010). På samme måte som verbal dialog skaper en resonans mellom deltagernes venstre hjernehalvdeler, kan nonverbal kommunikasjon slik skape resonans mellom deltagernes høyre hjernehalvdeler (A. N. Schore, 2003, 2012). Noen psykoterapitradisjoner omtaler denne typen kroppslig baserte reaksjoner i terapeuten som motoverføring (Loewald, 1986).

Siden høyre hemisfære også er sentral i emosjonell prosessering og regulering (A. N. Schore, 2003; 2012), gir resonansen terapeuten en nonverbal rute til å bidra til andreregulering i pasienten. Dersom terapeuten er klar over at pasientens nonverbale kommunikasjon kan oppleves kroppslig kan terapeuten få bevisst tilgang til informasjonsinnholdet i kommunikasjonen (A. N. Schore, 2005). En slik kontakt med emosjonell informasjon fra egen kropp antas å være et resultat av en god vertikal integrering mellom strukturene i emosjonsreguleringsnettverket i høyre hemisfære (A. N. Schore, 2001). Samtidig bør terapeuten ha en god horisontal integrering mellom høyre og venstre hemisfære slik at denne informasjonen kan gjøres bevisst og slik verbaliseres og reflekteres over (Cozolino, 2010). Terapeuten kan da i tillegg til å registrere aktiveringen i sin egen kropp forstå at dette har sitt opphav i Mariannes emosjon, og formidle sin forståelse av hennes emosjon til henne gjennom en holdning av aksept og interesse. Disse nonverbale signalene fra terapeuten kan så påvirke pasientens fysiologiske aktivering (J. R. Schore & Schore, 2008) ved at de formidler til

Marianne at terapeuten ikke blir overveldet av hennes emosjon, men at tilstanden er tolererbar, og at terapeuten er der for å hjelpe henne med å håndtere den. Over tid kan terapeuten slik modellere at emosjonen ikke er farlig, men kan tåles.. Gjennom et slikt fokus kan terapeuten fungere som implisitt modell for hvordan pasienten senere selv kan forholde seg til og regulere sine emosjoner - igjen på en lignende måte som omsorgsgiver – uavhengig av hvordan terapeut og pasient eksplisitt jobber sammen.

At nonverbal kommunikasjon kan foregå utenfor vår bevisste vilje impliserer at det er viktig for terapeuten å være klar over at også han selv kommuniserer mer til pasienten enn det han bevisst kan styre (Wilkinson, 2010). Dersom terapeuten har kunnskap om at ens tidlige emosjonelle læringshistorie kan gjøre en sensitiv for andres nonverbale signaler, kan han være oppmerksom på tegn til at pasienten har oppfattet noe som terapeuten ikke var klar over at han kommuniserte. Å være oppmerksom på endringer i pasientens affekt blir slik i tillegg til informasjon om pasientens tilstand også en viktig kilde til informasjon om hva man selv kan ha kommunisert nonverbalt. En tilstrekkelig sensitiv terapeut vil trolig på denne måten kunne fange opp vanskeligheter i relasjonen i større grad enn en ikke-sensitiv terapeut, på samme måte som en tilstrekkelig sensitiv omsorgsgiver oftere kan oppdage vansker i tilknytningsrelasjonen med barnet ved å være oppmerksom på endringer i barnets affekt. Genuine og uunngåelige, men uhensiktsmessige handlinger fra terapeutens side vil derfor ikke være utelukkende negativt for terapirelasjonen (Safran & Muran, 2000). Ved at ubehagelige emosjoner vekkes i pasienten kan terapeut og pasient sammen arbeide med å regulere dem. Man kan derfor snakke om en god nok terapeut, slik man snakker om en ”good enough caregiver” (Ogden et al., 2006).

Verbal andreregulering i terapirelasjonen. Relasjonen kan videre fungere som ramme for en verbal form for andreregulering, gjennom at terapeuten demonstrerer for Marianne at vonde opplevelser kan deles med og nedreguleres ved hjelp av andre. Dersom Marianne opplever ubehagelig emosjon i en terapitime kan det vekke assosiasjoner til adferd nære andre har utvist når Marianne har åpnet seg om vonde hendelser. Dette omtales i noen terapitradisjoner som overføring (Ogden et al., 2006). Slik vi kjenner Marianne og hennes historie vil en ubehagelig fysiologisk aktivering trolig føre til at hun forsøker å selvregulere for å ikke bryte båndet til terapeuten. Mariannes tidlige samspillserfaringer, preget av manglende kontakt, kritikk og avvissning, vil trolig ha hemmet utviklingen av de nevralt forbindelsene mellom de ulike delene av emosjonsreguleringsystemet hennes. Dermed har ikke systemet blitt integrert i tilstrekkelig grad slik at Marianne fleksibelt kan benytte seg av hensiktsmessige emosjonsreguleringsstrategier. Konsekvensene av dette blir blant annet at subkortikale aktiveringsmønstre som er etablert gjennom tidlige samspillserfaringer (A. N. Schore, 2006) lett aktiverer Mariannes nervesystem i relasjonelle sammenhenger. Aktiveringsmønstrene medfører at fysiologiske responser utløses i kroppen, men uten at Marianne er i stand til å forstå og fleksibelt regulere denne aktiveringen fordi hun har begrenset bevisst tilgang til denne gjennom sin prefrontale cortex. Legger ikke terapeuten merke til at Marianne blir aktivert og forsøker å unngå temaet, og dermed blir med Marianne i temaskiftet, kan Marianne gå fra timen med en ubehagelig fysiologisk aktivering og nok en erfaring med at vonde emosjoner skal håndteres alene. Dersom terapeuten i motsetning til dette fanger opp at noe endret seg i Marianne, at hun ikke bare skiftet tema men at noe skiftet *i henne*, åpner det seg en terapeutisk mulighet. Terapeutens inntoning til Marianne har dermed gjort det mulig å oppdage en endring i

Mariannes affekt. Terapeuten kan nå i tillegg til å nonverbalt kommunisere aksept for Mariannes tilstand også bidra med en mer verbal form for andreregulering, ved å være nysgjerrig på og tilgjengelig for Mariannes opplevelse. Marianne kan da få hjelp til å nærme seg det som er vanskelig, og erfare at hun samtidig kan opprettholde kontakt med terapeuten.

M: (...) og når sjefen sa at noen andre burde få snakke nå så...[Hun smiler, ler litt, himler med øynene og slår med hånden i luften] men det gikk jo greit, og i går, da...

T: [Kjenner på uro i mageregionen, skakker på hodet, løfter hånden og snakker med mild stemme] Kan vi stanse litt opp ved det som ble vekket i deg nå Marianne. Det var som om du var i gang med noe viktig, men at du stoppet deg selv ved å le det litt bort.. eller?

M: [Ler litt til og smiler, raker hånden raskt gjennom håret, stemmen er høy og kraftfull] Neida, jeg skjønnte plutselig hvor dumt det var at jeg la ut om det på den måten, jeg er jo en voksen dame, det var jo ikke noe viktig.

T: [Undrer seg, tenker høyt] Det virket for meg som at det som skjedde på møtet var viktig for deg, men at du lo det litt bort nå. Kan vi se litt nærmere på det?

M: [Kort latter, benet er rastløst, hun svarer raskt og strengt] Ja, jeg burde slutte å plage folk og håndtere ting selv som andre voksne mennesker, sitte her å snakke sånn på den måten.

T: [Lener seg litt frem, blikket er mildt og åpent, undrende tonefall] Men hvis vi prøver å forstå hva som skjedde nå når du stoppet deg selv – la du merke til om noe ble ubehagelig for deg som gjorde at du dempet deg?

M: [Smiler og rister på hodet] Vet ikke. Jeg overreagerte som vanlig og burde egentlig bare ta meg sammen.

T: [Smiler mildt, men dempet, og snakker med vennlig stemme i et rolig tempo] Husker du når vi snakket om hvordan du har måttet øve deg på å skjule følelsene dine for at din mor ikke skulle bli overveldet? Kan det være det som skjer nå, at du, fordi du er så vant til det, prøver å skyve følelsene vekk her med meg?

M: [Ser ned, benet stilner. Hun er stille en stund. Stemmen er lavere.] Ja, jeg merker at jeg føler jeg er for mye, at jeg må tone meg ned fordi jeg tar all plassen. [Får tårer i øynene].

T: [Stemmen er fortsatt mild og rolig] Jeg forstår godt at det var vondt for deg å få den beskjeden, særlig for deg som har fått høre så veldig ofte at du tar for stor plass og må være stille. Jeg synes det er veldig bra at du klarer å fortelle meg om denne episoden. Da kan vi forstå hva den satt i gang av reaksjoner hos deg. Det tar mot når du er vant til at andre ikke vil høre hvordan du har det, og at du må håndtere det som er vondt på egen hånd (...)

Vi ser at en empatisk inntonning fra terapeuten kan medvirke til at Marianne kan nærme seg og ta en empatisk innstilling til sin egen opplevelse, i stedet for å forsøke å få den bort. Dette tenkes å engasjere og regulere Mariannes nervesystem på samme måte som samspillet mellom barn og omsorgsgiver kan regulere barnets nervesystem. Empatisk inntonning tenkes å virke nedregulerende på vonde emosjoner på kort sikt (Warner, 1997), og å virke styrkende på pasientens høyrehemisfæriske emosjonsreguleringssystem over tid (A. N. Schore, 2012). Terapeuten kan slik bistå i å regulere Mariannes aktiveringsnivå slik at det er best mulig tilrettelagt for læring. Når

Marianne er passelig aktivert vil nye emosjonelle erfaringer kunne få en optimal innvirkning på hennes nevrobiologiske organisering og fungering. Fordi terapeuten evner å inntone seg til det han oppfatter som Mariannes nonverbalt kommunisert affekt, kan han også oppdage at Marianne "trekker seg" og ikke kommuniserer det hun opplever (Safran & Muran, 2000). Han forsøker så å gjøre emosjonene som oppstår i Marianne til en interessant gjenstand for deres felles nysgjerrighet og kommunikasjon. Dette kan sies å være en direkte relasjonsintervensjon rettet mot å kunne dele vanskelige emosjoner som pasienten vanligvis ville forsøkt å håndtere alene (Safran & Muran, 2000). Marianne opplever derfor i dette samspillet noe hun ikke er vant med; hun forventer at hennes genuine affektuttrykk vil føre til avvisning. Terapeuten oppfører seg imidlertid ikke i tråd med hennes forventninger. Han sier ikke eksplisitt at "ser du, jeg kan godta at du formidler det du opplever inni deg", men formidler det nonverbalt, på en måte som Mariannes høyrehjerne kan registrere (Safran & Muran, 2000). Vi kan si at terapeuten gir Marianne en korrigerende emosjonell erfaring (Alexander & French, 1946; Safran & Muran, 2000), eller en ny prosedural læringserfaring (Ogden et al., 2006). Marianne erfarer at hennes emosjonelle opplevelser kan tas i mot og tolereres av den andre, at hun ikke trenger å skjule sine emosjoner ved å forkle de i positiv affekt eller selvkritikk for å bevare båndet til terapeuten, slik som kanskje har vært nødvendig i hennes tidlige relasjoner. Hun opplever at vonde emosjoner kan uttrykkes på en måte som vekker hjelp til regulering fra den andre heller enn å føre til negative forsøk på å regulere seg selv, (Safran & Muran, 2000), slik som hyppig trening eller ensomhet med egen smerte. Marianne kan slik både bli mer selvstendig og samtidig flinkere til å relatere seg til andre (Safran & Muran, 2000). Så lenge terapeuten balanserer mellom å utfordre og støtte pasienten er fysiologisk aktivering i terapi hensiktsmessig for endring;

milde til moderate nivåer er gunstig for nevroplasticitet og dermed for ny læring (Cozolino, 2010). Dersom Mariannes fysiologiske aktivering hadde blitt ugunstig høy i denne samhandlingen, ville det vært nødvendig for terapeuten å benytte andre, mer direkte emosjonsregulerende intervensjoner.

Eksplisitt emosjonsregulering i psykoterapi

Terapeuten kan også ta i bruk mer eksplisitte intervensjoner for å hjelpe Marianne til å kunne regulere sine emosjoner på andre og bedre måter enn dem hun hittil behersker. For at slike intervensjoner skal kunne ha en optimal effekt, er det gunstig at en god terapirelasjon er etablert.

Å gi en bred oversikt over ulike terapeutiske intervensjoner som kan tas i bruk for å jobbe med emosjonsregulering i psykoterapi vil overskride rammene for denne oppgaven. Vi vil derfor begrense oss til å gi eksempler på eksplisitte emosjonsreguleringsintervensjoner gjennom tre ulike kanaler. Vi vil ved hjelp av kasuset illustrere hvordan det er mulig å fremme evnen til selvregulering gjennom å ta utgangspunkt i pasientens 1) fysiologiske aktivering, 2) affekt og 3) følelse. Selv om man arbeider med endring gjennom én kanal, vil intervensjonen selvsagt påvirke emosjonen som helhet. For å tydeliggjøre at det finnes flere innfallsvinkler for å fremme emosjonsregulering fremstilles disse intervensjonene her separat.

Intervensjoner med utgangspunkt i fysiologisk aktivering. Den fysiologiske aktiveringen er det som skaper den kroppslige indre opplevelsen av emosjoner, for eksempel at det knyter seg i magen når man er nervøs, eller at det bobler i brystet når man er glad (Ogden et al., 2006). I terapi kan man ta i bruk intervensjoner for å moderere den fysiologiske aktiveringen. En måte å få kontakt med og lære seg å forholde seg til fysiologisk aktivering i kroppen, kan være gjennom intervensjoner som

tar utgangspunkt i det å være til stede i øyeblikket og å akseptere det en erfarer med en vennlig, åpen og nysgjerrig holdning (mindfulness, Kabat-Zinn, 2009). Tanken er at det å akseptere og være nysgjerrig på kroppslige fornemmelser vil gjøre det lettere å bli kjent med det fysiologiske aspektet av emosjonene sine, og slik gjøre dem mindre skremmende (Baer, 2003). I tilfeller der pasienten flykter fra eller har liten kontakt med de fysiologiske fornemmelsene i kroppen som følger med emosjonene, vil de ofte stenge av for kroppen og flykte ”opp i hodet” der det kan eksistere katastrofetanker om den fysiologiske aktiveringen som skjer i kroppen. Disse forestillingene er som oftest er verre enn virkeligheten (Clark, 1986). Å rette vennlig og nysgjerrig oppmerksomhet mot de fysiologiske fornemmelsene kan fungere som en eksponering for kroppslige fornemmelser. Gjennom en vennlig utforskning kan man få kontakt med de fysiologiske fornemmelsene, bli nysgjerrig på dem og erfare at aktiveringen ikke er så farlig som man hadde sett for seg, og se at de heller bærer med seg viktig informasjon om hvordan en har det (Baer, 2003). Dette kan videre åpne for å forholde seg til fysiologisk aktivering på nye måter.

I kaseskildringen leser vi at Marianne opplever en sterk fysiologisk aktivering i situasjoner der hun opplever at andre finner henne slitsom. Denne aktiveringen oppleves antakeligvis som skremmende for Marianne, og er noe hun ønsker å unngå. Ut i fra utviklingshistorien hennes kan man se for seg at Mariannes har blitt møtt av omsorgspersoner som ikke tåler henne når hun utviser ubehag, og derfor ikke har lært henne å tolerere og regulere den fysiologiske aktiveringen hun opplever på en formålstjenlig måte. Hun har slik lett for å bli høyt aktivert uten å ha særlig god kontakt med aktiveringen. La oss ta utgangspunkt i dialogen mellom Marianne og terapeuten fra tidligere for å illustrere hvordan terapeuten kan fokusere på fysiologisk aktivering som

en intervensjon for emosjonsregulering. På slutten av forrige dialog turte Marianne å vise en emosjonell reaksjon fremfor terapeuten og opplevde at terapeuten møtte reaksjonen med en forståelsesfull og aksepterende holdning. Å skjule eller avvise sin emosjonelle reaksjon er imidlertid i stor grad blitt automatisert for Marianne, og denne tendensen dukker stadig opp igjen i terapien.

M: Jeg skjønner jo godt at ingen ville sitte ved siden av meg i lunsjen, jeg som snakker så mye hele tiden! [Vipper med foten, himler med øynene og ler oppgitt av seg selv.]

T: Marianne, det virker for meg som om du ble litt urolig nå. Legger du merke til det?

M: Eh, ja, det ble liksom – men jeg kan jo fint spise alene altså!

T: [Legger merke til at Marianne refererer til selve hendelsen heller enn å fokusere på hva hun opplever her og nå. Han synes hun virker sterkt fysiologisk aktivert og forsøker å flytte fokuset til aktiveringen.] Men akkurat nå, hvis du kjenner hvordan kroppen din reagerer når du tenker på dette, hva legger du merke til?

M: Nei, jeg vet ikke helt...

T: Hvis du kjenner etter i beinet, i magen, i skuldrene. Hva kjenner du akkurat nå?

M: Ja, det er vel en uro i beina da [ser på beinet som vipper, ler kort og høyt].

T: Uten at du trenger å gjøre noe med det, kan du prøve å legge merke til hva du kjenner i beina? Er det kribling, pulsering eller andre fornemmelser?

M: Ja, en sånn kribling er det. Kjenner at det liksom er mye energi i beina, de er veldig rastløse.

T: Interessant. Kjennes begge beina like energiske og rastløse ut eller er det mest det ene beinet?

[Fortsetter utforskningen av fysiske fornemmelser]

Terapeuten stopper her opp ved den fysiologiske aktiveringen og ber Marianne rette oppmerksomheten mot den, uten å ha som mål å gjøre noe for å endre den. Det kan tenkes at det at terapeuten tar tak i Mariannes opplevelse med nysgjerrighet, interesse og aksept gjør det tryggere for Marianne å kjenne på sin egen aktivering. Ved å bli ved den fysiologiske aktiveringen uten å prøve å endre den, kan Marianne ha mulighet til å erfare at aktiveringen kanskje ikke er så skremmende som hun hadde fryktet.

Terapeuten hjelper Marianne å være i kontakt med aktiveringen ved hjelp av sin holdning av vennlig interesse. En slik kvalitet på oppmerksomheten tenkes å være regulerende i seg selv (Ogden & Minton, 2000). Gjennom å øve gjentatte ganger på å rette oppmerksomheten mot de fysiologiske fornemmelsene i kroppen på en vennlig og aksepterende måte, heller enn å unngå dem, vil Marianne få erfaringer som styrker de nevrale forbindelsene mellom de ulike delene av det emosjonsreguleringsystemet. Over tid tenkes dette å føre til en bedre integrering mellom delene (Siegel, 2012). Å legge merke til fysiologisk aktivering legger også et grunnlag for å kunne arbeide videre med eksplisitte emosjonsregulerende intervensjoner.

Intervensjoner med utgangspunkt i affektuttrykk. Affekt er det aspektet ved emosjonen som kommer til uttrykk gjennom kroppsspråket (Siegel, 2012).

Intervensjoner som går ut på å utforske og eksperimentere med ulike affektive uttrykk kan gi nye erfaringer med hvordan affekt påvirker både fysiologisk aktivering og hvordan man føler seg. En tilnærming som arbeider med endringer i kroppsholdning og

andre affektive uttrykk er sensorimotorisk psykoterapi (Ogden et al., 2006). Et eksempel kan være å få pasienten med på å endre kroppsholdning. Terapeuten og pasienten deler et fokus på pasientens umiddelbare opplevelse av kroppen, med holdningen av vennlighet, nysgjerrighet og aksept (Ogden et al., 2006). Ved overveldende emosjoner kan kroppsfokuserte intervensjoner brukes for å hjelpe pasienten å vende tilbake til en emosjonell tilstand som er innenfor hans eller hennes toleranse (Ogden, 2009). Når pasienten er innenfor et slikt nivå kan man bruke affektivt rettede intervensjoner for å bli bevisst innøvde og ofte ubevisste affektuttrykk, for så å gradvis øve på å skape bevegelse i slike tidlige og automatiserte mønstre (Ogden et al., 2006).

I kasuset om Marianne beskrives flere ulike affektuttrykk som kan tyde på at Marianne er høyt aktivert. Hun er energisk og prater raskt og høyt, og hun virker anspent og rastløs i kroppen. Ved å fortsette dialogen mellom Marianne og terapeuten kan vi se på et eksempel på en emosjonsreguleringsintervensjon som fokuserer på affekt.

T: Nå som du har lagt merke til denne uroen, er du med på å prøve ut en liten øvelse? Vi kan gjøre det her i dette rommet, og jeg kan gjøre det sammen med deg.

M: Ok, det kan vi gjøre.

T: Hvis du setter deg sånn. [Terapeuten setter seg opp, plasserer begge beina på bakken og plasserer begge hendene på utsiden av knærne]. Når jeg sier i fra, så kan du presse knærne sammen med hendene, samtidig som du presser knærne fra hverandre sånn at du får motstand [Terapeuten viser]. Skal vi prøve det?

M: Ja.

T: Ok – nå. Press hendene sammen... Litt til... Se om du kan legge merke til kraften i hendene dine, hvilke muskler som er involvert når du gjør denne øvelsen, kjenn ryggen, armene, beina og ansiktet.

T: Sånn, nå kan vi gradvis slippe opp og rette ryggraden rolig tilbake til du igjen sitter oppreist [begge gjør denne bevegelsen, fremdeles med oppmerksomhet].

T: Hvis du fokuserer på beina dine nå, hva legger du merke til?

M: [Tenker litt, ser ut som hun kjenner etter]. Det kjennes litt mindre urolig, faktisk.

T: Så bra, bare kjenn litt på det - at du har litt mer ro i beina. Tillat deg selv å ta det inn. [De fortsetter å utforske effekten av å ha gjort denne lille øvelsen og fokusere på fornemmelsen av økt ro]

T. Har du lyst til at vi gjør øvelsen en gang til?

De gjentar øvelsen, og Marianne kjenner igjen at hun opplever mindre uro og får en større grad av tyngde og kontakt med egne ben og resten av kroppen.

Under slike intervensjoner er det viktig at terapeuten opprettholder en holdning av nysgjerrighet, interesse og aksept, uansett hva pasienten opplever når de gjennomfører øvelsen. Antakelsen i denne tilnærmingen er at det å gjøre konkrete endringer i kroppsstilling (affektive uttrykk) vil kunne skape bevegelse i innøvde og automatiserte fysiologiske aktiveringsmønstre som bidrar til pasientens livsvansker (Ogden et al., 2006). Å benytte seg av affekt som en kanal til emosjonsregulering kan kalles en «bottom up»-intervensjon, fordi den påvirker emosjonsopplevelsen fra bunnen av hierarkiet og oppover (Ogden et al., 2006). Intervensjoner som består av å endre affektuttrykk kan sees på som en måte å sende nye sensoriske signaler om kroppens

tilstand til de nederste strukturene i emosjonsreguleringssystemets hierarki (A. N. Schore, 2001). Disse delene sender så signaler oppover i hierarkiet og påvirker emosjongsenering i subkortikale områder og bevisst kognisjon mediert av prefrontal cortex. Slike intervensjoner kan gradvis endre innøvde uhensiktsmessige strategier for å regulere emosjoner, og fremme nye emosjonsreguleringsstrategier som kan øke fleksibilitet i samspill med selv og andre.

Intervensjoner med utgangspunkt i følelser. Det aspektet ved emosjoner som omhandler den subjektive opplevelsen av fysiologisk aktivering og affekt kaller vi for følelse (Siegel, 2012). Intervensjoner som tar utgangspunkt i følelser kan fremme emosjonsregulering gjennom å øve på å identifisere og benevne følelser. Dette tenkes å øke integreringen mellom de ulike aspektene av emosjoner (se Affektbevissthetsmodellen, Monsen & Solbakken, 2013), og det å integrere emosjoner med bevissthet gjennom symboler og språk tenkes å styrke evnen til emosjonsregulering (Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). Antakelsen er at symboler og språk er med på å gi ytterligere mening til noe som ellers bare ville blitt oppfattet som diffuse fysiologiske fornemmelser. Gjennom eksplisitte intervensjoner, der man støtter pasienten i å identifisere og benevne følelser, tenkes det at pasienten i stadig større grad vil kunne overta denne evnen selv (Monsen & Solbakken, 2013).

Marianne fremstår som i lite kontakt med følelsene sine. Hun opplever å bli emosjonelt overveldet uten at hun forstår hva emosjonene betyr og hva hun kan foreta seg for å få det bedre. Hennes emosjoner kan slik sies å være både dårlig integrerte og differensierte. Hvis vi i igjen går til dialogen mellom Marianne og terapeuten kan vi se hvordan terapeuten kan fremme et fokus på følelser for å øke Mariannes evne til emosjonsregulering.

T: Hvis vi nå vender tilbake til den uroen du kjente da du fortalte om lunsjen. Er det mulig for deg å få tak i hva den forteller deg?

M: Nei, det er bare litt sånn, uro i hele kroppen. Når jeg tenker på hva de andre syns om meg så blir jeg så urolig [blir blank i øynene].

T: Jeg ser du blir litt blank i øynene, og det får meg til å tenke at du kanskje ble lei deg. Stemmer det med din opplevelse?

M: Jo, jeg ble vel kanskje lei meg...[blir sittende litt og kjenne etter]. Jeg kjenner det i øynene.

T: Hvis du kjenner på den triste følelsen. Er det noe den minner deg om? Kan du huske å ha kjent på den før i lignende situasjoner?

M: Hm, min far sa alltid at jeg gjorde for mye ut av meg og at det gjorde mamma sliten. Jeg tenkte at kollegaene mine sikkert tenkte at jeg er slitsom, og det var kanskje det som gjorde at jeg ble lei meg.

T: Hva føler du når du tenker på at din far alltid sa du gjorde for mye av deg?

M: Jeg kjenner meg trist. Det var leit at det var sånn, det har preget meg hele livet mitt og gjør det fremdeles [har tårer i øynene].

Ved å hjelpe Marianne med å kjenne igjen følelser og sette ord på dem, og ved å hjelpe henne med å forstå hvorfor hun reagerer slik ut fra sin utviklingshistorie, tenkes det at terapeuten fremmer hennes evne til å forholde seg til og regulere emosjonene sine (Wachtel, 2011). Det å kjenne igjen og sette ord på det man føler antas å virke integrerende på et nevrobiologisk nivå fordi det å kjenne på den fysiologiske aktiveringen og bevisst reflekterer over dens betydning, aktiverer subkortikale og

kortikale strukturer samtidig. Denne samtidige aktiveringen tenkes å styrke de nevralt forbindelsene mellom de involverte strukturene og øker dermed integrering (Cozolino, 2010). Terapeuten har også mulighet til å arbeide med å tydeliggjøre følelsen ytterligere gjennom å fokusere på hvilke behov Marianne hadde i situasjonen. Når man arbeider med følelser i terapi er det videre mulig å hjelpe pasienten med å generere indre forestillingsbilder og en vennlig indre dialog (Gilbert & Irons, 2005). Dette kan bidra til å styrke evnen til emosjonsregulering ytterligere.

Diskusjon

Implikasjoner for omsorgsgiver sitt ansvar i utviklingen av emosjonsregulering

Gjennomgående i denne oppgaven trekkes det frem at omsorgsgiver er sentral for utvikling av barnets evne til emosjonsregulering. Spesielt fremheves omsorgsgivers evne til sensitivitet, empati og inntoning, og at omsorgsgiver gir barnet muligheten til å regulere seg selv når forholdene ligger til rette for det. Denne kunnskapen kan antyde at omsorgsgiver blir gitt det fulle og hele ansvaret for barnets evne til emosjonsregulering, men det helhetlige bildet er mer nyansert enn som så.

Som vi har sett spiller barnets medfødte temperamentsdisposisjoner inn (Kagan et al., 1994), og atferdsgenetikken har også presentert en rekke funn som indikerer at arvelighet kan spille en rolle for barnets evne til emosjonsregulering. Denne forskningen har imidlertid mottatt mye kritikk (se Fonagy, 2006, for en oversikt). Videre vet vi at det er en stor andel barn som klarer seg svært godt til tross for en krevende oppvekst preget av en rekke risikofaktorer, såkalte løvetannbarn eller resiliente barn (se f.eks. Luthar, 1991). Resiliensforskningen har ikke i særlig grad rettet blikket mot hensiktsmessig emosjonsregulering som mål på psykisk helse, men det som ser ut til å være sentrale faktorer for resiliens er gode, støttende relasjoner så tidlig i

livet som mulig (Masten & Gewirtz, 2006). Slike relasjoner trenger imidlertid ikke å begrense seg til nære relasjoner til de umiddelbare omsorgspersonene. Livet vil kunne by på en rekke relasjoner som kan være helende. Der den tidlige litteraturen fokuserte i stor grad fokuserte på mors rolle i barnets utvikling, vil det i praksis være mye mer komplekst (Phares, 1992). Et barn kan eksempelvis være trygt tilknyttet til en av foreldrene, men utrygt tilknyttet til en annen omsorgsperson. Tilknytning kan også sies å være en livslang pågående, dynamisk prosess mellom to mennesker, heller enn en statisk egenskap i en person (Wachtel, 2011), noe som åpner for muligheter for ny læring og vekst. Det argumenteres for at nye tilknytningsrelasjoner oppstår og dannes gjennom hele livet, eksempelvis med lærere, familiemedlemmer og partnere (Mikulincer et al., 2003). I tillegg vil identifisering med og modellering av jevnaldrende også ha stor innvirkning på hvordan en person regulerer sine emosjoner i ulike situasjoner og miljø (Harris, 2000). På samme måte som nye eller endrede relasjoner kan virke reparerende for uheldige relasjoner tidligere i livet, kan det også være motsatt. Eksempelvis vet man at mobbing, enten det er tidlig eller sent i livet, kan gi offeret varige vansker med emosjonell regulering (Lewis, 2004; Schwartz, Proctor, & Chien, 2001). Her vil trolig erfaringer med trygge tilknytningsrelasjoner fungere som en buffer for potensielle effekter av mobbing.

De tidlige relasjoner til omsorgsgivere kan altså sies å være en viktig faktor i utviklingen av emosjonsregulering, men de er ikke nødvendigvis avgjørende for senere psykisk helse. I dag retter forskerne i større grad blikket mot hvilke faktorer som spiller en rolle for relasjonen mellom barn og omsorgsgiver, heller enn å kun fokusere på om relasjonen er god eller dårlig (Fonagy, 2006). Eksempelvis vet man at variabler som kan virke inn er omsorgsgivers egen tilknytningshistorikk (Simons, Beaman, Conger, &

Chao, 1993) og sosioøkonomiske status (Hughes, Deater-Deckard, & Cutting, 1999), familiekonflikter og skilsmisser (O'Connor, Thorpe, Dunn, & Golding, 1999), samt familiemedlemmers psykiske og somatiske helse (Diareme et al., 2007; Eberhard-Gran, 2002). Det ligger dermed et potensiale i å rette blikket mot intervensjoner som kan motvirke effekten av eller forebygge slike faktorer, enten det er i hjemmet, i barnehagen, på skolen eller på samfunnsnivå. Endring av foreldres opplevelse av stress er eksempelvis funnet å endre tilknytningskvaliteten til barna (Vaughn, Egeland, Sroufe, & Waters, 1979). Å gi omsorgsgivere en økt grad av sosial støtte er videre vist å føre til at barn tidligere klassifisert som utrygge utviser mindre atferdsvansker i barneskolealder (Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985). Det finnes også tilknytningsfremmende intervensjonsprogrammer. «Circle of Security» (Marvin, Cooper, Hoffman, & Powell, 2001) er et slikt program som har vist lovende resultater (Hoffman, Marvin, Cooper, & Powell, 2006), og som nå tilbys gjennom helsestasjoner i Norge.

At tidlige relasjoner er viktig for videre psykisk helse ser ut til å være godt etablert kunnskap. Fokuset burde imidlertid være på hvordan barn og omsorgsgiver kan hjelpes til å erfare slike (Fonagy, 2006), heller enn å rette et kritisk blikk på omsorgsgiver (Caplan, 1990).

Implikasjoner for opplæring av psykologer

”(...) it is the relationship that heals” – is the single most important lesson the psychotherapist must learn” (Yalom, 1980, s.401). Terapirelasjonen har en sentral funksjon i videreutviklingen av pasientens evne til emosjonsregulering. At terapeuten som menneske påvirker kvaliteten til en potensielt emosjonsregulerende terapirelasjon, kan tenkes å ha flere implikasjoner for studieprogrammene som skal utdanne psykologer. Som psykolog er det viktig å balansere det å bruke og ivareta seg selv.

Utvikling av relasjonskompetanse. Psykologtjenestene møter stadig større uttalte krav til bruk av evidensbaserte terapimetoder, og dermed til terapeutens metodiske kompetanse (Hougaard, 2004; Norcross & Lambert 2006), enn til terapeutens relasjonskompetanse. Samfunnets forventninger til yrkesutøvelsen kan man slik si vektlegger psykologens eksplisitte og artikulerbare kunnskap og metode (Norman & Nielsen, 2009): psykologen skal vite noe om psykisk lidelse og kunne gjøre noe med den. Forskningen på hva som er virkningsfullt i psykoterapi kommer likevel ikke utenom terapeuten selv og hans eller hennes bidrag til relasjonen (Norcross & Lambert 2006; Wampold, 2006). Det kan slik sies å være behov for at utviklingen av terapeutens relasjonskompetanse inngår som en del av psykologutdanningen, i tillegg til tilegnelsen av eksplisitt kunnskap og metodeevner.

Psykologstudenten vil preges av sin utviklingshistorie, deriblant sin tilknytningsstil og sine emosjonsreguleringsstrategier, og vil utvikle og videreutvikle egenskaper i løpet av sin tid under utdanning. Utdannelsen gir terapeuten en teoretisk ballast og praktiske erfaringer gjennom praksis og veiledning fra erfarne psykologer. Begge deler kan tenkes å bidra til at terapeuten får et mer reflektert forhold til seg selv og sin væremåte, i tillegg til at han eller hun tilegner seg teoretisk kunnskap. Som vi har sett innebærer relasjonskompetanse at terapeuten har kunnskap om og kan fange opp de nonverbale aspektene ved kommunikasjon. Denne kunnskapen involverer kjennskap til affektuttrykk man bevisst kan registrere, erfaringer med hvordan pasientens affekt kan vekke resonans i terapeutens kropp, samt et reflektert forhold til sine egne nonverbale signaler. Et reflektert forhold til egne nonverbale signaler fordrer at terapeuten evner å være bevisst på hvordan han eller hun reagerer på pasientens ulike affektuttrykk og hvordan dette kommer til syne i terapeuten adferd, slik at dette ikke skader relasjonen

til eller samarbeidet med pasienten. Kunnskap og opplæring innen kroppens rolle for opplevelsen av og kontakt med egne emosjoner, registrering av andres emosjoner, egne og andres affektuttrykk og for regulering av emosjon, blir slik viktig i psykologutdannelsen.

Behov for vektlegging av relasjonskompetanse i utdannelsen kan også underbygges av nevrovitenskapelig forskning på våre evner til å benytte ulike oppmerksomhetsvarianter, våre måter å bruke informasjon på, og de ulike måtene vi kan forstå verden rundt oss på. Begge hjernehemisfærene våre er involvert i alt vi gjør, men det er teoretisert at det vi opplever fenomenologisk til en hver tid farges av hvilken hemisfære som dominerer vår forståelse (McGilchrist, 2009). Høyre hemisfæres måte å forholde seg til verden på kan sies å gjøre den sentral i mellommenneskelige samspill. Noe forenklet antas den å ha en sentral rolle i det å være åpen for det foranderlige, levende, unike og helhetlige objektet i kontekst, samt for ny informasjon i situasjoner der vi ikke kan basere oss på det vi allerede vet (McGilchrist, 2009, 2010). Mennesker kan sies å være nettopp unike, kompliserte individer som ikke kan forstås løsrevet fra sin kontekst og som alltid vil bringe med seg noe terapeuten ikke har erfaring med. Et mellommenneskelig møte kan derfor sies å være en kompleks situasjon der vi ikke utelukkende kan lene oss på det vi allerede vet. Det kan da være hensiktsmessig å hjelpe psykologstudentene til å styrke evnen til å hente frem en mer høyrehemisfærisk dominert oppmerksomhet og forståelsesmodell ved å øve på å gjøre dette i undervisning eller veiledning. Dette kan tenkes å være med på balansere et (kanskje mer utbredt) fokus på ”hvordan passer dette med det som er kjent, hvordan kan det kategoriseres og hvordan kan det håndteres?”, som kan sies å illustrere en mer venstrehemisfærisk dominert, instrumentell forståelsesmåte. Denne forståelsesmåten gjør oss i stand til å

navigere kjente landskaper, bruke kunnskapen vi har, kategorisere og studere deler som isolert fra kontekst (McGilchrist, 2009, 2010). Komplekse situasjoner rike på ukjente variabler tenkes imidlertid å kreve implisitt heller enn eksplisitt læring, fordi vår evne til bevisst informasjonsprosessering da overskrides før vi har bygget opp et erfaringslager eller en ekspertise basert på lignende situasjoner (Norman & Nielsen, 2009). ”To understand the ambiguity of the human condition, practitioners must use thinking patterns that are not linear, logical, or sequential. Expertise within the web of ambiguity takes years to master” (Skovholt & Rønnestad, 2003, s. 46). Å forsøke å eksplisitt forstå og systematisere pasientens vanskeligheter, predikere hva som vil være til hjelp, utarbeide en behandlingsplan og sette i gang intervensjoner basert på det man eksplisitt har lært kan da tenkes å være nødvendige men ikke tilstrekkelige evner for terapeutisk arbeid. Kunnskap om psykiske lidelsers symptombilder og diagnoser, samt behandlingsmetoder og intervensjoner som sikter seg inn mot disse, er essensielle deler av psykologifaget som psykologstudenten må lære, men dette fokuset kan imidlertid i større grad sies å gjøre pasienten til objekt heller enn subjekt (Buber, 1967). Før denne typen eksplisitt kunnskap er til nytte for terapeuten må han eller hun i alle tilfeller først være åpen for det uunngåelig ukjente ved pasienten. Å ha en forståelse for og en tilgang til en mer høyrehemisfærisk form for oppmerksomhet og holdning til opplevelser er da gunstig for terapeutens evne til et åpent og ikke-forutinntatt her-og-nå fokus, noe som også kan fanges av begrepet oppmerksomt nærvær eller mindfulness (Binder & Vøllestad, 2010; Kabat-Zinn, 2009).

Det kan på denne bakgrunnen tenkes at det ville styrket den psykologfaglige utdanningen dersom terapeuten gjennom studieforløpet får hjelp til å utvikle sine forståelsesmåter, oppmerksomhetsmoduser, og sine holdninger til å *gjøre* versus å *være*

(Segal, Williams, & Teasdale, 2002) sammen med pasienten, samt et bevisst forhold til sitt eget emosjonelle liv. Det blir videre viktig at terapeuten underveis får trening i å artikulere disse erfaringene (Norman & Nielsen, 2009). Da kan de reflekteres over, brukes i veiledning og i terapi og slik medvirke til en hensiktsmessig væremåte sammen med pasienten. Siden implisitt læring og emosjonelle erfaringer videre er sentralt i utviklingen av høyre hemisfære og emosjonsreguleringsevner, kan eksplisitt kunnskap trekkes i tvil som tilstrekkelig for styrking av terapeuters relasjonskompetanse.

Profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo er pr. i dag den eneste psykologutdannelsen i Norge med et eget fag rettet mot utviklingen av terapeuters relasjonskompetanse i sitt studieprogram (Universitetet i Oslo, 2013). I kvalitetshåndboken for internpraksis ved Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre ved Universitetet i Bergen (Institutt for klinisk psykologi, 2011), finner vi at veileders og poliklinikkens rolle i hovedsak skal være å overse og lære opp studenter i rutiner og praktiske og etiske evner. Internveiledere i psykologutdanningen ved UiB skal altså ikke eksplisitt fokusere på utvikling av psykologstudentens relasjonskompetanse slik det går frem av kvalitetshåndboken, men det går frem at veileder skal «ta opp spørsmål vedrørende egnethet med angjeldende student, og det kan være aktuelt å for eksempel sterkt oppfordre studenten til å søke egen behandling» (s. 31). Dette dreier seg imidlertid om studenter som av ulike årsaker utviser en negativ eller ikke-positiv utvikling når det gjelder personlig egnethet for pasientarbeid, heller enn en generell oppfordring til egenerapi for videreutvikling som terapeut.

Egenerapi tenkes å kunne bidra til en positiv og nødvendig utvikling av terapeuters personlige egenskaper gjennom å være en arena for nye emosjonelle erfaringer, på samme måte som for øvrige personer som går i terapi. Læring gjennom

nye emosjonelle erfaringer tenkes å virke inn på de egenskaper ved psykologstudentene som er sentrale for ens evne til samspill med andre, og dermed kvaliteten på studentens bidrag til den virksomme relasjonen som terapeut (Paulsen & Peel, 2013). Egenterapi som del av psykologutdannelsen tenkes derfor å kunne medvirke til at det utdannes terapeuter med bedre kompetanse til å arbeide med mennesker (Leitemo, 2013). En studie på egenterapi (Norcross, Dryden, & DeMichele, 1992) fant at de fleste terapeuter opplever profesjonell utvikling innen områder som ”bevisstgjøring rundt betydningen av å vise varme og empati, økt bevissthet om betydningen av relasjonen mellom klient og terapeut, overføring/motoverføring samt en opplevelse av å utvikle økt terapeutisk tålmodighet og toleranse (Paulsen & Peel, 2013, s. 1075). På bakgrunn av flere tiårs forskning på egenterapiens innvirkning på terapeuter har egenterapi blitt anbefalt som ledd i psykologutdanningen fordi det ser ut til å føre til en større verdsettelse av terapirelasjonen og av pasientens sårbarhet i terapisituasjonen (Bike, Norcross, & Schatz, 2009; Norcross, 2005). Det er likevel påpekt at dette heller rettferdiggjør de ressursene som i dag allerede går til egenterapi for psykologstudenter og psykologer, heller enn det å gjøre egenterapi obligatorisk. Dette fordi det blant annet er problematisk å tvinge folk til å gå i egenterapi, og fordi terapi uten egenmotivasjon oftest ikke fører frem til innsikt eller endring (Paulsen & Peel, 2013).

Evne til selvivaretagelse. Siden psykologyrket innebærer arbeid med mennesker i vanskelige livssituasjoner, kan utvikling av psykologstudentens evne til selvomsorg også tenkes å være sentralt. Terapeuten bruker seg selv, bevisst og ubevisst, i relasjoner som ofte kan være utfordrende. For å klare å være til stede og til hjelp for pasienter over tid, blir det viktig for terapeuten å kunne være i kontakt med og reflektere omkring sin egen mentale og emosjonelle helse (Norcross, Strausser-Kirtland, &

Missar, 1988). At terapeuten har kompetanse innenfor kropp, emosjon og relasjon er viktig ikke bare for relasjonsetablering og for arbeid med emosjonsregulering, men også for å kunne ivareta seg selv. Å arbeide med andres dysregulerte emosjon er funnet å kunne øke risikoen for negativ utvikling av terapeutens egen psykisk helse (se f.eks. Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Møter med dysregulerte nervesystem vil kunne gi gjenklang i terapeuten, og man vil ha ulik evne til å håndtere dette på bakgrunn av sin egen utviklingshistorie. Skal man sikre terapeutens evne til å ivareta sin egen selvregulering når den andre er dysregulert vil det derfor med stor sannsynlighet være en fordel om dette er en del av terapeutens opplæring gjennom veiledning og øvelse. Dette blir særlig viktig for uerfarent helsepersonale (Skovholt & Rønnestad, 2003), og det kan dermed tenkes å være et behov for å innføre et eksplisitt fokus på terapeuters selvivaretagelse i psykologutdannelsen. Det er påpekt at det å finne balansen mellom å ivareta pasientens behov og sine egne behov er noe som tar tid og som krever erfaringslæring (Skovholt & Rønnestad, 2003). Selv i et seksårig utdanningsløp er det begrenset tilgang på begge deler. Et steg i riktig retning kan imidlertid være undervisning rettet mot å øke studentenes selvbevissthet eller selvobservasjon, i form av en vennlig, objektiv observering av ens adferd og indre opplevelse (Baker, 2003). Dette kan sies å skape avstand til eller rom for refleksjon rundt erfaring. Mindfulnessstrening, som kultiverer en slik observerende, ikke-dømmende holdning til indre og ytre hendelser, er vist å ha positiv innvirkning på psykologstudenters psykiske helse i form av redusert stress, negativ emosjon og ruminering, og økt positiv emosjon og selvmedfølelse (Shapiro et al., 2007). Økt selvmedfølelse og redusert ruminering kan videre tyde på at studentenes egen evne til emosjonsregulering er styrket etter å ha deltatt i systematisk øvelse i oppmerksomt nærvær (Shapiro et al., 2007). Dette kan

igjen tenkes å ha positive virkninger på utviklingen av emosjonsreguleringsevnen til deres senere pasienter.

Psykologutdannelsen kan altså berikes på flere områder med mål om å gjøre studentene bedre i stand til å ivareta pasientene og seg selv. Et annet område som kan berikes er fokus på terapeuters mulighet for selvivaretagelse i arbeidslivet. Det blir viktig at psykologers arbeidsplass tilrettelegger for en kontekst der terapeuten opplever at det er rom for selvivaretagelse, samt rom for at kollegaer kan søke støtte fra hverandre som en del av arbeidsdagen. Dette kan vanskeliggjøres på arbeidsplassen der pasientgjennomstrømming og korte terapiforløp benyttes som sentrale kvalitetsindikatorer.

Implikasjoner for terapiens varighet

Terapiforløp varierer selvsagt i lengde av mange ulike årsaker, deriblant av alvorlighetsgraden av pasientens vanskeligheter og ledelsens ønsker knyttet til psykoterapiforløpenes lengde. Endring i psykoterapi involverer imidlertid endringer i hjernens struktur og funksjon, som igjen fordrer visse aktiveringsnivåer for å finne sted.

Etableringen av en implisitt emosjonsregulerende relasjon legger til rette for eksplisitt arbeid med endring av emosjonsreguleringsstrategier. Som i alle andre situasjoner der to mennesker skal bli kjent og utvikle tillit til den andre, kan etablering av en god relasjon ta tid. Den erfarne, gode nok terapeut vil trolig ha gode forutsetninger for å etablere gode relasjoner i terapi. Dersom pasienten imidlertid kommer til terapi med, og på grunn av, uflexible forventninger til andre – enten at andre mennesker ikke er tilgjengelige når de trengs, eller at andre mennesker ikke er til hjelp når man trenger dem - vanskeliggjøres etableringen av en endringsgunstig terapirelasjon. For å komme i posisjon til å gi emosjonelle korrigerende erfaringer må

terapeut og pasient altså først bruke tid på å etablere en relasjon som gjør dette mulig. Deretter vil slike erfaringer trolig måtte erfares gjentatte ganger over tid. Læring basert på ett eller få tilfeller begrenser seg til erfaringer som er av livsviktig karakter, slik som for eksempel fryktbetinging (LeDoux, 1996). Fryktbetinging viser seg å være standhaftig i møte med senere avkrefteende opplevelser, fordi det for å sikre overlevelse er bedre for oss å være for forsiktige enn uforsiktige (LeDoux, 1996). Det er i tråd med dette funnet at koblingene fra amygdala til cortex er sterkere enn fra cortex til amygdala. Det tenkes at dette er grunnlaget for at det å arbeide med å styrke kognitiv regulering av emosjoner kan være tidkrevende (LeDoux, 1996). Strukturene i det orbitofrontale emosjonsreguleringsystemet er videre i hovedsak mediert av høyre hemisfære og i mindre grad tilgjengelige for eksplisitte, verbale endringsforsøk. Tidlig og uhensiktsmessig relasjonell læring kan da være tidkrevende å endre fordi 1) hjernen er mer endringsdyktig tidlig i livet og tidlig nonverbal læring får slik uforholdsmessig stor innvirkning på hjernen (Cozolio, 2010), 2) ny relasjonell eller emosjonell læring, erfaringslæring, er trolig nødvendig for at endring i det emosjonelle systemet skal skje (Amini et al., 1996), og 3) tidlig relasjonell læring kan sees på som å innebære tilegnelse av overlevelsestrategier i en tid der barnet er avhengig av sine omsorgspersoner for å overleve (Wachtel, 2011). På denne måten kan tidlig relasjonell læring sies å være motstandsdyktig mot endring på en lignende måte som annen overlevelserettet læring. Å legge fra seg forsvarsstrategiene sine medfører at man er mindre beskyttet mot fare. Når barnet da tar med seg disse strategiene videre i livet for å beskytte seg eller fordi dette er de måtene de har lært å samhandle med andre på, medvirker strategiene til å vekke de responsene fra andre mennesker som man frykter mest eller har erfart tidligere (Wachtel, 2011). Dermed opprettholdes også behovet for å

fortsette å bruke de samme beskyttelsesmekanismene. Emosjonell læring som etableres tidlig og som handler om å overleve eller om å redusere ubehag kan slik gjentas og foregå over tid, gjerne over et langt liv, før man eventuelt befinner seg i et terapirom.

Psykoterapiforløpet skal da ikke bare tilrettelegge for en relasjon som etablerer et optimalt nevrokjemisk miljø for endring, men også servere tilstrekkelig av de erfaringene som endrer hjernens struktur og funksjon i retning økt integrasjon og dermed mer fleksible emosjonsreguleringsstrategier. Det kan dermed også forventes at endring gjennom gjentatte nye emosjonelle erfaringer i en trygg terapirelasjon i en del tilfeller vil kreve tid. Det blir da hensiktsmessig med et offentlig helsesystem som tydeliggjør og ivaretar at noen pasienters utviklingshistorie og problematikk nødvendiggjør en helende relasjon over tid.

Implikasjoner for psykoterapien som fag og metode.

Emosjonsregulering som transdiagnostisk fenomen. «Emotional disturbances are common to almost all psychopathological conditions, ranging from eating disorders to schizophrenia» (Berenbaum et al., 2003, s. 206.). Dagens diagnosesystem baseres på diagnoser, eller kategoriske samlinger av symptombeskrivelser, heller enn på fenomenets etiologi eller patogenese. Fra et forskningsmessig standpunkt, og dersom man peker på de rettighetsutløsende konsekvensene diagnoser kan ha, vil dette systemet være gunstig (Verheul, 2005). I klinisk psykologi kan diagnosesystemet imidlertid oppleves som noe kunstig og lukkende, heller enn retningsgivende for terapeutisk arbeid (McWilliams, 2011). Komorbiditet og overlappende diagnoser svært vanlig i psykisk helsevern, og flere har tatt til tale for et diagnosesystem basert på etiologi, og/eller med dimensjonale diagnosekriterier (se f.eks. Verheul, 2005; Westen & Shedler, 2000).

Et fokus på emosjonsregulering har blitt foreslått som den diagnostiske nøkkelen for forståelse og behandlingen av en rekke lidelser (Berenbaum et al., 2003). Ens evne til emosjonsregulering er i dag ikke et diagnostisk kriterium i de fleste diagnosekategoriene, til tross for at mange av diagnosene viser til aspekter ved emosjoner og reguleringen av disse (Rottenberg & Gross, 2003). Ved å fokusere på hvordan vansker med emosjonsregulering kan manifestere seg, eller føre til ulike psykologiske symptomer, vil man lette utfordringer knyttet til flerdiagnostisering. Man vil også kunne forstå hvordan pasientens vansker både er og var nødvendige og mestringsgivende, og således redusere eventuelle stigma (Trippany, Helm, & Simpson, 2006). Med fokus på emosjonsregulering vil man som kliniker kunne benytte et språk som åpner for forståelse og endringsmuligheter, heller enn som et diagnostisk «stempel». Det har i tråd med dette blitt foreslått taksonomier (se f.eks. Berenbaum et al., 2003) og modeller (se f.eks. Gross, 1998) med utgangspunkt i emosjonsregulering. Det presenteres videre evidens for at emosjonelle vansker kan predikere hvordan psykopatologi vil arte- og utvikle seg i større grad enn det de tradisjonelle diagnostiske verktøyene kan (Berenbaum et al., 2003). Slik vil forskningen kunne fokusere på vansker med emosjonsregulering som et viktig fenomen i seg selv, heller enn å se dette som en del av en symptomsamling. Imidlertid har feltet en lang vei å gå, spesielt gitt den manglende enigheten om hvordan emosjon og emosjonsregulering skal defineres

Emosjonsregulering som transmetodisk fokus i psykoterapi. Interessen for å arbeide på tvers av og integrere de ulike skolene i psykoterapien har eksistert siden de første konkurrerende terapiretningene dukket opp på begynnelsen av 1900-tallet (Arkowitz, 1984). Vil et fokus på emosjonsregulering kunne være samlende fokus for psykoterapeutisk praksis, et felt som i stor grad preges av forgrening og metodologisk

isolasjon? Emosjonell aktivering ble tidlig foreslått som en sentral fellesfaktor på tvers av de psykoterapeutiske metoder (Frank & Frank, 1973). Ulike retninger ser nå ut til å enes om at emosjonelle og kognitive strukturer er tett sammenbundet eller integrerte på automatiske eller ubevisste prosesseringsnivåer, og at det er viktig at psykoterapeutisk behandling retter seg mot disse strukturene for å oppnå varig endring i pasienten (Greenberg, 2002a). Aktivering av emosjonelle strukturer blir slik sentralt for endring (Greenberg, 2002a) og Et mål i psykoterapi er å hjelpe pasienter med å redusere eller tåle det emosjonelle ubehaget de bærer på, ved å hjelpe dem å forstå og regulere egne emosjoner (Campbell-Sills & Barlow, 2007; Greenberg, 2002b), og slik bidra til å øke individets opplevelse av velvære. Slik kan emosjon og emosjonsregulering potensielt være et overordnet og transmetodisk mål i psykoterapi. De spesifikke teknikkene for å oppnå dette vil imidlertid variere. Felles er gjerne tanken om at pasienten skal oppleve en emosjonelt korrigerende erfaring (Weinberger, 1993). Eksempelvis er følelsekseponering gjennom atferd en essensiell del i atferdsterapi, og i kognitiv terapi heter det at kognitive skjema kun kan modifiseres under emosjonell aktivering (Beck & Weishaar, 1989), mens den psykodynamiske tradisjonen vil vektlegge emosjonell innsikt som en virkningsfull faktor i egen erkjennelse (Sandler, Dare, & Holder, 1973). Imidlertid vil de psykoterapeutiske retningene gjerne vektlegge det som er unikt for dem, heller enn det de har til felles (Frank & Frank, 1993), og det eksplisitte/uttalte fokuset for endring vil derfor kunne virke forskjellig. Mens psykodynamisk korttidsterapi eksempelvis vil ha fokus på det emosjonelle innholdet og forsvar som en emosjonell reguleringsmekanisme, vil metakognitiv terapi fokusere på å redusere opprettholdende faktorer for negative emosjoner og kognisjoner heller enn innholdet i dem. Videre har man retninger som mindfulnessbasert kognitiv terapi (MBCT, Segal et

al., 2002) og Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) som tar utgangspunkt i å møte følelser og kognisjoner med en holdning av toleranse og aksept. Det har også blitt utviklet psykoterapimetoder som har som hovedfokus å identifisere, erfare og utforske følelser, samt håndtere emosjonelle erfaringer på en fleksibel og konstruktiv måte (Se eks. Fosha, 2005; Greenberg, 2002a). Disse retningene argumenterer for at emosjonsbevissthet og emosjonsregulering er helt nødvendig for terapeutisk endring.

I dag står forskning på emosjoner og emosjonsregulering i psykoterapi sterkere enn noen gang før (Mennin & Farach, 2007; Rottenberg & Gross, 2007). I tillegg har nevrobiologisk forskning bidratt til en større forståelse av emosjoners rolle i psykoterapi, og flere har også utviklet metoder basert på nevrobiologiske antakelser og funn (se f.eks. Hart, 2011; A. N. Schore, 2012; Siegel, 2001).

Nevrovitenskap og psykoterapi – et fruktbart samarbeid?

Empiriske funn tyder på at det skjer strukturelle og funksjonelle endringer i hjernen som korresponderer med mentale hendelser, og at slike endringer også skjer gjennom psykoterapi (Karlsson, 2011). De siste tiårenes metodologiske og tekniske nyvinninger har gitt oss en mer inngående nevrobiologisk forståelse av hjernen enn noen gang tidligere. Imidlertid må det understrekes av nevrobiologiske modeller for hjernens fungering er en forenkling som bare illustrerer visse aspekter av hjernens fungering. Modeller som tar for seg hjernens fulle kompleksitet vil være så innviklet at de ikke vil tjene sitt formål om å gjøre sammensatte fenomener lettere å forstå.

Denne oppgaven har forsøkt å belyse hvordan nevrovitenskapen kan bidra til psykoterapifeltet. Nevrobiologisk forskning og teori kan inspirere og utfordre psykoterapifeltet til å tenke på nye måter (Mace, 2004). Da nevrobiologisk empiri av

mange anses som mer håndfast enn annen psykologisk kunnskap vil nevrobiologisk forskning kunne være med på å gi større legitimitet til eksisterende psykologisk teori og empiri (Sletvold, 2008). Nevrobiologisk kunnskap om tidlig nevrologisk utvikling forklarer eksempelvis hvorfor vi ikke bevisst kan huske våre tidlige erfaringer. Videre kan dokumentasjon om den skadelige effekten av stresshormoner på hjernens vev gir oss større innsikt i hvorfor stress og traumer gjør oss sårbare for senere psykiske lidelser. Kunnskap om nettverksforbindelser mellom ulike strukturer i hjernen har gitt oss nyttig informasjon om ulike nivåer av emosjonsprosessering. For eksempel kan kunnskap om koblinger mellom hjernestammen, det limbiske system og cortex gi oss større forståelse for hvorfor emosjonsladede minner er vanskelige å endre gjennom å adressere bevisst kognisjon alene (Sletvold, 2008). Kunnskap om optimale aktiveringsnivåer for læring og utvikling kan veilede oss i å tilrettelegge for et hensiktsmessig aktiveringsnivå i terapirommet. Psykologiske og psykoterapeutiske fenomener som empati og overføring kan for noen avmystifiseres ved å forklares ved hjelp av speilnevroner, mens høyrehemisfærisk ubevisst prosessering av nonverbale signaler kan gi innsikt i hvordan vi kommuniserer med andre på måter som vi ikke alltid er klar over selv (Sletvold, 2008). Man kan også argumentere for at nevrobiologisk kunnskap gir ny mulighet for psykoedukasjon, gjennom å bidra til å ramme inn og forklare intervensjoner på en ny måte. For eksempel kan terapeuten forklare at hjernen må trenes slik som man trener en muskel, og at selv om det er vanskelig i begynnelsen så kan det bli lettere jo mer man trener. Slik kan intervensjoner bli mer forståelige for pasienten, og det kan bli lettere å opprettholde motivasjon for å gjennomføre øvelser. Å gi pasienten en forståelse for hvordan deres psykiske vansker kan forklares ved hjelp av nevrobiologiske prosesser kan også være med på å dempe skyldfølelse og skam, og å

vite at hjernens struktur og funksjon kan forandres kan bidra til å gi pasienten (og terapeuten) håp om at endring er mulig. Nevrobiologisk kunnskap om hvordan tidlige erfaringer preger nervesystemet kan også hjelpe terapeuter til å forstå og kultivere empati for pasientens vansker.

I denne oppgaven har en rekke nevrovitenskapelige funn blitt sitert for å støtte opp om teorien som presenteres. Mye av teorien bærer preg av at empirien som støtter opp om den er fragmentert. Selv om enkeltfunn støtter opp om aspekter ved teoriene og argumentasjonen, er det en mangel på studier som støtter teoriene i sin helhet. På grunn av dette bør man vise aktsomhet med å trekke for vidtrekkende konklusjoner. Mange av studiene som det refereres til er dyrestudier, og det bør heller ikke uten forsiktighet trekkes slutninger om menneskelig fungering basert på studier gjort på dyr. Utviklingen av nevrovitenskapelige avbildningsteknikker har revolusjonert nevrovitenskapen. Der man før først og fremst fikk kunnskap om hjernens struktur og funksjon gjennom dyrestudier, post mortem-undersøkelser og observasjoner av personer med medfødt eller ervervet hjerneskade, har utviklingen av moderne hjerneavbildningsteknikker nå gjort det mulig å studere hjernen til levende mennesker. Mange av de nyere studiene tar i bruk hjerneavbildningsteknikker slik som fMRI og PET. De funksjonelle nevrovitenskapelige avbildningsteknikkene fremstiller ofte fascinerende bilder av det som ser ut som en hjerne i aksjon. Sannheten er selvsagt at disse bildene ikke er noen direkte kopi av hva som skjer i hjernen, men illustrasjoner basert på statistiske analyser av registrerte data. Oppgavens omfang tillater ikke at vi går nærmere inn på hvilke type feil som kan forekomme, det bør manes til forsiktighet ved tolkning og bruk av nevrovitenskapelige resultater (Ramsøy & Skov, 2008).

Fordrer disse bidragene fra nevrobiologien at man anser biologiske forklaringer som mer valide enn psykologiske, eller at kun det som er biologisk er ”ekte”? (biologisme, Blass & Carmeli, 2007). Noen vil hevde at psykologiske fenomenene eksisterer og kan anerkjennes uten at man trenger nevrobiologiske ”bevis” for deres eksistens, nettopp fordi de oppleves og kan beskrives på et subjektivt psykologisk nivå (Blass & Carmeli, 2007). Det meste av nevrobiologiens bidrag til psykoterapifeltet ligger da i å støtte opp om kunnskap man allerede har, ikke nødvendigvis i å gi en større forståelse for fenomenet. I tråd med dette påstår Pulver (2003) at nevrobiologisk kunnskap ikke har endret psykoterapeutisk praksis ved at vi ikke gjør noe i terapirommet som vi ikke allerede gjorde før. Sletvold argumenterer for at ”de viktigste bidragene fra nevrovitenskapen er at noen gamle innsikter nå kan begrunnes bedre” (Sletvold, 2008). I tillegg kan man stille spørsmål om det å vite *hvor* en prosess finner sted egentlig gir oss en større forståelse for *hvordan* den finner sted (Page, 2006). Denne kritikken mot nevrovitenskapens bidrag til psykoterapifeltet er for så vidt berettiget, men på en annen side skulle man tro at det at forskning som kommer fra ulike perspektiver samsvarer med hverandre styrker begge perspektivene. Man bør derimot passe seg for reduksjonisme, som i denne sammenheng vil handle om å redusere psykologiske fenomener til det som skjer i hjernen. Det gestaltpsykologiske uttrykket at ”helheten er mer enn delene” kan være en god påminner her. Som Blass and Carmeli (2007) sier det:

”(...) to speak of neuroscience and psychoanalysis as two irreducible perspectives on human experience would be like considering chemistry and art as two irreducible perspectives on the paintings of Van Gogh. Indeed there would be no painting without

the chemical components of paint and canvas, but to suggest that these components provide an explanation of the painting that would be valuable for the artist is to deny the value of art and that which can be seen only through an artistic perspective.” (s. 484).

Biologi og humaniora kan heller sees på som gjensidig berikende fagfelt: ”Det særpregede ved psykoanalyse og dynamisk psykoterapi ligger snarere i at de beveger seg i spenningsfeltet mellom biologien og humanistiske fag. Ved å slå seg til ro i en av leirene vil de miste mye av sin egenart.” (Sletvold, 2008, s. 1173). Det er i møtet med andre disipliner psykologien kan utfordres og videreutvikles, men det betyr ikke at man bør ende opp med en konklusjon der man sier seg enig eller uenig i med et annet perspektiv. Tvert imot bør psykologien fortsette å søke til andre fagfelt for inspirasjon, med en samtidig aktelse fagets egenart.

Avsluttende bemerkninger

Fordi vansker med emosjonsregulering går igjen i mange psykiske lidelser er det viktig at psykologer har kunnskap om emosjonsregulering og hvordan denne evnen utvikles. Kunnskap om utvikling av emosjonsregulering kan gi en utvidet forståelse for hvordan emosjonsreguleringsvansker arter seg hos voksne, og for hvordan man kan jobbe med slike vansker i psykoterapi. Forsøk på å integrere teori og empiri fra utviklingspsykologi, nevrovitenskap og psykoterapi er enda i sin spede begynnelse, men etter hvert som disse feltene utvikles videre vil det forhåpentligvis bli enda klarere hvordan de kan berike hverandre. Denne tverrfaglige integreringen bidrar allerede med en forståelse av emosjonsreguleringsstrategier som mestring av tidlige samspillmiljø. Dette, sammen med kunnskap om relasjoners innvirkningskraft på hjernens livslange

endringspotensiale, vil kunne medvirke til et språk og en holdning som vekker håp, nysgjerrighet og forståelse både i pasient og terapeut.

So fathers be good to your daughters,

'cause daughters will love like you do.

And girls become lovers - who turn into mothers,

so mothers be good to your daughters too.

- John Mayer

Referanser

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Adamson, L. B., & Frick, J. E. (2003). The still face: A history of a shared experimental paradigm. *Infancy, 4*(4), 451-473. doi: 10.1207/S15327078in0404_01
- Adler, H. M. (2002). The Sociophysiology of Caring in the Doctor-patient Relationship. *Journal of General Internal Medicine, 17*(11), 883-890. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10640.x
- Adolphs, R., Russell, J. A., & Tranel, D. (1999). A role for the human amygdala in recognizing emotional arousal from unpleasant stimuli. *Psychological Science, 10*(2), 167-171. doi: Doi 10.1111/1467-9280.00126
- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore, ML: Johns Hopkins.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York, NY: The Ronald Press Company.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York, NY: John Wiley & Sons Ltd.

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®*: Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuinness, T., & Schiff, E. Z. (1996). Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, *59*(4), 213-239.
- Arkowitz, H. (1984). Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible? In H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), *Historical perspective on the integration of psychoanalytic therapy and behavior therapy* (pp. 1-30). New York, NY: Plenum Press.
- Arnsten, A. F. T. (1998). The Biology of Being Frazzled. *Science*, *280*(5370), 1711-1712. doi: 10.1126/science.280.5370.1711
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 125-143. doi: 10.1093/clipsy.bpg015
- Baker, E. K. (2003). *Caring for Ourselves: A Therapist's Guide to Personal and Professional Well-Being*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Baldi, E., & Bucherelli, C. (2005). The inverted "u-shaped" dose-effect relationships in learning and memory: modulation of arousal and consolidation. *Nonlinearity in Biology, Toxicology, and Medicine*, *3*(1), 9-21.

- Banks, S. J., Eddy, K. T., Angstadt, M., Nathan, P. J., & Phan, K. L. (2007). Amygdala-frontal connectivity during emotion regulation. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, 2(4), 303-312. doi: 10.1093/scan/nsm029
- Barkley, R. A. (2001). The Executive Functions and Self-Regulation: An Evolutionary Neuropsychological Perspective. *Neuropsychology Review*, 11(1), 1-29. doi: 10.1023/A:1009085417776
- Barrera Jr, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226. doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Beck, A., & Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. In A. Freeman, K. Simon, L. Beutler & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 21-36). New York, NY: Plenum Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self-and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 15(4), 480. doi: 10.1037/0736-9735.15.4.480
- Beebe, B., & McCrorie, E. (1997). *A model of love for the 21st century*. Paper presented at the Meeting of American Psychological Association Division 39, Denver, CO.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L., & Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 206-226. doi: 10.1093/clipsy.bpg011

- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(11), 1230-1237. doi: 10.1016/j.brat.2008.08.005
- Bike, D. H., Norcross, J. C., & Schatz, D. M. (2009). Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *46*(1), 19-31. doi: 10.1037/a0015139
- Binder, P. E., Hjeltnes, A., Nielsen, G. H., & Schanche, E. (2013). Å kjenne mønstrene innenfra: Forskjeller og møtepunkter mellom relasjonell og emosjonsfokusert psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *50*(8), 765-771.
- Binder, P. E., & Vøllestad, J. (2010). Å være til stede sammen: Oppmerksomt nærvær i psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *47*(2), 112-117.
- Bion, W. R. (1962). The psycho-analytic study of thinking. A theory of thinking. *The International Journal of Psychoanalysis*, *43*(4-5), 306-310.
- Blass, R. B., & Carmeli, Z. (2007). The case against neuropsychanalysis: On fallacies underlying psychoanalysis' latest scientific trend and its negative impact on psychoanalytic discourse. *The International Journal of Psychoanalysis*, *88*(1), 19-40.
- Bliss, T., & Lømo, T. (1973). Long-lasting potentiation of synaptic transmission in the dentate area of the anaesthetized rabbit following stimulation of the perforant path. *The Journal of physiology*, *232*(2), 331-356.
- Blonder, L. X., Bowers, D., & Heilman, K. M. (1991). The role of the right hemisphere in emotional communication. *Brain*, *114*(3), 1115-1127. doi: 10.1093/brain/114.3.1115

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Braungart, J. M., & Stifter, C. A. (1991). Regulation of negative reactivity during the Strange Situation: Temperament and attachment in 12-month-old infants. *Infant behavior and Development, 14*(3), 349-364. doi: 10.1016/0163-6383(91)90027-P
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1-2), 3-35.
- Buber, M. (1967). *Jeg og Du*. Oslo: Cappelen.
- Caldji, C., Tannenbaum, B., Sharma, S., Francis, D., Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (1998). Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 95*(9), 5335-5340.
- Cameron, N. M., Champagne, F. A., Parent, C., Fish, E. W., Ozaki-Kuroda, K., & Meaney, M. J. (2005). The programming of individual differences in defensive responses and reproductive strategies in the rat through variations in maternal care. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29*(4), 843-865.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: The Guilford Press.
- Caplan, P. J. (1990). Making Mother-Blaming Visible: The Emperor's New Clothes. *Women & Therapy, 10*(1-2), 61-70.

- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228-249. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application*. New York, NY: Guilford press.
- Chiron, C., Jambaque, I., Nabbout, R., Lounes, R., Syrota, A., & Dulac, O. (1997). The right brain hemisphere is dominant in human infants. *Brain*, 120(6), 1057-1065. doi: 10.1093/Brain/120.6.1057
- Chugani, H. T. (1998). A Critical Period of Brain Development: Studies of Cerebral Glucose Utilization with PET. *Preventive Medicine*, 27(2), 184-188. doi: 10.1006/pmed.1998.0274
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470. doi: 10.1016/0005-7967(86)90011-2
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Collingridge, G. L., Peineau, S., Howland, J. G., & Wang, Y. T. (2010). Long-term depression in the CNS. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(7), 459-473. doi: 10.1038/nrn2867
- Colvis, C. M., Pollock, J. D., Goodman, R. H., Impey, S., Dunn, J., Mandel, G., . . . Kumar, A. (2005). Epigenetic mechanisms and gene networks in the nervous system. *The Journal of neuroscience*, 25(45), 10379-10389.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York, NY: W W Norton & Co.

- Cozolino, L. (2010). *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain* (2nd ed.): WW Norton & Company.
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant mental health journal*, 11(3), 259-277. doi: 10.1002/1097-0355(199023)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J
- Crittenden, P. M. (1992a). Quality of attachment in the preschool years. *Development and psychopathology*, 4(02), 209-241. doi: 10.1017/S0954579400000110
- Crittenden, P. M. (1992b). Treatment of anxious attachment in infancy and early childhood. *Development and psychopathology*, 4(04), 575-602. doi: 10.1017/S0954579400004880
- Damasio, A. R. (1996). *Descartes' Error: Emotion, reason and the human brain*. London, UK: Papermac.
- Damasio, A. R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26(2-3), 83-86. doi: 10.1016/S0165-0173(97)00064-7
- Damasio, A. R. (2002). *Følelsen av hva som skjer*. Oslo, Norge: Pax Forlag.
- Damasio, A. R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feeling brain*. London, UK: Heineman.
- Darwin, C. (1998/1872). *The expression of the emotions in man and animals* (3rd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Decety, J. (2005). Perspective taking as the royal road to empathy. In B. F. Malle & S. D. Hodges (Eds.), *Other minds: how humans bridge the divide between self and others*. New York, NY: Guilford

- Dekeyser, M., Elliott, R., & Leijssen, M. (2009). Empathy in Psychotherapy: Dialogue and Embodied Understanding. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Diareme, S., Tsiantis, J., Romer, G., Tsalamaniotis, E., Anasontzi, S., Paliokosta, E., & Kolaitis, G. (2007). Mental health support for children of parents with somatic illness: A review of the theory and intervention concepts. *Families, Systems, & Health, 25*(1), 98-118. doi: 10.1037/1091-7527.25.1.98
- Dobbing, J., & Sands, J. (1973). Quantitative growth and development of human brain. *Archives of Disease in Childhood, 48*(10), 757-767. doi: 10.1136/adc.48.10.757
- Dranovsky, A., & Hen, R. (2006). Hippocampal neurogenesis: regulation by stress and antidepressants. *Biological psychiatry, 59*(12), 1136-1143. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.082
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*(6), 426–433. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x
- Elliot, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- 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.

- Emde, R. N. (1988). Development terminable and interminable: I. Innate and motivational factors from infancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 69(1), 23-42.
- Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 147-166. doi: 10.2307/3333831
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52(4), 304-312.
- Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive Regard and Affirmation. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Fehr, B., & Russell, J. A. (1984). Concept of Emotion Viewed From a Prototype Perspective. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113(3), 464-486.
- Feldman, R., Greenbaum, C. W., & Yirmiya, N. (1999). Mother–infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology*, 35(1), 223-231.
- Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: Discussion of a new theory of psychic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 346-353. doi: 10.1002/(sici)1097-0355(199823)19:3<346::aid-imhj12>3.0.co;2-x
- Fonagy, P. (2006). Udvikling af psykopatologi fra den tidlige barndom til voksenliv: Den mystiske udfoldelse af forstyrrelser over tid. In J. H. Sørensen (Ed.),

- Fonagy, Shore, Stern: Affektregulering i udvikling og psykoterapi* (pp. 133-165). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2003). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY: Karnac Books.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York, NY: Basic Books.
- Fosha, D. (2005). Emotion, true self, true other, core state: toward a clinical theory of affective change process. *The Psychoanalytic Review*, 92(4), 513-551. doi: 10.1521/prev.2005.92.4.513
- Fox, N. A., Bell, M. A., & Jones, N. A. (1992). Individual differences in response to stress and cerebral asymmetry. *Developmental Neuropsychology*, 8(2-3), 161-184.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, ML: The John Hopkins University Press.
- Frijda, N. H. (2008). The Psychologists' Point of View. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (3rd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Gibbons, S. B. (2011). Understanding Empathy as a Complex Construct: A Review of the Literature. *Clinical Social Work Journal*, 39(3), 243-252. doi: 10.1007/s10615-010-0305-2
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind tracking for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. London, UK: Routledge.

- Goldberg, S., MacKay-Soroka, S., & Rochester, M. (1994). Affect, attachment, and maternal responsiveness. *Infant behavior and Development, 17*(3), 335-339. doi: 10.1016/0163-6383(94)90013-2
- Greenberg, L. S. (2002a). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2002b). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*(2), 154-189. doi: 10.1037/1053-0479.12.2.154
- Greenberg, L. S. (2007). Emotion Coming of Age. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 414-421. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00101.x
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 8*(1), 32-42.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emotion Review, 3*(1), 8-16. doi: 10.1177/1754073910380974
- Gross, J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(2), 151-164. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x

- Gross, J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation - Conceptual Foundations. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: The Guilford Press.
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual review of psychology*, *58*, 145-173. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085605
- Harris, J. R. (2000). Socialization, personality development, and the child's environments: Comment on Vandell (2000). *Developmental Psychology*, *36*(6), 711-723. doi: 10.1037/0012-1649.36.6.711
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. Oslo, Norge: Gyldendal akademisk.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hebb, D. O. (1949). *The organization of behavior: A neuropsychological approach*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). 4.3 Vanedannende legemidler. Retrieved 20.november, 2013, from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012/4/3.html?id=686050>
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(6), 1017-1026. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1017

- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi: Teori og forskning* (2nd Ed.). København, Danmark: Dansk Psykologisk Forlag
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545. doi: 10.1126/science.3399889
- Hughes, C., Deater-Deckard, K., & Cutting, A. L. (1999). Speak roughly to your little boy? Sex Differences in the Relations Between Parenting and Preschoolers Understanding of Mind. *Social development*, 8(2), 143-160. doi: 10.1111/1467-9507.00088
- Institutt for klinisk psykologi. (2011). *Kvalitetshåndbok. Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre*. Bergen, Norge: Universitetet i Bergen.
- Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. L., Jasnow, M. D., Rochat, P., & Stern, D. N. (2001). *Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development*. Boston, MA: Blackwell publishers.
- John, O. P., & Gross, J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. S., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 67-79. doi: 10.1093/clipsy.6.1.67
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Delta.
- Kagan, J., & Snidman, N. (2013). Temperamental Contributions to Styles of Reactivity to. In R. R. Cocking & K. A. Renninger (Eds.), *The Development and Meaning of Psychological Distance* (pp. 81-89). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D., & Reznick, J. S. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. New York, NY: Basic Books.
- Karlsson, H. (2011). How psychotherapy changes the brain. *Psychiatric Times*, 28(8), 1-5.
- Keltner, D., & Gross, J. (1999). Functionalist accounts of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 467-480.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development*, 135-146. doi: 10.2307/1130395
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C., & Austin, S. B. (2011). Congruence/Genuineness. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Koole, S. L., & Rothermund, K. (2011). "I feel better but I don't know why": The psychology of implicit emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 25(3), 389-399. doi: 10.1080/02699931.2010.550505
- Kring, A. M., & Bachorowski, J.-A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition & Emotion*, 13(5), 575-599. doi: 10.1080/026999399379195
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- Larose, S., Bernier, A., & Tarabulsy, G. M. (2005). Attachment, State of Mind, Learning Dispositions, and Academic Performance During the College Transition. *Developmental Psychology*, 41(1), 281-289. doi: 10.1037/0012-1649.41.1.281

- LeDoux, J. (1996). *The Emotional Brain*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Leitemo, K. (2013). Ineffektiv psykologutdannelse. *Morgenbladet*. Retrieved 22.11.13, from http://morgenbladet.no/ideer/2013/ineffektiv_psykologutdannelse#.Uo-R7BCFfhI
- Lewis, D. (2004). Bullying at work: The impact of shame among university and college lecturers. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(3), 281-299. doi: 10.1080/03069880410001723521
- Loewald, H. W. (1986). Transference-Countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(2), 275-287. doi: 10.1177/000306518603400202
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child development*, 62(3), 600-616. doi: 10.2307/1131134
- Mace, C. (2004). Psychotherapy and neuroscience: how close can they get? In J. Corrigan & H. Wilkinson (Eds.), *Revolutionary Connections. Psychotherapy and Neuroscience* (pp. 163-174). London, UK: Karnac books.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory : Social, Developmental, and Clinical Perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M., & Morgan, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant strange situation behavior. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 107-138). New York, NY: Plenum.
- Malatesta, C. Z., Culver, C., Tesman, J. R., Shepard, B., Fogel, A., Reimers, M., & Zivin, G. (1989). The development of emotion expression during the first two

- years of life. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 54(1,2), 105-136.
- Marvin, R. S., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2001). The Circle of Security Project: Attachment-based intervention with caregiver-preschool child dyads. *Attachment and Human Development*, 1, 107-124.
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2006). Resilience in development: The importance of early childhood. In K. McCartney & D. A. Phillips (Eds.), *Handbook of Early Childhood Development* (pp. 22-46). Malden, MA: Blackwell.
- May, A. (2011). Experience-dependent structural plasticity in the adult human brain. *Trends in cognitive sciences*, 15(10), 475-482. doi: 10.1016/j.tics.2011.08.002
- Mayes, L. C. (2000). A developmental perspective on the regulation of arousal states. *Seminars in Perinatology*, 24(4), 267-279. doi: 10.1053/sper.2000.9121
- McGilchrist, I. (2009). *The Master and his Emissary: The Divided Brain and the Making of the Western World*. New Haven, CT: Yale University Press.
- McGilchrist, I. (2010). Reciprocal organization of the cerebral hemispheres. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(4), 503-515.
- McWilliams, N. (2011). The Psychodynamic Diagnostic Manual: An Effort to Compensate for the Limitations of Descriptive Psychiatric Diagnosis. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 112-122. doi: 10.1080/00223891.2011.542709
- Meaney, M. J., & Szyf, M. (2005). Maternal care as a model for experience-dependent chromatin plasticity? *TRENDS in Neurosciences*, 28(9), 456-463.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social development*, 7(1), 1-24. doi: 10.1111/1467-9507.00047

- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 329-352. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x
- Mikulincer, M. (1998a). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of personality and social psychology, 74*(2), 513. doi: 10.1177/0146167293196010
- Mikulincer, M. (1998b). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of personality and social psychology, 74*(5), 1209. doi: 10.1037/0022-3514.74.5.1209
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005a). Attachment security, compassion, and altruism. *Current directions in psychological science, 14*(1), 34-38. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00330.x
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005b). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal relationships, 12*(2), 149-168. doi: 10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion, 27*(2), 77-102. doi: 10.1023/A:1024515519160
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Rom, E. (2011). The effects of implicit and explicit security priming on creative problem solving. *Cognition & Emotion, 25*(3), 519-531. doi: 10.1080/02699931.2010.540110

- Mitchell, R. L. C., Elliott, R., Barry, M., Cruttenden, A., & Woodruff, P. W. R. (2003). The neural response to emotional prosody, as revealed by functional magnetic resonance imaging. *Neuropsychologia*, *41*(10), 1410-1421. doi: 10.1016/S0028-3932(03)00017-4
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *50*(8), 741-751.
- Morey, L. C. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. *The American journal of psychiatry*, *145*, 573-577.
- Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Nahum, J. P., Sander, L., . . . Tronick, E. Z. (1998). Moving along to things left undone. *Infant mental health journal*, *19*(3), 324-332. doi: Doi 10.1002/(Sici)1097-0355(199823)19:3<324::Aid-Imhj9>3.0.Co;2-
- Nolan, P. (2012). *Therapist and Client. A Relational Approach to Psychotherapy*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Norcross, J. C. (2005). The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. *American Psychologist*, *60*(8), 840-850. doi: 10.1037/0003-066X.60.8.840
- Norcross, J. C., Dryden, W., & DeMichele, J. T. (1992). British clinical psychologists and personal therapy: III. What's good for the goose. *Clinical Psychology Forum*, *44*, 29-33.

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2006). The Therapy Relationship. In J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-Based Practises in Mental Health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. doi: 10.1037/A0022180
- Norcross, J. C., Strausser-Kirtland, D., & Missar, C. D. (1988). The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(1), 36. doi: 10.1037/H0085321
- Norman, E., & Nielsen, G. H. (2009). Klinisk intuisjon: Forenlig med evidensbasert praksis? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46(10), 940-947.
- O'Connor, T. G., Thorpe, K., Dunn, J., & Golding, J. (1999). Parental divorce and adjustment in adulthood: Findings from a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 777-789. doi: 10.1111/1469-7610.00493
- Ogden, P. (2009). The healing power of emotion. In D. Fosha, D. J. Siegel & M. F. Solomon (Eds.), *Emotion, Mindfulness, and Movement: Expanding the Regulatory Boundaries of the Window of Affect Tolerance*. New York, Ny: WW Norton and company.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173. doi: 10.1177/153476560000600302
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy* New York, NY: WW Norton & Company.
- Osofsky, J. D., & Eberhartwright, A. (1988). Affective Exchanges between High-Risk Mothers and Infants. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69, 221-231.

- Page, M. (2006). What can't functional neuroimaging tell the cognitive psychologist? *Cortex*, 42(3), 428-443.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pastor, D. L. (1981). The quality of mother–infant attachment and its relationship to toddlers' initial sociability with peers. *Developmental Psychology*, 17(3), 326-335. doi: 10.1037/0012-1649.17.3.326
- Paulsen, J., & Peel, T. H. (2013). Betydningen av terapeutens egenerapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(11), 1074-1079.
- Phares, V. (1992). Where's poppa? The relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. *American Psychologist*, 47(5), 656-664. doi: 10.1037/0003-066X.47.5.656
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
- Porges, S. W. (2009). Reciprocal Influences Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect. In D. Fosha, D. J. Siegel & M. F. Solomon (Eds.), *The Healing Power of Emotion. Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*. New York, NY: W. W. Norton & Company
- Pulver, S. E. (2003). On the astonishing clinical irrelevance of neuroscience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(3), 755-772. doi: 10.1177/00030651030510032101

- Qualter, P., & Munn, P. (2002). The separateness of social and emotional loneliness in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*(2), 233-244. doi: 10.1111/1469-7610.00016
- Quirk, G. J., & Beer, J. S. (2006). Prefrontal involvement in the regulation of emotion: convergence of rat and human studies. *Current Opinion in Neurobiology*, *16*(6), 723-727. doi: 10.1016/j.conb.2006.07.004
- Ramsøy, T., & Skov, M. (2008). Neuroetik. *Impuls*, *62*(1), 64-77.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Stevens, J. G. (1998). Attachment orientations, social support, and conflict resolution in close relationships. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 166-188). New York, NY: Guilford Press.
- Rinn, W. E. (1984). The neuropsychology of facial expression: A review of the neurological and psychological mechanisms for producing facial expressions. *Psychological Bulletin*, *95*(1), 52-77. doi: 10.1037/0033-2909.95.1.52
- Rizzolatti, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience*, *2*(9), 661-670. doi: 10.1038/35090060
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, *21*(2), 95-103. doi: 10.1037/h0045357
- Rogers, C. R. (1962). The interpersonal relationship: The Core of Guidance. *Harvard educational Review*, *32*(4), 89-103.

- Rottenberg, J., & Gross, J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 227-232. doi: 10.1093/clipsy.bpg012
- Rottenberg, J., & Gross, J. (2007). Emotion and Emotion Regulation: A Map for Psychotherapy Researchers. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 323-328. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00093.x
- Rutter, D. R., & Durkin, K. (1987). Turn-taking in mother–infant interaction: An examination of vocalizations and gaze. *Developmental Psychology, 23*(1), 54-61. doi: 10.1126/science.183.4120.99
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2006). *Bære eller briste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen, Norge: Fagbokforlaget.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 233-243. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<233::aid-jclp9>3.0.co;2-3
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1973). *Patienten og analytikerens*. København, Danmark: Reitzels forlag.
- Sapolsky, R. M. (1990). Stress in the Wild 2. *Scientific American, 2*(62), 116-123.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal, 22*(1-2), 7-66.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self* (Vol. 2). New York, NY: WW Norton & Company.

- Schore, A. N. (2005). A Neuropsychoanalytic Viewpoint: Commentary on Paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(6), 829-854. doi: 10.2513/s10481885pd1506_3
- Schore, A. N. (2006). Kommunikation mellom forældre og spædbørn og de neurobiologiske aspekter af den emotionelle udvikling. In J. H. Sørensen (Ed.), *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Schore, A. N. (2007). Psychoanalytic research: progress and process. Developmental affective neuroscience and clinical practice. *Psychologist-Psychoanalyst*, 27(3), 6-15.
- Schore, A. N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20. doi: 10.1007/s10615-007-0111-7
- Schwartz, D., Proctor, L. J., & Chien, D. H. (2001). The aggressive victim of bullying. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 147-174). New York, NY: Guilford.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York, NY: The Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115. doi: 10.1037/1931-3918.1.2.105

- Shaver, P. R., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence. *Advances in personal relationships, 4*, 29-70.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development, 4*(2), 133-161. doi: 10.1080/14616730210154171
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2007). Adult attachment strategies and the regulation of emotion. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 446-465). New York, NY: Guilford.
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and Affect Regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560-580). New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, mindsight, and neural integration. *Infant mental health journal, 22*(1-2), 67-94. doi: 10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<67::Aid-Imhj3>3.0.Co;2-G
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York, NY: Guilford Press.
- Sigman, M., Beckwith, L., Cohen, S. E., & Parmelee, A. H. (1989). Stability in the biosocial development of the child born preterm. In M. H. Bornstein & N. A. Krasnegor (Eds.), *Stability and continuity in mental development: Behavioral and biological perspectives* (pp. 29-42). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Simons, R. L., Beaman, J., Conger, R. D., & Chao, W. (1993). Childhood experience, conceptions of parenting, and attitudes of spouse as determinants of parental

- behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 55(1), 91-106. doi: 10.2307/352961
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 971-980. doi: 10.1037/0022-3514.59.5.971
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58. doi: 10.1177/089484530303000103
- Sletvold, H. (2008). Nevrovitenskap og psykodynamisk terapi: Noen synspunkter. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45(9), 1169-1173.
- Sloan, D. M., & Kring, A. M. (2007). Measuring Changes in Emotion During Psychotherapy: Conceptual and Methodological Issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 307-322. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00092.x
- Snodgrass, L. L., & Harring, K. E. (2004). Right Hemisphere Positivity Bias in Preconscious Processing: Data From Five Experiments. *Current Psychology*, 23(4), 318-335. doi: 10.1007/s12144-004-1004-3
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*, 21(4), 482-496. doi: 10.1080/10503307.2011.583696
- Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child development*, 64(5), 1439-1450.
- Sroufe, A. (1996). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

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

Suess, G. J., Grossmann, K., & Sroufe, L. A. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavioral Development, 15*(1), 43-65.

Sørensen, J. H. (Ed.). (2006). *Affektregulering i udvikling og psykoterapi: Fonagy, Schore, Stern*. København, Danmark: Hans Reitzels forlag.

Thomas, A., Chess, S., & Korn, S. J. (1982). The reality of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly, 28*(1), 1-20.

Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of personality and social psychology, 80*(1), 53-67. doi: 10.1037/0022-3514.80.1.53

Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Vol. I. The positive affects*. New York, NY: Springer.

Trevarthen, C. (1974). Conversations with a two-month-old. *New Scientist, 62*(896), 230-235.

Trippany, R. L., Helm, H. M., & Simpson, L. (2006). Trauma reenactment: Rethinking borderline personality disorder when diagnosing sexual abuse survivors. *Journal of Mental Health Counseling, 28*(2), 95-110.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist, 44*(2), 112-119. doi: 10.1037/0003-066X.44.2.112

- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1979). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17*(1), 1-13.
- Tronick, E. Z., & Cohn, J. F. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Dev, 60*(1), 85-92. doi: 10.2307/1131074
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science, 4*(3), 236-255. doi: DOI 10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x
- Universitetet i Oslo. (2013). PSYC4400 - Forpraksis voksne. Relasjonskompetanse. Retrieved 22.11.13, from <http://www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/PSYC4400/index.html>
- Uvnäs-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology, 23*(8), 819-835.
- Vaughn, B., Egeland, B., Sroufe, L. A., & Waters, E. (1979). Individual differences in infant-mother attachment at twelve and eighteen months: Stability and change in families under stress. *Child development, 50*, 971-975.
- Verheul, R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of personality disorders, 19*(23), 283-302.
- Wachtel, P. L. (2011). *Therapeutic communication: Knowing what to say when*. New York, NY: Guilford Press.

- Wager, T. D., Davidson, M. L., Hughes, B. L., Lindquist, M. A., & Ochsner, K. N. (2008). Prefrontal-Subcortical Pathways Mediating Successful Emotion Regulation. *Neuron*, 59(6), 1037-1050. doi: 10.1016/j.neuron.2008.09.006
- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. In J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 200-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Warner, M. S. (1997). Does Empathy Cure? A Theoretical Consideration of Empathy, Processing, and Personal Narrative. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy Reconsidered. New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Watson, J. C., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (1998). The Experiential Paradigm Unfolding. Relationship and experiencing in therapy. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Weinberger, J. (1993). Common factors in psychotherapy. In J. Gold & G. Stricker (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 43-56). New York: Plenum.
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner - om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Oslo, Norge: Arneberg forlag.
- Werner, K., & Gross, J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology -A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 13-37). New York, NY: Guilford.

- Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American journal of Psychiatry*, *155*(12), 1767-1771. doi: 10.1176/appi.pn.2013.1a21
- Westen, D., & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *Journal of personality disorders*, *14*(2), 109-126.
- Wilkinson, M. (2010). *Changing minds in therapy: emotion, attachment, trauma and neurobiology*. New York, NY: W. W. Norton.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. New York, NY: International UP Inc.
- Wittling, W., & Roschmann, R. (1993). Emotion-Related Hemisphere Asymmetry: Subjective Emotional Responses to Laterally Presented Films. *Cortex*, *29*(3), 431-448. doi: 10.1016/S0010-9452(13)80252-3
- World Health Organization. (1992). *International Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva, Sveits: World Health Organization.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York, NY: Basic.
- Zhang, T., Parent, C., Weaver, I., & Meaney, M. J. (2004). Maternal programming of individual differences in defensive responses in the rat. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1032*(1), 85-103. doi: 10.1196/annals.1314.007