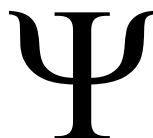




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***ENSOMHET OG PSYKISK LIDELSE***

***En teoretisk undersøkelse av ensomhet ved psykisk lidelse***

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Siri Refsland Tønnessen**

Vår 2021

Veileder

Sara Madeleine Eriksen Kristiansen

Biveileder

Ingrid Dundas

### Forord

Oppgaven er teoretisk og er skrevet i utvidet artikkelformat etter APA 7 standard. Da jeg i forbindelse med arbeidet med oppgaven begynte å åpne øyene for ensomhet som fenomen og betrakningslinse mot psykologifaget og verden, opplevde jeg at tema som tidligere har fremstått som løsrevet fra hverandre i større grad ble vevd sammen. Ensomhet har vært et enormt spennende fenomen å undersøke samtidig som hverdagen har vært preget av sosiale restriksjoner i forbindelse med den pågående covid-19 pandemien. Jeg håper min begeistring for et omfattende og til tider dystert tema er balansert ut og at det gjenspeiles i teksten. Tusen takk til alle som har bidratt, ingen nevnt, ingen glemt! Hei hvor det går!

### Sammendrag

De siste tiårene er det viet økt oppmerksomhet til forholdet mellom ensomhet og psykisk lidelse. I oppgaven sammenlignes akselerert opplevelsesbasert dynamisk psykoterapi (AEDP) og emosjonsfokusert terapi (EFT) med hensyn til teoretisk forståelse og behandling av problematisk ensomhet. AEDP og EFT er to integrative, opplevelsesbaserte og affektorienterte terapimodeller som har rammeverk for forståelse og behandling av ensomhet. Oppgaven argumenterer for at AEDP og EFT komplementerer hverandre i forståelse og behandling av ensomhet. Terapeutens forståelse, ferdigheter og personlige erfaring med ensomhet, uavhengig av modell, kan ha klinisk betydning. Jeg argumenterer for at AEDP er en helhetlig modell med tanke på forståelse av problematiske ensomhet ved omfattende psykisk lidelse. Standard EFT er utviklet for mindre omfattende lidelser og har begrensninger med tanke på forståelse av ensomhet. Tilpassede EFT-format for lidelser av høyere alvorlighetsgrad gir derimot bedre forståelse av ensomhet. AEDP og EFT skiller seg fra hverandre med hensyn til eksplisitt fokus på positive følelser og terapeutisk mål om vekst og resiliens. Jeg konkluderer med at begge modellene bidrar til teoretisk forståelse av ensomhet, men at videre forskning bør undersøke effektivitet og effekt av disse behandlingsformene for problematisk ensomhet ved psykiske lidelser.

*Nøkkelord:* ensomhet, AEDP, EFT, psykisk lidelse, individuell psykoterapi, integrert psykoterapi, tilknytningsinformert praksis, emosjonell transformasjon, opplevelsesbasert psykoterapi

### Abstract

During the last decades increased attention has been drawn to the associations between loneliness and mental disorders. This assignment compares the theoretical understanding and treatment of loneliness related to mental disorders in two integrative, experiential and affect oriented psychotherapy models: Accelerated Experiential-Dynamic Psychotherapy (AEDP) and Emotion Focused Therapy (EFT). Both theoretical frameworks elaborate on the role of problematic loneliness in mental disorders. I argue that AEDP and EFT frameworks complement each other, but that the therapist individual interests, skills, and personal emotional experience with phenomena of loneliness have clinical implications. I argue that AEDP is a more coherent framework regarding severe mental disorders related to loneliness. Standard EFT is developed for less severe clinical conditions and have limitations regarding problematic loneliness. New theoretical developments on severe mental disorders in EFT are better equipped for treatment of problematic loneliness. AEDP and EFT differ in explicit focus on positive feelings and therapeutic aims of personal growth and resilience. I conclude that both models contribute to the theoretical understanding of loneliness. However, further research must investigate the effectiveness of AEDP and EFT treatments of problematic loneliness in mental disorders.

*Keywords:* Loneliness, unbearable aloneness, AEDP, EFT, individual psychotherapy, mental disorder, integrative psychotherapy, attachment informed practice, emotional transformation, experiential psychotherapy

## Innholdsfortegnelse

<b>Innholdsfortegnelse.....</b>	<b>6</b>
<b>Ensomhet og psykisk lidelse.....</b>	<b>8</b>
<i>Ensomhet som fenomen .....</i>	<i>9</i>
Ensomhet som eksistensiell livsbetingelse .....	10
Ensomhet og relasjonelle behov for intimitet og tilhørighet .....	10
Ensomhet og emosjonell opplevelse .....	12
<i>Ensomhet og psykiske lidelser .....</i>	<i>13</i>
Ensomhet i historisk og nyere psykoterapilitteratur .....	14
Synlig og usynlig ensomhet.....	16
Sosiale intervensjoner og psykologisk behandling av ensomhet .....	17
<i>Metode og problemstilling .....</i>	<i>18</i>
Litteratursøk.....	18
<b>To integrative, opplevelsesbaserte og affektorienterte terapimodeller .....</b>	<b>19</b>
<i>Akselerert opplevelsesbasert dynamisk psykoterapi .....</i>	<i>19</i>
Teoretisk forståelse av uutholdelig ensomhet og psykisk lidelse i AEDP .....	20
Kasusformulering av uutholdelig ensomhet i AEDP.....	23
Representasjon av uutholdelig ensomhet og psykisk lidelse i AEDP.....	24
Behandling av uutholdelig ensomhet ved psykisk lidelse i AEDP.....	27
Endringsprosesser i AEDP.....	28
<i>Emosjonsfokusert terapi.....</i>	<i>29</i>
Teoretisk forståelse av psykisk lidelse i EFT .....	31
Teoretisk forståelse av ensomhet og psykisk lidelse i EFT.....	32
Kasusformulering og terapiprosess i EFT .....	33
Behandling av ensomhet ved psykisk lidelse i EFT .....	34
Endringsprosesser i EFT .....	36
<b>Sammenligning av AEDP og EFT.....</b>	<b>37</b>
<i>Teoretisk forståelse av ensomhet og psykisk lidelse i AEDP og EFT .....</i>	<i>37</i>

	7
Forskningsstøttet klinisk praksis i AEDP og EFT.....	38
Betydning av å utvikle kapasitet til å være alene i AEDP og EFT .....	40
<i>Klinisk betydning av forståelse av ensomhet i AEDP og EFT.....</i>	<i>42</i>
Erkjent og ikke-erkjent ensomhet .....	43
Ensomhet ved eksistensiell isolasjon i klinisk praksis .....	44
<i>Behandling av ensomhet ved psykisk lidelse i AEDP og EFT .....</i>	<i>45</i>
Klinisk betydning av fellesfakter ved virksom psykoterapi i AEDP og EFT .....	47
Terapeutisk allianse. ....	47
Eksponering av emosjonell sårbarhet og korrigerende emosjonell erfaring...51	
Positive forventninger om endring hos terapeut og pasient.....	53
Terapeutisk holdning .....	54
Pasienten tilbys et rasjonale for sine problemer.....	55
Terapeutisk ekspertise og bruk av en viss systematisk prosedyre.....	56
<i>Komplementerer AEDP og EFT hverandre?.....</i>	<i>57</i>
Behandling av ensomhet ved alvorlig psykisk lidelse i AEDP og EFT.....	59
<b>Oppsummerende refleksjoner.....</b>	<b>60</b>
<i>Er ensomhet et meningsfylt begrep i klinikk og forskning?.....</i>	<i>60</i>
Debatt om sykeliggjøring av ensomhet. ....	61
Ensomhet som diagnose.....	62
<i>Videre forskning.....</i>	<i>62</i>
<i>Oppsummering.....</i>	<i>64</i>
<b>Referanser .....</b>	<b>66</b>
<b>Appendiks .....</b>	<b>85</b>

## Ensomhet og psykisk lidelse

### En teoretisk undersøkelse av ensomhet ved psykisk lidelse

De siste tiårene har sammenhenger mellom ensomhet, helse og livskvalitet fått stadig økende oppmerksomhet. Ensomhet er i dag et politisk relevant folkehelseproblem (2017; Meld. St. 19, 2019). Ensomhet vies økt oppmerksomhet innen ulike forskningstradisjoner (Heinrich & Gullone, 2006; Lim et al., 2020; Wang et al., 2018) og i psykoterapilitteratur (Fosha, 2000, in press; Greenberg & Goldman, 2019a; van Deurzen et al., 2019). I vestlige land omtales ensomhet som en epidemi og knyttes blant annet til kjennetegn ved samtid, kultur og mangel på tilfredsstillende sosial kontakt (Alberti, 2019; Hari, 2020; Hertz, 2020; Kjøs, 2020; Sagan & Miller, 2017; Svendsen, 2015). Sosial distansering og negative endringer i livsbetingelser under den pågående covid-19 pandemien har aktualisert debatt omkring normal og problematisk ensomhet (e.g., Kjøs et al., 2021; Loades et al., 2020; Lunde, 2020; McBride et al., 2020).

Relativt til andre land, skårer Norge høyt på generell livstilfredshet (Rowan, 2021). Likevel er det 11 prosent av befolkningen som rapporterer at de er mye plaget av ensomhet og 26 prosent oppgir at de er litt plaget av ensomhet (Støren et al., 2020). Ensomhet er ikke nødvendigvis problematisk, men for de individene som opplever vedvarende ensomhet kan det føre til alvorlige konsekvenser. Ensomhet er assosiert med en rekke negative utfall som blant annet lav livstilfredshet, arbeidsledighet og uførhet (Meld. St. 19, 2019), dårlig livskvalitet, somatiske og psykiske lidelser (e.g., Cacioppo et al., 2002; Heinrich & Gullone, 2006; Leigh-Hunt et al., 2017), økt risiko for selvmord (Beutel et al., 2017; McClelland et al., 2020), og økt dødelighet (Holt-Lunstad et al., 2015). Det er høyere forekomst av ensomhet i minoritetsgrupper (Barstad, 2021; Ratanashevorn & Brown, 2021) og blant ungdom og eldre (Støren et al., 2020), sammenlignet med andre grupper.

Forekomst av ensomhet er høyere hos individer med psykiske lidelser, enn i befolkningen generelt (Alasmawi et al., 2020; Badcock et al., 2015; Dell et al., 2019; Meltzer et al., 2013; Morgan et al., 2017; Morgan et al., 2012). Forskning har vist at ensomhet er forbundet med en rekke psykiatriske diagnoser som psykose (Lim et al., 2018; Michalska da Rocha et al., 2018), spiseforstyrrelser (Dingemans et al., 2017; Levine, 2012; Southward et al., 2014), depresjon (Cacioppo & Hawkley, 2009; Reis & Grenyer, 2002; Wang et al., 2018),



angstlidelser (Nagata et al., 2013; O'Day et al., 2021; Teo et al., 2013), personlighetsforstyrrelser (Liebke et al., 2017; Martens, 2010; Weinbrecht et al., 2016) og dissosiasjons- og traumelidelser (Dagan & Yager, 2019; Shevlin et al., 2015; Siegel & Solomon, 2003). Ensomhet er også forbundet med høyere reaktivitet til stress og svekket immunrespons (Leigh-Hunt et al., 2017). Sannsynligheten for at pasienter med psykiatriske diagnoser også er plaget av ensomhet er økt hos individer med flere samtidige diagnoser (Beutel et al., 2017). Det er derfor av betydning at behandlinger for psykiske lidelser også har modeller for å forstå og behandle ensomhet. I denne oppgaven sammenligner jeg to terapimodeller som kan være relevante for å forstå og behandle psykologiske problemer som omfatter ensomhet: Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP) og Emotion Focused Therapy (EFT). Før sammenligningen går jeg først gjennom ensomhet som fenomen.

### **Ensomhet som fenomen**

Det er ikke vitenskapelig enighet om definisjon av ensomhet, men det er vanlig å beskrive ensomhet som et sammensatt fenomen (Heinrich & Gullone, 2006; Lim et al., 2020; McHugh Power et al., 2018). Det er tre aspekt ved ensomhet som det er relativt bred enighet om; ensomhet er en subjektiv emosjonell opplevelse; ensomheten er relasjonell og; ensomheten har en fellesmenneskelig eksistensiell dimensjon (e.g., van Deurzen et al., 2019; Weiss, 1973; Weiss, 1987; Yalom, 1980). Ensomhet er et dimensjonalt fenomen med hensyn til intensitet, alvorlighetsgrad og varighet (Sagan & Miller, 2017; Wang et al., 2018), og de aller fleste vil oppleve ensomhet i kortere eller lengre perioder av livet (Cacioppo et al., 2015). Ensomhet er assosiert med kjennetegn både til situasjon og person; situasjoner som tap av relasjoner, sykdom, død, flytting, samlivsbrudd (e.g., Rokach, 1997); og kjennetegn ved individer som lav tillit til andre, negative relasjonelle forventninger og lav selvfølelse (e.g., Heinrich & Gullone, 2006). Opplevelse av ensomhet kan være særlig intens og altomfattende hos barn og unge (Dahlberg, 2007; Moustakas, 1961).

Selv om det er en tendens i forskningen til å fokusere på negative aspekter ved ensomhet, så har en rekke forfattere argumentert for at det også er positive opplevelser og effekter forbundet med ensomhet. Ensomhet henger sammen med normalutvikling i ungdomstiden, personlig utvikling senere i livet, mestring, frihet, autonomi, individuasjon, stressreduksjon, produktivitet, kreativitet; og kontakt med noe som er større enn seg selv,

som naturopplevelse, åndelighet og eksistensielle aspekt ved tilværelsen (Alberti, 2019; Coplan & Bowker, 2014; Dahlberg, 2007; Kjøs, 2020; Leary et al., 2003; Rogers, 2004/1961; Schmidt Bunkers, 2008; Yalom, 1980). Bildet av ensomhet er enda mer sammensatt, fordi positive effekter assosiert med ensomhet kan være både behagelige og smertefulle opplevelser (Dahlberg, 2007).

### ***Ensomhet som eksistensiell livsbetingelse***

Moustakas (1961) foreslo et skille mellom ensomhetsangst og eksistensiell ensomhet. Ensomhetsangst var knyttet til avvising og fremmedgjøring av selvet, mens eksistensiell ensomhet ble betraktet som en betingelse ved livet. I ensomhetsangsten var den delen av selvet som føler og erfarer separert fra den delen av selvet som erkjenner. I eksistensiell ensomhet var derimot individet klar over seg selv som isolert og grunnleggende alene i verden. Moustakas (1961) presiserte et skille mellom ensomhet som en følge av livsbetingelser i det moderne samfunnet, og ensomhet som en følge av negative og skadelige erfaringer i barndom.

Yalom (1980) beskrev tre dimensjoner ved ensomhet: isolasjon fra andre (interpersonlig), isolasjon fra deler av seg selv (intrapersonlig) og ensomhet i *eksistensiell isolasjon* som innebærer å være klar over seg selv som en separat enhet i universet, «vi fødes alene og vi dør alene». Yalom (1980) argumenterte for at i de tre fenomenene ligger det potensiale til både erkjennelse av positive og negative aspekt ved seg selv, ved relasjoner og ved vår felles eksistens i verden. Cacioppo og Patrick (2008) har beskrevet ensomhetens eksistensielle livsbetingelse ut fra et evolusjonsteoretisk perspektiv, hvor ensomhet forstås som sosial smerte og som et evolusjonært tilpasset signal på at tilknytninger og sosiale relasjoner som er vesentlig for overlevelse er truet. I forbindelse med klinisk praksis argumenterte Larsen et al. (2020) for betydningen av at helsepersonell forstår at det alltid er et eksistensielt aspekt ved pasienters somatiske og psykiske lidelser. Ensomhet som eksistensiell livsbetingelse kan forstås på ulike måter avhengig av hvilken betrakningslinse som anvendes.

### ***Ensomhet og relasjonelle behov for intimitet og tilhørighet***

Det er bred enighet om at ensomheten er en iboende relasjonell og sosial emosjon og, at den innebærer savn og udekkede behov. Ifølge Peplau og Perlman (1982) er ensomhet

i utgangspunktet en forbigående og nyttig følelse som gir informasjon om relasjonelle behov. Det er argumentert for at ensomheten er knyttet til behov for emosjonell intimitet til en bestemt person (Fromm, 1956), behov for sosiale relasjoner (Weiss, 1973) og behov for relasjon til seg selv (Fosha, 2000, 2004a; Van Deurzen, 2012). Baumeister og Leary (1995) argumenterte for at det ikke er et udekket behov for sosial kontakt, men mangel på intim kontakt og tilhørighet, som er vesentlig for opplevelse av ensomhet. Dette indikerer ifølge Hyland et al. (2019) at det er kvaliteten og ikke kvantiteten på sosial kontakt som er avgjørende for opplevelse av ensomhet. Et aspekt ved problematisk ensomhet er at enkelte føler seg ensomme også når de er sammen med andre (Dahlberg, 2007). Ensomhet kan også opphøre gjennom følelse av tilhørighet til andre som er fysisk langt unna (Dahlberg, 2007). Dette indikerer at faktisk tilstedeværelse ikke er avgjørende for følelse av ensomhet.

Weiss (1973) foreslo en sammenheng mellom tilknytningsteori og ensomhet. Tilknytningsteori legger til grunn at vi som spedbarn, i samspill med omsorgsgiver, utvikler indre erfaringsbaserte arbeidsmodeller som skaper forventninger om mellommenneskelige relasjoner (Bowlby, 1982). Ifølge Davanloo (2001) vil nesten alle pasienter som har traumatiske erfaringer med tilknytning i tidlig barndom utvikle problemer med intimitet og nærhet. Dette kan igjen medføre hindringer for å etablere relasjoner til andre senere i livet, og impliserer dermed ensomhet (Heinrich & Gullone, 2006). Forskning har vist at utrygge tilknytningsmønstre er en risikofaktor for utvikling av problematisk ensomhet og psykisk lidelse (e.g., Helm et al., 2020; Siegel & Solomon, 2003; Wei et al., 2005).

Det er hevdet at smerten i ensomheten motiverer mennesker til å engasjere seg i eksisterende relasjoner og til å etablere nye relasjoner (e.g., Sullivan, 1953). For enkelte fører imidlertid følelsen av ensomhet til tilbaketrekking fra sosial kontakt med andre (Fromm-Reichmann, 1959; Rubin et al., 2009). Ensomhetsmodellen til Cacioppo og Hawkley (2009) foreslår at ensomhet kan lede inn i en selvforsterkende negativ effekt, hvor det å føle seg ensom og trekke seg vekk fra sosial kontakt over tid, kan føre til økt negativ vurdering av seg selv og andre, som igjen kan forsterke sosial isolasjon og følelse av ensomhet. Studiene som lå til grunn for modellen viste også at uønsket sosial isolasjon kan føre til økt stress og utrygghet. Cacioppo og Hawkley har synliggjort at ensomhet medfører implisitt årvåkenhet for sosiale trusler i miljøet. Denne årvåkenheten gjør at ensomme individer har

en tendens til å oppfatte andre som mer truende enn det som er tilfelle (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Cacioppo & Hawkley, 2009).

### ***Ensomhet og emosjonell opplevelse***

Ensomhet er beskrevet som en subjektiv emosjonell opplevelse (e.g., Weiss, 1973). Alberti (2018) har argumentert for at ensomhet er en gruppering av flere emosjoner. Rubenstein og Shaver (1982) målte ensomhet i to utvalg av avislesere med NYU Loneliness Scale og fant gjennom faktoranalyse fire emosjonelle kategorier av ensomhet; desperasjon, depresjon, utålmodig kjedsomhet og nedvurdering av seg selv. Den første faktoren, «desperasjon», bestod av følelser som panikk, tristhet, hjelpeløshet, frykt, håpløshet, en følelse av å være forlatt og sårbarhet. Depresjonsfaktoren bestod av følelser av tristhet, tomhet, isolasjon, selvmedlidenhet, melankoli, fremmedgjøring og savn. Faktoren «utålmodig kjedsomhet» omfattet følelser som et ønske om å være et annet sted, uro, sinne, mangel på konsentrasjon og utålmodighet. Den fjerde faktoren, «nedvurdering av seg selv» bestod av en følelse av å ikke være attraktiv og å føle seg dum, skamfull og usikker.

Fromm-Reichmann (1959) beskrev ensomhet på denne måten: "Loneliness seems to be such a painful, frightening experience that people will do practically everything to avoid it". Fromm-Reichmann (1959) hevdet at fordi ensomhet kan være en så smertefull følelse, så er det vanlig å benytte emosjonsregulerende strategier, både bevisst og ubevisst, for å unngå smerten. Forskning har vist at både emosjonell, kognitiv og atferdsmessig unngåelse kan holde smertefulle følelser av ensomhet på avstand (eg., Timulak & Keogh, 2020). Paivio et al. (2010) hevdet at unngåelse av emosjoner og traumatiske minner hemmer prosessering av traumatiske opplevelser og hindrer helbredelse. Emosjonsregulerende strategier som sosial og emosjonell isolasjon og unngåelse kan føre til ensomhet og psykisk lidelse (Fosha, 2000; Greenberg & Goldman, 2019a; Rubin et al., 2009). Eres et al. (2021) fant at personer med sosial angstlidelse var plaget av mer alvorlig ensomhet og hadde større problemer med emosjonsregulering, enn personer uten sosial angst lidelse. Ensomhet kan også være preget av mangel på emosjonell integrasjon, som kan hindre opplevelse og erkjennelse av andre emosjoner (Booth, 1997; Fosha, 2000; Timulak & Pascual-Leone, 2015). Skam opptrer ofte sammen med ensomhet (e.g., Fosha, 2000; Rubenstein & Shaver, 1982; Russell, 2015). Thoresen et al. (2018) har funnet at skam hos personer som har opplevd vold i barndommen

kan føre til ensomhet. Det hevdes at skammens natur er relasjonell og at skam hemmer opplevelse av andre emosjoner (Dearing & Tangney, 2011; Deyoung, 2015; Macdonald & Morley, 2001; Nathanson, 1992). Skam kan også bidra til utvikling og opprettholdelse av emosjonell sårbarhets omkring for eksempel ensomhet (Fosha, 2000; Greenberg & Goldman, 2019a; Greenberg & Paivio, 1997). Det betyr at ensomhet ikke kun er knyttet til emosjonell opplevelse, men også til fravær av emosjonell opplevelse.

### **Ensomhet og psykiske lidelser**

Studier av kausalitet mellom ensomhet og psykiske lidelser viser ulike resultater, men det ser ut til at ensomhet både kan være en risikofaktor, en opprettholdende faktor og et resultat av psykisk lidelse (Beutel et al., 2017; Dell et al., 2019; Heinrich & Gullone, 2006; Lim et al., 2020; Lim et al., 2016; Meltzer et al., 2013; Michalska da Rocha et al., 2018). Shevlin et al. (2015) fant at misbruk i barndommen predikerte psykisk lidelse (angst- og stemningslidelser, depresjon, PTSD, fobier, generalisert angstlidelse og psykose) og ensomhet i voksen alder. De fant også at ensomhet medierte relasjonen mellom misbruk i barndommen og psykisk lidelse i voksen alder. Cacioppo et al. (2006) har gjennom en rekke studier etablert at ensomhet og depresjon er gjensidig forbundet med hverandre, og at de er to distinkte konsepter, hvor ensomhet handler om følelser knyttet til relasjoner, mens depresjon handler om følelser i seg selv. En rekke studier har demonstrert et kausalt forhold mellom langvarig ensomhet og utvikling av depresjon (e.g., Cacioppo & Hawkley, 2009). Det har de siste årene vært økende forskning på forholdet mellom sosial angstlidelse og ensomhet (Acquah et al., 2016; Eres et al., 2021; Helm et al., 2020; Lim et al., 2016; Timulak & McElvaney, 2016; Timulak & Pascual-Leone, 2015). Fung et al. (2017) hevdet at de to forskningskroppene i liten grad er integrert til tross for stor overlapp mellom ensomhet og sosial angstlidelse. Lim et al. (2016) fant imidlertid at tidligere ensomhet predikerte sosial angst, paranoia og depresjon. For motsatt retningsforhold fant Lim et al. (2016) at tidligere sosial angst predikerte ensomhet, men at tidligere paranoia og depresjon ikke predikerte ensomhet. Eres et al. (2021) fant at individer med sosial angstlidelse hadde større problemer med emosjonsregulering og ensomhet enn personer uten sosial angstlidelse. De fant også at problemer med emosjonell oppmerksomhet var knyttet til ensomhet blant personer med

sosial angstlidelse. Acquah et al. (2016) har demonstrert at ensomhet og sosial angst hos ungdom kan predikere det å bli utsatt for mobbing.

Utviklingsbanen til enkelte psykiske lidelser kan omfatte ensomhet som har vedvart fra barndommen (e.g., Rubin et al., 2009). Dette har blitt vist blant annet ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF/BPD) (e.g., Sagan, 2017), unnvikende personlighetsforstyrrelse (e.g., Eikenæs et al., 2016), generalisert angstlidelse (e.g., Watson et al., 2019) og sosial angstlidelse (e.g., Maes et al., 2019). Vedvarende mangel på kapasitet til å være alene (*intolerance of aloneness*) betraktes ofte som det fremste kjennetegnet ved borderlineorganisering av personligheten (f.eks. emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse) (e.g., Fonagy, 2002; Gunderson, 1996). Flere behandlingsstudier har vist at det tar lengre tid å behandle kjennetegn til psykisk lidelse med borderlineorganisering relatert til ensomhet som tomhetsfølelse, lav kapasitet til å være alene, frykt for å bli forlatt, sammenlignet med tiden det å behandle andre kjennetegn som for eksempel selvskadning (Fassbinder et al., 2018; Matthies et al., 2018). Ensomhet ved unnvikende personlighetsforstyrrelse er relativt understudert. Nyere studier indikerer imidlertid at ensomhetsrelaterte problemer blant individer med denne lidelsen kan være like omfattende og vanskelig å behandle som EUPF/BPD (Eikenæs et al., 2016; Pos, 2014; Weinbrecht et al., 2016). Ensomhet i denne gruppen er relater til frykt for avvising, sosial fobi, negative sosiale forventning og fravær av emosjonell opplevelse i relasjonell kontekst (Eikenæs et al., 2016; Pos, 2014). Det er hevdet at på grunn av den emosjonelt overregulerte og sosialt tilbaketrukne naturen til unnvikende personlighetsforstyrrelse, så er denne lidelsen understudert relativt til forekomst, funksjonstap og symptomtrykk, sammenlignet med psykiske lidelser som er preget av emosjonell underregulering (Lampe & Malhi, 2018; Weinbrecht et al., 2016).

### ***Ensomhet i historisk og nyere psykoterapilitteratur***

Gjennom psykoterapihistorien er det utviklet flere kausbaserte teorier som involverer ensomhet ved psykiske lidelser. Galanaki (2013) belyste både eksplisitt og implisitt omtale av ensomhet i en gjennomgang av historiske psykoanalytiske og humanistiske bidrag. I teorier om angst har det gjennom tidene vært en debatt om hva som er det første opphavet til angst (e.g., Jacobsen, 2007). I begge versjonene av Freuds angstteori ble det hevdet at angst hos barn alltid var et uttrykk for følelse av tap av den

personen de elsker (Freud, (1905/1953): i Galanaki, 2013). Bowlby (1982) betraktet separasjonsangst som den utviklingsmessig første formen for angst og vektla behov for trygghet som motivasjon for emosjonell tilknytning. Fromm (1956) antok også at separasjon var opphavet til all angst og den fryktede ensomheten både hos barn og voksne, men foreslo imidlertid at motivasjonen for relasjonell tilknytning var kjærlighet til den andre. I utdragene over er ensomhet implisert. Fromm-Reichmann (1959) påpekte et eksplisitt behov for bedre forståelse av forholdet mellom angst og ensomhet, og dermed øke terapeutisk effektivitet for pasienters relaterte problemer.

Ferenczi beskrev ensomhetskonseptet *traumatic aloneness* som handlet om følgene av at barn blir emosjonelt forlatt av omsorgsgiver (Ferenczi (1932), i Frankel, 1998). Det traumatiserende var fravær av et miljø som forstod barnet. Resultatet av slike erfaringer var ifølge Ferenczi forstyrrelser i persepsjon og mening. Han argumenterte for at denne type forstyrrelser og ensomhet hos pasienter fordret en annen terapeutisk væremåte enn klassisk nøytral psykoanalytisk holdning (Ferenczi (1932), i Frankel, 1998). Sullivan (1953) beskrev ensomhet som umåtelig en smertefull og opprivende opplevelse som oppstod når behovet for mellommenneskelig intimitet ikke ble oppfylt. I behandling av ensomhet ved psykisk lidelse vektla Sullivan (1953) særlig betydningen av relasjon mellom pasient og terapeut. Winnicott (1958) fremhevet den utviklingsmessige betydningen av å oppnå kapasiteten til positiv ensomhet (*the capacity to be alone*). Et premiss for dette utviklingssteget var ifølge Winnicott (1958) barnets erfaring med opplevelsen av å være alene sammen med en relativt spenningsfri annen (*good enough mother*). Fromm-Reichmanns (1959) kliniske observasjoner av ensomhet hos inneliggende psykotiske pasienter ledet til et forslag om en egen type ensomhet, *real loneliness*, som opptrådte i psykotiske episoder, og som innebar utålelige og skremmende opplevelser som skilte seg fra den fellesmenneskelige ensomheten. Rogers (1995/1980) argumenterte for at terapeutens ekte empatiske holdning var et premiss for å løse opp klientens dødelige ensomhet. Rogers (1995/1980) hevdet også at det var lettere for klienter å snakke om sin ensomhet i møte med en selvavslørende terapeut. Forfatterne som er referert over har beskrevet en ensomhet som forstyrrer måten individer kan være i verden på, gi mening til seg selv og sine omgivelser, og som begrenser relasjonell kontakt.

Til tross for at det finnes flere kliniske teorier og behandlingsmodeller for ensomhet ved psykiske lidelser hevdes det i nyere klinisk litteratur at behandling av ensomhet er relativt understudert (Galanki, 2014; Hawkley & Cacioppo, 2010; Satran, 1978; Willock et al., 2012). Willock (2012) påpekte at selv om det er skrevet mye om ensomhet, er den oftest bare omtalt implisitt. Willock (2012) foreslo også at det relative fraværet av eksplisitt omtale av ensomhet delvis skyldes ensomhetens tilbaketrukkne og skremmende natur. Galanki (2014) forklarte det relative fraværet av klinisk teori om ensomhet med at begreper som angst og depresjon, som overlapper med ensomhet som fenomen, fikk større gehør enn ensomhet i et bredere medisinske fagmiljø. I nyere psykoterapilitteratur rapporteres det imidlertid om at ensomhet er fremtredende i terapirommet (e.g., Fonagy, 2002; Fosha, 2000; Holmes, 1986; Huseby, 2018, 2020; Jareg, 2015; Kjøs, 2020; Pascual-Leone & Kramer, 2019; Rokach, 2018; Timulak, 2015; Timulak & Pascual-Leone, 2015; Willock et al., 2012).

### ***Synlig og usynlig ensomhet***

Både ensomhet og psykiske lidelser er tilstander som kan være vanskelige å vise frem til andre, både i etablerte relasjoner, nye potensielle relasjoner og i møte med helse- og sosialarbeidere (e.g., Macdonald & Morley, 2001; Timulak, 2015). Det er hevdet at barrierer for å kommunisere ensomhet er at individer ikke alltid har kontakt med følelsen av ensomhet, at ensomhet kan være mer eller mindre erkjent, og mer eller mindre uttalt (Booth, 1997, 2000; Fosha, 2000; Fromm-Reichmann, 1959; Gleiser, 2020; Halvorsen, 2008; Timulak, 2015; Willock et al., 2012). Ytterligere barrierer for kommunikasjon av ensomhet kan være paranoia (Lim et al., 2016), skam (Macdonald & Morley, 2001) og stigma (Meld. St. 19, 2019; Morgan et al., 2012). Pasienters problemer med å kommunisere ensomhet kan bidra til at det er lett å overse ensomhet når klinikere kartlegger og behandler psykiske lidelse som involverer ensomhet (O'Brien et al., 2016). I nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp er det kun retningslinjer for psykoselidelser og råd om psykiske lidelser hos eldre som eksplisitt adresserer ensomhet (Helsedirektoratet, 2021). Ettersom ensomhet kan føre til et så stort spekter av langvarige og alvorlige konsekvenser, er det vesentlig at ensomhet blir adressert hos individer som står i fare for, eller allerede har utviklet symptomer på psykisk lidelse (van Beljouw et al., 2010).



***Sosiale intervensjoner og psykologisk behandling av ensomhet***

En del av den pågående debatten om ensomhet handler om hvilket nivå for tiltak og hvilke typer intervensjoner som er mest effektive for å redusere ensomhet og behandle ensomhet (Cacioppo et al., 2015; Hawkley & Cacioppo, 2010; Heinrich & Gullone, 2006; Helse og omsorgsdepartementet, 2017; Lim et al., 2020; Mann et al., 2017; Masi et al., 2011; Meld. St. 19, 2019). Flere utfallstudier har vist at sosiale intervensjoner har begrenset effekt for å redusere ensomhet hos personer med psykiske lidelser (Hawkley & Cacioppo, 2010; Masi et al., 2011; Meltzer et al., 2013).

Masi et al. (2011) gjennomførte en metaanalyse av 50 intervensjonsstudier rettet mot å redusere ensomhet. Intervensjonene ble sortert i fire tidligere etablerte kategorier for intervensjoner: forbedring av sosiale ferdigheter, økt mulighet for sosial kontakt, økt sosial støtte og adressering av mistilpassede sosiale kognisjoner. Både kliniske og ikke kliniske utvalg var inkludert i studien. Oppsummerte resultat av metaanalysen viste at intervensjoner rettet mot sosial kognisjon reduserte ensomhet i kliniske utvalg. Sosiale intervensjoner reduserte ikke ensomhet i kliniske utvalg, men reduserte derimot ensomhet i ikke-kliniske utvalg. Masi et al. (2011) konkluderte med at intuitive sosiale intervensjoner kan redusere sosial isolasjon, men at denne type intervensjoner ikke påvirket følelsen av ensomhet. Meltzer et al. (2013) konstaterte i en større nasjonal tverrsnittstudie i England at sosial kontakt, både en-til-en og i gruppe, reduserte ensomhet hos individer uten psykisk lidelse. Ensomme individer med depresjon og angst fikk derimot ikke effekt av sosiale intervensjoner (Meltzer et al., 2013). Disse resultatene poengterer skille mellom faktisk sosial isolasjon og den subjektive opplevelsen av ensomhet.

Hawkley og Cacioppo (2010) anbefalte at utvikling av intervensjoner for å redusere ensomhet rettes mot spesifikke affektive, kognitive og atferdsmessige tilbøyeligheter hos ensomme individer. Hawkley og Cacioppo (2010) påpekte også at psykologiske behandlinger er understudert relativt til intuitive sosiale intervensjoner for å redusere ensomhet. Swartz (2019) argumenterte i en kommentar i forbindelse med rapportert økning av ensomhet i befolkningen, at det allerede finnes flere typer psykoterapi som er klare til bruk for behandling av ensomhet. I samme kommentar påpekte imidlertid Swartz at det er behov for systematiske studier av psykoterapi for å redusere ensomhet.

### **Metode og problemstilling**

Jeg har valgt Akselerert Opplevelsesbasert Dynamisk Psykoterapi (AEDP) og Emosjonsfokuset Terapi (EFT) i sammenligningen av forståelse og behandling av ensomhet. Jeg valgte disse to behandlingsmodellene fordi de begge eksplisitt omtaler ensomhet, og har teoretiske rammeverk for forståelse av relasjonen mellom ensomhet og psykisk lidelse. Gitt at transdiagnostiske emosjonelle, relasjonelle og kognitive faktorer er involvert ved problematisk ensomhet, så vil det være meningsfullt å undersøke disse to integrative, opplevelsesbasert og affektorienterte terapimodellene for å forstå og behandle problematisk ensomhet ved psykisk lidelse. Oppgavens hovedproblemstilling er: Hva er likhetene og ulikhetene i hvordan AEDP og EFT forstår og behandler ensomhet ved psykisk lidelse? Underproblemstillingen er: Kan rammeverkene i AEDP og EFT komplementere hverandre i forståelse og behandling av ensomhet ved psykisk lidelse? Omfanget av oppgaven er avgrenset til poliklinisk individuell psykoterapi for behandling av problemer med identitet/karakter/personlighet, emosjonsregulering og relasjonsvansker relatert til ensomhet.

### **Litteratursøk**

I litteratursøket har jeg benyttet både systematiske, usystematiske og målrettede metoder (se tabell 1 og 2). Søkene er gjennomført i flere omganger og delt opp i flere deler. Systematiske søk omfattet forskning om ensomhet som fenomen, sammenhenger mellom ensomhet og psykiske lidelser, konsekvenser av ensomhet og utfallstudier av terapi. Her supplerte jeg også med usystematiske søk som kontroll og supplerings. I de usystematiske søkene gikk jeg gjennom populærvitenskapelig litteratur og politiske utredning om ensomhet. Etter hvert som relevante tema for sammenligning trådte frem, brukte jeg referanser i litteraturen for å gå tilbake til primærkilder. Jeg har søkt målrettet etter litteratur om AEDP og EFT, vitenskapsteori og forskningsstøtte, etikk, kasusformulering, terapeutiske endringsprosesser og virksomme fellesfaktorer i terapi. Jeg har også sett opptak fra relevante konferanser, seminarer og faglige samtaler om ensomhet. I tillegg har jeg kontaktet forskere i forbindelse med mediesitat for kilder til relevant informasjon som jeg ikke fant gjennom mine søk. Jeg har supplert kunnskap fra kliniske håndbøker for AEDP og EFT med forskningsartikler for begge modellene. Se tabell 1 og 2 i appendiks for oversikt over litteratursøk.

## To integrative, opplevelsesbaserte og affektorienterte terapimodeller

### Akselerert opplevelsesbasert dynamisk psykoterapi

I AEDP er tilknytningsteori, emosjonsteori, affektiv nevrovitenskap, positiv psykologi og traumesensitiv tilnærming integrert i en opplevelsesbasert psykodynamisk behandlingsmodell (Fosha, 2000, 2003, in press; Fosha & Thoma, 2020). Korttidssynamisk terapi oppstod for å effektivisere tradisjonell psykoanalytisk behandling gjennom fokus på utvikling av systematiske teknikker for å låse opp ubevisste psykologisk materiale (Eppel, 2018). AEDP er en av flere nyere relasjonelle korttidspsykodynamiske terapimodeller (Binder et al., 2013). AEDP retter seg først og fremst mot behandling av uutholdelig ensomhet (*unbearable aloneness*) ved psykopatologi (Fosha, 2000, 2001, 2003; Lamagna & Gleiser, 2007). Tradisjonelt psykodynamiske fokus på angst, forsvar og det ubevisste er teoretisk er integrert med tilknytningsteori. Psykodynamisk syn på at opplevelser i barndom påvirker psykisk utvikling underbygges i AEDP med forskning på tilknytningsteori (Schore & Schore, 2008; Siegel & Solomon, 2003). Kunnskap om tilknytning brukes i AEDP for å informere terapeutisk væremåte, terapeutisk relasjon og differensiert behandling av uutholdelig ensomhet ved psykisk lidelse (Fosha, 2000, 2003; Pando-Mars, 2016; Prenn, 2011; Russell, 2015).

AEDP har integrert opplevelsesbasert psykodynamiske metoder for å spore gjenskaping av barndomsopplevelser i voksenlivet og i overføring til terapeuten, i en relasjonell affektiv endringsmodell (Fosha, 2000, in press; Fosha & Yeung, 2006). Terapeutisk arbeid med overføring i hverdagslivet og ovenfor terapeuten betraktes i AEDP som viktig for å forstå hvordan pasientens ensomhet, angst og forsvar har oppstått. Både positive (i betydningen noe som kjennes «riktig ut») og negative følelser i overføringen mellom terapeut og pasient adresseres. Ifølge Fosha et al. (2019) er et av de definerende kjennetegnene ved AEDP er at også positive følelser i overføringen kan fremprovosere angst og forsvar. Samtidig arbeides det med affektive endringsprosesser hvor hensikten er å låse opp kjerneaffekter og fullføre responser, slik at pasienten får tilgang til hele sitt emosjonelle spekter, og tidligere utilgjengelige ressurser i seg selv (Fosha, 2000). Kjerneaffekter referer til emosjonelle opplevelser som har iboende informasjon om grunnleggende behov, og energi og retning for å få behovene dekket. Det overordnede behandlingsmålet er å reparere

erfaringer med utholdelig ensomhet i møte med overveldende emosjoner, og endre utrygge tilknytningsmønstre (Fosha, 2000). Behandlingsmålene i AEDP strekker seg ut over reduksjon av symptomer. Det omfatter også at pasienten får utløst iboende potensialer for selvhelbredelse, resiliens og blomstring (Fosha, 2009b; Fosha et al., 2019).

### ***Teoretisk forståelse av utholdelig ensomhet og psykisk lidelse i AEDP***

I AEDP forstås utholdelig ensomhet både som opphavet til og resultat av forsvar mot ufrivillige og uønskede opplevelse av å være alene i møte med overveldende emosjonelle opplevelser i relasjoner til viktige andre (Fosha, 2000, 2009b, in press). Utholdelige ensomhet betraktes i AEDP som en smertefull og trist opplevelse som kan oppstå i relasjon til tre grunnleggende former for affektiv smerte: ensomhet når pasienten føler seg sårbar og uten beskyttelse, ensomhet når pasienten føler seg relasjonelt frakoblet og mangler omsorg, samt ensomhet når pasienten føler seg verdiløs og avvist. Disse tre grunnleggende formene for utholdelig ensomhet er uløselig knyttet til patogene former for kjerneopplevelse av frykt og skam (Fosha, 2000).

AEDP har eksplisitt integrert psykodynamisk- og tilknytningsteoretisk psykopatologiforståelse (Bowlby, 1977; Prenn, 2011). Tidlige negative relasjonelle erfaringer representeres i indre arbeidsmodeller for tilknytning. Ved utrygg og desorganisert tilknytning mister barnet opplevelsen av trygghet i tilknytningsrelasjonen gjennom gjentatte forstyrrelser som ikke blir reparert. Dette fører til at barnet erfarer utholdelig ensomhet i fysisk eller emosjonelt fravær av den andre. For å gjenopprette en følelse av trygghet og for å bevare tilknytningsbåndet gir barnet ubevisst avkall på affektive kjerneopplevelser. Resultatet er at kjerneaffekter ikke blir integrert og barnet utvikler utrygg eller desorganisert tilknytning til omsorgsgiver (Fosha, 2000; Pando-Mars, 2016; Russell, 2015). Barnet utvikler dermed ikke heller kapasitet til å være alene (Fosha, 2000; Winnicott, 1958). Indre arbeidsmodeller for utrygg og desorganisert tilknytning fører til forstyrrelser i psykisk utvikling og vekst, og hemmer fungering senere i livet (Bowlby, 1982; Schore & Schore, 2008). Utrygg og desorganisert tilknytning antas å være direkte risikofaktorer for utholdelig ensomhet og psykopatologi (Fosha, 2000, 2003). Disse tilknytningsmønstrene er også indirekte risikofaktor fordi de kan hemme etablering av relasjoner som potensielt kunne beskyttet mot negativ påvirkning av tap og traumer senere i livet. Et viktig poeng i

AEDPs forståelse av utholdelig av ensomhet, er at den er knyttet til omsorgsgivers kapasitet emosjonsregulering (Fosha, 2000). Tilknytningsstil er dermed et kjennetegn til relasjoner og ikke til individer (Fosha, 2003).

Engstelige og depressive responser betraktes i AEDP som transdiagnostiske affektive fenomen. De oppstår som resultat av reaktivering av ufullførte kjerneaffekter involvert i indre arbeidsmodeller for tilknytning. Opplevelse av og respons til kjerneaffektene kan være ubevisste for individet, eller det kan være automatiske responser på smertefull kjerneaffekt som individet kjenner til, men ikke klarer å endre alene. Gjentatt aktivering av ufullførte affektive kjerneopplevelser kan føre til at engstelig og depressive responser øker i intensitet og styrke. Når kjerneaffekter truer med å bryte gjennom individets forsvar kan det oppstå økt angst som kan intensivere bruk av forsvar. I tillegg kan forsvar og unngåelse skape ytterligere emosjonell dysregulering. Utholdelig ensomhet innebærer at individer er tilbøyelig til å oppfatte fare også når det ikke er trusler til stede. Dette medfører redusert sannsynlighet for opplevelse av trygghet og potensielt nye erfaringer. Det innebærer også uunngåelig repetisjon av skadelige mønstre fra fortiden som fører til økt opplevelse av utholdelig ensomhet. Disse teoretiske antakelsene ligger til grunn for en transdiagnostisk forståelse av utholdelig ensomhet ved flere affektive symptomlidelser som depresjon, angst- og dissosiasjonslidelser (DSM akse-I lidelser som); personlighetsforstyrrelser (DSM akse-II lidelser som kjennetegnes av fortvilelse, ensomhet, forvirring, håpløshet og frustrasjon); og ved akutt angst, stress og fortvilelse (Fosha, 2000).

Rammeverket for forståelse og behandling av psykiske lidelser i AEDP er bygget opp rundt å reparere utholdelige opplevelser av å være alene i møte med overveldende emosjoner (Fosha, 2000). Forsvar og utrygg tilknytning betraktes i AEDP som bekreftelse på pasientens iboende ressurser og resiliens, og som en manifestasjon av pasientens tilpasning for å beskytte kjerneselve i den opprinnelige relasjonelle konteksten (Russell, 2015). Selv om forskning har demonstrert at utrygge tilknytningsmønstre er stabile over tid, er det også støtte i forskning for at tilknytningsmønstre er fleksible og kan endres gjennom nye relasjonelle erfaringer (Schore & Schore, 2008). Nye erfaringer har potensiale til å skape nye forventninger og kan dermed bidra til å endre selvorganisering og utvikling av trygg tilknytning (Fonagy, 2002; Fonagy & Target, 1997).

Utrygg og desorganisert tilknytning kjennetegnes av mistilpassede måter å forholde seg til aktivering av emosjoner i relasjoner. De prototypiske tilknytningsmønstrene som er involvert i affektiv psykopatologi er ambivalent, unnvikende og desorganisert (Fosha, 2000). De ulike tilknytningsstilene kjennetegnes av forskjellige former og for ensomhet og isolasjon, og tilhørende ulike uttrykk for savn etter kontakt med seg selv og andre (Pando-Mars, 2016). Typiske tilknytnings situasjoner som kan vekke intense og smertefulle emosjoner er fryktet og faktisk tap, separasjon, å bli forlatt, alenetilstander og gjenforening (Ainsworth & Bell, 1970). Ettersom de ulike tilknytningsstilene kjennetegnes av ulike ensomhetsrelaterte fenomen, gjennomgår jeg utrygge og desorganisert tilknytningsmønster.

Ambivalent tilknytningsstil (*feeling, but not dealing*) kjennetegnes for mye *angst* blandet i affektene (Fosha, 2000). Dette kan vekkes av uforutsigbarhet hos omsorgsgiver (Fosha, 2000) og umarkert speiling av affekter (Fonagy, 2002). Barnet reagerer med sympatisk aktivering og kamprespons (Pando-Mars, 2016). Tilknytningssystemet er overaktivert og innebærer at barnet kontinuerlig overvåker omsorgsgivers tilgjengelighet. Utforskning og uavhengig fungering kan hemmes som følge av årvåkenhet overfor den andre, og individer kan være klengete, redde for å bli forlatt og redde for å være alene. Pasienter med ambivalent stil kan benytte regresjonsforsvar der visse emosjoner brukes som beskyttelse mot andre affektive opplevelser som aktiverer høye nivå av angst. Ekskludering av affekter som ikke har blitt tilstrekkelig speilet forekommer ofte. Pasienter med ambivalent tilknytning kan oppleve emosjoner, men ikke kjerneaffekter. Dette medfører at emosjonene ikke informerer optimal fungering (Fosha, 2000). Pasienter med denne stilen har ofte ikke utviklet autonomi og blir derfor værende i utilfredsstillende og skadelige relasjoner (Pando-Mars, 2016). Evne til å opprettholde relasjoner for enhver pris betraktes som glimt av resiliens (Pando-Mars, 2016).

Unnvikende tilknytningsstil (*dealing, but not feeling*) kjennetegnes av undertrykking av affekt i relasjoner (Fosha, 2000). Dette kan vekkes av ydmykelse, invaderende og avvisende atferd hos omsorgsgiver (Pando-Mars, 2016). Barn med denne stilen gir ikke uttrykk for stress verken ved separasjon eller gjenforening, og kan oppfattes som likegyldige til om omsorgsgiver er til stede eller ei (Fosha, 2000). Barn med unnvikende stil er imidlertid høyere fysiologisk aktivert sammenlignet med barn med andre tilknytningsmønster (Cassidy,

(1994); i Fosha, 2000). Stilen er forbundet med parasympatisk aktivering (Russell, 2015) og fluktrespons (Pando-Mars, 2016). Barnet kan forsvinne inn i seg selv (Fosha, 2000), og utvikler ofte overdreven selvstendighet og negative forventninger om at andre vil bidra med hjelp eller støtte (Pando-Mars, 2016). Individuer med unnvikende stil utvikler i beste fall en sårbar konsolidering av selvet (Fosha, 2000). Unnvikende stil kan imidlertid være forbundet med høy fungering på visse områder (Pando-Mars, 2016). Til tross for tilsynelatende mestring kan unnvikende stil medfører en bestemt type isolasjon: fravær av emosjonell og relasjonell kontakt med andre (Pando-Mars, 2016). Evne til å opprettholde integritet og funksjonsnivå betraktes som glimt av resiliens (Pando-Mars, 2016)

Desorganisert tilknytningsstil (*not feeling, not dealing*) er den mest alvorlige formen for tilknytningsforstyrrelse, og kjennetegnes av intens angst, overveldende affekter (Fosha, 2000, 2003) og frysrespons (Pando-Mars, 2016). Emosjonell og fysisk kontakt mellom barn og tilknytningsperson blir brutt uten forvarsel og uten reparasjon, selv om omsorgsgiver er fysisk til stede. Barnet smittes også av frykt og forvirring fra tilknytningspersonen (Main, (1995); Main & Hesse, (1980); i Fosha, 2000). Selve tilknytningsbåndet er truet og sårbart for forstyrrelser, noe som øker følelsen av fare. Dette fører til at barnet føler seg skremmende alene, at de føler seg fremmede, og de antar at andre ikke er til å stole på (Pando-Mars, 2016). I desorganisert stil bryter utholdelige affekter gjennom forsvaret, og forstyrrer kognisjon og atferd. Dette medfører dissosiasjon av bevisstheten og personligheten. Disse strategiene beskytter barnet mot ytterligere psykisk desintegrering. Affekter forstyrrer organisering av kognisjon og atferd (Fosha, 2000). Pasienter med desorganisert tilknytningsstil lider ofte av dyptgripende og omfattende psykisk lidelse (Fonagy, 2002). Det at individer har overlevd traumatiseringen betraktes som glimt av resiliens (Pando-Mars, 2016).

### ***Kasusformulering av utholdelig ensomhet i AEDP***

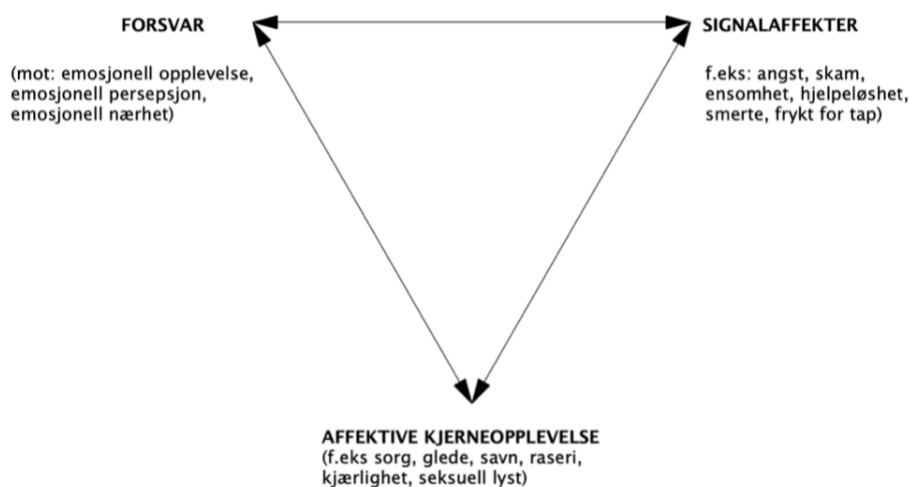
En av målsetningen med kasusformuleringen i AEDP er å knytte sammen et teoretisk *hvorfor* til en praktisk formulering av *hvordan* i en beskrivelse som gir retning for terapiforløpet. Kasusformuleringen starter med situasjonen og den utløsende faktoren som fikk pasienten til å oppsøke terapi. Formuleringen bygger på det pasienten forteller, samtidig som psykologisk refleksjon gjør at terapeuten også fanger opp subtile kommunisert

materiale. Formulering omfatter også kausale hypoteser med kjennetegn ved den enkelte pasients uutholdelige ensomhet og psykiske smerte. Terapeuten ser også etter i hvilken grad pasienten har tilgang til genuin emosjonell opplevelse i selv-tilstander og i selv-andre tilstander. Terapeuten observerer pasientens emosjonelle stil og i hvilken grad pasienten har kapasitet til emosjonsregulering alene og i kontakt med terapeuten. Psykodiagnostikk i AEDP handler om forståelse og organisering av pasientens uutholdelige ensomhet og relaterte problemer, og om å etablere et behandlingsmål som er meningsfulle for pasienten. Kasusformuleringen endrer seg etter hvert som pasienten kommer i kontakt med iboende ressurser i seg selv og får kontakt med tidligere ubevisste behagelige og smertefulle kjerneaffekter (Fosha, 2000). Terapeuten bruker fire skjematiske triangler som verktøy i formulering og for valg av intervensjoner (Fosha, 2000).

**Representasjon av uutholdelig ensomhet og psykisk lidelse i AEDP.** AEDP-terapeuten organiserer kontinuerlig pasientens væremåter i ulike relasjonelle kontekster ved hjelp av fire skjema for representasjon: *konflikttriangel* (figur 1: intrapsykisk organisering), to *selv-andre-emosjon triangler* (figur 2a og 2b: relasjonell-affektiv kontekst), og et *sammenligningstriangel* (figur 3: historisk og over tid). Terapeuten ser allerede fra første kontakt med pasienten etter forsvar og angst, og når det ikke brukes forsvar. Det første verktøyet terapeuten benytter for å representere pasientens materiale er konflikttriangelet for intrapsykisk organisering av emosjonelle erfaringer (Malan (1976, 1979); i Fosha, 2000).

### Figur 1

*Representasjon av intrapsykisk organisering av emosjonelle erfaringer*



*Note: Konflikttriangel i AEDP (Fosha, 2000)*

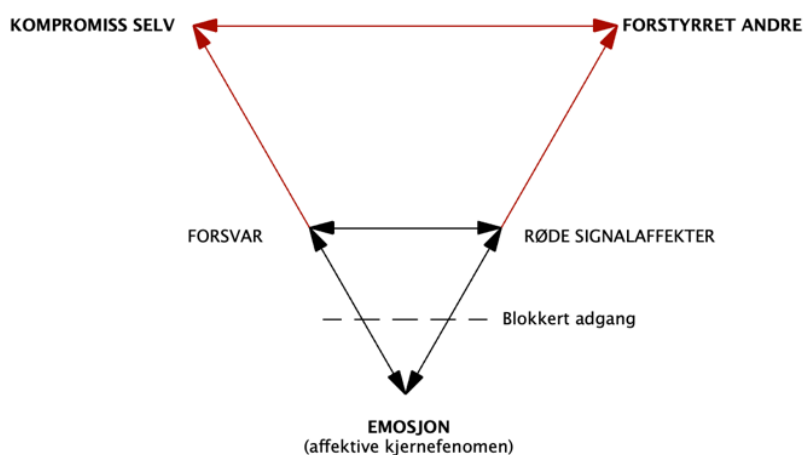


Dette triangelet illustrerer dynamikken i pasientens indre konflikter. Det nederste hjørnet av triangelet representerer optimal opplevelse av kjerneaffekt. De to øverste hjørnene illustrerer aktivering av sekundære responser som hemmer opplevelse av kjerneaffekt. Opplevelse av både tilpasset og uutholdelig ensomhet kan for eksempel representeres i konfliktriangelet: savnet og kjærlighet i affektiv kjerneopplevelse i nederste hjørne. Uutholdelig opplevelse av ensomhet i venstre hjørne. Og forsvar mot emosjonell opplevelse av uutholdelig ensomhet og kjerneaffekt i venstre hjørnet.

AEDP antar at individer har flere ulike selvtilstander som er knyttet til henholdsvis trygge og utrygge tilknytningsmønster. Figur 2a representerer selvet-på-sitt-verste og kan innebære ensomhet, emosjonell dysregulering og fravær av opplevelse av kjerneaffekt i relasjonell kontakt. Røde signalaffekter informerer terapeuten om at pasienten er i forsvarsmodus og trenger en bestemt type intervensjon for å komme til en mer effektiv selvtilstand. Røde signalaffekter er sekundære responser som skam, angst, ensomhet, hjelpeløshet, håpløshet, forvirring og fortvilelse. Effektive selvtilstander kjennetegnes av grønne signalaffekter som følelse av håp, forventning om behagelige konsekvenser, nysgjerrighet, begeistring, tillit og selvtillit. Disse affektene er tegn på trygghet, åpenhet for opplevelser og at pasienten er klar for endring (Fosha et al., 2019). Figur 2b representerer selvet-på-sitt-beste. Her har individet kontakt med kjerneaffekter, samtidig som pasienten er i relasjonell kontakt. Slike selvtilstander kommer til uttrykk i trygge tilknytningsrelasjoner.

### Figur 2a

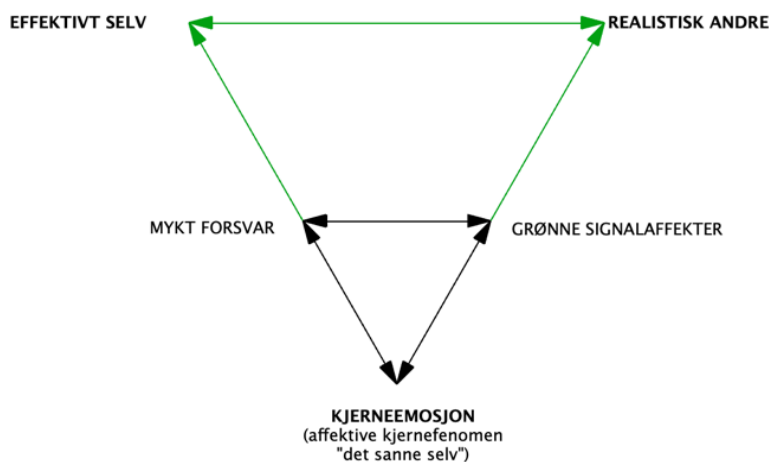
*Representasjon av utrygg relasjonell-afektiv kontekst (forsvarsmodus)*



*Note:* Persontriangel: Selvet-på-sitt-verste (Fosha, 2000)

**Figur 2b**

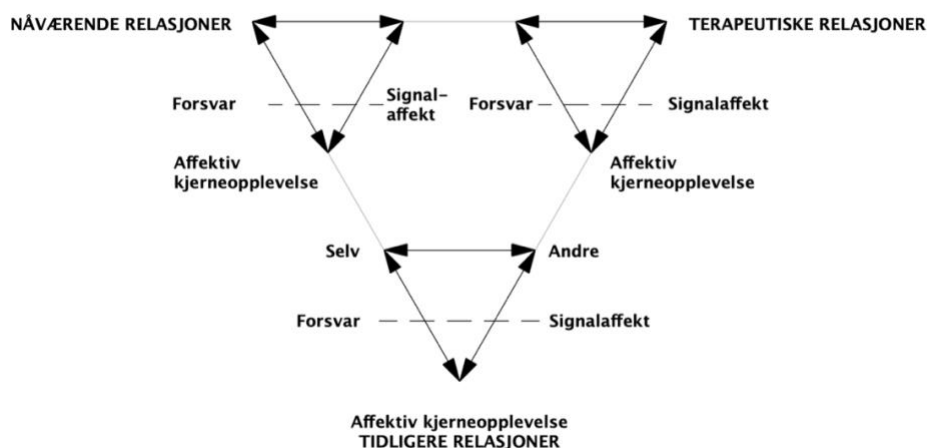
*Representasjon av trygg relasjonell-afektiv kontekst (effektivtodus)*



*Note:* Persontriangel: Selvet-på-sitt-beste (Fosha, 2000)

**Figur 3**

*Representasjon av selvet historisk over tid i ulike relasjonelle kontekster*



*Note:* Sammenligningstriangel (Fosha, 2000)

Persontriangelene brukes for å organisere hvilke indre og ytre triggere i øyeblikket som utløser bruk av forvar og hvilke triggere som beveger pasienten mot selvtilstander som tillater effektivt terapeutisk endring. Bevegelse fra forsvarstilstander til effektive tilstander foregår blant annet gjennom intervensjoner som retter fokus til pasientens kroppslige opplevelse av affekter (Fosha, 2000). Hvert av hjørne i sammenligningstriangelet representerer pasientens ulike relasjonelle kontekster. Ved bruk av dette triangelet undersøker terapeuten forholdet mellom tre kilder som kan påvirke endring: nåværende

relasjoner, terapeutisk relasjon i her-og-nå-øyeblikket og tidligere relasjoner som er opphavet til relasjonelle mønstre. Sammenligningstriangelet sammenstiller de tre selv-andre-emosjonstrianglene (figur 1, 2a og 2b) i et integrert konflikttriangel (Fosha, 2000).

### ***Behandling av uutholdelig ensomhet ved psykisk lidelse i AEDP***

Rammeverket i AEDP er bygget opp for behandling av alvorlige psykiske lidelser gjennom å gjøre om erfaringer og nåværende opplevelser av uutholdelig ensomhet. Terapeuten følger hele tiden pasientens smerte og hvordan den manifesteres i relasjoner. Intervensjoner i AEDP er delt inn i tre overordnede kategorier: relasjonelle strategier, restrukturerende strategier og opplevelses-affektive strategier (Fosha, 2000). Valg av intervensjoner guides av skjematisk organisering av pasientens materiale og terapeutens tilstedeværelse og observasjon av pasienten i her-og-øyeblikket (Fosha, 2000; Fosha et al., 2019). AEDP legger til grunn at emosjonelle minner ikke er umiddelbart tilgjengelige for lingvistisk språk, men at emosjoner må aktiveres og erfares kroppslig for at de skal bli meningsfulle og det kan tilføres en ny erfaring, i henhold til prinsipp om nevrologisk plastisitet (Siegel & Solomon, 2003). Vesentlige intervensjoner for endring er dyadisk ikke-verbal kroppslig kommunikasjon, opplevelsesbasert språk, transparent holdning, terapeutisk selvavsløring og refleksjon (Prenn, 2011). Dette skaper endring i indre arbeidsmodeller for tilknytning (Fosha, 2003). Terapeuten er oppmerksom på hvilke typer relasjonelle forstyrrelser som er aktuelle for hver enkelt pasient og tilpasser intervensjoner individuelt (Pando-Mars, 2016).

Pasientens respons til en intervensjon betraktes som en del av intervensjonen og reflekterer fokus på betydningen av dyadisk samspill i terapirelasjonen for å gjøre om pasienten uutholdelige ensomhet (Fosha et al., 2019). Det betyr at i AEDP er den terapeutiske holdningen av empati, bekreftelse og validering er vesentlig, men ikke tilstrekkelig for å gjøre om uutholdelig ensomhet (Fosha et al., 2019). Det avgjørende er at terapeuten utforsker hvordan pasienten tar imot og påvirkes av terapeutens holdning og praksis (Fosha et al., 2019). Pasientens respons til terapeutens kommentar bestemmer intervensjonens virkning (Eppel, 2018; Fosha et al., 2019).

I AEDP starter terapeuten arbeid med å etablere trygg tilknytning fra første møte med pasienten. Trygg tilknytning til terapeuten antas å være et premiss for å arbeide effektivt

med andre terapeutiske prosesser. Russell (2015) poengterte imidlertid at mange pasienter i store deler av terapien er i selvet-i-endrings tilstander. Det innebærer en veksling mellom selvet-på-sitt beste og selvet-på sitt-verste tilstander. Arbeid med å utvikle trygg tilknytning fra starten er vesentlig for at pasienten skal få en opplevelse av å ikke lengre være alene i møte med uutholdelige emosjonell smerte (*undoing aloneness*). Effektiv terapi foregår fra selvet-på-sitt-beste tilstander og fra denne tilstanden kan det arbeides med emosjonelle og relasjonelle problemer knyttet til selvet-på-sitt-verste tilstander (Fosha, 2000).

Selvet på sitt beste og trygg tilknytning (*feeling and dealing when relating*) kjennetegnes av at individer har tilgang til både positive og negative affektive kjerneopplevelse i relasjonelle kontekster. Når pasienten erfarer at forsvaret ikke lengre er nødvendig kan pasienten være til stede i relasjon til terapeuten og andre fra selvet-på-det-beste tilstand (Fosha, 2000). Dette medfører at pasienter som tidligere har følt seg ensomme når de er sammen med andre opplever relasjonell kontakt som impliserer redusert ensomhet. Pasienter som tidligere har unngått relasjoner får redusert sin ensomhet ved sosial isolasjon fordi har oppnådd kapasitet til emosjonsregulering, alene og sammen med andre. De trenger ikke lengre å bruke forsvar mot emosjonell opplevelse. Pasienter som har følt seg fremmede kan oppleve tilhørighet gjennom å utvikle kapasitet til å romme emosjonell aktivering sammen med andre. Desperate pasienter som tidligere ufrivillig har vekket ubehagelige følelser hos andre på grunn av for eksempel klengete atferd, og dermed ikke har oppnådd ekte relasjonell kontakt, kan få en økt opplevelse av autonomi og frihet gjennom økt kapasitet til emosjonsregulering alene, og i relasjonelle kontekster. Dermed kan pasientene oppleve mer gjensidig avhengige relasjoner, i stedet for relasjoner preget av avhengighet og desperat atferd for å unngå følelse av ensomhet, og å faktisk være alene (Pando-Mars, 2016).

### ***Endringsprosesser i AEDP***

I AEDP er det fire ulike, men relaterte terapeutiske endringsprosesser: relasjonell, affektiv, metaterapeutisk og helbredende prosess (Fosha & Thoma, 2020; Fosha et al., 2019; Fosha & Yeung, 2006). Endringsprosessen foregår gjennom fire faser i terapien og har fire tilhørende endringsstilstander (se figur 4 i appendiks). Prosessen med å etablere trygg tilknytning for å gi korrigerende emosjonelle erfaringer i relasjon starter ved begynnelsen av

terapiforløpet (Fosha, 2000). Den relasjonelle prosessen aktiverer en iboende helbredelsesprosess som frigjør kapasitet hos pasienten til opplevelse av kjerneaffekter. I starten av terapiforløpet innebærer relasjonelle endring at terapeuten tilrettelegger for at pasienten skal kunne føle seg trygg. Dette gjør at pasienten føler seg mindre ensom i sine opplevelser. Mot slutten av terapien er pasienten selv med på å skape en trygg tilknytning (Fosha et al., 2019).

Den affektive endringsprosessen innebærer at pasienten får tilgang til ubevisste affektive kjerneopplevelser. Opplevelse av distinkte emosjoner er i seg selv helbredende, men ikke tilstrekkelig for varig endring (Fosha, 2000). Synergien av arbeid med affekt i tilknytning bidrar til at det etableres trygghet og mindre angst ved emosjonell aktivering. Dette medfører redusert behov for bruk av forsvar, som igjen fremmer tilgang til kjerneaffekt og iboende ressurser hos pasienten. Tilgang på ressurser og energivende og vitaliserende affekter er nødvendig for å utvikle kapasitet til å bearbeide tidligere ubevisste og ufullførte emosjonelle erfaringer (Fosha, 2000). Metaterapeutisk prosessering gjennom refleksjon over store og små hendelser i terapien betraktes som vesentlig for varig terapeutisk endring av selvtilstander (Fonagy, 2002). Prosessen innebærer kognitiv og emosjonell integrasjon og konsolidering av tidligere ubevisst psykodynamisk materiale gjennom refleksjon og tilstedeværelse i her-og-nå øyeblikket (Tronick et al., 1998). Pasientens danner etter hvert en helhetlig og sammenhengende selvbiografisk fortelling, og forstår nå koblingen mellom sitt eget forsvar, angst og affektive kjerneopplevelser. Pasienten blir bedre kjent med sine egne responser og får innsikt i hvordan hen oppfatter og opplever «den andre» i forhold til sine tidligere erfaringer (Fosha, 2000). Det overordnede resultatet er at uutholdelig ensomhet blir gjort om fordi en større del av selvet blir integrert og kan være til stede i relasjon med seg selv og med andre. Resultatet av vellykket terapi er også at pasienten utvikler resiliens og blomstrer (Fosha, 2009a; Fosha & Thoma, 2020; Fosha et al., 2019).

### **Emosjonsfokuset terapi**

Det teoretiske fundamentet i EFT bygger på nevrovitenskap, emosjonsteori, utviklingspsykologi og humanistisk filosofi (Greenberg, 2019). Terapimodellen i EFT er drevet av sammensatte kasusstudier med systematisk analyse av endringsprosesser og

endringsmekanismer og kvalitative kasusstudier (Herrmann & Auszra, 2019; Pascual-Leone, 2018; Pascual-Leone & Kramer, 2019; Timulak et al., 2019). EFT har integrert praksiselementer fra person-sentrert humanistisk terapi og fra gestaltterapi (Greenberg, 2019). I EFT forstås menneskets fungering både i normaltstand og ved psykiske lidelser som dynamisk og prosessorientert. Sentralt i EFT er en konstruktivistisk konseptualisering av selvorganiseringer i form av emosjonelle skjema (Greenberg, 2019).

Konstruksjon av selvet foregår i dialektikken mellom kroppslig opplevelsesbasert og konseptuell kunnskap. Både automatisk tanker nedenfra-og-opp, og reflekterende tanker ovenfra-og-ned, skaper emosjonelle responser (Greenberg, 2019). EFT legger til grunn at kroppslige emosjonelle erfaringer påvirkes av evolusjonært baserte affekter og kulturelle og sosiale læringsprosesser (Greenberg, 2019). Samtidig påvirker emosjoner biologiske og nevrologiske nivå for fungering, samt psykologisk, kognitiv, atferdsmessig og mellommenneskelig fungering (Greenberg, 2019). Det innebærer en oppfatning av at selvet kan være i kontinuerlig endring (Stiegler, 2015). Det betyr videre at mennesker skaper seg selv, og at mistilpassede (*maladaptive*) emosjonelle skjema som skaper psykologiske problemer kan endres i psykoterapi (Greenberg, 2019). I EFT antas det at selvet består av flere emosjonelle skjema for selvorganisering og at ulike skjemaene kan være mer eller mindre kjente for individet (Stiegler, 2015).

Det terapeutiske rammeverket i EFT bygger på teori om distinkte emosjoner og prosessmodeller for terapeutisk transformasjon av emosjoner (Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Pascual-Leone & Kramer, 2019). EFT har et hierarki for kategorisering av emosjoner. Primære emosjoner er tilpassede og optimale emosjonelle opplevelser. Sekundære emosjoner er responser på primære emosjoner og behov, eller en emosjon *om* en annen emosjon (Greenberg & Goldman, 2019a). Et eksempel er at en person skammer seg (sekundær emosjon) over å føle savn og tristhet ved ensomhet (primær emosjon). I dette eksempelet kan skam som sekundære emosjonen hemme enten opplevelsen av savn og tristhet ved opplevelse av ensomhet, eller den kan hemme ledsagende handlingsrespons til ensomhet om å søke kontakt og omsorg. Sekundære emosjoner betraktes i EFT som erfaringsbaserte lærte responser.

Alle emosjoner kan i tillegg være tilpassede eller mistilpassede. Mistilpassede emosjoner betraktes som utdaterte responser som var hensiktsmessige i den opprinnelige situasjonen, men som i nye kontekster blir problematiske (Greenberg & Goldman, 2019a). I mistilpasset form kan emosjoner hemme tilgang til iboende informasjonen i emosjoner. I tilpasset form vil tristhet ved ensomhet utløse omsorgsrespons hos individet ovenfor seg selv, og omsorg fra andre. I systemet for kategorisering av emosjoner finnes også instrumentelle emosjoner. Dette er lært atferd som benyttes for å påvirke eller manipulere andre (Herrmann & Auszra, 2019). I EFT antar man at tilpassede emosjoner gir informasjon om iboende handlingstendenser, som igjen kan gi motivasjon til å få dekket tilhørende psykologiske behov. For eksempel vil tilpasset ensomhet innebære informasjon om behov for kjærlighet og kontakt. Dette behovet ledsages av en impuls til å handle slik at behovet kan blir oppfylt (Timulak, 2015).

### ***Teoretisk forståelse av psykisk lidelse i EFT***

I EFT antas det at underliggende sårbarhet ved psykisk lidelser er emosjonelle kjernesmerter som ikke er prosessert. Klientens selvorganisering ved psykisk lidelser representeres i emosjonelle skjema. Det som skaper symptomer på psykisk lidelse og problemer i livet er mistilpassede emosjonelle responser og strategier for å holde underliggende sårbarhet på avstand (Greenberg & Goldman, 2019a). Eksempler på strategier som hemmer emosjonell opplevelse og prosessering, er selvkritikk, selvavbrytelse, og atferdsmessig, kognitiv og emosjonell unngåelse (Greenberg & Goldman, 2019a). I EFT anerkjennes betydningen av tidligere emosjonelle erfaringer for utvikling av både tilpassede og mistilpassede emosjonelle skjema for selvorganisering (Stiegler, 2015). Ifølge Paivio og Pascual-Leone (2010) er mistilpassede emosjonelle skjema ofte utviklet i relasjon til vesentlige andre i viktige utviklingsfaser, men emosjonelle skader kan også oppstå senere i livet. Timulak (2015) påpeker at selv om årsaken til psykisk lidelser ofte viser seg å være negative erfaringer, så kan utvikling av psykisk lidelser også være påvirket av genetisk disposisjon. Gjentatt aktivering av mistilpassede skjema kan opprettholde og forsterke problematiske emosjonelle strategier for å holde smertefull sårbarhet på avstand, og derav oppstår psykisk lidelse (Greenberg & Goldman, 2019a).

**Teoretisk forståelse av ensomhet og psykisk lidelse i EFT.** EFT rammeverket for forståelse og behandling av psykisk lidelse omfatter alle emosjoner (Greenberg & Goldman, 2019a). Ensomhet kan i EFT være en tilpasset og mistilpasset emosjon, og den kan være både en sekundær og en primær emosjon. I tilpasset form gir ensomhet informasjon om behov for omsorg, kontakt og kjærighet og tilgang til handlingsrespons for å få behovene dekket. Ensomhet kan være en underliggende kjernesmerter som et resultat av mistilpasset selvorganisering omkring relaterte emosjoner, som opplevelser av tristhet, ensomhet, å bli forlatt og av tap. Ensomhetsrelaterte erfaringer er variasjoner av opplevelser av grunnleggende isolasjon, av å ha blitt forlatt og av tap (Timulak, 2015).

Smerten i ensomheten kan opprettholdes av individers negative tanker om seg selv (f.eks. «jeg er ikke elskbar») (Timulak, 2015). Smerten i ensomheten kan også skape problematiske sekundære responser som angst, depresjon og ytterligere emosjonell smerte og unngåelse (Greenberg & Goldman, 2019a). I standard EFT ble skam og frykt regnet som prototypisk emosjonell kjernesmertene, mens ensomhet ble betraktet som en sekundær emosjonell respons til frykt og skam (Greenberg, 2002; Greenberg & Watson, 2006). I Timulaks (2015) versjon av EFT betraktes ensomhet som én av tre prototypiske underliggende emosjonelle sårbarheter. I EFT har det vært ulike forståelser av ensomhetens natur.

Pascual-Leone og Kramer (2019) har argumentert for at klienter som er i tilstander av skam og/eller frykt ofte har en altfor beveget oppmerksomhet til hva de tror er årsaken til deres plager. Dette kan komme til uttrykk i tema knyttet til følelser av å være inkompetent, utilpass eller ensom. Pascual-Leone og Kramer argumenterte videre med at selv om ensomhet er et fremtredende klinisk uttrykk, så er den som oftest ikke fullt ut differensiert. Dette innebærer ifølge Pascual-Leone og Kramer at når ensomheten er differensiert er den ofte mistilpasset fordi den innebærer en dypere primær skam (f.eks. «*jeg er alene fordi jeg er upassende*», «*jeg er alene fordi jeg er ikke elskbar*») eller primær frykt (f.eks. «*jeg kan ikke overleve alene*», «*jeg kan overleve helt alene*»). Pascual-Leone og Kramer oppsummerte ensomhet som smertefull og at den i mistilpasset form er knyttet til kjernesmerter i mistilpasset frykt og/eller skam. På den andre siden av debatten omkring ensomhet som kjernesmerter eller mistilpasset sekundær respons er det i flere kasusstudier demonstrert at



ensomhet kan være sidestilt med frykt og skam i kjernesmerter (Timulak, 2015; Timulak & Keogh, 2020; Timulak & McElvaney, 2016; Timulak & Pascual-Leone, 2015). Timulak og Keogh (2020) argumenterte for at ensomhet er en emosjonell kjernesmerter fordi den ledsages av grunnleggende behov for kjærlighet og kontakt (f.eks. «*Jeg føler meg alene, jeg savner kontakt*»). Timulak and McElvaney (2016) poengterer at emosjonelle kjerneskjema for skam, frykt og ensomhet/tristhet er prototypiske, mens de i virkeligheten ofte opptrer sammen i ulike kombinasjoner.

Et poeng i debatten internt i EFT om omkring ensomhetens natur, er at forskningen som ligger til grunn i hovedsak er utført på klienter behandlet i tidsavgrensede EFT format (opptil 20 timer) (Timulak et al., 2019). Målet for korte terapiforløp i EFT kan være etablering av terapeutisk allianse og gjennomarbeiding av én problematisk selvorganisering. I disse terapiene diagnostiseres og adresseres verken overføring mellom terapeut og klient eller relasjonell repetisjon (Greenberg & Goldman, 2019b). Det er lite forskning på terapiforløp av lengre varighet i EFT, men ifølge Timulak (2015) kommer flere ulike problematiske selvorganiseringer til syne i terapier av lengre varighet. I EFT studier av terapiforløp på opptil 20 timer har det vært praksis å ekskludere klienter med omfattende problemer, og i stedet anbefale lengre terapiforløp (Timulak, 2015). Disse faktorene gjør at det foreløpig er ukjent om forskning i standard EFT kan generalisere til ensomme klienter med omfattende psykisk lidelse.

### ***Kasusformulering og terapiprosess i EFT***

Kasusformulering i EFT er en stegvis prosess som starter fra første møte mellom terapeut og klient og foregår gjennom hele terapiforløpet (se figur 5 i appendiks for transdiagnostisk kasusformulering og faser i EFT terapi). Kasusformuleringen er en dynamisk gjensidig prosess som er i kontinuerlig endring. Terapeuten undersøker først hvilken triggende hendelse som brakte klienten til terapi (Greenberg & Goldman, 2019b). Typiske triggerer for aktivering av kjerneskjema knyttet ensomhet er å bli forlatt, utestengt eller sviktet (Timulak, 2015). Formuleringen følger to spor: emosjoner og narrativ meningsdannelse. Prosessen har alltid prioritet fremfor innhold. Det betyr at terapeuten lytter og ser etter det som er emosjonelt ladet og gripende når klienten forteller sin historie. Emosjoner blir meningsfulle gjennom kroppslig kontakt med somatisk komponent ved

emosjoner, identifisering av emosjoner og ved å sette ord på subjektive følelser. Når emosjonen er satt ord på kan den reflekteres over, og kognisjon og emosjon kan integreres. Dette gir utvidet mening til narrativ, som igjen påvirker og organiserer emosjoner på en måte som gjør at informasjonen fra emosjoner blir meningsfull. Gjentakende emosjonell utforsking foregår helt til emosjonene endres og narrativ blir mer sammenhengende (Greenberg & Goldman, 2019b).

I tillegg til inndeling av kasusformulering i tre steg, er terapien delt inn i tre faser hvor klientens progresjon kartlegges (se figur 5 i appendiks). I motsetning til stegene i formuleringen som er fokusert på *hva*, er fokus i faseinndelingen på forståelse av *hvordan* de underliggende determinantene utvikler seg. Første fase handler om å etablere terapeutisk allianse og oppmerksomhet til emosjonell opplevelse. I mellomfasen er handler terapien om utforsking og å hente frem klientens erfaringer og holdninger til disse. Den tredje og siste fasen er endringsfasen, og omfatter konstruksjon av alternativer, gjennom å legge til rette for at klienten får nye erfaring med transformerende emosjoner, og engasjeres til refleksjon over nye emosjonelle opplevelser (Greenberg & Goldman, 2019b).

I EFT er det fire kompass som veileder klinisk praksis. Det første kompasset er emosjonell kartlegging for differensierte intervensjoner. Det andre kompasset er kunnskap om prinsipper for emosjonell endring og terapeutiske ferdighet i å arbeide med emosjoner på en måte som skaper endring. Det tredje kompasset er kasusformulering som veileder arbeidet individuelt for hver klient. Det siste og fjerde kompasset er identifisering av markører for ulike emosjonelle problemtilstander og kunnskap om intervensjoner. I EFT er det seks prinsipper for å arbeide med emosjoner: oppmerksomhet, uttrykk, regulering, refleksjon, *endre emosjon med emosjon* og korrigerende emosjonell erfaring i relasjon til terapeuten (Greenberg & Goldman, 2019b).

### ***Behandling av ensomhet ved psykisk lidelse i EFT***

I EFT er det en rekke klinikere som bidrar til utvikling av rammeverket. Timulak er blant forfatterne i EFT-litteratur som har forsket og skrevet mest inngående ensomhet involvert i psykisk lidelse (e.g., O'Brien et al., 2019; Timulak, 2015; Timulak et al., 2019; Timulak & Keogh, 2017, 2020; Timulak & Pascual-Leone, 2015). Ifølge Timulak (2015) er underliggende ensomhet ofte ikke kjent for klienter når de kommer i terapi, og det kan være

vanskelig å bringe klienters opplevelse av ensomhet til forgrunnen, og dermed også vanskelig å identifisere det assosierte behovet. En forutsetning for at klienten skal få kontakt med smerten i ensomheten som er underliggende for symptomer og sekundære responser, er at klienten kan føle seg trygg sammen med terapeuten. Timulak poengterte at individer som har mellommenneskelige skader ofte trenger lang tid for å etablere trygghet i terapi. Det betyr at mange ensomme klienter trenger terapiforløp av lengre varighet for å komme i kontakt med smerten i ensomheten og tilhørende behov for omsorg, kontakt og kjærlighet. Timulak har beskrevet terapeutens omsorgsfulle tilstedeværelse og empatiske responser som en motvekt til ensomme klienters negative relasjonelle erfaringer, og påfølgende emosjonelle sårbarhet og smerte. Det at terapeuten strekker seg ut mot smerten antas å bryte klientens ensomhet, og være korrigerende for erfaringer med at andre har oversett eller snudd seg vekk fra smerten. Terapeuten benytter også genuin selvavsløring av å bli beveget av klientens smerte, og kan vise sinne på vegne av klientens negative erfaringer (Timulak, 2015).

Ifølge Timulak (2015) kan en annen utfordring ved behandlinga av ensomme klienter være at når smerten i ensomheten aktiveres i nåtid, så er det en tendens til at hele klientens system av å føle seg grunnleggende forlatt og alene blir vekket. Opplevelsen av ensomhet blir altså altomfattende. Beskyttelse mot slike smertefulle følelser tar ofte form av å stenge ned for eller unngå emosjonell opplevelse. Unngåelsen kan involvere både atferdsmessige og emosjonelle strategier og kan omfatte alle situasjoner hvor det er potensiale for at underliggende sårbarhet trigges (se figur 5 i appendiks for skjematisk fremstilling av selvforsterkende effekt). Dermed reduseres sannsynligheten for at klienten får den kontakten og nærheten som er hen lengter etter. Potensielle nye relasjoner blir ofte ikke oppsøkt. En utfordring ved behandling av ensomme klienter er å mobilisere hen til å strekke seg mot andre. Både det å åpne opp for muligheten, legge merke til, og å slippe inn omsorg og kjærlighet fra andre kan være problematisk. Dette gjelder særlig for ensomme klienter som har et miljø som preges av mangel på faktisk tilgang på omsorg og kjærlighet. En annen utfordring ved behandling av ensomme klienter er at erfaringene med å bli forlatt og oversett ofte har skjedd tidlig i livet. Dermed har indre arbeidsmodeller for relasjoner og

emosjonelle kjerneskjema for selvorganisering omkring ensomhet blitt sterkt etablerte, stabile og selvforsterkende (Timulak, 2015).

Timulak (2015) har også poengterte at fokus på avslutning ved behandling av ensomme klienter som er unnvikende og redde for å være alene, skiller seg fra avslutning av terapi med klienter med andre problemer. I lange terapiforløp bestemmes vanligvis tidspunkt for avslutning av klientens opplevelse av å være klar for avslutning, som en følge av at de har oppnådd større uavhengighet. I kontrast til denne type avslutning er det vesentlig, både ved korte og lange terapier med særlig engstelige, unnvikende og ensomme klienter, å reforhandle avslutning av terapien gjentatte ganger. Dette fordi de kan være redde for å være alene og for å møte verden uten støtte fra terapeuten (Timulak, 2015).

### ***Endringsprosesser i EFT***

Studier av endringsprosesser i EFT har vist at det er to hovedelementer som skaper endring: terapeutisk allianse og emosjonell transformasjon. Den terapeutiske alliansen kan være en helbredende faktor i seg selv, samtidig som den terapeutiske alliansen legger til rette for terapeutisk arbeid. Terapeuten etablerer alliansen gjennom tilstedeværelse og differensiert empatisk respons til klientens emosjonelle tilstand. En del av alliansebyggingen er at klient og terapeut blir enige om felles mål for terapiforløpet. Det viktigste prinsippet i EFT, og kjernen i hypotesen om terapeutisk endring, er å *endre emosjon med emosjon*. Dette prinsippet benyttes når klientens emosjonelle kjerneskjema blir reaktivert i terapi. Endringen skjer gjennom å få tilgang på tilpassede primære emosjoner. Det andre prinsippet for emosjonell transformasjon i EFT er *korrigerende emosjonell erfaring* som oppstår i en mellommenneskelig relasjon til terapeuten. Det at terapirelasjonen er genuin og kontinuerlig gjennom forløpet kan i seg selv være en korrigerende erfaring. For eksempel vil emosjonell kjernesmerter ved ensomhet som stammer fra erfaringer med neglisjering og manglende inntoning fra viktige andre, kunne endres i relasjon til terapeuten. Korrigerende emosjonelle erfaringer i relasjon kan bestå av gjentatte opplevelser av å bli sett, hørt og forstått, samtidig som klienten føler nærhet til terapeuten (Greenberg & Goldman, 2019b).

Resultatet av emosjonell endring for ensomme klienter kan innebære at de får kontakt med selvmedfølelse både for seg selv i nåtid, og for seg selv i den opprinnelige situasjonen. Det kan også omfatte økt medfølelse for andre. Endring i EFT omfatter også sorg over det

som er tapt og det klienten har gått glipp av. Tilgang til beskyttende sinne, i stedet for avisende sinne, er også en vesentlig for emosjonell endring i EFT. Dette gjør at den ensomme klienten i stedet for å avvise og unngå potensielle nye relasjoner, kan være selvhverdende til stede i relasjon til andre (Holowaty & Paivio, 2012). Som overordnet resultat av vellykket terapi oppnår klienten større flyt i emosjonelle opplevelser, agens og myndiggjøring av seg selv (Greenberg & Goldman, 2019a; Timulak & Keogh, 2020)

### **Sammenligning av AEDP og EFT**

I sammenligningen som følger går jeg først gjennom hovedtrekk i likheter og ulikheter mellom AEDP og EFT med hensyn til teoretisk forståelse av ensomhet ved psykisk lidelse (se tabell 3-5 i appendiks for metodisk oversikt for sammenligning). Neste tema for vurdering av modellene er relatert til prinsipperklæring for evidensbasert klinisk praksis (American Psychological Association, 2006; Norsk Psykologforening, 2007). Deretter sammenligner jeg AEDP og EFT ut fra betydning av teoretisk forståelse og med hensyn til betydning av virksomme fellesfaktorer i psykoterapi (Stricker, 2010; Wampold, 2015). Avslutningsvis oppsummerer jeg hvorvidt AEDP og EFT komplementerer hverandre med hensyn til forståelse og behandling av ensomhet ved psykisk lidelse. Jeg sammenligner AEDP både med standard EFT og tilpassede formater av EFT. Med hensyn til begrepsbruk benyttes følelser, affekt og emosjon noe ulikt i de to modellene. I teksten som følger bruker jeg følelser der det er en tydelig subjektiv komponent, emosjon om distinkte affektive opplevelser, og affekt når jeg omtaler generelle fenomen. I AEDP brukes betegnelsen pasient og i EFT brukes betegnelsen klient om individer i terapi. Videre i oppgaven benytter jeg pasient der hvor det handler om betraktninger på tvers av modellene.

### **Teoretisk forståelse av ensomhet og psykisk lidelse i AEDP og EFT**

Med tanke på at AEDP og EFT har utspring i to tradisjonelt ulike terapitradisjoner (psykodynamisk og humanistisk) vil det i utgangspunktet være å forvente at de to modellene skiller seg fra hverandre i forståelse og behandling av problematisk ensomhet. AEDP og EFT tar imidlertid begge utgangspunkt i potensiale for terapeutisk endring gjennom opplevelsesbaserte emosjonelle og relasjonelle prosesser. Terapeutiske endringsprosesser antas i begge modellene å ha transdiagnostisk rekkevidde (Fosha et al., 2009; Iwakabe et al., 2020; Timulak & Keogh, 2020). Det vil si at de samme prosessene er involvert i endring på

tvers av ulike psykiske lidelser (Welling, 2012). Den affektive modellen i AEDP er en dyadisk modell for endring der relasjon og emosjonell endringsprosess er avhengig av hverandre. Emosjonell transformasjon i EFT er derimot delt opp i to delvis uavhengige prosesser: emosjonell og relasjonell prosess.

Det argumenteres både i AEDP og EFT for at ensomhet er et transdiagnostisk fenomen (Fosha, 2000; Timulak & Keogh, 2020). Dette gjelder både for utviklingsbasert ensomhet og problematisk ensomhet som oppstår senere i livet. Ensomhet kan både i begge modellene være involvert i underliggende emosjonell sårbarhet for psykisk lidelse (Fosha, 2000; Greenberg & Goldman, 2019a). Ensomhet antas også i begge modellene å være et transdiagnostisk sekundært problem ved psykisk lidelse. Det transdiagnostiske perspektivet gjør at begge terapimodellene i utgangspunktet kan forstå og behandle av en rekke lidelser som omfatter ensomhet.

AEDP legger til grunn at uutholdelig ensomhet er involvert i all affektiv psykopatologi. Modellen er utviklet for å behandle både «vanlige» og mer omfattende psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelse og traumelidelser. I EFT betraktes derimot ensomhet som en av flere mulige primære og sekundære emosjoner som kan bidra til utvikling og opprettholdelse av psykisk lidelse. EFT er i utgangspunktet utviklet for individer som har en viss kapasitet til emosjonell regulering (Stiegler, 2015) og som har ikke har omfattende personlighetsproblemer eller identitetsforstyrrelser (Greenberg & Goldman, 2019a). I EFT er det imidlertid utviklet tilpassede formater for behandling av mer omfattende og alvorlige psykiske, assosiert med ensomhet. Eksempler på omfattende lidelser som behandles i individuell EFT er unnvikende og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Pos, 2014; Pos & Greenberg, 2012; Pos & Paolone, 2019; Warwar et al., 2008) og spiseforstyrrelser (Dolhanty & Greenberg, 2007).

### ***Forskningsstøttet klinisk praksis i AEDP og EFT***

Før jeg fokuser på spesifikke tema for sammenligning, går jeg først gjennom forskningsgrunnlaget i AEDP og EFT. Dette overordnede bildet er relevant for sammenligningen fordi det belyser noen av ulikhetene mellom modellene. Begge modellene tar imidlertid utgangspunkt retningslinjer for «forskningsstøtte» til psykologisk praksis (American Psychological Association, 2006). Retningslinjene beskriver to ulike typer

forskning som kan kvalifisere virksom praksis (Berg, 2020). Den ene metoden er randomiserte kontrollstudier (RCT) for manualbasert behandling av bestemte diagnostiske kategorier (f.eks. depresjon eller sosial angstlidelse). Den andre metoden for forskningsstøttet praksis er utvikling av helhetlige teoretisk rammeverk for forståelse og behandling av psykologiske problemer. Rammeverket kan underbygges med kasusforskning innenfor modellen, og forskningsstøtte for prinsipper for praksis både utenfor og innenfor modellen (Stricker, 2010). Den siste metoden for forskningsstøttet praksis omfatter som regel transdiagnostisk forståelse av psykiske lidelser, og transdiagnostiske prinsipper for behandling av ulike lidelser (Stricker, 2010).

Både AEDP og EFT vektlegger betydningen av at klinisk praksis skal informeres av forskning og integrert teoretisk forståelse. Forskningen innen hver av modellene skiller seg likevel fra hverandre på flere måter. AEDP er en relativ ny terapimodell som i de første årene av utviklingen av modellen først og fremst fokuserte på utvikling av et integrert teoretisk rammeverk for transdiagnostisk forståelse av uutholdelig ensomhet og psykisk lidelse (Fosha, 2000, in press). Siden 2014 er det i AEDP gjennomført utfallsstudier av terapi og det er etablert prinsipper for forskning innenfor eget rammeverk (Fosha, in press; Fosha & Thoma, 2020; Iwakabe & Conceicao, 2016; Markin et al., 2018). Blant annet har en sammensatt kasusstudie av 62 pasienter med ulike psykiske lidelser i et 16 timers format, vist at AEDP behandling er effektiv på tvers av flere psykiske lidelser (Iwakabe et al., 2020). AEDP er en modell som vektlegger betydningen av klinisk ekspertise. Dette reflekteres i fokus på veiledning av terapeuter ved bruk av opptak av terapier og flere nivåer av videreutdanning.

Tidlig forskningsstøtte for EFT-behandling bestod av sammensatte kasusstudier av systematisk analyser av emosjonelle endringsprosesser (e.g., Goldman, 2019; Greenberg & Safran, 1989). EFT etablerte forskningsstøtte for effekt av behandling av depresjon gjennom RCT. De første utfallstudier på korttidsterapier (opptil 20 timer) for depresjon viste prototypiske selvorganiseringer knyttet til frykt og skam. Det finnes ikke RCT forskning som støtter EFT-behandling av depresjon knyttet til underliggende sårbarhet organisert omkring ensomhet. Nyere EFT-forskning ved bruk av kvalitative analyser av enkeltstående kasus har derimot demonstrert at ensomhet kan være underliggende sårbarhet (dvs. primær emosjon)

(e.g., Dillon et al., 2018; McNally et al., 2014; O'Brien et al., 2019). Innen EFT er de siste årene i økende grad fokusert både eksplisitt og implisitt på ensomhet som del av underliggende emosjonell sårbarhet for psykisk lidelse (e.g., Greenberg & Goldman, 2019a). Oppsummert kan AEDP betraktes som en modell som er utviklet for alvorlig psykisk lidelse knyttet til uutholdelig ensomhet, og som har begynnende støtte i forskning for effekt av behandling på tvers av lidelser. EFT har på den andres siden utviklet seg fra å være en modell med smalt og pragmatisk fokus, til å være en modell som nå omfatter forståelse og behandling av mer alvorlig psykisk lidelse som involverer ensomhet.

### ***Betydning av å utvikle kapasitet til å være alene i AEDP og EFT***

Antakelsen i AEDP om at uutholdelig ensomhet i møte med overveldende affektive opplevelser er underliggende for psykopatologi, bygger blant annet på Winnicott (1958) som fremhevet den utviklingsmessige betydningen av å utvikle kapasitet til å være alene. Ifølge Winnicott (1958) utvikles barnets kapasitet til å være alene i tilstedeværelse av en annen relativt spenningsfri omsorgsperson. Dette utviklingssteget antas å være vesentlig for å utvikle en god relasjon til seg selv, som innebærer å være komfortabel med å være alene (Winnicott, 1958). AEDP bygger på Winnicotts med hensyn til betydningen av å utvikle kapasiteten til å være alene som et videre fundament for å kunne være emosjonelt til stede med «det sanne selv» i relasjon med annen (Winnicott, i Fosha, 2000).

I AEDP er konseptet «den sanne andre» introdusert som et relasjonelt tilsvarende til «det sanne selv». «Den sanne andre» beskrives som en subjektiv opplevelse av en person som svarer på «riktig» måte, og som vil oppfattes som en sann person i øyeblikket (Fosha, 2000). I terapi kan pasienten gjennom relasjonell kontakt med en terapeut som er «den sanne andre» i øyeblikket, folde ut og bli kjent sider av seg selv som ble utviklingsmessig ble hindret som et resultat av manglende kapasitet hos omsorgsgiver til å regulere pasientens følelser. Kapasitet til å være alene involverer altså kapasitet til emosjonell opplevelse både alene og sammen med andre. Manglende kapasitet til å være alene impliserer i AEDP uutholdelig ensomhet, og kan oppleves når pasienten er faktiske alene og er sammen med andre.

EFT anerkjenner også den utviklingsmessige betydningen av gjentatte negative relasjonelle erfaringer som opphav til mistilpassede selvorganiseringer, men ensomhet er



ikke implisert ved all affektiv lidelse slik som i AEDP. I EFT legges det til grunn at selvet skapes av flere emosjonelle skjema og målet for terapi er å endre mistilpassede emosjonelle skjema. Etter endringen oppnår klienten agens og myndiggjøring. Dette tilsvarer «det sanne selv» i den forstand at det innebærer mulighet til mer fleksibel psykologisk fungering. Utfall av vellykket terapi i standard EFT kan innebære agens på et avgrenset område, og omfatter ikke nødvendigvis mål for terapien om å utvikle kapasitet til å være alene. Ifølge Timulak (2015) er det vanlig i EFT-forløp av lengre varighet at klienter kommer i kontakt med flere problematiske selvorganiseringer, som må bearbeides for at klientens skal oppnå agens og fleksible emosjonelle opplevelser på flere områder for psykologisk fungering.

EFT har røtter i humanistisk personsentrerte terapi. Men AEDPs rammeverk sammenfaller i minst like stor grad som rammeverket i EFT humanistisk personsentrert terapi (Rogers, 1957, 1995/1980, 2004/1961). Rogers argumenterte for at «terapi handler om å legge til rette for å fjerne hindringer for personlig vekst og hjelpe til med å forløse det som alltid har vært der» (Rogers, 1995/1980). På denne måten kom individer nærmere «selvaktualisering», som blant annet innebar at personen oppnådde frihet til å være til stede med hele seg og at hele selvet får utfolde seg. Denne måten å forstå personlig utvikling i terapi tilsvarerende Foshas (2000) antakelse om at normal psykologisk utvikling som hindres i barne- og ungdomsår, kan utvikles senere i en terapeutisk relasjon. En kommentar her er at kapasitet til å være alene i AEDP og agens og myndiggjøring i EFT, ikke må forveksles med relasjonell uavhengighet som har vært idealet for en rekke eksistensielle tenkere (e.g., Kirkegaard og Sartre, i van Deurzen et al., 2019). Tvert imot innebærer utvikling av kapasitet til å være alene og agens at pasienten oppnår kapasitet til å være til stede med hele seg selv, eller større deler av seg selv, i relasjon til seg selv og andre. Et argument som underbygger dette er at positiv ensomhet og isolasjon har blitt betraktet som en ønskelig tilstand blant individer som har utviklet kapasiteten til å være alene (e.g., Rogers, 2004/1961; Winnicott, 1958).

For pasienter som oppfatter det å være alene som ønskelig kan det være vesentlig at terapeuten undersøker om det handler om sosial isolasjon motivert av behov for utvikling og konsentrasjon, eller om sosial isolasjon er motivert av unngåelse av emosjonell opplevelse (Leary et al., 2003). Det er ikke nødvendigvis en motsetning mellom suboptimal kapasitet til

emosjonsregulering, som fører til stort behov for og ønske om sosial isolasjon, og opplevelse av positive effekter ved ensomhet. Det avgjørende er om individet sosiale isolasjon og unngåelse oppleves som problematisk og medfører redusert funksjon i hverdagslivet. Fonagy (2002) har poengtert at de fleste med utrygge tilknytningsmønster ikke utvikler psykisk lidelse, og Bohart og Tallman (2010) har pekt på at fleste som blir utsatt for traumatiske hendelser ikke utvikler posttraumatiske symptomer som vedvarer.

Vanlige kjennetegn hos individer som derimot utvikler psykiske lidelser som er relatert manglende kapasitet til å være alene er: frykt for å bli forlatt og for å faktisk være alene (assosiert med f.eks. EUPF/BPD og generalisert angstlidelse); og sosial tilbaketrekning og overdreven frykt for negativ sosial vurdering (assosiert med f.eks. UvPF og sosial angstlidelse). De første fenomenene og lidelsene er preget av emosjonell underregulering både alene og i relasjoner, mens fenomenene og lidelsene som ble nevnt sist er preget av emosjonell overregulering, både alene og i relasjoner. I klinikk rapporteres det også om veksling mellom emosjonell over- og underregulering hos samme individ. Dette poengterer at ensomhet relatert vil psykisk lidelse kan komme til uttrykk på en rekke ulike vis.

I Timulaks (2015) versjon av EFT ble det også poengtert at dyptgripende ensomhet kan være særlig vanskelig å behandle hos klienter som faktisk ikke har støttende omgivelser i hverdagen. Andre har også argumentet for at dette paradokset er det mest utfordrende ved behandling av ensomme hos pasienter med personlighetsforstyrrelse (e.g., Fassbinder et al., 2018; Matthies et al., 2018). Ettersom denne type problemer kan fordre at terapeuten kontinuerlig vender tilbake til tema omkring avslutning, er det vesentlig at terapeuten fanger dette opp tidlig i kasusformuleringen og inkluderer frykt for å være alene som et tematisk fokus gjennom hele behandlingen og kapasitet til å være alene som mål for behandlingen.

### **Klinisk betydning av forståelse av ensomhet i AEDP og EFT**

Med hensyn til den interne debatten i EFT, som har handlet om hvorvidt ensomhet er en primær eller sekundær emosjon (Pascual-Leone & Kramer, 2019; Timulak & Pascual-Leone, 2015), kan det ha kliniske implikasjoner ettersom det også legges til grunn at klienten må få kontakt med den underliggende emosjonelle smerten (frykt, skam og ensomhet) for å oppnå terapeutisk endring. Dersom ensomhet som sekundær reaksjon blir oppfattet av terapeuten som emosjonell kjernesmerter, så vil frykt og skam i underliggende

emosjoner kunne bli oversett. Men ut ifra prinsipp i EFT om at terapeuten alltid veileder klienten til det mest smertefulle, så vil teoretisk uenighet om ensomhets natur ikke nødvendigvis ha klinisk betydning.

I AEDP betraktes de problematiske relasjonelle, emosjonelle og kognitive tendensene hos ensomme individer omtalt av blant andre Cacioppo og Hawkley (2009); Heinrich og Gullone (2006); Lim et al. (2020); og Masi et al. (2011), som resultater av negative tilknytningserfaringer eller senere traumatisering. AEDP forstår uutholdelige ensomhet som uløselig knyttet til emosjonell opplevelse i relasjon til viktig andre. I denne forståelsen representerer ensomheten erfaring med relasjonelle forstyrrelser, og smertefulle affekter blir uutholdelige som et resultat av emosjonelt eller fysisk fravær av den andre. I standard EFT organiseres relasjonelle vansker i kjerneskjema for tilknytning, men det antas at emosjonelle problemer er primære også ved relasjonsvansker. I tilpasset EFT for traumer (Paivio & Laurent, 2001), personlighetsforstyrrelser (Pos, 2014), i EFT for lengre terapiforløp (Timulak, 2015), og i norsk EFT litteratur (Stiegler, 2015) vektlegges imidlertid tilknytningsteori i større grad for forståelse av ensomhet ved ulike psykiske lidelser.

### ***Erkjent og ikke-erkjent ensomhet***

Begge rammeverkene legger til grunn selvet består av flere ulike organiseringer og at det er sider ved pasienten som kan være mer eller mindre erkjente. I AEDP beskrives dette som at selvet består av flere selvtilstander, at enkelte selvtilstander er ubevisste og at tilgang på ulike selvtilstander er avhengig av den relasjonelle konteksten. Det betyr at en terapeut som fremmer trygghet i møte med en ensom pasient vil bidra til at pasienten føler seg mindre alene, fordi hen kjenner seg emosjonelt friere til å utforske flere selvtilstander. EFT har en tilnærmet lik forståelse av klientens ikke-erkjente ensomhet, men den formuleres på en mer pragmatisk måte. I EFT antas det at ensomme klienter ikke alltid har tilgang til sine emosjonelle minner, fordi de er så smertefulle (Greenberg & Goldman, 2019a).

Felles for AEDP og EFT uavhengig forståelse av erkjent og ikke-erkjent ensomhet, en antakelse om at gjennom at pasienten får økt kapasitet til emosjonsregulering, så kan hen få tilgang på kjerneaffekter og tidligere ukjente sider av seg selv som følelser av savn og tristhet ved ensomhet. Begge modellene antar i tillegg at når om ensomheten er erkjent av

pasienten når hen kommer i terapi, så kan likevel automatiserte organiseringer av selvet hindre emosjonell fleksibilitet og medføre psykisk lidelse.

### ***Ensomhet ved eksistensiell isolasjon i klinisk praksis***

Verken ADEP og EFT fokuserer eksplisitt på ensomhet ved eksistensiell isolasjon, som for eksempel i ulike eksistensielle psykoterapiretninger (Jacobsen, 2007; van Deurzen et al., 2019; Yalom, 1980). Eksistensielle behandlingstilnærminger blir brukt på tvers av andre terapiretninger gjennom terapeutens egen teoretiske assimilerte integrasjon. Til tross for bred integrasjon i både AEDP eller EFT er ikke ensomhet ved eksistensiell isolasjon eksplisitt integrert i noen av modellene. Yalom (1980) har imidlertid argumentert for at eksistensiell isolasjon bør adresseres i alle terapiforløp. Yalom (1980) har også påpekt betydningen av at terapeuten er kjent med sin egen eksistensielle angst og ensomhet, for å kunne behandle pasienters tilsvarende problemer. Rasjonale for å adressere det fellesmenneskelige aspektet ved ensomhet er at det kan være lindrende for pasienters smertefulle opplevelser å erkjenne at de ikke er alene om lidelse. Andre forfattere har også påpekt den kliniske betydning av annerkjennelse av det fellesmenneskelige i lidelse (e.g., Germer & Neff, 2013).

Uten at det nevnes eksplisitt i AEDP kan det være at fravær av fokus på eksistensiell ensomhet, er en antagelse om at problematisk eksistensiell isolasjon handler om sekundær angst og bekymring som holder pasientens uutholdelige ensomhet og underliggende emosjonelle sårbarhet på avstand. I Timulaks (2015) versjon av EFT knyttes imidlertid eksistensiell ensomhet til erfaringer med overveldende ensomme opplevelser i barndommen. En studie som underbygger denne forståelsen av eksistensiell ensomhet er Helm et al. (2020) som fant at utrygge tilknytningsmønstre er assosiert med eksistensiell isolasjon, mens trygg tilknytning ikke er assosiert med eksistensiell isolasjon. Definisjonen av eksistensiell isolasjon i denne studien var at basert på Yaloms: «en følelse av å være alene med en opplevelse som om ingen andre deler og ingen kan være i nærheten av å forstå» (Pinel et al., 2017). Denne beskrivelsen tilsvarer forståelse av uutholdelig ensomhet i AEDP.

Det kan argumenteres ut ifra sammenfallende prinsipp i AEDP og EFT om prioritet av emosjonelt ladet materiale fremfor innhold i pasientens fortelling, at bekymringer knyttet til eksistensiell ensomhet kan behandles i begge modellene gjennom at pasientene får økt kapasitet til emosjonsregulering. Dette bidrar til at pasientens årvåkenhet for trusler, også

når det ikke er fare til stede, blir redusert. Det medfører også at pasienten får økt kapasitet til tilstedeværelse og refleksjon. Dermed vil opplevelse av ensomhet og grubling omkring eksistensielle isolasjon kunne reduseres gjennom at pasienten oppnår kapasitet til å være emosjonelt til stede i øyeblikket i relasjonell kontakt med terapeuten. Gitt at dette generaliseres til utsiden av terapien, så vil pasienten også oppleve økte kontakt i relasjoner i hverdagen og dermed redusert følelse av «at ingen andre har det som meg». Men forskning har vist at en del pasienter trenger gjennomarbeiding og tilrettelegging for emosjonell bearbeiding av flere underliggende problemområder for at økt kapasitet til emosjonsregulering skal generaliseres til flere områder. Det kan derfor være av klinisk betydning at klinikerer har et aktivt forhold til ensomhet ved eksistensiell isolasjon.

### **Behandling av ensomhet ved psykisk lidelse i AEDP og EFT**

Både AEDP og EFT er terapimodeller for korttidsbehandling<sup>1</sup>. Det er imidlertid poengtert i både AEDP og EFT at mange ensomme pasienter har behov for behandling av lengre varighet enn de korteste formatene (12-20 timer). Begge modellene er bygget på terapiforskning som har vist at varig emosjonell endring kan oppstå raskt og spontant, også i korte terapiforløp. AEDP er bygget opp omkring forskningen på korttidsdynamisk terapi (Davanloo, 1980; Davanloo, 1986, 1988). EFT er bygget opp egen forskning på emosjonell endring i terapi (se også Goldman, 2019 for en gjennomgang av forskning i EFT).

I innledningen refererte jeg til en studie som demonstrerte at ensomme individer med angst og depresjon som ikke følte seg mindre ensomme av intervensjoner som innebar ren sosial kontakt (Meltzer et al., 2013). For å behandle ensomhet ved psykisk lidelse vektlegges det både i AEDP og EFT at pasienten bearbeider relevante selv-selv og selv-andre tilstander, for å kunne erfare ekte relasjonell kontakt. Gjennomarbeiding av underliggende emosjonell sårbarhet hos faktisk og emosjonelt ensomme pasienter, vil føre at ensomme individer opplever relasjonell tilfredsstillelse av ren sosial kontakt etter vellykket AEDP og EFT behandling. Rasjonale for dette er at når pasienten har bearbeidet underliggende emosjonell smerte, og fått kontakt med tilpassede emosjoner, så vil mellommenneskelig samhandling også kunne erfares på en ny måte. Individet føler seg dermed friere til å være til stede med

---

<sup>1</sup> Begrepet korttidsterapi omfatter et stort spenn av varighet, fra 5 til 250 terapitimer. Begrepet skiller tradisjonell psykoanalytisk terapi, uten begrensning i varighet, fra nyere terapiformer som har fokus på effektive teknikker for å fremme terapeutisk endring på kortest mulig tid.

større deler seg selv i relasjoner, og følelsen av ensomhet ved faktisk tilstedeværelse av andre vil bli redusert. De oppnår altså kapasitet til å være alene.

På tross av fokus på effektiv og kortvarig behandling anerkjennes det likevel begge modellene at mer omfattende lidelse kan ta lengre tid å behandle. Disse lidelsene innebærer ofte ensomhet, tidlige relasjonelle skader og omfattende traumatisering senere i livet (Fosha, 2003; Timulak, 2015). Disse pasientene kjennetegnes blant annet av mangel på tilgang til verbalt språk for den underliggende sårbarheten. Minnene kan være lagret før pasienten hadde utviklet kognitiv kapasitet til språk og refleksjon, eller de er utilgjengelige fordi belastningen ved senere traumer hindret integrering av emosjonelle og kognitive komponenter ved minnet. Pasienter har da behov for å kapasitetsbyggende terapi for å komme i kontakt med kroppslige erfaring, sette ord på erfaringer og bearbeide ordløse emosjonelle og relasjonelle tilstander, for at de ulike komponentene ved minnet kan bli integrert (Tronick et al., 1998). Begge modellene vektlegger betydningen av å arbeide med kroppslig opplevelse i her og nå øyeblikket. Denne type intervensjoner har betydning for behandling av ensomme pasienter som unngår emosjoner, ikke har kontakt med emosjoner, som ikke opplever emosjoner som meningsfulle og for de som blir disorganiserte av emosjonell aktivering.

I AEDP vektlegges utveksling av behagelige følelser i terapirelasjonen, og det som kjennes «riktig ut», for å fremme tilstedeværelse hos pasienten fra selvet-på-sitt-beste tilstand (Fosha et al., 2019). Fokus på trygghet og vitale emosjonelle opplevelse bidrar til energi og kapasitet til å bearbeide tidligere ordløse minner (Prenn & Slatius, 2018). Når klienter i EFT har omfattende problemer med emosjonsregulering benyttes det blant annet mindfulness-baserte intervensjoner som fokus på kroppslig fornemmelser av emosjoner og beroligende pust (Timulak, 2015). I EFT benyttes også en spesifikk øvelse for å holde intense emosjoner på en hensiktsmessig distanse - *clearing a space* - (Gendlin, 1986). Fokus på kropp og pust bidrar til å bygge klientens kapasitet til å være emosjonelt til stede i her og nå øyeblikket (Siegel, 2012; Stern, 2004). Begge modellene poengterer betydningen av emosjonsregulering både for å redusere pasienters opplevelse av å være alene med uutholdelige følelser, og for å bygge kapasitet til å prosessere underliggende emosjonell sårbarhet. Intervensjoner for å regulere pasientens emosjonelle aktiveringsnivå i AEDP og

EFT skiller seg noe fra hverandre, men modellene fremstår som kompatible med hverandre på dette området. I både AEDP og EFT er terapeuten aktivt til stede for pasienten, og leder an og tilrettelegger når pasienten har problemer med å være til stede i øyeblikket. Samtidig kan terapeutene i begge modellene lene seg tilbake og følge pasienten opplevelse når det samtidig fører til terapeutisk progresjon.

I AEDP er det uttalt fokus på betydningen av ulike tilknytningsmønstre for forståelse og behandling av uutholdelig ensomhet og psykiske lidelser. I AEDP er intervensjoner differensiert i henhold til ulike tilknytningsmønstre. En tilknytningsinformert EFT-terapeut kan imidlertid også integrere en tilsvarende forståelse og intervensjoner ved behandling av ensomme klienter. Fokus i EFT på differensiert empatiske intervensjoner og differensierte intervensjoner rettet mot for eksempel mistilpasset primær og sekundær skam, vil antakelig i praksis kunne fungere på tilsvarende måte som tilknytningstilpassede intervensjoner i AEDP. Tilpasning av intervensjoner til røde og grønne signalaffekter med tilhørende effektive og ikke effektive selvtilstander hos pasienten i AEDP, tilsvarer differensierte intervensjoner for produktive og ikke produktive emosjonell selvorganisering i EFT. Likevel representerer uttalt fokus på differensiering av ulike tilknytningsstiler i AEDP og uttalt fokus i EFT om differensiert empatisk respons og intervensjoner knyttet til bestemte emosjonelle tilstander, et tydelig teoretisk skille mellom modellene.

### ***Klinisk betydning av fellesfakter ved virksom psykoterapi i AEDP og EFT***

**Terapeutisk allianse.** Den terapeutiske alliansen antas å være vesentlig for terapeutisk endring i både AEDP og EFT, men det er noen ulikheter med hensyn til vektlegging av alliansen, og rekkevidden av relasjonelle intervensjoner. Begge modellen har demonstrer effekt for etablering av terapeutisk allianse. I tillegg vektlegges betydningen av samarbeid om et felles mål for terapien i begge modellene. Terapeutisk relasjon i AEDP er imidlertid alltid mer enn en samarbeidsallianse. I AEDP vektlegges også betydningen av en at terapirelasjonen også er en *ekte* relasjon, og at terapeuten har ferdigheter til å respondere på spesifikke erfaringsbaserte mønstre og signaler knyttet til utrygge og desorganiserte tilknytningsmønstre.

Det arbeides aktivt med overføring mellom pasient og terapeut i AEDP. Terapeuten benytter sammenligningstriangelet for å orientere seg i pasientens relasjonelle

oppmerksomhet på fortid, nåtid og fremtid. For å få til en best mulig terapeutisk allianse, er det i AEDP vesentlig at terapeuten fanger opp hvilke terapeutiske responser i det dyadiske samspillet som fører til at pasienten ikke bruker forsvar. I standard EFT antar man at relasjonen mellom terapeut og klient er unik og betydningen av terapeutens ekte tilstedeværelse er vesentlig, men det er likevel enkelte forskjeller knyttet til terapeutisk allianse sammenlignet med AEDP. I standard EFT adresseres ikke relasjonell repetisjon og overføringer mellom terapeut og klient, ut ifra et rasjonale om å sørge for at det kun arbeides med emosjonelle tilstander i relasjon i nåtid.

I standard EFT finnes det spesifikke teknikker for å adressere problematiske reaksjoner hos klienter som hindrer etablering av terapeutisk allianse (Greenberg & Goldman, 2019a). I AEDP er arbeid med problemer med å etablere terapeutisk allianse bedre integrert i rammeverket enn i EFT. I AEDP forstås problemer med etablering av allianse som at pasienten på grunn av tidligere erfaringer bruker forsvar som beskyttelse av selvets integritet. Dersom det er relasjonelle triggere i den terapeutiske alliansen som medfører at pasienten bruker forsvar eller blir emosjonelt dysregulert, så tilpasser terapeuten intervensjoner til dette. AEDP legger også til grunn at enkelte pasienter benytter karakterforsvar på tvers av relasjonelle kontekster (Fosha, 2000). I slike tilfeller kan det være nødvendig med kapasitetsbyggende format over lengre tid. Denne forskjellen mellom modellene reflekterer at AEDP er bygget opp for å behandle omfattende problemer, mens EFT på den andre siden i utgangspunktet er en mer pragmatisk tilnærming for avgrensede problemområder. Begge modellene legger imidlertid vekt på terapeutens tilpassede og differensierte empatiske og validerende holdning, for å etablere en trygg terapirelasjon fra starten av terapien. Begge modellene vektlegger pasientens potensiale for endring i møte med korrigerende emosjonelle erfaringer i relasjon til terapeuten.

I AEDP poengteres betydningen av at terapeuten utforsker pasientens respons på intervensjoner. Dette er i tråd med nyere forskning om at virksom terapi informeres av tilbakemelding fra pasienter (Miller et al., 2018). I AEDP er rasjonale bak aktiv utforskning av pasientens opplevelse av intervensjon at det bidrar til at hen føler seg mindre ensom og alene. Rammeverket standard EFT legger derimot størst vekt på betydningen av terapeuten observasjon av klientens respons til intervensjoner, relativt til klientens oppfatning.



Forskning på EFT for komplekse traumer (EFTT) har imidlertid vektlagt betydningen av klientens perspektiv. I en EFTT-studie sammenlignet Holowaty og Paivio (2012) klinisk betydning av «hjelpsomme hendelser» i terapi identifisert av henholdsvis klient og terapeut. Funn fra denne studien viste at «hjelpsomme hendelser» identifisert av klient var assosiert med dypere nivå av emosjonell opplevelse i terapi, enn «hjelpsomme hendelser» identifisert av terapeut. Studien har imidlertid begrensninger blant annet fordi klienter som ikke var i stand til å identifisere «hjelpsomme hendelser» i terapi ble ekskludert. Resultatene indikerte likevel verdien av klientens perspektiv, samtidig som klienter med lav kapasitet til dyp emosjonell opplevelse ser ut til å ha behov for at terapeuten responderer på «hjelpsomme hendelser» identifisert av terapeut (Holowaty & Paivio, 2012). I EFTT benyttes ikke ensomhet som et aktivt klinisk begrep, men er implisert ved en rekke av lidelsene som behandles med dette EFT-formatet. Dagan and Yager (2019) har foreslått at ensomhet spiller en vesentlig rolle for utvikling og opprettholdelse av kompleks posttraumatisk stresslidelse, og at behandling bør inkludere intervensjoner som adresserer ensomhet. Det er sannsynlig at ensomhet adresseres implisitt i EFTT gjennom blant annet fokus på terapeutisk allianse.

Selv om terapeuten både i AEDP og EFT legger til rette for at pasienten skal føle seg trygg fra starten er terapien, er det mange pasienter som er trenger lang tid for å oppnå trygghet i relasjon til terapeuten. Russell (2015) påpekte at det i AEDP anerkjennes at mange pasienter gjennom hele terapiforløpet veksler mellom selvtilstander organisert av trygghet og utrygghet. Timulak (2015) referer også til korte terapiforløp (20 timer) med utrygge og ensomme klienter der hele terapien går med til å etablere terapeutisk allianse. Ettersom alliansen er en forutsetning for å arbeide terapeutisk med underliggende sårbarhet omkring ensomhet, så vil mange ensomme pasienter ha behov for lengre terapiforløp for å etablere trygghet i seg selv, og i relasjon til terapeuten. En implikasjon med hensyn til individer som opplever ensomhet også når de er fysisk sammen med andre, er at terapeuten må undersøke hva det er ved pasientens opplevelse som gjør at det ikke kjennes trygt nok ut å være til stede sammen med terapeuten. Dette prinsippet er underbygget av forskning som har vist at relasjonell kontakt fremmer trygghet og at kontakt i seg selv er emosjonsregulerende (Tronick et al., 1998). Kasusstudier på EFT for depresjon og EFTT har imidlertid vist at klientens engasjement i intervensjoner og dybde av emosjonell prosessering kan være

uavhengig av den terapeutiske alliansen (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). Ulike funn med hensyn til betydningen av den terapeutiske alliansen kan reflektere graden av alvorlighet ved den psykiske lidelsen som er undersøkt.

Begge modellene argumenterer for at den terapeutiske relasjonen fra starten av skal være en korrigerende relasjon og at denne er en *ekte* relasjon i tillegg til en terapeutisk allianse (f.eks. samarbeid om felles mål for terapien). I noen tilfeller oppstår det problemer i den terapeutiske relasjonen som handler om noe mer enn kapasitetsbygging for å etablere trygghet. Både AEDP og EFT litteratur drøfter terapier hvor det er problemer med å etablere terapeutisk allianse. Både AEDP og EFT antar at gjennom å tilby omsorg og empati ovenfor pasienter så kan relasjonell repetisjon unngås i den *ekte* terapeutiske relasjonen. I begge modellene adresseres relasjonelle erfaringer og tema fra fortiden i nåtid i den terapeutiske alliansen. En forskjell relatert til overføring mellom pasient og terapeut, er at AEDP vektlegger eksplisitt positive følelser i overføringen I EFT er fokus på at terapeuten deler medfølelse ovenfor klientens smerte, men ikke eksplisitt fokus på at terapeuten deler begeistring over klientens glimt av det som kjennes «riktig ut». Prinsippet i fokus på positive følelse i AEDP er ikke imidlertid motstrid med prinsipper i EFT. Både AEDP og EFT antar at gjennom å få tilgang til og bearbeide emosjonelle problemer, så vil karakterproblemer bedres som en følge av dette.

Terapeutens kunnskap om terapialliansen er også betydning for å behandle uutholdelige ensomhet. Prenn og Fosha (2017) poengterte for eksempel i manualen for utdanning av AEDP veiledere, at terapeuten ikke skal være en tilknytningsperson i livet til pasienten, men en tilknytningsperson i *øyeblikket* i terapitimen. Yalom (1980) observerte at mange ensomme pasienter savnet et vedvarende livsvitne. Han la vekt på at terapeuten ikke skal være pasientens livsvitne, men en midlertidig person som bidrar til at pasienten får kontakt med seg selv slik at hen kan oppnå endring og finne mening, også etter at terapien er avsluttet. Det advares altså mot at terapirelasjonen skal bli et substitutt for pasientens manglende relasjoner i det virkelige livet. Terapirelasjonen er ment å være en overgangssituasjon som er til støtte i utfordrende faser i livet, og til støtte i perioder av terapi som fordrer krevende arbeid for pasienten i prosessen med å folde ut og endre smertefull ensomhet. Evne til å observere og arbeid med pasienters emosjonelle avhengighet

til terapeuten er en klinisk utfordring som kan være særlig stor i tilfeller der pasienten ikke har utviklet kapasitet til å være alene (Russell, 2015; Timulak, 2015). Dette indikerer at arbeid med alvorlige lidelser relatert til ensomhet stiller særlige krav til terapeutens kliniske ekspertise.

**Eksponering av emosjonell sårbarhet og korrigerende emosjonell erfaring.** Begge modellene bygger på Alexander og Frenchs (1946) forslag om betydningen av korrigerende emosjonell erfaring (KEE) for terapeutisk endring. Begge modellene vektlegger at KEE har både en emosjonell og en relasjonell komponent. I AEDP antas det imidlertid at relasjonelle og emosjonelle aspekter ved KEE er avhengige av hverandre (Alexander & French, (1946); i Fosha, 2000), mens KEE i EFT er delt opp i to uavhengige endringsprosesser. Den ene er prosessen er emosjonell endring internt i klienten, og den andre er en relasjonell prosess som innebærer korreksjon gjennom terapeutens emosjonelle respons. I EFT antas begge prosessene å kunne være transformerende hver for seg (Greenberg & Elliott, 2012).

Begge modellene legger imidlertid til grunn at pasientens smertefulle erfaringer må aktiveres, etterfulgt av en korrigerende emosjonell erfaring. Det betyr at smerten i underliggende sårbarhet omkring ensomhet må aktiveres i terapitimen. Opplevelsen av smertefull ensomhet kan enten korrigeres av terapeutens empatiske og validerende respons til pasientens smerte, eller ved at pasienten får tilgang til nye emosjoner. Det er imidlertid poengtert at pasienter som mangler erfaring med empati og omsorg fra andre kan reagere med sterke negative reaksjoner på en varm og validerende terapeut (Gilbert, 2009; Gilbert et al., 2011). Dette betyr at terapeuten må kunne ta imot å respondere på en tilpasset måte på avvisning og negative reaksjoner fra pasienter, for at de skal få en korrigerende emosjonell erfaring. Det antas både i AEDP og EFT at negative reaksjoner på empatisk validering var tilpassende og beskyttende responser den gang de ble etablert, men at det i nåtid forhindrer pasienten relasjonell kontakt. Slike responser kan altså implisere ensomhet hos pasienter. Både AEDP og EFT poengterer endringspotensialet i at terapeuten svarer på en måte som strider imot pasientens erfaringsbaserte negative relasjonelle forventninger.

Ensomme pasienter kan ifølge Greenberg og Goldman (2019a) mangle medfølelse ovenfor både seg selv og andre. I EFT er det et eksplisitt mål at pasienten skal få tilgang på nye emosjoner av medfølelse overfor seg selv og andre. Ifølge Holowaty og Paivio (2012) vil

det å gå tilgang på beskyttende sinne medføre at individer oppnår bedret kapasitet i mellommenneskelig relasjoner, fordi de blir i stand til å sette grenser for seg selv. AEDP har også en tilsvarende antakelse om at tilgang til sinne som kjerneaffekt bidrar til økt kapasitet for mellommenneskelig kontakt, fordi tilgangen på emosjonen er et resultat av redusert behov for bruk av forsvar i relasjoner (Fosha, 2000).

På et mer pragmatisk nivå for eksponering av KEE, er at det i begge modellene vektlegger betydningen av at terapeuten benytter opplevelsesbaserte språk og felles refleksjon over endringer i indre opplevelse hos pasienten (EFT: (Pos & Choi, 2019); AEDP: (Prenn, 2011)). AEDP og EFT har også tilsvarende antakelser om at refleksjon over små og store emosjonelle endringer i pasientens opplevelse konsoliderer endring. I AEDP betraktes metaterapeutisk prosessering over små og store opplevelser i terapien som vesentlig for terapeutisk endring (Fosha et al., 2019). I EFT omfatter KEE meningsdannelse og refleksjon over klientens nye indre opplevelser (Greenberg & Elliott, 2012). Betydningen av refleksjon over hendelser i terapi er poengtert av en rekke forfattere (e.g., Coughlin, 2016; Fonagy & Target, 1997; Fosha & Thoma, 2020).

For ensomme pasienter kan fokus på indre subjektiv opplevelse være av særlig betydning. Rasjonale for dette AEDP er en antakelse om at uutholdelig ensomhet oppstår som et resultat av at pasientens erfaring med for eksempel å ha blitt skammet, skremt eller oversett av omsorgsgiver (*errors of commission, errors of omission*). Altså mangel på erfaringer med å bli regulert, sett, hørt og forstått. Rasjonale i standard EFT er en antakelse om at ensomme klienter ofte har erfaringer med å ha vært alene og forlatt i overlatt til seg selv som fører til ensomhet i standard EFT. Rasjonale i tilpassede formater av EFT og i EFT terapier av lengre varighet tilsvarer antakelsene i AEDP.

Det er etter hver relativt stor enighet om felles emosjonelle endringsprosesser på tvers av terapimodeller (e.g., Lane et al., 2015; Stevens, 2019; Welling, 2012; Whelton, 2004). Welling (2012) foreslo i en teoretisk sammenligning av terapeutisk endring i fire terapimodeller, deriblant AEDP og EFT, et felles endringsprinsipp for KEE, *Transformational Emotional Sequence* (TES). TES består av aktivering av en problematisk emosjonell tilstand etterfulgt av aktivering av en tilpasset emosjonell tilstand innenfor relativt kort tid. Resultatet er ifølge Welling (2012) en permanent en kobling mellom tidligere uintegreert

mistilpassede emosjonelle hukommelsesnettverk og tilpassede emosjonelle nettverk. I tillegg til disse to prinsippene for endring, poengterte Lane et al. (2015) betydningen av forsterking av nye integrerte minnestrukturer gjennom at pasienten praktiserer nye ferdigheter i hverdagen, og betydningen av pasientens nye måte å erfare verden på. Det er imidlertid fortsatt debatt omkring hvilke mekanismer som kan forklare rekonsolidering av erfaringer (se også Lane et al., 2015 for utfyllende informasjon).

Som en følge av at pasientene har fått korrigerende emosjonelle erfaringer, og tilgang til både kjernesmerter og nye helbredende emosjoner, vil de nå se eget livsnarrativ i nytt lys. For eksempel vil smerten i ensomhet både som sekundær emosjon reduseres som en følge av emosjonell prosessering og for eksempel sorg over tap der hvor rekkevidden av påvirkning på individet ikke tidligere var kjent for pasienten. Når smerten er redusert og helbredende emosjoner aktivert, medfører det nytt syn på seg selv og andre. For eksempel kan adaptiv primær tristhet og tilhørende selvmedfølelse for seg selv som barn uten tilgang på omsorg, erstatte selvkritikk, tristhet, hjelpeløshet og mistilpasset ensomhet. Medfølelse kan også endre oppfatning av viktige andre, for eksempel kan avvisende sinne som reaksjon på emosjonell flathet hos en viktig annen, erstattes med medfølelse og forståelse for at den viktige andre hadde sine egne emosjonelle sårbarheter som hemmet optimal omsorg. Den siste delen av prosessen, med å forstå og potensielt tilgi viktig andre betraktes ikke som vesentlig for vellykket utfall av terapi i standard EFT.

**Positive forventninger om endring hos terapeut og pasient.** Både i AEDP og EFT antas det at mennesker har et iboende potensiale for vekst og endring. Dette bidrar til at terapeuten har en grunnleggende forventning om at terapeutisk endring er mulig. Terapeutens kunnskap om at utrygg og desorganisert tilknytning er et kjennetegn ved relasjoner, og ikke individer, bidrar også til at terapeuten har en positiv forventning om at den ensomme pasienten har en iboende kapasitet til å utvikle trygg tilknytning. Ensomme pasienter har imidlertid ofte negative relasjonelle forventninger. De kan for eksempel forvente at ingen vil støtte eller hjelpe dem. Dette betyr at terapeuten i mange tilfeller må bære pasientens håp om endring i deler av terapiprosessen. I AEDP betraktes det at ensomme pasienter kommer i terapi som et glimt av håp, og dette påpekes overfor pasienten, selv der det kliniske uttrykket kommuniserer det motsatte av håp. Det vesentlig

her er at det er pasientens handling eller glimt av håp som påpekes og fremheves av terapeuten. Rasjonale for å fremheve følelser av håp, er at det utløser en iboende helbredelsesprosess hos pasienten, som medfører økte positive forventninger om endring, fordi pasienten begynner å få kontakt med vitaliserende kjerneaffekter.

**Terapeutisk holdning.** Både AEDP og EFT poengterer betydningen en lyttende, empatisk, validerende og ekte tilstedeværende holdning hos terapeuten. Denne holdningen omfatter oppmerksomhet på pasientens verbale og ikke verbale språk gjennom kroppslig oppmerksomhet, og å lytte med egen kropp etter implisitt kroppslig kommunikasjon fra pasienten. Begge modellene legger også til grunn ubetinget positiv aktelse ovenfor pasientene. I begge modellene benyttes selvavsløring av terapeuten sine egne følelser ovenfor pasienten, og gjennom dette oppleves terapeuten transparent for pasienten. Ifølge Timulaks (2015) versjon av EFT kan terapeutisk selvavsløring og transparens være av særlig betydning for å bryte ensomheten til klienter, fordi det bidrar til at hen føler seg mindre alene med sine opplevelser. I AEDP antas også selvavsløring som et viktig prinsipp for utvikling av en terapeutisk relasjon for å redusere pasienters uutholdelige ensomhet (Prenn, 2009, 2011).

EFT bygger direkte på personsentret terapi som har hatt selvavsløring som et prinsipp for at klienten skal bli i stand til å åpne opp om seg selv (Rogers, 1995/1980, 2004/1961). Bruk av selvavsløring er en gjentakende debatt ved psykologisk behandling. Enkelte har hevdet at det ikke bør brukes, mens andre har argumentert for at det kan være særlig nyttig ved behandling av ensomme pasienter (e.g., Huseby, 2020; Yalom, 2000). AEDP og EFT er relativt samstemte med hensyn til bruk ekte og relevant selvavsløring ved behandling av ensomme pasienter.

Et kjennetegn ved opplevelsesbaserte terapimodeller som AEDP og EFT er fokus på betydning av både terapeuten og pasientens tilstedeværelse i her-og-nå øyeblikket (e.g., Stern, 2004). Både i AEDP og EFT vektlegges betydningen av å etablere trygghet for pasienten fra første møte. For at pasienten skal være trygg og til stede i øyeblikket er det av betydning at terapeuten er trygg nok og har kapasitet til å være til stede i seg selv og sammen med pasienten. Terapeuten «kapasitet til å være alene» vektlegges i større grad i AEDP enn i EFT. Ekte tilstedeværelse innebærer midlertid i begge modellene at terapeuten er sammen med pasienten uten fasade. Betydningen av terapeuten sine ekte

tilstedeværelse er også fremhevet i tidligere terapilitteratur, som «en spenningsfri annen» (Winnicott, 1958), «terapeutisk autentisitet» (Rogers, 1995/1980) og bruk av aktiv fremfor nøytral terapeutisk holdning, som innebar at terapeuten hadde gjennomarbeidet egne nevroser (Ferenczi, 1994/1933).

**Pasienten tilbys et rasjonale for sine problemer.** AEDP er mest utbredt og studert i privat praksis, og her er ensomme pasienter ofte selvselektert til terapimodellen. Det kan innebære at pasienter allerede har et personlig rasjonale for å velge en tilknytningsorientert opplevelsesbasert dynamisk terapi. EFT praktiseres også i privat praksis, men i økende grad også i offentlige psykisk helsevern. Når pasienten ikke har selvselektert til en bestemt behandling kan det være av større betydning at pasienten tilbys et rasjonale for behandlingen. I AEDP og EFT antas det at formidling av terapeutens helbredelsesorientering og normalisering av pasientens lidelse kan bidra til endrede forventninger hos pasienten, og dermed medføre at pasienten blir mer åpen for paradokset i at smerten i underliggende sårbarhet må oppleves fullt ut før den kan endres (Fosha, 2000; Greenberg & Goldman, 2019a).

Verken AEDP eller EFT har et eksplisitt fokus på psykoedukasjon, men særlig ved omfattende lidelser poengteres betydningen av at pasienten tilbys et rasjonale som er meningsfullt. Både AEDP og EFT gir fortrinn til affektiv og kroppslig opplevelse i nåtid fremfor pasientens fremtreden og innholdet i det som fortelles. For ensomme pasienter som har erfaringer med å ikke blir møtt, kan det være av særlig betydning å tilby et rasjonale for betydningen av opplevelse av aktivering av emosjoner fremfor å snakke om emosjoner. Ifølge både Pos (2014) og Timulak (2015) har det å tilby et rasjonale for betydningen av opplevelse av smertefulle emosjoner, vist seg å være særlig viktig for klienter som er emosjonelt unnvikende og emosjonelt overkontrollerte. Dette har betydning for behandling av ensomhet ved psykisk lidelse, ettersom pasienter med både høy grad av unnvikelse og emosjonelt overkontrollert ofte har relasjonelle vansker, som impliserer ensomhet.

Ifølge Pos (2014) kan det imidlertid ta lang tid å overbevise enkelte pasient om betydningen av å oppleve smertefulle emosjoner i terapitimen. Pos (2014) har med utgangspunkt i kasusstudier på klienter med unnvikende personlighetsforstyrrelse argumentert for at kognitivt basert rasjonale i mange tilfeller ikke er tilstrekkelig. I slike

tilfeller må klienten tilbys gjentatte korrigerende relasjonelle erfaringen over tid, for rasjonale skal oppleves som meningsfullt for klienten (Pos, 2014). Et rasjonale som tilbys innledningsvis er altså ikke alltid tilstrekkelig. Rasjonale som tilbys tilpasses individuelt i begge modellene. Det å tilby et rasjonale kan i enkelte tilfeller innebære at ensomme pasienter får gjentatte korrigerende emosjonelle erfaringer og kontakt med indre opplevelser, for at rasjonale skal oppfattes som «riktig» og meningsfullt.

**Terapeutisk ekspertise og bruk av en viss systematisk prosedyre.** I tillegg til teoretisk kunnskap om behandling av kompleksiteten knyttet til ensomhet, er det faktorer som er knyttet til terapeutens kliniske ferdigheter og personlige egenskaper som har betydning for effekt av terapi. Terapeutisk ekspertise er beskrevet som fleksibel og individuelt tilpasset anvendelse av beste tilgjengelige forskning om behandling av psykisk lidelse (Berg, 2020). Forskning har vist at terapeuter blant de med 25 prosent best behandlingsresultater kjennetegnes blant annet av at de engasjerer seg i kontinuerlig trening av spesifikke ferdigheter sammenlignet med de øvrige 75 prosentene (Prenn & Fosha, 2017). Det er også vist at terapeuter velger terapiretninger som de finner teoretisk meningsfulle og som har en behandlingstilnærming som passer terapeutens personlige stil. Sannsynligheten for å utvikle terapeutisk ekspertise er større ved valg av terapimodell som passer den enkelte terapeut (Coughlin, 2016). Forskning har også vist at terapeuters ferdigheter og evne til å jobbe systematisk utgjør en større del av variansen ved vellykket terapi, enn hvilken modell terapeuten bruker (Stricker, 2010). Både AEDP og EFT har programmer for utdanning og veiledning i terapeutiske ferdigheter som bidrar terapeutisk ekspertise (Greenberg & Goldman, 2019a; Prenn & Fosha, 2017).

For at ensomme pasienter skal få utbytte av psykoterapi er en avgjørende faktor at de føler at det blir forstått av klinikeren (e.g., Fosha, 2000; Rogers, 1995/1980, 2004/1961; Timulak, 2015; Willock et al., 2012). Rammeverket i både AEDP og EFT er et utgangspunkt for systematiske prosedyrer hvor individuell tilpasning til hver pasient er en del av prosedyren. Det betyr at pasientens prosess prioriteres fremfor forhåndsplanlagte oppgaver, og det innebærer at intervensjoner i begge modellene bestemmes av pasientens presentasjon i øyeblikket. Både i AEDP og EFT er kasusformulering og psykodiagnostikk rike beskrivelser som bygger på opplevelser slik de fortelles og forstås av pasienten. Terapeuten



er imidlertid oppmerksom på at ensomheten ikke alltid er erkjent av pasienten når de kommer i terapi. Systematisk prosedyre i begge modellene omfatter en dynamisk kasusformulering som endres når pasienten får kontakt med tidligere ukjente sider ved seg selv. Terapeuten vurderer også kontinuerlig pasientens progresjon i henhold til faseinndeling av terapiforløpet (se figur 4 og 5 i appendiks).

Terapeuter har rapportert at de kan føle seg hjelpeløse og ensomme i møte med ensomhet og stor lidelse (Rokach, 2018). Flere terapeuter har rapportert at det kan være vanskelig å opprettholde en empatisk holdning ovenfor ensomme pasienter (Kjøs, 2020; McCullough Jr, 2003; Satran, 1978). Nilsson (2007) poengterte at forståelse av at lidelse er et livsvilkår, beskytter klinikerer mot å møte pasienters lidelse med likegyldighet. I AEDP poengteres betydningen av terapeutens ensomhet i møte med visse kjennetegn ved enkelte pasienter (Fosha, 2004a). Her refereres det til lidelser som preges av at pasienten er selvsentrert, har lite kapasitet til empati både ovenfor seg selv og andre, og dermed lav kapasitet til relasjonell kontakt (Fosha, 2004a). Dette kan utløse en følelse av ensomhet hos terapeuten.

I AEDP er det hevdet at *undoing aloneness* angår oss alle, og det innebærer at terapeutens erfaringer med ensomhet i terapirommet, og i eget liv må adresseres i veiledning for at hen skal kunne jobbe effektivt med ensomme pasienter (Fosha, 2004a). I standard EFT for lidelser som kan behandles i korte terapiforløp har jeg ikke funnet tilsvarende fokus på terapeutens egen ensomhet. I EFT litteratur om terapier av lengre varighet og mer krevende relasjonsarbeid påpekes imidlertid betydningen terapeutens følelser i møte med ensomme klienters intense sårbarhet (Timulak, 2015). Her poengteres det at terapeutens ekte tilstedeværelse gjør hen sårbar for avvisning fra klienten og at disse følelsene må bearbeides utenfor terapien (Timulak, 2015). I utdannelsen av EFT terapeuter er det i dag generelt større fokus på relasjonelle ferdigheter enn det var i starten (Greenberg & Goldman, 2019b). Dette kan potensielt ha betydning for økt effekt for behandling av problematiske ensomhet i EFT.

### **Komplementerer AEDP og EFT hverandre?**

AEDP og EFT er påvirket av de samme tendensene i psykoterapiforskning som for eksempel betydning av fellesfaktorer i terapi. De to modellene bygger delvis på samme

teorigrunnlag, blant annet kunnskap om betydningen av terapeutens ekte og empatiske tilstedeværelse i øyeblikket, funksjonell emosjonsteori og tilknytningsteori. Det kan derfor argumenteres for at modellene allerede har komplementert hverandre, fordi de er informert av samme forskningsgrunnlag. AEDP og EFT har også eksplisitt påvirket hverandre, for eksempel har forskning på emosjoner i EFT (e.g., Greenberg & Safran, 1989) bidratt i utvikling av prosessen for affektiv endring i AEDP (Fosha, 2000). EFT har i de siste årene utviklet et større repertoar av relasjonelle intervensjoner (Greenberg & Goldman, 2019a), og konvergerer på dette området mot AEDP. I tillegg er AEDP er minst like i mye overenstemmelse med Rogers humanistiske personsentrert terapi som det EFT er. Dette er særlig med hensyn til eksplisitt fokus på positive følelser i terapirelasjonen, personlig vekst som mål for terapien, og hvilken type transparens og selvavsløringer som benyttes av terapeuten.

Et område hvor modellene skiller seg fra hverandre er med hensyn til positive følelser. I AEDP er det uttalt fokus på både smertefulle og positive kjerneaffekter, mens EFT har hovedfokus på smertefulle emosjoner. Denne forskjellen kan imidlertid handler om fremstilling ettersom det i EFT er et generelt prinsipp om å validere klientens opplevelser, som også kan involvere positive følelser. I AEDP vektlegges imidlertid eksplisitt betydningen av at positive følelser utveksles mellom terapeut og pasient. EFT benytter ubetinget positiv aktelse, men modellen ser ut til å ha noen begrensninger sammenlignet med AEDP med tanke på relasjonelle intervensjoner. Dette gjenspeiles også i en annen forskjell mellom modellene, i AEDP er pasientens tilbakemelding integrert i intervensjonen. I EFT legges det større vekt på at terapeutens observasjon av klienten, og ikke tilsvarende vekt på klientens tilbakemelding. Det er imidlertid mulig å veie opp for denne forskjellen ved for eksempel å bruke eksterne verktøy for systematiske tilbakemelding (Miller et al., 2018). Med hensyn til behandling av ensomme pasienter ser det ut til at AEDP er mer helhetlig med tanke på at den relasjonelle skaden til mange ensomme pasienter involverer tidligere erfaringer med at viktige andre har ugyldiggjort og oversett deres responser.

Både AEDP og EFT er begge integrative i den forstand at de har et bredt sammensatt teoretisk fundament og forskningsgrunnlag fra flere nivåer av undersøkelse. Begge modellen har også integrert praksiselementer fra flere ulike terapiretninger. EFTT (Paivio & Pascual-

Leone, 2010) har overlappende teorigrunnlag som AEDP (Fosha et al., 2009). Det er også skrevet en felles artikkel av AEDP og EFTT klinikere om opplevelsesbaserte og emosjonsfokuserede terapier for behandling av komplekse traumelidelser (Fosha et al., 2009). Eksplisitt integrasjon av teori mellom AEDP og EFT er gjennomført av forskende klinikere som har trening i begge modellene (e.g., Welling, 2012; Whelton, 2004). Disse studiene har fokusert på felles endringsprosesser på tvers av modellene. Kunnskap om prosessforskning og oppgaveanalyse fra EFT ligger til grunn for oppbyggingen av forskningsstrategi for AEDP (Iwakabe & Conceicao, 2016). Den interne debatten og økt oppmerksomheten til ensomhet i EFT kan også være en tendens til bevegelse i retning av tilsvarende forståelse av uutholdelig ensomhet som i AEDP.

### ***Behandling av ensomhet ved alvorlig psykisk lidelse i AEDP og EFT***

Rammeverkene i AEDP og EFT omfatter behandling av ensomhet ved psykisk lidelse. Det er imidlertid forskjell mellom de to modellene med tanke på alvorlighetsgrad av lidelsene som adresseres. Standard EFT ser ut til å være egnet for behandling av ensomhet ved psykiske lidelser av lavere alvorlighetsgrad. AEDP er derimot utviklet med tanke på behandling av alvorlig psykisk lidelse som er resultat av utrygg og desorganisert tilknytning (Fosha, 2003). Men AEDP hviler fortsatt i størst grad på forskning som er gjort utenfor modellen, derfor er det behov for flere studier innen modellen for å undersøke effekt av behandling av uutholdelig ensomhet ved alvorlige lidelser. Også innen EFT er det behov for videre forskning for å kunne vurdere effekt av behandling med EFT for alvorlige lidelser som involverer ensomhet.

Tilpasningene av EFT til behandling av personlighetsforstyrrelser har bidratt til å belyse at unnvikende klienter med mer omfattende vansker har ofte behov for mer empatisk validering (Pos, 2014), og at klienter med borderline organisering av personligheten har større behov for støtte til emosjonsregulering og trenger lengre tid på kapasitetsbygging for at typiske EFT-intervensjoner som stol-arbeid skal ha positiv effekt (Pos & Greenberg, 2012). Pos og Paolone (2019) poengterte at forskning på EFT for nye klientpopulasjoner med mer alvorlige lidelser har påvirket rammeverket for standard EFT. Økt tendensen til fokus på mer omfattende lidelser i EFT medfører modellen beveger seg i retning av AEDP. Binder et al. (2013) konkluderte i en sammenligning av relasjonelle og opplevelsesbaserte psykoterapier

(bl.a. AEDP og EFT) at de to retningene kunne komplementere hverandre i klinisk praksis, og at de antakelig egnet seg for ulike pasienter med hensyn til relasjonelt eller emosjonelt fokus. Det ser ut til at AEDP og EFT komplementerer hverandre i større grad i dag enn kun få år siden, men at det i fortsatt er forskjeller mellom AEDP og EFT med hensyn til forståelse og behandling av ensomhet ved alvorlige psykiske lidelser.

### **Oppsummerende refleksjoner**

Før jeg oppsummerer og reflekterer over sammenligningen vil jeg bemerke at min argumentasjon og mine konklusjoner har begrensninger med hensyn til at oppgaven er en teoretisk undersøkelse av kliniske fenomen. Jeg har derfor ikke empirisk belegg for å trekke slutninger. Mine konklusjoner er basert på det andre har skrevet om ensomhet og demonstrert gjennom forskning. En annen begrensning i oppgaven er at jeg har inkludert studier og litteratur som definerer og måler ensomhet på ulike måter. Det er begrensninger i begrepsvaliditet i både i litteraturen jeg har gått gjennom og i denne oppgaven. Denne begrensningen gjelder i liten grad for AEDP. For EFT gjelder begrensningen i større grad på grunn av den interne debatten om ensomhetens natur. En annen begrensning ved oppgaven er litteratursøket. Det er sannsynlig at det finnes relevant litteratur som ikke kom med i mine søk. Det er også bias i søket ettersom det består av usystematiske og målrettede søk.

### **Er ensomhet et meningsfylt begrep i klinikk og forskning?**

Et vesentlig spørsmål for behandling av ensomhet ved psykisk lidelse er hvorvidt ensomhet er et meningsfylt begrep i forskning og klinikk? Ettersom ensomhet er et sammensatt fenomen, så kan tvetydighet stå i veien for effektiv kommunikasjon. Ensomheten har emosjonelle, relasjonelle og eksistensielle aspekt, den kan være både problematisk, utviklende, kortvarig og langvarig. Ensomhet forstått som et enhetlig fenomen bidrar ikke med tilstrekkelig informasjon til meningsfull kommunikasjon. Ensomhet som har opphav i utviklingsmessig mangel på kapasitet ved å være alene, skiller seg for eksempel vesentlig fra ensomhet som følge av tap av livsledsager, hos individer som har utviklet tilstrekkelig kapasitet til å være alene. På norsk kan språklige begrensninger ved begrepet ensomhet, i og med at det ikke er et skille mellom *aloneness* og *loneliness* bidra til tvetydig kommunikasjon. I kommunikasjon om ensomhet på norsk er behov for å skille mellom normal og problematisk ensomhet, både for å unngå sykliggjøring av kortvarige reaksjoner,

og samtidig sørge for at ensomme individer som har behov for det får tilgang på passende behandling. Det er også behov for å skille tydeligere i litteraturen mellom ulike typer problematisk ensomhet og mellom de ulike problematiske kliniske uttrykkene for ensomhet. Det finnes for eksempel flere terapimodeller som behandler tilsvarende lidelser som er omtalt i denne oppgaven uten å benytte ensomhet som et aktivt teoretisk og klinisk begrep. Andre terapimodeller som er relevante for behandling for ensomhet ved psykiske lidelser er flere korttidsdynamiske terapier, medfølelsesfokustert terapi, skjematerapi, mentaliseringsbasert terapi og dialektisk atferdsterapi.

I AEDP benyttes *unbearable aloneness* og bruk av dette begrepet kan forstås som en replikk til for eksempel *traumatic aloneness* (Ferenczi, 1994/1933), *the capacity to be alone* (Winnicott, 1958) og *intolerance of aloneness* (Gunderson, 1996), som alle poengterte at det var begrensninger i miljøet som førte til psykiske lidelser. Bruken av ordlyden «manglende kapasitet til å være alene», i stedet for ensomhet på norsk, kan være mer meningsfull for en del terapeuter fordi det referer til spesifikk klinisk litteratur. På den andre siden, kan den pragmatiske bruken av begrepet *loneliness* i EFT bidra til å bedre kommunikasjon mellom klinisk forskning og behandling, og folkehelseforskning på ensomhet.

**Debatt om sykliggjøring av ensomhet.** Både EFT og AEDP er helbredelsesorienterte tilnærminger til psykiske lidelse og søker å bidra til et normalisert syn på psykiske lidelser som tilpassede reaksjoner på skadelige erfaringer (Fosha, 2004b; Greenberg & Goldman, 2019a). Teori og forskning om ensomhet og psykiske lidelser er i mange tilfeller skrevet i et teknisk språk. Dette kan bidra til språklig og emosjonell distansering fra problemene både hos kliniker og pasient. Både AEDP og EFT legger til grunn at individer har iboende kapasitet til selvhelbredelse gitt visse betingelser i miljøet. Begge modellene fokuserer også på fellesmenneskelig behov knyttet til ensomhet som intimitet, kjærlighet, tilhørighet og sosiale relasjoner.

I dag er det en tendens til større åpenhet for å snakke om psykiske lidelser, men ofte uten at alvorlighetsgraden av lidelsen tydeliggjøres. Større åpenhet er i utgangspunktet positiv. Men det har også blitt advart mot for stor oppmerksomhet til psykisk smerte, og individualisering av psykisk lidelse, fordi det i verste fall føre til forventninger om et liv uten lidelse, og til en oppfatning av at psykisk smerte i seg selv er sykelig (Kroken & Madsen,

2016). Opplevelser av tilpasset frykt og ensomhet når individer utfordrer egne grenser kan tvert imot være utviklende. På den ene siden er det viktig å ikke sykliggjøre ensomhet i seg selv, ved negative hendelser som for eksempel tap og sosial isolasjon under covid-19. På den andre siden er det vesentlig å ta på alvor de individene som utvikler langvarige eller problematisk ensomhet som følge av slike hendelser (Kjøs et al., 2021).

**Ensomhet som diagnose.** Ensomhet er ikke en psykiatrisk diagnose. Diagnoser gir ikke informasjon om individets fenomenologiske opplevelse av psykisk lidelse og ensomhet. Men diagnoser kan bidra til at klinikere kan kommunisere på et visst nivå om pasientenes problematikk. Diagnoser kan også føre til at individer får rett til helsetjenester gjennom offentlige helsetjenester og privat via forsikring. AEDP og EFT antar at ensomhet er et transdiagnostisk fenomen både med hensyn til underliggende sårbarhet, som opprettholdende faktor og som et resultat av psykiske lidelser. Det er også vist at ensomhet av en viss varighet er en risikofaktor for å utvikle psykisk lidelse. Gitt at ensomheten er sentral ved flere psykiatriske diagnoser så kan det argumenteres for at det er en mangel at ensomhet er eksplisitt beskrevet i diagnosebeskrivelser i manualene. Ettersom bruk kategoriske manualbaserte diagnoser er innarbeidet i systemet for å få rett til helsehjelp gjennom, både i offentlige tjenester og private tjenester via helseforsikring, så kunne innlemming av ensomhet i beskrivelser av relevante lidelser gjort at flere ensomme fikk rett til psykologisk behandling.

### **Videre forskning**

I denne oppgaven har jeg synliggjort at ensomhet i ulike former og av ulikt opphav er assosiert med en rekke psykiske lidelser. Forslag til videre forskning gjelder både innen AEDP og EFT, og kombinasjoner av forskning som går ut over rammeverkene i de to modellene. Vitenskap er omtalt som en abstraksjon og representasjon av fenomener i virkeligheten (Berg, 2020). En metode for undersøkelse gir kunnskap som både reflekterer metoden som benyttes, og i beste fall også fenomenet som undersøkes. For å få en best mulig vitenskapelig representasjon av virkelige fenomener, er det vesentlig at det brukes flere ulike metoder for undersøkelse, og at fenomener betraktes gjennom ulike teoretiske linser.

Det er demonstrert at ensomhetsrelaterte kjennetegn ved alvorlige psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser og psykoselidelser tar lengre tid, og er mer utfordrende å forstå og behandle, enn andre kjennetegn ved lidelsene (Badcock et al., 2015; Fassbinder et al., 2018). Det er også funnet at mange pasienter med personlighetsforstyrrelser, som ofte involverer problematisk ensomhet og manglende kapasitet til å være alene, blir dårligere av terapi (Bohart & Tallman, 2010). Det er derfor behov for økt forståelse av fenomenene og kunnskap om effektiv og effekt av behandling for alvorlige lidelser som involverer ensomhet. Bruk av kvalitative fenomenologiske studier for å få dypere forståelse av pasienters opplevelse av ensomhet vil kunne bedre forståelse av mekanismer for sammenhengen mellom ensomhet og psykisk lidelse. Dette vil også kunne utvide kunnskapsgrunnlaget for effektiv behandling av problematisk ensomhet. Det vil også være verdifullt å sammenligne opplevelse av ensomhet hos individer med og uten psykiske lidelser. Dette vil kunne bidra til økt differensiering av kunnskap om ensomhet. I tillegg vil metaanalyser av kvalitative studier av pasienters og terapeuters opplevelse av behandling av ensomhet kunne bidra til klinisk anvendbar forskning. Dette kunne gi økt kunnskap om hva som gjør at terapi er til nytte for ensomme pasienter, og hva det er som kan påvirke at terapi blir til skade for enkelte pasienter.

Som et utgangspunkt for studier på effekt av psykologisk behandling av ensomhet er det behov for systematisk gjennomgang av eksisterende modeller som kan være aktuelle for behandling av ensomhet ved psykisk lidelse. For å undersøke effekten av psykologisk behandling av ensomhet vil metaanalyser av studier som måler ensomhet med direkte og indirekte spørsmål før, etter og ved langtidsoppfølging av pasienter være av verdi for å informere videre anbefalinger om praksis. Gjennomgangene bør skille mellom behandling av ulike demografiske grupper. Det bør også skilles mellom ensomhet med ulikt opphav og av ulik alvorlighetsgrad. Det vil også være nyttig med studier på kombinasjon av sosiale intervensjoner og psykologisk behandling for ensomhet. I og med at ensomhet er en risikofaktor for en rekke negative utfall kan det av etiske grunner ikke anbefales sammenligning med utvalg som ikke får behandling. Tiltak som har vist effekt for reduksjon av ensomhet kan derimot egne seg som kontrollgrupper for psykologiske behandlingsformer for ensomhet. Eksempler på tiltak som har demonstrert effekt for reduksjon av ensomhet i

demografiske avgrensede og små utvalg er blant annet fysisk trening, dyreterapi, og visse fysiske og digitale sosiale intervensjoner.

Det ville også være nyttig å undersøke effekten av individuell versus gruppeterapi for randomiserte utvalg av ensomme individer med psykiske lidelser og sammenlignet med utvalg som selvselekterte individuell eller gruppeterapi for ensomhet. Det vil også være nyttig å undersøke effekt av behandling for ensomhet gjennom terapiforløpet, og ved langtidsoppfølging. Dette er en type studier som potensielt kunne informert pågående arbeid med nasjonal strategi for å redusere ensomhet. Slike studier kunne bidratt til faglig argumentasjon for offentlige behandlingstilbud for ensomme individer med psykisk lidelse.

### **Oppsummering**

I oppgaven har jeg har hatt mulighet til å undersøke ulike forskningskropper om ensomhet. Jeg har poengtert sosiale, fysiske og psykologiske assosiasjoner og konsekvenser av ensomhet. Jeg har synliggjort at ensomhet er et komplekst fenomen, men at diskurs og formidling av ensomhet ikke alltid gjenspeiler kompleksiteten. Det er gjennomgått litteratur om ensomhet både utenfor og innenfor AEDP og EFT. Teoretisk forståelse fra litteratur utenfor modellene gav meg grunnlag for forståelse og kritisk vurdering av ensomhet som er omtalt innen AEDP og EFT. Både litteraturen utenfor og innen modellene har bidratt til å belyse hvordan ulike teorier og forskningstradisjoner påvirker hverandre, og hvor det fravær av kunnskapsutveksling.

De teoretiske rammeverkene i AEDP og EFT er sammenlignet med hensyn til forståelse og behandling av ensomhet, og jeg har synliggjort at ensomhet er et meningsfylt og relevant klinisk fenomen i begge modellene. Jeg har poengtert at ensomhet av kort varighet og lavere grad av alvorlighet antakelig kan avhjelpes i kortvarige terapier. Derimot vil dyptgripende og vedvarende ensomhet med høyere alvorlighetsgrad antakelig fordre psykologisk behandling av lengre varighet. Jeg har poengtert at AEDP og EFT har mer til felles enn det som skiller dem fra hverandre, og at forskjellen ofte handler om ulik betoning av de samme faktorene og prosessene. Jeg har argumentert for at AEDP og EFT allerede har komplementert hverandre, og pekt på tendenser til konvergens mellom modellene.

Det finnes imidlertid områder hvor modellene skiller seg fra hverandre. Den mest overordnede forskjellen er at AEDP antar at all affektiv psykopatologi er resultat av



uutholdelig ensomhet. Det er også forskjeller mellom modellene med hensyn til uttalt fokus på positive følelser i overføringen, og utvikling av resiliens og blomstring som terapeutisk mål i AEDP. Jeg har påpekt at ingen av modellene eksplisitt omtaler ensomhet ved eksistensiell isolasjon. Videre har jeg påpekt mangler i EFT teori og forskning med tanke på differensiert forståelse og behandling av ensomhet ved alvorlige psykiske lidelser. Jeg har poengtert at AEDP ikke har forskning på behandling av uutholdelig ensomhet ved alvorlig psykiske lidelse, men at det er et rammeverk som er bygget opp for å kunne behandle alvorlige psykiske lidelser. Jeg har synliggjort at kjennetegn ved terapeuten kan ha klinisk betydning. Hvilken av modellene som er effektiv for behandling av problematisk ensomhet handler kanskje mest om hvilke rammeverk som er meningsfull for den enkelte pasient og terapeut. I oppgaven har jeg argumentert for at både AEDP og EFT har teorier for å forstå ensomhet ved psykisk lidelse, og at kasusstudier for begge modellen har demonstrert transdiagnostisk effekt for behandling av ensomhet ved psykiske lidelser. Det er imidlertid nødvendig med videre forskning som undersøker effektivitet og effekt for AEDP og EFT behandling av ensomhet ved alvorlig psykisk lidelse.

**Referanser**

- Acquah, E. O., Topalli, P.-Z., Wilson, M. L., Junntila, N., & Niemi, P. M. (2016). Adolescent loneliness and social anxiety as predictors of bullying victimisation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 21(3), 320-331.  
<https://doi.org/10.1080/02673843.2015.1083449>
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 49-67.
- Alasmawi, K., Mann, F., Lewis, G., White, S., Mezey, G., & Lloyd-Evans, B. (2020). To what extent does severity of loneliness vary among different mental health diagnostic groups: A cross-sectional study. *International journal of mental health nursing*, 29(5), 921-934.
- Alberti, F. B. (2018). This "modern epidemic": Loneliness as an emotion cluster and a neglected subject in the history of emotions. *Emotion Review*, 10(3), 242-254.
- Alberti, F. B. (2019). *A biography of loneliness: The history of an emotion*. Oxford University Press, USA.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). The corrective emotional experience. *Psychoanalytic therapy: Principles and application*.
- American Psychological Association. (2006). *Research Supported Psychological Treatments*.  
<https://div12.org/psychological-treatments/>
- Badcock, J. C., Shah, S., Mackinnon, A., Stain, H. J., Galletly, C., Jablensky, A., & Morgan, V. A. (2015). Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile. *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 268-273.
- Barstad, A. (2021). *Er innvandrere utsatt for ensomhet og sosial eksklusjon?* Statistisk Sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/er-innvandrere-utsatt-for-ensomhet-og-sosial-eksklusjon>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Berg, H. (2020). *Evidens og etikk : hva er problemet med evidensbasert praksis i psykologi?* (1. utgave. ed.). Fagbokforlaget.

- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., & Lackner, K. J. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC psychiatry*, *17*(1), 97.
- Binder, P.-E., Hjeltnes, A., Nielsen, G. H., & Schanche, E. (2013). Å kjenne mønstrene innenfra: Forskjeller og møtepunkter mellom relasjonell og emosjonsfokuset psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*, 2nd ed. (pp. 83-111). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-003>
- Booth, R. (1997). Existential loneliness: The other side of the void. *International Journal of Transpersonal Studies*, *16*(1), 6.
- Booth, R. (2000). Loneliness as a component of psychiatric disorders. *Medscape General Medicine*, *2*(2), 1-7.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *Br J Psychiatry*, *130*(5), 421-431. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.5.421>
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, *52*(4), 664.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*, *8*(2), 58-72.
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Loneliness. In *Handbook of individual differences in social behavior*. (pp. 227-240). The Guilford Press.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Van Cauter, E., & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, *64*(3), 407-417.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*(1), 140-151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>

- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. WW Norton & Company.
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249.
- Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2014). *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone*. Somerset: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Coughlin, P. (2016). *Maximizing effectiveness in dynamic psychotherapy*. Routledge.
- Dagan, Y., & Yager, J. (2019). Addressing loneliness in complex PTSD. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(6), 433-439.
- Dahlberg, K. (2007). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(4), 195-207.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy* (Vol. 1). Jason Aronson.
- Davanloo, H. (1986). Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patients. I. Handling resistance. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1(2), 107-133.
- Davanloo, H. (1988). The technique of unlocking of the unconscious. Part I. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 3(2), 99-121.
- Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*, 2(2), 25-70.
- Dearing, R. L., & Tangney, J. P. E. (2011). *Shame in the therapy hour*. American Psychological Association.
- Dell, N. A., Pelham, M., & Murphy, A. M. (2019). Loneliness and depressive symptoms in middle aged and older adults experiencing serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 42(2), 113.
- Deyoung, P. A. (2015). *Understanding and treating chronic shame: A relational/neurobiological approach*. Routledge.
- Dillon, A., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2018). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy*

- research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(3), 406-422.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1233364>
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(11), 1274. <https://www.mdpi.com/2072-6643/9/11/1274>
- Dolhanty, J., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. *European Psychotherapy*, 7(1), 97-116.
- Eikenæs, I., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2016). Attachment styles in patients with avoidant personality disorder compared with social phobia. *Psychol Psychother Theory Res Pract*, 89(3), 245-260. <https://doi.org/10.1111/papt.12075>
- Eppel, A. (2018). *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*. Springer.
- Eres, R., Lim, M. H., Lanham, S., Jillard, C., & Bates, G. (2021). Loneliness and emotion regulation: implications of having social anxiety disorder. *Australian Journal of Psychology*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1904498>
- Fassbinder, E., Assmann, N., Schaich, A., Heinecke, K., Wagner, T., Sipos, V., Jauch-Chara, K., Hüppe, M., Arntz, A., & Schweiger, U. (2018). PRO\*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC psychiatry*, 18(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1905-6>
- Ferenczi, S. (1994/1933). Confusion of Tongues between Adults and the Child 1: 1933. In (1 ed., pp. 156-167). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429474750-13>
- Fonagy, P. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Dev Psychopathol*, 9(4), 679-700.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect : a model for accelerated change*. Basic Books.
- Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of clinical psychology*, 57(2), 227-242.

- Fosha, D. (2003). Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disorganized attachment. *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*, 221-281.
- Fosha, D. (2004a). Brief Integrative Therapy Comes of Age: A Commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 66.
- Fosha, D. (2004b). 'Nothing that feels bad is ever the last step:'the role of positive emotions in experiential work with difficult emotional experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 30-43.
- Fosha, D. (2009a). Healing attachment trauma with attachment (and then some!). *Clinical pearls of wisdom*, 21, 43-56.
- Fosha, D. (2009b). Positive affects and the transformation of suffering into flourishing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172(1), 252.
- Fosha, D. (in press). *Undoing Aloneness and the Transformation of Suffering Into Flourishing: AEDP 2.0* (D. Fosha, Ed.). American Psychological Association.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0000232-001>
- Fosha, D., Paivio, S. C., Gleiser, K., & Ford, J. D. (2009). Experiential and emotion-focused therapy. *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, 286-311.
- Fosha, D., & Thoma, N. (2020). Metatherapeutic processing supports the emergence of flourishing in psychotherapy. *Psychotherapy*, 57(3), 323-339.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000289>
- Fosha, D., Thoma, N., & Yeung, D. (2019). Transforming emotional suffering into flourishing: Metatherapeutic processing of positive affect as a trans-theoretical vehicle for change. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(3-4), 563-593.
- Fosha, D., & Yeung, D. (2006). Accelerated Experiential-Dynamic Psychotherapy: The Seamless Integration of Emotional Transformation and Dyadic Relatedness at Work.
- Frankel, J. B. (1998). Ferenczi's trauma theory. In *American journal of psychoanalysis* (Vol. 58, pp. 41-61). Palgrave Macmillan.
- Fromm, E. (1956). *The art of loving* (Vol. 9). Harper & Row.
- Fromm-Reichmann, F. (1959). Loneliness. *Psychiatry*, 22(1), 1-15.

- Fung, K., Paterson, D., & Alden, L. E. (2017). Are social anxiety and loneliness best conceptualized as a unitary trait? *Journal of Social and Clinical Psychology, 36*(4), 335-345.
- Galanaki, E. (2013). The Origins of Solitude Psychoanalytic Perspectives. *The handbook of solitude: Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone, 71*.
- Galanki, E. (2014). Loneliness: thoughts on its relation with psychopathology and psychotherapy. *Encephalos, 51*, 14-23.
- Gendlin, E. T. (1986). What Comes After Traditional Psychotherapy Research? *Am Psychol, 41*(2), 131-136. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.131>
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology, 69*(8), 856-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment, 15*(3), 199-208.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychol Psychother, 84*(3), 239-255. <https://doi.org/10.1348/147608310X526511>
- Gleiser, K. A. (2020). Seeing the Invisible. <https://aedpinstitute.org>
- Goldman, R. N. (2019). History and overview of emotion-focused therapy. In *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. (pp. 3-35). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-001>
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10447-000>
- Greenberg, L. S. (2019). Theory of functioning in emotion-focused therapy. In *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. (pp. 37-59). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-002>
- Greenberg, L. S., & Elliott, R. (2012). Corrective experience from a humanistic-experiential perspective. In *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across*

- cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches.* (pp. 85-101). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13747-006>
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019a). *Clinical handbook of emotion-focused therapy.* Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-000>
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019b). Theory of practice of emotion-focused therapy. In *Clinical handbook of emotion-focused therapy.* (pp. 61-89). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-003>
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). Varieties of shame experience in psychotherapy. *Gestalt Review, 1*(3), 205-220.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of clinical psychology, 62*(5), 611-630.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in Psychotherapy. *Am Psychol, 44*(1), 19-29. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.1.19>
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression.* American Psychological Association.
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *The American journal of psychiatry, 153*(6), 752-758.
- Halvorsen, K. (2008). Veier inn i og ut av ensomhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 5*(03), 258-267.
- Hari, J. (2020). *Lost connections.* Bloomsbury Publishing.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(2), 218-227.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review, 26*(6), 695-718.
- Helm, P. J., Jimenez, T., Bultmann, M., Lifshin, U., Greenberg, J., & Arndt, J. (2020). Existential isolation, loneliness, and attachment in young adults. *Personality and Individual Differences, 159,* 109890.



- Helse og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet*
- Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)
- Helsedirektoratet. (2021). *Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=retningslinje>
- Herrmann, I. R., & Auszra, L. (2019). Facilitating optimal emotional processing. In *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. (pp. 193-216). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-009>
- Hertz, N. (2020). *The Lonely Century: Coming Together in a World That's Pulling Apart*. Sceptre.
- Holmes, J. (1986). Adolescent loneliness, solitude and psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 3(2), 105-118.
- Holowaty, K. A. M., & Paivio, S. C. (2012). Characteristics of client-identified helpful events in emotion-focused therapy for child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, 22(1), 56-66. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.622727>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Huseby, T. (2018). Å leve med en overveldende forlatthetsfølelse. [www.psykologisk.no](http://www.psykologisk.no)
- Huseby, T. (2020). Ensom i terapirommet. [www.psykologisk.no](http://www.psykologisk.no)
- Hyland, P., Shevlin, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Vallières, F., McGinty, G., Fox, R., & Power, J. M. (2019). Quality not quantity: Loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(9), 1089-1099.
- Iwakabe, S., & Conceicao, N. (2016). Metatherapeutic processing as a change-based therapeutic immediacy task: Building an initial process model using a task-analytic research strategy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(3), 230.
- Iwakabe, S., Edlin, J., Fosha, D., Gretton, H., Joseph, A. J., Nunnink, S. E., Nakamura, K., & Thoma, N. C. (2020). The effectiveness of accelerated experiential dynamic psychotherapy (AEDP) in private practice settings: A transdiagnostic study conducted within the context of a practice-research network. *Psychotherapy*, 57(4), 548.

- Jacobsen, B. (2007). *Invitation to existential psychology*. Wiley Online Library.
- Jareg, K. M. (2015). Er du ensom? Du er ikke alene. [www.psykologisk.no](http://www.psykologisk.no)
- Kjøe, P. (2020). *Alene : en bok om ensomhet*. Vigmostad Bjørke.
- Kjøe, P., Klippen, I., Hovgaard, H., Krokstad, S., Sletten, M. A., Lekang, B., Konar, M., Møgster, R.-L., Antonsen, M., Modalen, M., Stamsø-Ellingsen, H. v., & Bakkeng, C. L. (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien : Utfordringsbilde og anbefalte tiltak*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/livskvalitet-psykisk-helse-og-rusmiddelbruk-under-covid-19-pandemi/id2846714/>
- Kroken, R., & Madsen, O. J. (2016). *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten : fra sosialt arbeid til "arbeid med deg selv"?* Gyldendal akademisk.
- Lamagna, J., & Gleiser, K. A. (2007). Building a Secure Internal Attachment: An Intra-Relational Approach to Ego Strengthening and Emotional Processing with Chronically Traumatized Clients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), 25-52.  
[https://doi.org/10.1300/J229v08n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J229v08n01_03)
- Lampe, L., & Malhi, G. S. (2018). Avoidant personality disorder: Current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S121073>
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38.
- Larsen, J.-H., Kirkegaard, H. T., Nordgren, G., & Ahlqvist, J. (2020, May 3). Identifying existential concerns as an analytical tool: an eye-opener for the doctor. *Education for Primary Care*, 31(3), 180-185. <https://doi.org/10.1080/14739879.2020.1729251>
- Leary, M. R., Herbst, K. C., & McCrary, F. (2003). Finding pleasure in solitary activities: desire for aloneness or disinterest in social contact? *Personality and Individual Differences*, 35(1), 59-68, Article Pii s0191-8869(02)00141-1. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(02\)00141-1](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(02)00141-1)
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of

- social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Levine, M. P. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 243-257.
- Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 349-356. <https://doi.org/10.1037/per0000208>
- Lim, M. H., Eres, R., & Vasan, S. (2020). Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(7), 793-810.
- Lim, M. H., Gleeson, J. F., Alvarez-Jimenez, M., & Penn, D. L. (2018). Loneliness in psychosis: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(3), 221-238.
- Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Zyphur, M. J., & Gleeson, J. F. M. (2016). Loneliness Over Time: The Crucial Role of Social Anxiety. *J Abnorm Psychol*, 125(5), 620-630.  
<https://doi.org/10.1037/abn0000162>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e1213.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Lunde, C. (2020). Ensomhetens pandemi. *Samtiden*, 128(2-03), 186-193.  
[http://www.idunn.no/samtiden/2020/02-03/ensomhetens\\_pandemi](http://www.idunn.no/samtiden/2020/02-03/ensomhetens_pandemi)
- Macdonald, J., & Morley, I. (2001). Shame and non-disclosure: A study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 1-21.
- Maes, M., Nelemans, S. A., Danneel, S., Fernández-Castilla, B., Van den Noortgate, W., Goossens, L., & Vanhalst, J. (2019). Loneliness and social anxiety across childhood

- and adolescence: Multilevel meta-analyses of cross-sectional and longitudinal associations. *Developmental Psychology*, 55(7), 1548.
- Mann, F., Bone, J. K., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., Wang, J., & Johnson, S. (2017). A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 627-638. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1392-y>
- Markin, R. D., McCarthy, K. S., Fuhrmann, A., Yeung, D., & Gleiser, K. A. (2018). The process of change in accelerated experiential dynamic psychotherapy (AEDP): A case study analysis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(2), 213-232. <https://doi.org/10.1037/int0000084>
- Martens, W. H. (2010). Schizoid personality disorder linked to unbearable and inescapable loneliness. *The European journal of psychiatry*, 24(1), 38-45.
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 15(3), 219-266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Matthies, S., Schiele, M. A., Koentges, C., Pini, S., Schmahl, C., & Domschke, K. (2018). Please don't leave me - Separation anxiety and related traits in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2018. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0951-6>
- McBride, H. L., Joseph, A. J., Schmitt, P. G., & Holtz, B. M. (2020). Clinical recommendations for psychotherapists working during the coronavirus (COVID-19) pandemic through the lens of AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy). *Counselling Psychology Quarterly*. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1771283>
- McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of affective disorders*.
- McCullough Jr, J. P. (2003). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(3-4), 241-263. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.13.3-4.241>

- McHugh Power, J. E., Dolezal, L., Kee, F., & Lawlor, B. A. (2018). Conceptualizing loneliness in health research: Philosophical and psychological ways forward. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 38*(4), 219.
- McNally, S., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2014). Transforming emotion schemes in emotion focused therapy: a case study investigation. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 13*(2), 128-149. <https://doi.org/10.1080/14779757.2013.871573>
- Meld. St. 19. (2019). *Folkehelsemeldinga Gode liv i eit trygt samfunn* [Melding til Stortinget]. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Meltzer, H., Bebbington, P., Dennis, M. S., Jenkins, R., McManus, S., & Brugha, T. S. (2013). Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 48*(1), 5-13.
- Michalska da Rocha, B., Rhodes, S., Vasilopoulou, E., & Hutton, P. (2018). Loneliness in psychosis: a meta-analytical review. *Schizophrenia bulletin, 44*(1), 114-125.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. (2018). The question of expertise in psychotherapy. *Journal of Expertise, 1*(2), 121-129.
- Morgan, V. A., Waterreus, A., Carr, V., Castle, D., Cohen, M., Harvey, C., Galletly, C., Mackinnon, A., McGorry, P., & McGrath, J. J. (2017). Responding to challenges for people with psychotic illness: Updated evidence from the Survey of High Impact Psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 51*(2), 124-140.
- Morgan, V. A., Waterreus, A., Jablensky, A., Mackinnon, A., McGrath, J. J., Carr, V., Bush, R., Castle, D., Cohen, M., Harvey, C., Galletly, C., Stain, H. J., Neil, A. L., McGorry, P., Hocking, B., Shah, S., & Saw, S. (2012). People living with psychotic illness in 2010: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry, 46*(8), 735-752. <https://doi.org/10.1177/0004867412449877>
- Moustakas, C. (1961). Loneliness [A study of existential loneliness based on intimate personal documents]. *Englewood Cliffs NJ*.
- Nagata, T., Yamada, H., Teo, A. R., Yoshimura, C., Nakajima, T., & Van Vliet, I. (2013). Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder:

- clinical characteristics and treatment response in a case series. *The International journal of social psychiatry*, 59(1), 73-78.  
<https://doi.org/10.1177/0020764011423184>
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride : affect, sex, and the birth of the self*. Norton.
- Nilsson, B. (2007). *Ensomhet : psykisk lidelse og hermeneutisk omsorg : når horisonter møtes*. Cappelen akademisk forl.
- Norsk Psykologforening. (2007). *Prinsipperklæring for evidensbasert praksis for psykologer*  
<https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis>
- O'Brien, K., O'Keeffe, N., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L., & McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 29(4), 524-540.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373206>
- O'Day, E. B., Butler, R. M., Morrison, A. S., Goldin, P. R., Gross, J. J., & Heimberg, R. G. (2021). Reductions in social anxiety during treatment predict lower levels of loneliness during follow-up among individuals with social anxiety disorder [Journal: Article]. *Journal of Anxiety Disorders*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102362>
- O'Brien, D., Harvey, K., Howse, J., Reardon, T., & Creswell, C. (2016). Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. *British Journal of General Practice*, 66(651), e693.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp16X687061>
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, 20(3), 353-366. <https://doi.org/10.1080/10503300903505274>
- Paivio, S. C., & Laurent, C. (2001). Empathy and emotion regulation: Reprocessing memories of childhood abuse. *Journal of clinical psychology*, 57(2), 213-226.
- Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach*. US: American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/12077-000>

- Pando-Mars, K. (2016). Tailoring AEDP interventions to attachment style. *Transformance: The AEDP Journal*, 4, 2. <https://aedpinstitute.org/>
- Pascual-Leone, A. (2018). How clients "change emotion with emotion": A programme of research on emotional processing. *Psychotherapy Research*, 28(2), 165-182.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through.". *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 875-887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Pascual-Leone, A., & Kramer, U. (2019). How clients "change emotion with emotion": Sequences in emotional processing and their clinical implications. In *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. (pp. 147-170). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-007>
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness : a sourcebook of current theory, research and therapy*. Wiley.
- Pinel, E. C., Long, A. E., Murdoch, E. Q., & Helm, P. (2017). A prisoner of one's own mind: Identifying and understanding existential isolation. *Personality and Individual Differences*, 105, 54-63. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.024>
- Pos, A. E. (2014). Emotion focused therapy for avoidant personality disorder: Pragmatic considerations for working with experientially avoidant clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(2), 127-139.
- Pos, A. E., & Choi, B. H. (2019). Relating process to outcome in emotion-focused therapy. In *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. (pp. 171-191). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-008>
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2012). Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(1), 84-107.
- Pos, A. E., & Paolone, D. A. (2019). Emotion-focused therapy for personality disorders. In *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. (pp. 381-402). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-017>

- Prenn, N. (2009). I second that emotion! On self-disclosure and its metaprocessing. *Psychotherapist revealed: Therapists speak about self-disclosure in psychotherapy*, 85-99.
- Prenn, N. (2011). Mind the gap: AEDP interventions translating attachment theory into clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(3), 308.
- Prenn, N. C., & Fosha, D. (2017). *Supervision essentials for accelerated experiential dynamic psychotherapy*. American Psychological Association.
- Prenn, N. C., & Slatius, J. K. (2018). Second Helpings: AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy) in the Treatment of Trauma and Eating Disorders. *Trauma-Informed Approaches to Eating Disorders*, 235.
- Ratanashevorn, R., & Brown, E. C. (2021). "Alone in the Rain (bow)": Existential Therapy for Loneliness in LGBTQ+ Clients. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 15(1), 110-127.
- Reis, S., & Grenyer, B. F. S. (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. *Psychology and psychotherapy*, 75(Pt 4), 445-459.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.  
<https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1995/1980). *A way of being* (Vol. 88). Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (2004/1961). *On becoming a person : a therapist's view of psychotherapy*. Constable.
- Rokach, A. (1997). Relations of perceived causes and the experience of loneliness. *Psychological reports*, 80(3\_suppl), 1067-1074.
- Rokach, A. (2018). The psychotherapist, the client, and loneliness: a mini review. *Emerging Science Journal*, 2(4), 165-169.
- Rowan, A. N. (2021). World Happiness 2021. *WellBeing News*, 3(3), 3.  
<https://www.wellbeingintlstudiesrepository.org/wbn/vol3/iss3/3>
- Rubenstein, C., & Shaver, P. (1982). The experience of loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 206-223.
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual review of psychology*, 60, 141-171.



- Russell, E. (2015). *Restoring resilience: Discovering your clients' capacity for healing*. WW Norton & Company.
- Sagan, O. (2017). The loneliness of personality disorder: a phenomenological study. *Mental health and social inclusion*, 21(4), 213-221. <https://doi.org/10.1108/MHSI-04-2017-0020>
- Sagan, O., & Miller, E. (2017). *Narratives of loneliness: Multidisciplinary perspectives from the 21st century*. Routledge.
- Satran, G. (1978). Notes on loneliness. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 6(3), 281-300.
- Schmidt Bunkers, S. (2008). The Gifts of Silence and Solitude. *Nursing Science Quarterly*, 21(1), 22-25. <https://doi.org/10.1177/0894318407310756>
- 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.
- Shevlin, M., McElroy, E., & Murphy, J. (2015). Loneliness mediates the relationship between childhood trauma and adult psychopathology: evidence from the adult psychiatric morbidity survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(4), 591-601.
- Siegel, D. J. (2012). *Pocket guide to interpersonal neurobiology: An integrative handbook of the mind (norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Siegel, D. J., & Solomon, M. F. (2003). *Healing trauma : attachment, mind, body, and brain*. W.W. Norton.
- Southward, M. W., Christensen, K. A., Fettich, K. C., Weissman, J., Berona, J., & Chen, E. Y. (2014). Loneliness mediates the relationship between emotion dysregulation and bulimia nervosa/binge eating disorder psychopathology in a clinical sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(4), 509-513.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life (norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Stevens, F. L. (2019). Affect regulation and affect reconsolidation as organizing principles in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(3), 277.
- Stiegler, J. R. (2015). *Emosjonsfokuset terapi : Å forstå og forandre følelser*. Gyldendal akademisk.

- Stricker, G. (2010). *Psychotherapy integration*. Washington DC.
- Støren, K. S., Rønning, E., & Gram, K. H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitet-i-norge-2020>
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry* (H. S. Perry & M. L. Gawel, Eds.). Norton.
- Svensden, L. F. H. (2015). *Ensomhetens filosofi*. Universitetsforl.
- Swartz, H. A., M.D. (2019). Loneliness and Psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 72(4), 84-84. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.72402>
- Teo, A. R., Lerrigo, R., & Rogers, M. A. M. (2013). The role of social isolation in social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 353-364. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.010>
- Thoresen, S., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., & Birkeland, M. S. (2018). Loneliness as a mediator of the relationship between shame and health problems in young people exposed to childhood violence. *Social Science & Medicine*, 211, 183-189.
- Timulak, L. (2015). *Transforming emotional pain in psychotherapy : an emotion-focused approach*. Routledge.
- Timulak, L., Iwakabe, S., & Elliott, R. (2019). Clinical implications of research on emotion-focused therapy. In *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. (pp. 93-109). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-004>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *J Clin Psychol*, 73(11), 1556-1567. <https://doi.org/10.1002/jclp.22532>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 1-13.
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 41-52.

- Timulak, L., & Pascual-Leone, A. (2015). New developments for case conceptualization in emotion-focused therapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(6), 619-636.
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., & Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 19(3), 290-299.
- van Beljouw, I. M. J., Verhaak, P. F. M., Cuijpers, P., van Marwijk, H. W. J., & Penninx, B. W. J. H. (2010). The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome: a one-year cohort study. *BMC psychiatry*, 10(1), 86.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-86>
- Van Deurzen, E. (2012). *Existential counselling & psychotherapy in practice*. Sage.
- van Deurzen, E., Craig, E., Laengle, A., Schneider, K. J., Tantam, D., & du Plock, S. (2019). *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*. Newark: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-16.
- Warwar, S. H., Links, P. S., Greenberg, L., & Bergmans, Y. (2008). Emotion-Focused Principles for Working with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*®, 14(2).  
[https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/Fulltext/2008/03000/Emotion\\_Focused\\_Principles\\_for\\_Working\\_with.4.aspx](https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/Fulltext/2008/03000/Emotion_Focused_Principles_for_Working_with.4.aspx)
- Watson, J., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2019). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder. In *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. (pp. 315-336). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-014>
- Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, shame, depression, and loneliness: the mediation role of basic psychological needs satisfaction. *Journal of counseling psychology*, 52(4), 591.

- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 18(3), 29.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.
- Weiss, R. S. (1987). Reflections on the present state of loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2(2), 1.
- Welling, H. (2012). Transformative emotional sequence: Towards a common principle of change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(2), 109.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 58-71.
- Willock, B. (2012). Loneliness, longing, and limiting theoretical frameworks. In *Loneliness and longing: Conscious and unconscious aspects*. (pp. 295-314). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Willock, B., Bohm, L. C., & Curtis, R. C. (2012). *Loneliness and longing : conscious and unconscious aspects*. Routledge.
- Winnicott, D., W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 416-420.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic.
- Yalom, I. D. (2000). *Momma and the meaning of life: tales of psychotherapy*. Piatkus.

## Appendiks

**Tabell 1**

*Søk benyttet under litteraturinnsamling om fenomenet ensomhet*

Søkeord for ensomhet	Søkeord forekomst, psykiske lidelser	Søkemotorer
(Lone* OR Aloneness OR Solitude OR (Social AND Isolation))	(Review AND (meta OR systematic), (Trauma OR dissoci*), (Anxiety AND Disorder*), (Depress*), (Eating AND Disorder*), (Personality AND Disorder*), (Suicide), (Avoidan*), (Anxiety OR Anxious), (Attachment), (Self AND Disclosure))	Web of Science, Oria, PsychInfo, PsychNet, Cochrane Trial, Google Scholar

**Tabell 2**

*Søk benyttet under litteraturinnsamling for klinisk litteratur om ensomhet*

Søkeord for ensomhet	Søkeord individuell psykoterapi	Søkemotorer
(Lone* OR Aloneness OR Solitude OR (Social AND Isolation))	(Therapy OR Psychotherapy) ((Evidence OR Outcome) AND transforma* AND (emotion* OR affect*)), (Intervention*) (AEDP AND EFT), (AEDP OR EFT), ((emotion focused OR psychodynamic) AND (Therapy OR Psychotherapy)), (CBT), (Cogni* AND Therapy), ((Evidence OR outcome) AND (transforma* OR change) AND (emotion* OR affect*)), (Attachment)	Web of Science, Oria, PsychInfo, PsychNet, Cochrane Trial, Google Scholar

Tabell 3

## Sammenligning av modeller for forståelse og behandling av ensomhet

Tilknytningsteori (Bowlby)	AEDP (Fosha m.fl)	EFT (Greenberg m.fl)	Objektrelasjon (Winnicott)
Indre arbeidsmodell: erfaring fra tilknytningsrelasjoner danner forventninger i møte med nye tilknytningsrelasjoner/sosiale bånd. f. eks tillit/ mistillit, skremmende/trygge, kortvarig/langvarig	Indre arbeidsmodeller basert på tilknytnings- erfaringer Persontriangler: to hovedorganiseringer av selvet: <i>Selvet-på-sitt-verste</i> Affektiv kjerne opplevelse <i>Selvet-sitt-beste</i> Uttrykk for kjerneaffekt	Emosjonelle kjerneskjema tilknytningssskjema og identitetsskjema Mistilpasset kjerneemosjon Tilpasset kjerneemosjon	Selv- og objekt- representasjoner Falske selv Sant selv
Psykopatologi: Respons til separasjonsstress i tilknytningsrelasjon: Prosess fra protest til oppgitt, dysregulering eller splitting av sinnet	Psykopatologi: Erfaringer av å være alene i møte med uutholdelige emosjoner i emosjonelt eller fysisk fravær av tilknytningsperson Konsekvens: forsvar, angst og utrygg tilknytningsstil	Psykisk lidelse: Negative erfaringer tidligere i livet, senere i livet og/eller biologisk sårbarhet Konsekvens: emosjonelle problemer	Fravær av en relativt spenningsfri annen ( <i>good enough mother</i> ) Grader av dissosiering mellom: «det sanne og falske selv»
Separasjonsstress	<i>Unbearable aloneness</i>	Udifferensiert og utålelig emosjonell smerte	Manglende kapasitet til å være alene
Trygg base	Terapeutisk allianse Trygg tilknytning til terapeuten <i>Ekte relasjon - tilknytningsperson i øyeblikket</i>	Terapeutisk allianse Trygg i relasjon til terapeuten	Terapeutisk allianse <i>holding environment</i>
Utforsking	Spontanitet Utvikling Blomstring	Identitet og lek	Kapasitet til å være alene Spontanitet Vitalitet
Inntoning	Tilknytnings-informerte intervensjoner i <i>Her og nå øyeblikket</i> Emosjonsregulering Selvavsløring fra terapeut Intervensjon= terapeutens kommentar + pasientens respons Empati Validering Intervensjoner som fremmer opplevelse	Empatisk differensiering Validering Autentisitet Genuin tilstedeværelse i <i>Her og nå øyeblikket</i> Selvavsløring Emosjonsregulering Intervensjoner som vekker affektiv opplevelse	Holdende miljø
Tilknytningsstil	Forsvarsmodus Rød signalaffekt <i>Selvet-på-sitt-verste</i> Basert på utrygge og desorganiserte tilknytningsmønster Forsvar mot emosjonell opplevelse i relasjonell kontekst Begrenset tilgang til vitale kjerneaffekter	Beskyttende strategier Uproduktive emosjoner <i>Global distress</i> Angst Emosjonell unngåelse Atferdsmessig unngåelse	Forsvar og angst

Mentalisering i hjertet og sinnet til den andre	Opplevelse av å eksistere i hjertet og sinnet til terapeuten Dyadisk samspill	Refleksjon over emosjon Medfølelse	Reflekterende funksjon
Implisitt hukommelse	Ubevisst Undertrykt og dissosiert opplevelser av kjerneaffekt	Utilgjengelig underliggende emosjonell sårbarhet	Ubevisste
Tilknytningsrelasjoner	<i>Selvet-på-sitt-verste</i> <i>Selvet-på-sitt-beste</i>	<i>Selv-andre relasjon</i> Tilknytnings skjema	Selv og objekter
	Det sanne selv Den sanne andre	Agens	Det sanne selv

Tabell 4

## Sammenligning av endringsprosesser

AEDP	EFT
<p><b>Relasjonell endringsprosess</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Endre utrygge og desorganisert tilknytningsmønster gjennom erfaring med trygg tilknytning til terapeut</li> <li>- Reparasjon av relasjonelle forstyrrelser/feilstått dyadisk regulering: (<i>errors of ommision &amp; errors of comission</i>)</li> </ul>	<p><b>Relasjonell endringsprosess</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emosjonelt korrigerende erfaringer i trygg relasjon til terapeut</li> </ul>
<p><b>Affektiv endringsprosess</b> (utviklet iht bl.a Davanloo, Alpert) Låse opp og fullføre underliggende patogene affekter i trygg tilknytning til terapeut</p> <p><b>Ensomhet (<i>unbearable aloneness</i>) ved følelse av:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sårbarhet og fravær av beskyttelse</li> <li>- Relasjonell frakobling</li> <li>- Avvisning og verdiløshet</li> </ul> <p><b>Affektiv prosessering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fokus på kroppslige affektive komponenter</li> <li>- Kapasitetsbygging gjennom tilgang på vitale emosjoner</li> <li>- Dyadisk regulering av sekundære affekter (angst og signalaffekter)</li> <li>-</li> </ul>	<p><b>Emosjonell transformasjonsprosess</b> (Greenberg, Rice, Auzra, Herman, Timulak, Pascual-Leone) Bearbeide underliggende sårbarhet for psykisk lidelse – Emosjonell kjernesmerter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Emosjon - behov</b></li> <li>- Ensomhet - kjærlighet &amp; kontakt</li> <li>- Skam - aksept</li> <li>- Frykt - beskyttelse</li> <li>- <b>Emosjonell prosessering</b></li> <li>- Somatisk oppmerksomhet</li> <li>- Identifisere emosjon</li> <li>- Regulere emosjon</li> <li>- Refleksjon over emosjon</li> <li>- <i>Endre emosjon med emosjon</i></li> <li>- Korrigerende emosjonell erfaring i relasjon</li> </ul>
<p><b>Helbredelsesprosess</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utløse iboende helbredende krefter</li> <li>- Blomstring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dybde av emosjonell prosessering</li> <li>- Agens og beskyttende sinne</li> </ul>
<p><b>Metaterapeutisk prosessering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refleksjon over relasjonelle og emosjonelle opplevelser i hver time</li> <li>- Refleksjon over ubevisst materiale som kommer frem gjennom de tre øvrige endringsprosessene</li> </ul>	<p><b>Meningsskaping</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refleksjon over emosjon</li> <li>- Integrasjon av emosjon og kognisjon</li> </ul>
<p><b>Resultat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sammenhengende historie og tilgang til vitale affektive ressurser</li> <li>- Endret tilknytningsmønster</li> <li>- Redusert behov bruk av forsvar</li> <li>- Redusert angst</li> <li>- Tilgang til vitale kjerneaffekter</li> <li>- Resiliens og blomstring</li> </ul>	<p><b>Resultat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Helhetlig personlig narrativ</li> <li>- Tilgang til emosjoners iboende informasjon og handlingstendens</li> <li>- Lettelse, agens og myndiggjøring</li> </ul>



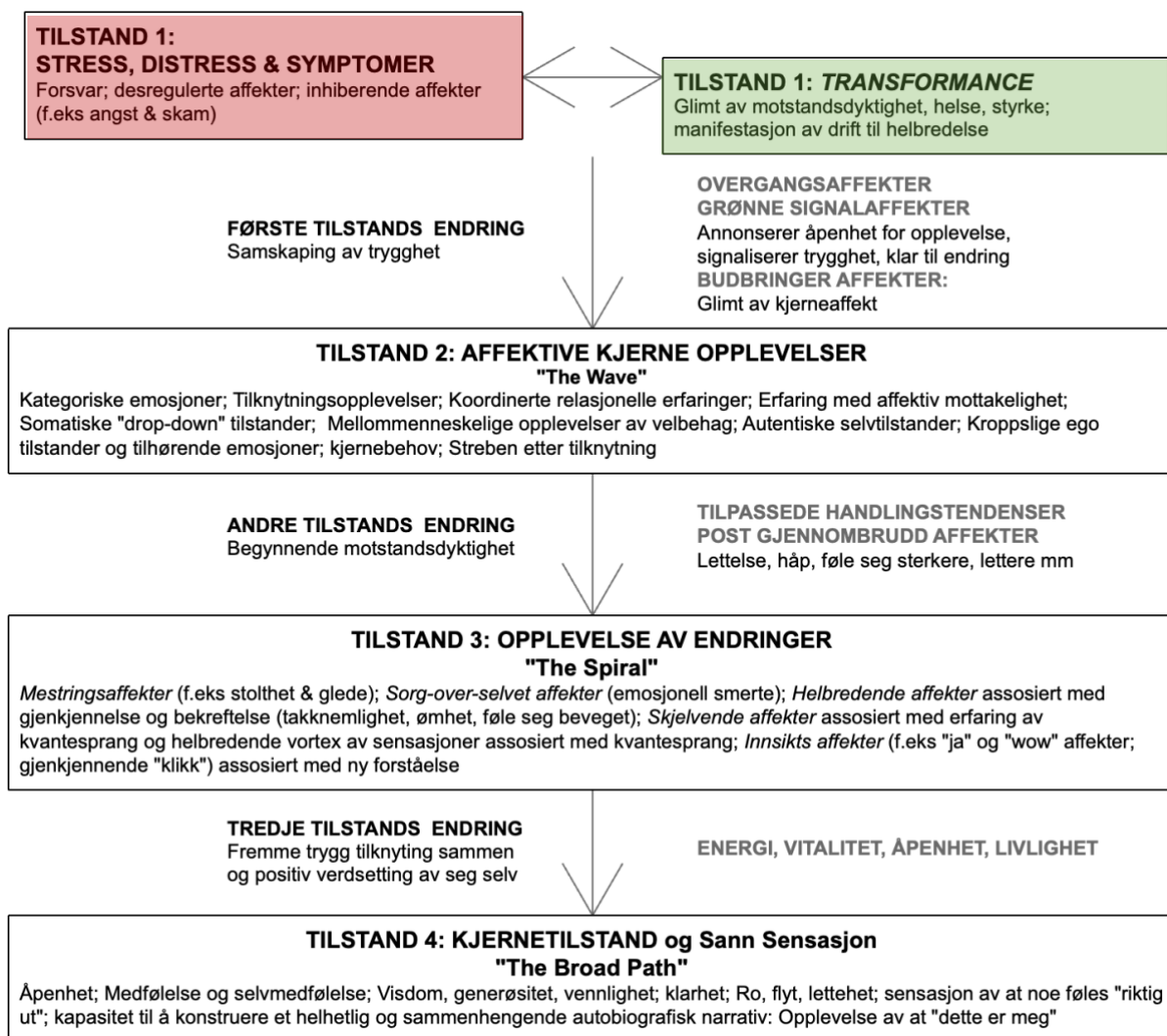
Tabell 5

*Affektive komponenter og emosjonshierarki*

AEDP	EFT
<b>Feilslått dyadisk regulering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feilslått inntoning</li> <li>- Fravær av reparasjon</li> </ul>	<b>Smertefulle emosjonelle skjema for selvorganisering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emosjonell sårbarhet</li> </ul>
<b>Patogene kjerneaffekter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skam</li> <li>- Frykt</li> </ul>	<b>Emosjonell kjernesmerter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensomhet/tristhet</li> <li>- Skam</li> <li>- Frykt</li> </ul>
<b>Kjerneaffekter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Savn</li> <li>- Kjærlighet</li> <li>- Seksuell lyst</li> <li>- Raseri</li> <li>- Glede</li> <li>- M.fl</li> </ul>	
<b>Utholdelige tilstander av <i>aleness</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensomhet, fortvilelse, hjelpeløshet, håpløshet, tomhet</li> <li>- Opplevelse av seg selv som dårlig, ødelagt, verdiløst</li> <li>- Fragmentering, tap av kontroll, falle fra hverandre, forvirring, panikk</li> </ul>	<b>Uproduktive emosjonelle tilstander (<i>global distress</i>)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hjelpeløshet, håpløshet, raseri, uro, stress, irritasjon, overveldelse, agitasjon, anspenthet, ensomhet</li> </ul>
<b>Røde Signalaffekter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst, skam og ensomhet</li> <li>- Fører til mange former for psykopatologi og mangel på emosjonelle ressurser</li> </ul>	<b>Mistilpassede emosjonelle responser</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst (forventningsfrykt), engstelse, ensomhet, skam, sinne, årvåkenhet, frustrasjon</li> <li>- Fører til emosjonell og atferdsmessig unngåelse og emosjonell dysregulering</li> </ul>
<b>Grønne signalaffekter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Håp, forventning om behagelige konsekvenser, nysgjerrighet, begeistring, tillit, selvtillit</li> <li>- Kjennes «riktig ut»</li> <li>- Signaliserer åpenhet for endring</li> </ul>	<b>Produktive emosjoner</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emosjonelle tilstander der klienten er til stede i øyeblikket</li> </ul>
<b>Transformerende affekter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mestringsaffekter</li> <li>- Sorg over selvet</li> <li>- Helbredende gjenkjennelse og bekreftelse</li> <li>- Skjelvende affekter ved kvantesprang</li> </ul>	<b>Endre emosjon med emosjon</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sorg og gi slipp</li> <li>- Medfølelse med seg selv og andre</li> <li>- Beskyttende og selvhevdende sinne</li> </ul>
<b>Affektive kjernefenomen:</b> Kjernemosjoner; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relasjonelle kjerneopplevelser</li> <li>- Reparasjon som respons til fravær av kontakt</li> <li>- 'Sant selv' opplevelser</li> <li>- Spontane kroppslige tilstander</li> <li>- Innsikt i emosjonell sannhet</li> <li>- Helbredende affekter</li> </ul>	<b>Primære tilpassede emosjoner</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilgang til iboende informasjon og handlingstendens</li> <li>- Meningsfylte</li> <li>- Tilpasset selvorganisering</li> <li>- Agens</li> <li>- Lettelse</li> </ul>

Figur 4

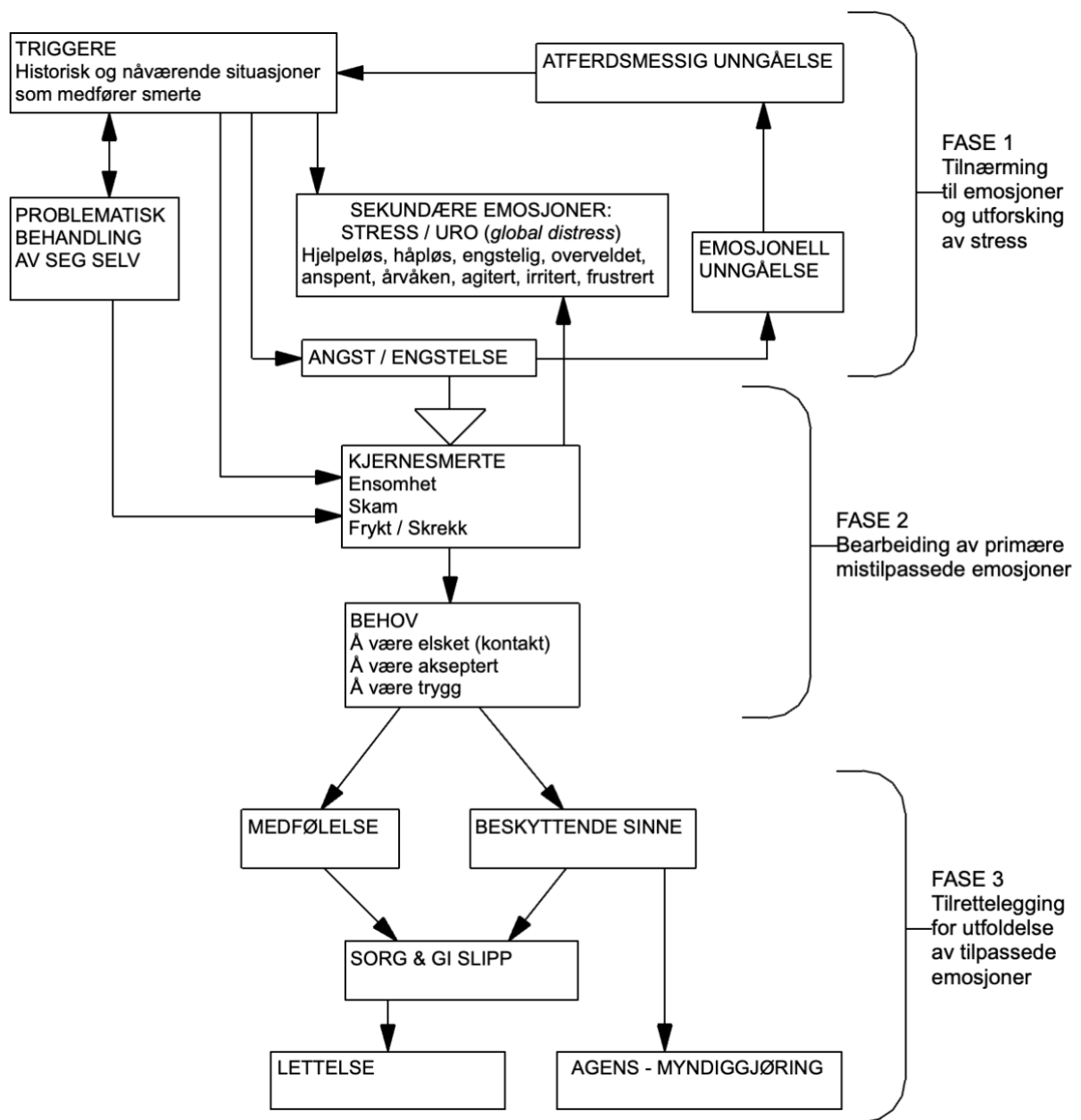
Fire terapeutiske endringsprosesser og fire fenomenologiske tilstander av endring i AEDP



Note: Hentet fra (Fosha et al., 2019)

Figur 5

Transdiagnostisk rammeverk for kasusformulering og faser i terapiprosessen i EFT



Note: Hentet fra (Timulak & Keogh, 2020)