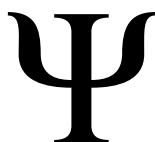




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Nå-øyeblikket som endringsmekanisme i psykoterapi

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

**Marianne Kvale
Christine Lien**

Høst 2011

Sammendrag

Det er en pågående diskusjon om hva som virker i psykoterapi. For å finne svar på dette ser en ofte på den evidensbaserte psykoterapiforskningen. Denne oppgaven vil se nærmere på «nå-øyeblikket», en beskrivelse av en potensiell endringsmekanisme som er spesielt relatert til kvalitativ forskning og fenomenologisk psykoterapi. Med Sterns operasjonalisering av konseptet som et bakteppe, vil denne oppgaven se nærmere på «nå-øyeblikket» ut fra en emosjonsfokusert og kropporientert tilnærming. Litteraturen til disse teoriene viser at «nå-øyeblikket» virker å være en viktig endringsmekanisme og at arbeidet til Stern bidrar til å operasjonalisere konseptet slik at det kan bli studert grundigere. Det ser likevel ut til at det så langt er behov for mer forskning før den potensielle endringsmekanismen kan bli validert og brukt på tvers av ulike terapiformer. På den andre siden kan det være slik at at «nå-øyeblikket» i terapi er for flukterende og uspesifisert til at det kan bli tatt ut fra den unike individuelle subjektive konteksten hvor øyeblikket blir erfart.

Abstract

There is an ongoing discussion about what works in psychotherapy. The search for answers is often made through literature on evidence based psychotherapy research. This paper takes a closer look on the term «present moment», a potential mechanism of change that is often related to qualitative research and phenomenological psychotherapy. With Stern's operationalization of the concept as a backdrop, this paper will take a closer look at «present moment» in emotion-focused and body-focused approaches. The literature in these theories shows that «present-moment» seems to be an important mechanism of change, and that the work of Stern contributes to the task of operationalizing the term so it can be studied in a more scientific way. But so far it seems that there is more research that needs to be done before this potential mechanism of change is validated and usable across therapies. On the other hand it can be that «present-moment» in therapy is too fluctuating and unspecified to be taken out of the unique individual subjective context where it is experienced.

Innholdsfortegnelse

Innledning	5
Sammendrag.....	3
Abstract.....	4
Avgrensning og problemstilling.....	6- 7
Metode	7
Nå-øyeblikket, terapi og teori	8 – 9
Fenomenologi og hermenutikk.....	9 – 11
Daniel Sterns teoretiske posisjon.....	11 – 14
Mindfulness.....	15 – 19
Humanisme og eksistensialisme.....	19 – 22
Emosjonsfokusert terapi.....	22 – 28
Kropppsykoterapi.....	28 – 41
Utforskning av nå-øyeblikket i relasjonen.....	41 – 46
Diskusjon	46 – 53
Konklusjon	53 – 54
Referanser	55 - 61

Innledning

Det å leve i nuet, få nye erfaringer og oppleve en selvrealisering er viktig for mange mennesker. Samtidig som vi i hverdagen ofte er opptatt av effektivitet og fremtidsutsikter, kan vi også drømme om tidløshet og tilstedeværelse i øyeblikket. Daniel Stern (2004) er en av dem som har spesialisert seg på nå-øyeblikket. Han beskriver øyeblikksopplevelser som en ikke-nedbrytbar helhet, en gestalt, som har sin egen dynamikk og bevegelse, det han kaller "vitalitetsaffekter". I følge Stern kjennetegnes nå-øyeblikk av følelser som gir en opplevelse av å være betydningsfulle. I tillegg blir de etterfulgt av ulike konsekvenser. Det er øyeblikk som er meningsfortettete og faller inn under begrepet om "kairos."

Et viktig nå-øyeblikk kan oppstå i det man er på løpetur en helt alminnelig høstdag og plutselig oppdager at man er midt i en fargeskala av dansende blader. Kontrasten mellom de varme fargene og den kalde vinden blir tydelig. I løpet av noen få milli-sekunder blir bladene omgjort til speilbilder. De viser bevegelser av frigjørelse, lekenhet, savn og lengsler etter en forløsning. Opplevelsen er deilig og behagelig. Det kommer frem en følelse av glede. En glede over å få muligheten til å være inne i et øyeblikk hvor grensene utjevnes og hvor kroppen svever. Behovet om å ta vare på nå-øyeblikket blir fremtredende. Tidsperspektivet forskyves. På samme tid fremstår det en frykt for å bli forstyrret og falle ut av egen tilstedeværelse. I ettertid kan det være befriende å vite at det finnes en kontinuerlig strøm av lignende øyeblikk som bare venter på å bli oppdaget.

I denne hovedoppgaven er vi mest opptatt av de møteøyeblikkene som foregår i et terapeutisk arbeid. Her blir øyeblikksmøtene ansett som det intersubjektive møte som foregår mellom to mennesker. Det er et helt spesielt møte hvor begge får en følelse av at man opplever eller forstår noe likt, at man virkelig står sammen om noe her-og-nå. Øyeblikksmøter kan ofte komme etter et nå-øyeblikk (Stern, 2004). I følge Stern (2007) er tidskomponenten viktig når man studerer nå-øyeblikk. Han er en av de få som har studert dette grundig og har funnet ut at nå-øyeblikket varer mellom ett og ti sekunder, med en gjennomsnittlig varighet på rundt tre til fire sekunder.

I psykoterapi er det vanlig at terapeuten og pasienten har et overordnet mål om å oppleve en forandring. Sterns (2007) grunntanke er at forandring bygger på faktiske opplevelser, ikke bare verbal forståelse. Han hevder at jo lengre terapeuten klarer å hjelpe klienten ved å holde fast på nå-øyeblikket, jo flere veier vil det åpne seg. "Her og nå" -fokuset til Stern opplever vi å være forenelig med vårt oppgavefundament. En annen inspirasjonskilde i oppgaven er Leslie Greenberg (2009) og den emosjonsfokuserte tilnærmingen. I følge Greenberg inntreffer mekanismene som fører til forandring, først når en person beveger seg bort fra en intellektuell forståelse av seg selv, mot en mer emosjonell selvforståelse. Dette bidrar ofte til en vedvarende forandring.

I følge Stern (2007) har noen nå-øyeblikk mer endringspotensialet i seg enn andre og omtales som forandringsøyeblikk. Noen av disse øyeblikkene kan være kritiske nå-øyeblikk som kan være truende for relasjonen og det videre terapiforløpet. I terapi kan slike øyeblikk være forløsende, sårbare og kraftfulle. Et forandringsøyeblikk kan oppstå i det en klient uttrykker sin grense, eller viser følelser som tidligere ikke har vært integrert. Det er nå-øyeblikkene som bidrar til endring og ny innsikt vi er mest opptatt av i denne oppgaven. Fokuset på dette blir essensielt i alle psykoterapeutiske tilnærminger. Forskjellen blir likevel tydelig hvis man ser på utforskning av disse som selve utgangspunktet for terapien.

Avgrensning og problemstilling

Denne teoretiske hovedoppgaven studerer nå-øyeblikk gjennom en emosjonsfokuseret og kropporientert tilnærming. Som filosofisk posisjon blir det sentralt å integrere fenomenologien som erkjennelsesteoretisk grunnlag. Hermeneutiske prinsipper blir benyttet som en overordnet tolkningsprosess. Sterns fokus på viktige nå-øyeblikk i psykoterapi står frem som den dominerende teoretiske inspirasjonskilden. De ulike tilnærmingene viser at forbindelsen mellom kroppslige sansemodaliteter, emosjoner og kognitive prosesser blir helt sentrale når pasienten skal oppdage viktige

nå-øyeblikk i terapi. Den økte fokuseringen på en holistisk tilnærming til mennesket har også påvirket ulike terapeutiske retninger, samtidig som det fremdeles er mangelfull empirisk informasjon på området. Forskning på mindfulness ser ut til å få mange treff i databasene mens det er verre for artikkelsøk som inkluderer kropporientert terapi. Det ser ut til at psykoterapeutisk forskning vier lite oppmerksomhet til kropporienterte tilnærminger. Mulige årsaksforklaringer er at kropporienterte terapiretninger blir lite brukt sammenlignet med andre tilnærminger. Dette synes vi er interessant og har på bakgrunn av dette utarbeidet følgende problemstilling: « kan nå-øyeblikket være viktig som en mekanisme for endring i psykoterapeutisk behandling?». I denne oppgaven vil vi se nærmere på dette ut fra Sterns teoretiske posisjon i tillegg til emosjonsfokusererte og kropporienterte tilnæringsmåter. Med dette som utgangspunkt vil vi gå nærmere inn på hvordan disse beskriver nå-øyeblikket og dens funksjon som endringsmekanisme. Dette vil bli etterfulgt av en drøfting hvor vi fokuserer på betydningen av nå-øyeblikket som utgangspunktet for terapeutisk behandling. I tillegg vil vi drøfte hvilke implikasjoner dette fører med seg og komme med forslag til videre psykoterapeutisk forskning.

Metode

Dette er en teoretisk oppgave som vil studere ulike teoretiske tilnærminger og empiriske studier for å belyse hvordan nå-øyeblikket kan påvirke forandringsprosesser i psykoterapi. Oppgaven har både innkludert engelske og skandinaviske artikler og bøker. Litteratur har blitt søkt gjennom søkerbasen BIBSYS (Universitetsbiblioteket i Bergen) og databaser som Pubmed, PsycInfo, Science Direct, Cochrane Library, Google og Google Scholar. Søkeord har blant annet vært: «awareness, bodyawareness, mindfulness, bodyoriented therapy, emotion-focused therapy, movement in psychotherapy».

Nå øyeblikket, terapi og teori

Oppgaven innehar et overordnet syn på at nå-øyeblikk er av stor klinisk verdi. Siden oppdagelse av disse øyeblikkene handler om å være til stede i «nået», starter oppgaven med å sette problemstillingen inn i en fenomenologisk og hermeneutisk forståelsesramme. Fenomenologiens anliggende er en søken etter essensene i menneskelige erfaringer (Merleau-Ponty, 1986). Hermeneutikk som metode kombineres ofte med en fenomenologisk posisjon og ansees som en essensiell del av en intellektuell historie, og gir viktige teoretiske innsikter for en fortolkende fenomenologisk analyse (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Alle teoriene er på flere områder preget av den fenomenologiske forståelsesmodellen til nå-øyeblikket. Sterns (2007) teoretiske posisjon er å undersøke subjektive ”her og nå”-opplevelser med presisjon og er hovedbidragsyteren til den teoretiske utdypingen av nå-øyeblikkets natur. Sterns tilnærming blir etterfulgt av teorier på mindfulness og dens anvendelse i praksis. Humanismen og eksistensialismen følger videre opp med nå-perspektivet og utyper spesielt viktigheten av at mennesket følger sine indre behov. Psykoterapier innenfor disse tilnærmingene er basert på premisset om at mennesket er ”selvaktualiserende”, og at det har en innebygd evne til å utvikle sitt potensial (Rogers, 1961; Maslow, 1954). Den emosjonsfokuserede terapiretningen fremstår som en videreutvikling av den humanistiske tilnærmingen. Grunnleggende prinsipper er at det blir benyttet flere gestaltterapeutiske intervensjoner innenfor et her-og-nå perspektiv i det terapeutiske arbeidet. Forandring innenfor denne tilnærmingen handler om å bevege seg ned i dypet av de primære emosjonene.

De kropppsykoterapeutiske terapiretningene inntar en holistisk tilnærming til nå-øyeblikket og anser oppmerksomhet på sansninger i kroppen som et sentralt virkemiddel for å få informasjon om viktige forandringsøyeblikk. Innenfor denne tilnærmingen blir relasjonen mellom kropp og sinn et viktig terapeutisk ståsted. Integrering av kroppen i det terapeutiske arbeidet blir aktuelt for alle de teoretiske ståstedene i oppgaven. Forandringsprosessene blir ansett som sentrale fordi det viser seg at mennesker har et grunnleggende behov for endring. Vi er også satt sammen slik at vi kan oppnå vekst

og gjenoppta vekst som er blitt forhindret (Emde, 1988). Den siste teoridelen blir avrundet med relasjonens betydning i terapi, og belyser hvordan man kan oppdage og favne om viktige nå-øyeblikk i det terapeutiske samarbeidet.

Fenomenologi og hermeneutikk

Fenomenologiens mål er å utarbeide en teorifri, en ren beskrivelse av det som erfares, slik det erfares (Lübcke, 1988). For psykologien betyr fenomenologien studiet av menneskets oppmerksomhet og persepsjon (Engler, 1995). Fenomenologer er opptatt av mennesket som et fortolkende og meningsskapende subjekt, og hvordan den fysiske kroppen også kan integrere livserfaring (Leder, 1990). Kroppsfenomenologien viser til et subjekt i dyp samhörighet med omverdenen. Den levde kroppen retter seg forstående mot verden, den er intensjonal. Den har en iboende evne til å oppfatte, skape og uttrykke mening med utgangspunkt i våre sansemessige erfaringer (Merleau-Ponty, 1986). Ut fra et fenomenologisk filosofisk ståsted hevder også Merleau-Ponty (1992) og den psykologiske selvutviklingsmodellen til Stern (1985) at høyere former for bevissthet og personlig utvikling har sine røtter i vår intersensoriske og samhandlende kapasitet.

Hva er fenomenologiske prinsipper i terapi? Fenomenologi i psykoterapi er praksisorientert. Det handler om *væren* og *gjøren* her og nå, og ikke om teorier og diskusjoner. Fenomenologisk undersøkelse skjer i samhandling mellom klient og terapeut (Adams, 2001). I følge van Deurzen (1997) viser psykoterapeutisk teori ofte til angst som et tegn på patologi. Ved å fastholde at det er et uunngåelig aspekt av livet kan man forsøke å lære seg å leve med en eksistensiell angst i kontrast med antagelsen om at terapi handler om behandling med helbredelse som mål. Innenfor denne retningen bør terapi heller ha et fokus på det individuelle *motet* til å møte tilværelsens sår og motgang. I fenomenologisk praksis ligger det til grunn en forståelse av bevisstheten, som rettes mot et fenomen eller et objekt, og som viser til summen av opplevelsene. Den kan inneholde det som blir potensielt tilgjengelig i bevisstheten i et gitt øyeblikk.

For eksempel er det ikke sikkert du er oppmerksom på trykket stolen har på baken mens du leser denne oppgaven, men når oppmerksomheten blir dratt mot dette presset, blir du bevisst det.

Hvordan virker hermeneutisk fortolkningsmåte i terapi? Hermeneutikken er i utgangspunktet en tolkningsprosess - en kunst i det å fortolke fenomener. Fenomenene er som regel tekster, men tekstbegrepet kan også omfatte menneskelige handlinger. I klinisk praksis kan tolkning være nyttig. Det problematiske kan være at terapeuten har et grunnlag under og etter tolkningen som skiller seg mye fra pasientens (Stern, 2007). Det sentrale i den hermeneutiske metoden er ikke bare tolkning av teksten og ordene i seg selv, men også den atmosfæren de er skapt i, og fornemmelsen de gir mottakeren. Vi er aldri forutsetningsløse men kan omforme og moderere de forutsetningene vi til nå har hatt. Dette kan endre vår innsikt. Slik ser vi nye sider, og sannsynligvis ser vi bedre og sannere, men vi er alltid feilbarlige i vår søken (Skirbekk & Gilje, 2000).

I møtet mellom pasientens hensikt og terapeutens hensikt kan det dessuten oppstå resultater som ikke var tilsiktet av noen av partene. Dette er en samhandling som øker kravet til forståelse (Elster, 1979). Dette kan handle om hvilken innstilling eller innstilthet individet har i relasjonen. Innstilthet kan bli forstått ut fra det individuelle subjektets modus i et hvert foreliggende moment av dets virksomhet. Det er individets beredskap for persepsjon, bevegelse, antagelser og handlinger som utvikles i virksomheten (Sletten, 2010). Merleau-Ponty (1986) hevder at menneskekroppen er et kroppsliggjort liv som favner levd tid, opplevde rom og alle opplevde relasjoner. I følge Merleau-Ponty er kroppen kontakten til verden, og samtidig kontakten til bevisstheten. Kroppen er mediator mellom verden og bevisstheten (Olesen, 2002).

Mye av essensen i den fenomenologiske tilnærmingen handler om væren, "her og nå". Denne opplevelsen kan ikke reduseres ned til molekyler og atomer, og kan vanskelig registreres gjennom ulike måleinstrumenter. Den grunnleggende antagelsen er at det er individets subjektive opplevelse som er det verdifulle. Fenomenologiens kjennetegn er dens fokusering på bevissthetens natur og væren i

øyeblikket. Det viktigste er det enkelte individets individuelle opplevelse. Denne opplevelsen blir favnet av kropp og sinn, hvor kroppens uttrykk gir informasjon om personens liv, samtidig som oppmerksomheten må rettes mot de kroppslige handlingene som utspiller seg, for å få vite nok om det levde livet. Den hermeneutiske metoden har tydelige forbindelser med den fenomenologiske tilnærmingen. De er hovedsakelig opptatt av tolkning av teksten i tillegg til å være genuint interessert i atmosfæren hvor den har blitt til, og opplevelsen til mottakeren.

Daniel Sterns teoretiske posisjon

Stern (2007) fokuserer hovedsakelig på de utilgjengelige nå-øyeblikkene som språket vårt bygger på. Den korte gjennomsnittstiden på tre til fire sekunder blir underbygget av årsaksforklaringer om at det er denne tiden det tar å bygge opp meningsfulle grupper av de mest sansbare stimuli som kommer fra andre mennesker, for så å kunne sette sammen funksjonelle enheter av våre atferdsytelser, og å la bevisstheten tre i funksjon. Den andre grunnen til at nå-øyeblikket ikke har lenger varighet, er at meningsfull menneskelig atferd ser ut til å bli naturlig utført, eller samlet i enheter, på mellom ett og ti sekunder.

I følge Trevarthen (1999/2000) varer de fleste fraser i talespråket i opptil tre sekunder. Det er sjelden at lengre, talte setninger varer i mer enn fire til fem sekunder. Det ser ut til at den fysiologiske enheten for å frembringe en lydgruppe (åndedrettssyklusen), den mentale enheten for analyse av talespråk (frasen) og de samtaleenhetene som styrer samtalen (vekslingen), har samme varighet. Det er også sannsynlig at disse enhetene har utviklet seg sammen. Til tross for nå-øyeblikkets korte varighet, kan det inneha et stort potensiale. Det er naturlig at nå-øyeblikket stykkes opp, og det blir derfor nødvendig å finne en mening i øyeblikket akkurat når det passerer, ikke i ettertid. På grunn av den korte varigheten og at det er en nesten uendelig liten bit av tiden, er det ikke mye som skal skje før det øyeblikkelig blir fortid. Egentlig finnes det ikke noen nåtid. Nå-øyeblikket kan imidlertid ikke fanges

av språket mens det oppleves, språket konstruerer (eller rekonstruerer) det i ettertid. Midt i nå-øyeblikket har vi likevel på en eller annen måte en bakgrunnsbevissthet, om at det er vi som har denne opplevelsen (Stern, 2007).

Damasio (1999) hevder at bakgrunnsfølelser ut fra kroppen og dens holdninger, tonus og aktivering, er betydningsfulle for enhver eksistensiell fornemmelse av selvet. Det har blitt hevdet at den tidlige differensieringen av et selv som forstår opplevelsen, kanskje forekommer helt fra fødselen (Stern, 2007). Følelsen av å oppleve svever i bakgrunnen eller forgrunnen under hele nå-øyeblikket. Det Stern (2007) er mest opptatt av er når nå-øyeblikkene trenger inn i vår bevissthet og blir delt av to mennesker. Disse opplevelsene er nøkkelen til forandringsøyeblikk i psykoterapi og danner knutepunktene i våre nære forbindelser i dagliglivet. I terapi kan et slikt øyeblikk tre frem gjennom et skifte i ansiktsuttrykk, et spesielt kroppsuttrykk eller en setning som redefineres fra tidligere antagelser i det man skal gi mening til noe man nettopp opplevde.

I følge Stanicke (2011) kan man se Sterns terapeutiske ståsted på lik linje med moderne allianseforskning som viser til at det sentrale relasjonsarbeidet foregår når vi stadig missforstår, timer feil, eller ikke inntoner oss riktig, for så å reparere dette, ved å snakke om det og hente oss inn igjen. Stern (2004) hevder at man finner det samme mønsteret i en terapeutisk relasjon som i et mor-spedbarn samspill. Han utdyper videre at det er selve reparasjonen etter å ikke ha sett og forstått hverandre som blir den nye implisitte kunnskapen om hvordan man kan være sammen. Den relasjonelle endringen foregår ved at pasienten lærer nye måter å reparere og håndtere konflikter, krenkelser og skuffelser i samspillet med terapeuten. De blir pasientens nye mestringsstrategier.

For at den intersubjektive reguleringen mellom terapeut og pasient skal kunne skape ny implisitt kunnskap om måter å være sammen på, må det også foregå feil, misforståelser og krenkelser i psykoterapi. Stern (2004) er opptatt av at det er terapeuten's "sloppyhess" (slurvenhet) og "intensjonelle flertydighet" som treffer pasienten på måter som gjør det relasjonelt vanskelig for

pasienten, og som de to sammen har mulighet for å reparere for å skape ny implisitt kunnskap om måter å være sammen på. På denne måten blir mønsteret i samhandlingen mellom terapeut og pasient viktigere enn det verbale innholdet i det de snakker om. Det betyr at øyeblikket der pasientens intensjon møtes på en tilpasset måte til terapeutens intensjon er viktig. Dette øyeblikket av møte mellom intensjoner, er tidspunktet hvor endring kan skje.

Nå-øyeblikket oppstår i flyten fra fortid til fremtid. Nået oppgraderes til øyeblikksmøtet for møtet mellom sjeler, slik at de kan oppleve at det kan foregå noe godt i en relasjon selv om man forventer det verste (Stern, 2007; Stanicke, 2011). I følge Stern (2007) er en langvarig interesse for nå-øyeblikket av stor klinisk verdi. Vi lever i en kultur der oppmerksomheten for mange i stor utstrekning er konsentrert om verbale utsagn. Som regel kreves det en omstillingsprosess av oppmerksomheten for å klare å få tak i egne affektive og andre ikke-verbale signaler. For å kunne oppdage sentrale nå-øyeblikk, må terapeuten være oppmerksom både på det eksplisitte verbale innholdet, og på den implisitte opplevelsen samtidig. Utfordringen er at det er vanskelig å følge like godt med på begge prosessene, hvis man ikke mener at de har lik verdi i behandlingen. I de fleste relasjoner er det den verbale tilnæringsmåten som tillegges mest vekt. Men når de to tillegges samme vekt, blir det like fornuftig og fruktbart å påpeke en liten implisitt atferd, som det blir å påpeke en verbalisering. Intervensjonene kan foretas på det implisitte området, så vell som på det eksplisitte. Dette øker i høy grad spekteret av terapeutiske muligheter (Stern, 2007). Det er også slik at klienter som har problemer med å prate i terapien, vil kunne føle det befriende å kunne uttrykke seg på andre måter enn kun ved ord (Halsen, 1990).

Det er viktig at terapeutene anerkjenner når pasienten opplever følelser. Dette er øyeblikk som kan åpne opp for terapeutisk intimitet og kontakt (Stern, 2007). For at disse øyeblikkene skal utvides og få frem sitt potensialet, må terapeuten være empatisk inntonet, både til pasientens følelser, og til tempoet, rytmen, intensiteten og nivået på pasientens emosjonelle vitalitet. Dette kan forandre seg fra øyeblikk

til øyeblikk. Det er vesentlig at terapeuten viser at følelsene pasienten har erfart og delt kan valideres, aksepteres og respekteres gjennom empatisk kommunikasjon. Det er viktig at terapeuten har vist forståelse for pasientens følelser. Greenberg (2009) deler Sterns synspunkter og hevder det er usensitivt av terapeuten å ikke anerkjenne pasientens emosjonelle uttrykk. Noen ganger kan den empatiske innstillingen foregå for eksempel ved at terapeuten spør pasienten om hva tårene ville fortalt hvis de hadde et språk. Det viser seg at det avgjørende med slike øyeblikksmøter er at det gir pasienten en mulighet til å oppleve nye måter-å-være-sammen-med-den-andre-på.

Et nøkkelbegrep for Sterns forståelse av psykoterapi blir ”intersubjektiv regulering”. Dette går ut på at terapeuten evner å samskape måter å regulere samværet på, ved å møte pasienten godartet på måter som vedkommende ikke forventer, og som foregår primært utenfor vår bevisste opplevelse. Ut fra et slikt perspektiv handler psykoterapi mye om å regulere det "mikro-intersubjektive miljøet" mellom terapeut og pasient (Stern, 2004). Videre er det viktig i denne prosessen at terapeuten kan hjelpe klientene til å sette ord på følelsene sine, og på denne måten gi mening til opplevelsene (Greenberg, 2009). Øyeblikkene kan være kritiske. De kan dessuten utløse et vendepunkt i terapien, eller en forandring for pasienten. Noen ganger blir de også forbigått, de glipper, men da har de i følge Stern (2007) et potensialet i seg og kan komme til uttrykk ved en senere anledning.

Nå-øyeblikkets tidsperspektiv og karakter er dominerende for Sterns (2007) teoretiske posisjon. Som i den fenomenologiske tilnærmingen blir bevisstheten av den subjektive fornemmelsen sentral for å fange opp øyeblikkets personlige betydning. I terapi blir en oppmerksomhet og empatisk innstilling mot et skifte i bevegelse, følelsesuttrykk, tempo, rytme, intensitet og nivå på klientens emosjonelle vitalitet og kroppsuttrykk, ansett som vell så viktig som verbalisering. Stern (2007) er også spesielt opptatt av nå-øyeblikkets relasjonelle komponenter og hvordan disse kan bidra til små eller store forandringer i personens liv.

Mindfulness

En måte å være oppmerksom på nå-øyeblikk er gjennom meditasjon. I oppgavens sammenheng fokuserer vi på en form for meditasjon som kalles mindfulness. På norsk oversettes det gjerne til oppmerksomhetstrening. Mindfulness har sine røtter i asiatisk livsvisdom, og har vært en del av den buddhistiske kulturen i flere tusen år, i tillegg til å ha blitt bearbeidet og finslipt av Jon Kabat-Zinn og hans kollegaer for bruk i et moderne medisinsk behandlingsopplegg (Williams, Teasdale, Segal og Kabat-Zinn, 2010). Mindfulness er å være intensjonelt tilstede i øyeblikket. I nå`et gruer vi oss ikke for fremtiden, og vi grubler ikke over det som har vært. Stressopplevelser skjer bare i tid. I nået er vi i en tilstand av inaktivitet, noe som raskt fører til avspenning (Kroese, 2003). Resultatet blir at man er i stand til å observere det som skjer i øyeblikket og egne reaksjoner på dette. Praktisering av denne metoden setter utøveren i stand til både å få mer ut av hverdagslivet, samt å mestre stress og belastninger på mer konstruktive måter (Kabat-Zinn, 2005).

Ved hjelp av mindfulness kan vi oppleve livets øyeblikk i all dets fylde i stedet for å la tankene vandre til steder vi egentlig ikke hadde tenkt oss. Det kan få oss ut av grublingens fengsel, som bare gjør oss mer ulykkelige. For å ha en slik oppmerksomhet kreves det at man har en vilje til å være oppmerksom her-og-nå uten å dømme, bare ta tingene for det de er. Dette innebærer å skifte fra handlingstilstanden til værenstilstanden, å ta til seg all informasjon som hver opplevelse eller erfaring rommer, før vi handler. Dette betyr at vi på forhånd ikke vurderer eller setter oss til doms over det som skjer. Vi tar inn nuet, slik det er, ikke slik vi ønsker at det skal være. Dette betyr at vi møter det som skjer, med et åpent sinn, selv om det kan dukke opp følelser som er vanskelige å håndtere, for eksempel angst (Williams et al. 2010).

I dag er mindfulness blitt et aktuelt tema innenfor brede deler av psykoterapifeltet. Det er i stadig fremgang, både innenfor psykodynamisk, humanistisk-eksistensiell, og kognitiv terapi (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010). I følge Baer (2006) er det fem mekanismer som gjør at mindfulness-

basert-intervensjon (MBI) kan redusere symptomer: 1) Eksponering for emosjonelle opplevelser, tanker, smertefulle sansninger og korrigerende av disse, 2) Modifisering av holdninger til tanker og følelser. For eksempel at ”tanker er bare tanker”, 3) Selv-styring fremmes, og man lærer å være i ubehagelige tilstander, 4) Avslapping er ikke et mål for MBI, men resulterer ofte i dette, 5) Aksept. Denne komponenten blir avgjørende siden kjernen i utøvelse av mindfulness handler om å ha et åpent sinn til hvilket som helst aspekt av opplevelsen. Baer (2006) hevder at det finnes dokumentasjon på at disse fem mekanismene er virkningsfulle for mange psykologiske stressorer.

I følge Williams et al. (2010) kan det å senke farten og bevisst legge merke til hver eneste nyanse i sanseinntrykkene åpenbare ting som tidligere var skjult for oss. Eksempler som å kjenne lukten fra en rosin trekkes frem for å illustrere dette. Å føle rosinen konsistent med tungen kan være en helt ny opplevelse. Det kan også være en helt ny smaksopplevelse, ofte mye rikere enn smaken av de tjue rosinene vi kaster i munnen uten å tenke noe mer over det. I og med at mindfulness kan forandre våre spisevaner kan den også gjøre noe med våre sinnstemninger. Til slutt er det mulig å komme dit hen at hvert øyeblikk av nedstemthet ikke lenger oppleves som om hele livet vårt er blitt ødelagt – men som bare et øyeblikk der vi er nedstemte.

Økt fokus på nå-øyeblikkene som skjer i pasientens liv kan på sikt føre til en følelse av velbehag ved å være i seg selv, å dvele ved opplevelsen og merke kroppslige sansninger. Kabat-Zinn (2005) hevder at det er forunderlig hvor fokuserte vi er på kroppens utseende, og på samme tid fullstendig ute av kontakt med kroppen. Mange er misfornøyd med kroppen sin, og blir kanskje aldri komfortable med den. I følge Siegel (2010), kan en øvelse på mindfulness enkelt gjennomføres ved å ha fokus på pust 10 minutter hver dag. Oppgaven blir i tillegg å være klar over at du er oppmerksom, samt at du er oppmerksom på din uoppmerksomhet. I følge Kroese (2003) er det ’pusteankeret’ i magen vi hele tiden vender oppmerksomheten tilbake til. Ved å jevnlig praktisere dette vil det øke sjansen for at oppmerksomhetsskifte kan bli en vane (Goldin, 2008).

I en bevegende meditasjon kan man oppnå en dypere opplevelse av ens eksistens, som fremmer en mulighet for personlig forandring. I følge Levin (i Vermes 2011) er kulturen vår på mange måter bidragsyter til et visuelt-fokusert paradigme som gir oss kunnskap som neglisjerer andre sansemodaliteter. Dette isolerer og fremmedgjør oss fra den organiske strukturen med intersensorisk og intersubjektiv balanse. I følge Vermes (2011) kan en fiksering mot den utvendige, visuelle verden føre til at pasienten mister kontakt med andre følelser av seg selv. Som en motvekt kan mindfulness lære oss å reagere kreativt på det som skjer i øyeblikket, i stedet for å reagere automatisk og utløse en runddans av grublerier. Utrolig nok er ikke den indre roen og gleden som finnes i hver og en av oss, avhengig av livets oppturer og nedturer. For å få kontakt med denne medfødte ressursen kreves det at vi øver oss på en bestemt måte. Hver gang tankene begynner å vandre, får vi en mulighet til å legge merke til det som skjer, at vi glir ut av værenstilstanden og tilbake i handlingstilstanden. Det er her vi kan legge merke til og bli bevisst på hvilke tanker, følelser og fysiske fornemmelser som gjør at vi glir bort i de aktuelle øyeblikkene. Etter hvert vil det åpne seg en gylden anledning til å videreutvikle vår evne til å befri oss fra handlingstilstanden og vende tilbake til den meditative værenstilstanden (Williams et al., 2010).

Mindfulness-basert terapi (MBT) er blitt en populær terapiretning for angst og stemningslidelser. Et stort antall reviews har i den senere tid forsøkt å vise til effektiviteten av MBT. Feltet har vært dominert av kvalitative reviews på MBT som generelt hevder at MBT er fordelaktig for å redusere stress, angst og depresjon. Som en kontrast er det kun noen få reviews som har benyttet seg av meta-analytiske metoder for å kvantifisere effekten av denne behandlingen (Baer, 2003). To reviewes som studerer effekten av MBT på symptomer i forhold til angst og depresjon kom frem til motsatte konklusjoner med tanke på effekten av disse intervensjonene (Baer, 2003; Toneatto og Nguyen, 2007 i Hofmann, Sawyer, Witt og Oh, 2010). Siden publikasjonen av disse reviewene har det blitt publisert et stort antall studier som forsvarer omfattende effektstørrelse-analyser av denne lovende behandlingen.

Hofman et al. (2010) har utarbeidet et review hvor de gjorde et litteratursøk ved å bruke

databasene: PubMed, the Cochrane Library, og manual searches. Undersøkelsen studerer MBT for en rekke tilstander, som inkluderer kreft, generalisert angst lidelse, depresjon, og andre psykiatriske eller medisinske betingelser. Til sammen har de studert 727 artikler, hvor 39 studier med til sammen 1140 deltagere har blitt analysert ut fra effektstørrelse-estimer. Resultatene viser at de ukontrollerte pre-post effektstørrelse-estimatene befinner seg i den moderate rangeringen for redusering av angst symptomer (Hedges $g = 0.63$) og depressive symptomer (Hedges $g = 0.59$). MBT hos pasienter med angstlidelser og depresjon var assosiert med en stor effektstørrelse (Hedges $g = 0.97$) og en henholdsvis effektstørrelse (Hedges $g = 0.95$) for forbedring av angst og depresjon. Blant individer med andre lidelser enn angstlidelser og depresjon, men med tydelige symptomer på angst og depresjon, var MBT moderat stor (effektstørrelse på 0.67 og 0.53).

Resultatene oppfordrer og støtter bruken av MBT i forhold til angst og depresjon i kliniske populasjoner. I tillegg kommer det frem at MBT nødvendigvis ikke er diagnosespesifikk, men kan vise til prosesser som på mange måter oppstår i multiple lidelser ved å endre en rekke emosjonelle og bedømmende dimensjoner som er underliggende aspekter av velbehag. Ut fra dette kan man hevde at MBT har en generell anvendelighet. Til tross for dette finnes det implikasjoner ved denne undersøkelsen. Hovedsakelig dreier dette seg om at den har begrenset seg til meta-analytiske teknikker som kan resultere i ulike seleksjonskriterier og kvalitet på de ulike studiene i undersøkelsen.

Mindfulness kan betraktes både som en metode og en livsstil. Et av hovedprinsippene handler om å øve seg på å rette oppmerksomheten mot «her-og-nå» øyeblikkene. Treningen går ut på å merke hvordan disse utspiller seg gjennom tanker, følelser og fornemmelser i kroppen. Det andre prinsippet handler om å observere disse opplevelsene, samtidig som man hele tiden vender tilbake til pusten. En forutsetning for å mestre dette handler om å innta en åpen og ikke-dømmende tilnærming til det materialet som dukker opp i bevisstheten. Denne aksepterende holdningen til hvert aspekt i sanseintrykkene kan åpne opp for materialet som tidligere var utilgjengelig for oss. Som terapeutisk

Betrakter vi selvstrukturen som én sirkel og opplevelser som en annen sirkel, vil de kongruente opplevelsene befinne seg i overlappingen mellom sirklene (figur 1). Jo større overlapping mellom disse to sirklene (figur 1.b), dess mer er personen fri for indre spenninger, og vil dermed framstå som psykologisk veltilpasset. Jo større del av områdene som faller utenfor overlappingen (figur 1.a), dess mer vil de inneholde fordreide og benektete opplevelser. Dette medfører en tilstand av psykisk spenning (Horney i Engler, 1995).

Ordet eksistensialisme stammer fra Latin "ex-sistere", som betyr "stå fram" eller "å bli" (May, 1983). Eksistensiell terapi er en dynamisk tilnærming som omhandler bekymringer som er basert på eksistens. Mennesker kan løse den eksistensielle konflikten på flere måter. En måte er å undertrykke eller ignorere sin livssituasjon og leve på en måte som Heidegger definerte som en tilstand av "å glemme å være" (forgetfulness of being). En annen strategi er å være i en tilstand av: "å være", en mindful tilstand hvor vi er klar over vår "væren", vi lever autentisk og omfavner våre muligheter og begrensninger. I tillegg er vi bevisste på ansvaret vi har for vårt eget liv (Yalom og Leszcz, 2005). Innenfor eksistensialistisk terapi er det viktig at terapeuten aksepterer klienten som han er, og prøver i stor grad å unngå å endre klientens tanker og atferd. Endring vil finne sted hvis og når klienten føler for å forandre sin tilværelse og måte å leve på (Adams, 2001).

Hva kjennetegner terapeutene innenfor humanistisk- eksistensialistisk terapi (H-E)? Det er individets persepsjon av virkeligheten, fremfor virkeligheten i seg selv, som anses som viktigst innenfor det humanistiske paradigme. Ut fra et fenomenologisk perspektiv blir den subjektive opplevelsen også unik, og kan ikke bestrides eller vurderes ut fra fakta (Rogers, 1961). Den humanistiske tilnærmingen legger vekt på at terapeuten kan gi en empatisk forståelse for klientens eget fenomenologiske felt. I H-E teori anses individet som unikt. Mennesker er fulle av ressurser. Det er likevel avgjørende å bli forstått i konteksten av sine individuelle erfaringer og karakteristikker (Cain & Seeman, 2002). Terapiretningen handler om å få folk til å ta tilbake, og igjen eie sine egne liv

(Schneider & Krug, 2010).

Innenfor H-E terapi antar man at den meningen klienten har tilegnet seg av tidligere erfaringer og livsbetingelser, er til stede og levende i øyeblikket. Noen av dem er mer bevisste enn andre, uttrykt gjennom kropp, stemme, atferd, verdier og holdninger. Ifølge H-E terapi kan kroppsspråket fungere som et speilbilde av vårt indre landskap. Hvordan vi har det, kommer til uttrykk gjennom kroppsspråket. I vanlig kommunikasjon utgjør ordene 7 %, stemmen 38 % og kroppsspråket 55 % av det vi formidler. Ser man stemmen som en del av kroppsspråket, har over 90 % av vår kommunikasjon kilde i kroppsspråket. Mange er ikke bevisste på kroppsspråket sitt (Haukedal, 2009). Dette kan føre til innkongruens i det budskapet man forsøker å formidle til mottakeren. Det er også mulig at personen bevisst ønsker å skjule at han/hun lyver, noe som også forkludrer kommunikasjonen. I slike situasjoner stoler mottaker mer på kroppsspråket enn det som blir formidlet verbalt (Mindell, 1985).

I følge H-E terapi vil alt klienten sier eller gjør reflektere hans relasjon til seg selv, til andre, og generelt til sin egen verden. Hvis terapeuten på en dyp måte kan koble seg på klienten og hjelpe ham slik at han kan bli mer tilstede og bevisst på de forskjellige nivåene i kommunikasjonen, er det sannsynlig at klienten kan få kontakt med det som virkelig betyr noe for ham eller henne. Som et resultat kan personen revitalisere livet sitt (Cain & Seeman, 2002). Den effektive terapeut er emaptisk, genuin, integrert, fri og på en dyp måte oppmerksom på opplevelser som finner sted i relasjonen. Dette fokuset passer inn når man skal fange opp nå-øyeblikk. Det er essensielt at terapeuten inntar et ikke-dømmende perspektiv overfor seg selv og overfor klienten (Engler, 1995). Disse faktorene er viktig for utforming av et optimalt interpersonlig miljø og for å kunne fremme klientens innsikt. Ifølge Rogers (1961) vil dette føre til større grad av akseptering, endring og personlig vekst hos klienten. Dette økte potensialet kan medføre en reduksjon i emosjonelle symptomer (Cain & Seeman, 2002).

Fokuset på egen-terapi og personlig utvikling er ikke noe som kun er forbeholdt terapeutenes klienter. Studiet til Orlinsky, Schofield, Schroder og Kazantzis (2011) har studert omfanget av

egenterapi hos 3995 psykologer, rådgivere, sosialarbeidere, psykiatere, og sykepleiere i seks engelskspråklige land. Funn viser at 87% av utvalget benyttet seg av egenterapi minst en gang. Av disse klientene var 94% analytiske/psykodynamiske terapeuter, 91% var humanistiske terapeuter, 73% var kognitiv-atferds terapeuter, 82 % av terapeutene var nybegynnere og 89% var eldre terapeuter. Både tidligere forskning og dette nye studiet illustrerer hvor vanlig egenterapi er blant psykoterapeuter, og oppfordrer til videre fokus på profesjonell opplæring, klinisk praksis, og terapeuters egen-omsorg for å bedre kunne være til stede med hele seg i møte med klientene.

Den humanistiske tilnærmingen har et positivt menneskesyn som implimenterer holdninger om mennesket som iboende ressurssterk med en kapasitet til konstruktiv forandring. Eksistensiell terapi er en dynamisk tilnærming som fokuserer på bekymringer som er basert på eksistensielle spørsmål om liv og død. Den humanistiske og eksistensialistiske tilnærmingen har empati som et fundament i sin forståelse av det terapeutiske møte. Målet blir å etablere en holdning til opplevelsen av ”å være” i seg selv. Det ideelle er å være oppmerksom på de markørene som dukker opp i klientens prosess for så å følge og utforske disse på et dypere plan. Slik tenker man seg at man kan oppdage og være tilstede i viktige øyeblikk sammen med klienten.

Emosjonsfokusert terapi

Greenberg (2009) er grunnlegger av den emosjonsfokuserte tilnærmingen. Han er opptatt av at forandring ofte skjer når klientene lærer å håndtere sine emosjoner på en mer adaptiv måte. Emosjonsfokusert terapi vektlegger viktigheten av å integrere emosjonell aktivering og refleksjon for at forandring skal finne sted (Greenberg, 2009). Emosjoner og kropp er nært knyttet til hverandre og det holistiske menneskesynet står sentralt i det humanistiske paradigmet. Å arbeide med dype emosjoner fører til at klienten innser ”Nothing that feels bad is ever the last step”. Fosha (2008) hevder at adaptive, transformerende emosjonelle opplevelser involverer kroppen. Emosjonen er både målet for

og virkemiddelet for forandring. Vygotskij, (2000) forstår forandring ut fra “den nære utviklingszone”. Terapi kan på denne måten bli ansett som en læringsprosess hvor klienten får nye erfaringer innenfor en radius som er akkurat utfordrende nok. I følge Siegel (2010) handler forandring ofte om å utvide sitt toleransevindue.

Greenberg (2009) skiller mellom *primære* følelser, som er de første følelsene du kjenner, de har kort varighet og fremmer overlevelse. En maladaptiv primær følelse oppstår som en adaptiv håndtering av traumer eller andre erfaringer. Folk føler seg ofte fastlåst i disse følelsene og de kan ha en varighet langt utover den situasjonen som skapte dem. De *sekundære* følelsene kan være følelser *om* de primære følelsene og fungerer som et forsvar mot en primær følelse eller tanke. Disse følelsene lager ofte trøbbel for oss fordi de skjuler det folk egentlig føler. Et eksempel er en klient som uttrykker sinne, selv om han egentlig føler seg såret. En tredje viktig kategori av emosjoner er det faktum at noen følelser blir brukt fordi personen ønsker å oppnå en spesiell effekt. Disse er *instrumentelle* og kan være manipulerende fordi de blir uttrykt for å påvirke andre. Varig endring skjer først når man kan overføre primære maladaptive emosjoner til primære emosjoner og jobbe med den primære emosjonen som ligger bakenfor den sekundære emosjonen (Greenberg, 2009). Når terapeuten møter klientens affektivitet kan vår beredskap eller innstiltheten vår endres (Sletten, 2010).

Innenfor den emosjonsfokuserete retningen leter terapeuten etter muligheter hvor man kan fokusere på klientens opplevelser og lede dem i en bestemt retning, på en måte som føles riktig i forhold til deres opplevelse av virkeligheten. Terapeutens fokus på øyeblikk-til-øyeblikk konstruksjoner av virkeligheten har spesielt fokus på klientens emosjonelle responser og hvordan disse påvirker den pågående og interagerende prosessen. Å være bevisst på emosjonene handler både om utforskende og skapende komponenter. Når emosjoner kommer opp i timen er det terapeutens oppgave å hjelpe klienten til å rette oppmerksomheten mot relevante implisitte markører. Dette er også i følge Greenberg en viktig intervensjon når man jobber med parterapi (Greenberg og Johnson, 2010).

Empati er en grunnliggende betingelse for terapeutisk endring, men også en aktiv bidragsyter i emosjonsfokuset terapi. Det terapeutiske forholdet og den empatiske tilstedeværelsen av terapeuten er fundamentet til prosessering og omforming av smertefulle emosjoner. Gjennom de ulike stegene av å være bevisst på emosjonen, lytte til den, og tillate at den kan få utfolde seg, er terapeutens empatiske inntoning til og refleksjon av øyeblikk-til-øyeblikk markører av affektive uttrykk hos klienten, helt sentrale. Dette bidrar til økt oppmerksomhet mot emosjonen i tillegg til økt akseptering (Dolhanty og Greenberg, 2007).

Noen terapeuter kan vegre seg for å jobbe med å få frem sterke emosjoner hos klienten. I følge Greenberg (2009) bør terapeuter stole mer på at dette som regel er emosjoner som gir klientene et emosjonelt trykk og som de på en eller annen måte forholder seg til ellers i livet sitt. For klientene vil det å jobbe terapeutisk med emosjonene sammen med terapeuten, ofte være mer forløsende enn hemmende. Det brukes ulike varianter av den gestaltterapeutiske teknikken «tom-stol» dialog for å komme i kontakt med klientens ulike deler som for eksempel den “indre kritiker”. Noen ganger er det aktuelt å jobbe med den skamfulle delen av klient, den angstfulle delen eller for eksempel den håpløse delen. Dette kan være nyttig hvis deler hos klienten er ødeleggende og tar overdreven mye plass i livet. Målet er å få et mer nyansert forhold til de ulike delene i seg selv. Som regel går arbeidet ut på å redusere en eller flere deler som forstyrrer klientens forhold til seg selv og andre. Ofte er det nødvendig at en del går fra å være veldig sterk og streng til å få et mykere og mildere uttrykk.

Det er også mulig å jobbe med problematiske relasjoner til “viktige andre”, noe som omtales som «unfinished business». Det fungerer slik at klienten prater «til» en signikant annen i den tomme stolen. Klienten ser da for seg denne personen ved hjelp av visualiseringsteknikker. Dette er ofte en dialog klienten ikke har mulighet for eller ikke klarer å ha med ”den andre” i livet utenfor terapirommet. Det er her viktig å forklare klient at det kan være mulig å jobbe seg gjennom disse vanskelige emosjonene ved å hente frem et bilde av ”den andre” og plassere han eller henne i den

tomme stolen. Slik kan klienten få kjenne på hvilke følelser som kommer frem og hvordan det føles å sette ord på dette i dialogen med ”den andre”. Samtidig blir perspektivtaking en viktig del av prosessen. Dette skjer ved at klient setter seg i ”den andres” stol og prater ut fra hans eller hennes perspektiv (Greenberg, 2009).

Målet med den ”tomme-stol” som intervensjon er at klient skal få en dypere forståelse for alternative måter å se sin situasjon ut i fra. I tillegg kan den være nyttig i forhold til å forstå hvordan og hvorfor ”den andre” forholder seg til klient på den måten han eller hun gjør. Dette fører ofte til at smertefulle og uløste følelser rettet mot den andre prosesseres etter hvert som de kommer opp. Smerten av tidlig tap eller omsorgssvikt kan gjennom denne metoden gi en ny forståelse. Det viser seg at mens klienten jobber på denne måten blir det ofte innlysende at hun eller han blokkerer eller forstyrrer sine egne emosjonelle prosesser. Det terapeutiske arbeidet blir da å studere hvordan disse mekanismene skjer, og se på hvordan blokkering av følelser påvirker klienten, for så å fokusere på å jobbe seg gjennom disse blokkeringene (Greenberg, 2009; Dolhanty, 1996).

I følge Greenberg (2009) er det essensielt at terapeuten er som et ”blekkpapir” i møte med klienten. Dette blir viktig på bakgrunn av at det viser seg ofte at det bildet terapeutene har av forventet resultat, ser ut til å påvirke og forme arbeidet, om ikke direkte, så indirekte (Totton, 2003). Det er ikke uvanlig at symtombilde og diagnostikk gjør terapeuter forutinntatte og kategoriske. Ut fra et slikt grunnlag hevder Greenberg (2009) at terapeuter bør etterstrebe å ha minst mulig informasjon på forhånd og være helt tom, åpen og mottakelig i møte med klienten. Dette betyr at terapeuten er helt til stede og oppmerksom på det som kommer til uttrykk hos klienten. Videre er det sentralt at terapeuten forsøker å frigjøre seg fra å lete etter hypoteser og årsaksforklaringer. En jakt på klientens relasjonelle mønster kan forkludre terapeutens evne til å vurdere hvilke markører som kan være viktig å følge for å komme i kontakt med det som virker aktuelt i klientens nåværende prosess. Dette vil i følge Greenberg (2009) kunne være ødeleggende for å studere de viktige markørene i nå-øyeblikkene som oppstår. Det

viktigste er å følge de markørene som til en hver tid kommer opp. Dette kan være markører som for eksempel tårer i øynene, et sukkl når klienten prater eller en endring i tonefallet. Ofte kan disse være uventede, noe som kan medføre at klient og terapeut beveger seg inn på et spor ingen av dem hadde hatt mulighet til å kunne forutse. Det er vanskelig å kunne forutse dette på forhånd og det er markørene i kraft av emosjonelle signaler som blir retningsgivende for hvilken vei terapeut og klient kan begi seg ut på (Greenberg, 2009).

Fosha (2004) retter lys mot hvordan man kan spore de viktige øyeblikkene og prosessere emosjoner slik at de blir fullført. Dette kalles "Zeigarnik-effekten", og går ut på at avbrutte eller uavsluttede oppgaver huskes tydeligere enn avsluttede oppgaver (Zeigarnik, 1927). Klienter som oppdager forandringsøyeblikk kan kjenne at de nå er klar, og villige til å gå inn i og arbeide med de uavsluttede følelsene. Dette kan bli en personlig og vanskelig prosess. Ut fra et humanistisk perspektiv er det sentralt å komme i en posisjon slik at det blir mulig å støtte klientens prosess, i stedet for å tilføre egne tolkninger. I følge Greenberg (2009) er det helt sentralt å støtte klienten når han eller hun jobber med den "tomme" stolen. Dette kan gjøres ved å komme med bekreftende ord eller lyder, stille spørsmål til hva klienten trenger av delen som er plassert i den "tomme" stolen, hva de har behov for å si til denne delen og hvordan de ønsker å forholde seg til den. For klientene gir det oftere en dypere forståelse av de nyanser de har i livet sitt samtidig som de innser at det er mulig å se disse ut fra ulike deler i seg selv. Dette blir gjerne mer håndgripelig for klienten. Spesielt tydelig blir dette når de merker forskjellen mellom det fysiske bytte av stolene. Det er for eksempel ofte nyttig for klienter å kjenne hvordan det føles å være kritikeren og sitte i kritikerstolen samtidig som de merker forskjell når de bytter stol.

Integrering av emosjonell aktivering og refleksjon er sentralt for å kunne redusere psykisk spenning og føle at de ulike delene i oss harmonerer med hverandre. Emosjoner kan bli sett på som både målet for og virkemiddelet for forandring (Fosha, 2008; Greenberg, 2009). Å ikke kunne tillate seg å bli sint

eller å være glad lager ofte problemer for oss i det lange løp. Disse følelsene kan undertrykkes men vil etter hvert komme til uttrykk i en forkledd form. For terapeuten blir det viktig å oppdage de primære følelsene som ligger til grunn for den emosjonelle aktiveringen. Det er i følge Greenberg (2009) disse følelsene man må få tak på for å kunne jobbe med endringsfokuset arbeid i terapien.

Det er sentralt å trekke frem studiet til Paivio & Greenberg (1995) som for første gang identifiserte en populasjon som hadde «unfinished business» som en predominerende problematisk tilstand, med fokus på korttids-terapi. Undersøkelsen gir empirisk støtte for effektiviteten av en emosjonsfokuset tilnærming. Utvalget består av 34 klienter med uløste følelser knyttet til en signifikant annen. De ble tilfeldig fordelt til en eksperimentell terapi som brukte «tom-stol» dialog eller til en placebo betingelse som besto av en psykoedukativ gruppe. Utfall av behandlingen ble vurdert før og etter behandlingen av hver betingelse og fire måneder og et år etter den eksperimentelle terapien.

Resultatene viser at tom-stol dialogen som intervensjon ga kliniske og meningsfulle bedringer for de fleste klientene og statistisk signifikante forandringer på alle dimensjonene som ble undersøkt ved oppfølgingen, et år, og fire måneder etter avsluttet terapi. Selv om den psykoedukative gruppen hadde noe utbytte av dette, var terapien med tom-stol dialog signifikant mer effektiv i å redusere symptomer og interpersonlig bekymring. I tillegg var den mer effektiv i forhold til reduksjon av ubehag, bidro til en forbedret endring av klaging i forhold til utførelse av oppgaver og fullføring av beslutninger i forhold til unfinished business. På et gjennomsnittlig nivå viser resultatene at terapimetoden med tom-stol dialog effektivt reduserte persepsjon av fiendtlighet i relasjonsforholdet som var fokus for terapien. I tillegg hadde de fleste klientene tilegnet seg en økt selv-aksept. Til tross for begrenset generaliserbarhet knyttet til blant annet det kliniske utvalget med milde symptomvansker er omfanget av endringer på de ulike dimensjonene sammenlignbare med effektstørrelser registrert i meta-analyser og andre vellykkede individuelle utfall-studier (Lambert, Shapiro, & Bergin, 1986). Omfattende forskning har også vist at emosjonsfokuset tilnærming er effektiv i endringsfokuset

arbeid med par (Greenberg & Johnson, 2010).

Den emosjonsfokuserede tilnærmingen anser empati som en grunnleggende betingelse for terapeutisk endring. Innenfor denne retninger er gesttalterapeutiske teknikker som tom-stol dialog en av de mest sentrale intervensjonene som brukes i terapi. Gjennom dette arbeidet kan klientene komme i en prosess hvor de kan merke forskjellen mellom de ulike delene i seg selv samtidig som de kan få en utvidet perspektivtaking. I det terapeutiske arbeidet blir det grunnleggende å følge de markørene som til en hver tid kommer opp og støtte klienten i den prosessen som finner sted. Undersøkelsen til Paivio & Greenberg (1995) dokumenterer at den emosjonsfokuserede tilnærmingen har virkningsfulle prinsipper og effektive metoder for å redusere oppfattelse av fiendlighet i relasjoner, samt å bidra til en økt selv-aksept.

Kropppsykoterapi

I kropporientert terapi vektlegger man at klienten gjennom bevegelse og bevisst tilstedeværelse skal øve seg på å merke egen kropp og forankring. Dette er en måte å oppdage og være oppmerksomme på forandringsøyeblikk. Å lytte til kroppens uttrykk og prosesser kan virke naturlig, likevel legger vi merke til at vi i vår vestlige kultur på mange måter inntar en moderne form for dualisme, som skiller mellom hodet og kroppen. Det viser seg at man ut fra en biomedisinsk forståelse, ofte tar utgangspunkt i kroppen som et abstrakt objekt, en entydig, gitt og materiell størrelse (Råheim, 2002). Faktum er at mennesker er tilstede i kropp og sinn på samme tid. Kognisjon, emosjoner og sansninger kan ikke skilles fra hverandre (Damasio, 1994). Det kroppsfenomenologiske perspektivet utfordrer det medisinske feltet, og alle helseprofesjoner, til å integrere levd erfaring i forståelse og representasjon av sykdom. Innenfor denne tilnærmingen blir kroppen ansett som et uttrykksfelt (Leder, 1992).

Å fange opp nå-øyeblikk handler også om en økt kroppsbevissthet. Forskning gir også støtte til antagelser om at kroppsbevissthet spiller en sentral rolle i emosjoner (Craig, 2009). Psykofysiologisk-

og språk forskning hevder at språket vi bruker for å beskrive våre emosjoner kan assosieres med den underliggende fysiologien. Kryss-kulturelle studier har også vist at kroppsuttrykk som beskrivelse av emosjonelle tilstander er konsistente på tvers av kulturer. Til tross for dette er det store individuelle og kulturelle forskjeller i hvorvidt man er fokusert og bevisst på kroppens uttrykk (Heelas, 1996). Mange østlige tradisjoner har i tusener av år visst at kropp og psyke henger sammen, at det er to ulike uttrykk for én felles energi.

Wilhelm Reich (1972) var en av de første i den vestlige verden som undersøkte forbindelsen mellom kropp og sinn. Han tilhørte den nærmeste kretsen av Freuds tilhengere. Gjennom sin kroppsorienterte utforming av den psykoanalytiske metoden, viste han hvordan de psykiske forsvarsmekanismene, konfliktene og karaktertrekkene også kommer til syne som et spenningsmønster i kroppen. Kroppsorientert psykoterapi har som utgangspunkt at våre opplevelser og følelser har en rent kroppslig representasjon og formidler et kroppens språk. Forstyrrelser av klientens kroppslige uttrykksevne og språk kan hindre en fullstendig dialog med hans/hennes nærmeste og seg selv (Haavardsholm, 1993).

Som mennesker er vi innstilt til livet, både som organisme, subjekt og personlighet. Ut fra dette er vi virksomme, følsomme og sansende. Innstilthet og affektivitet ligger tett opptil hverandre. Slik er det dermed mulig å forstå kroppslige og affektive psykologiske prosesser gjennom personens innstilthet (Sletten, 2010). Det er også slik at opplevelsen av det kroppslige selvet hovedsakelig blir prosessert i høyre hjernehalvdel. Nevrobiologien forteller oss at høyre hjernehalvdel blant annet er dypt involvert i emosjonelle prosesser, ikke-verbal kommunikasjon, tilknytning, empati, ubevisste mentale bilder av en selv og kroppsbasert stressregulering. I tillegg er intersubjektive relasjoner i stor grad avhengig av informasjonsprosesseringen som foregår i denne delen av hjernen (Pylvanainen, 2010).

I følge Pylvanainen (2010) fremmer dans og/eller bevegelse (DMT, dance/movement therapy) som intervensjoner i terapi, dypere erfaringer med bevegelse, indre regulering, samtidig som det gir en økt

bevissthet på det kroppslige selvet. Denne terapiretningen kan også bli ansett som en kreativ metode som utforsker og integrerer de viktige bestanddelene i høyre hjernehalvdel. Et overordnet mål for mange kroppspsykoterapeuter og andre terapeuter, er helt klart å følge og støtte klientens prosess. Arbeidet består i å hjelpe klienten til å bedre forstå og å sette ord på den kroppslige prosessen. Et klinisk eksempel kan være en klient som gjennom en bevegelsesøvelse legger merke til at kroppen er ute av balanse. Hun registrerer videre at en del av henne er følelsesløs. Et slikt øyeblikk kan ha mange fortolkningsmuligheter. Ut fra et grunnleggende behov om eksistens i den kroppssorinterte terapiretningen, bodydynamic, kan det å oppleve at man ikke har ”livets rett”, føre til at man setter inn ulike karakterposisjoner for å unngå det emosjonelle stresset som livet bringer med seg. For terapeutene kan det gjerne være sentralt å hjelpe klienten til å integrere et behov om å få lov til å leve (Hvid, 1996). Øyeblikket i seg selv kan fremstå som et forandringsøyeblikk for vedkommende i det hun merker at tidligere opplevelser som hun trodde var bearbeidet, fremdeles påvirker henne i større grad enn forventet.

Det blir innenfor kroppssorientert tilnærming helt essensielt å se på muskelresponser som et levende kart av kroppsselvet (Rothschild, 2000). I terapi blir det viktig å arbeide med grunnleggende karakterposisjoner for å integrere kroppen slik at klienten kan få en dypere forbindelse til seg selv. I følge Bernhardt (2004) er det først da vi kan få en dypere forbindelse til andre. Det er også slik at mennesker har behov for å møtes på alle nivå de befinner seg. En viktig prosess i terapi er kognitiv forståelse og verbalisering, dette er en top-down prosess. For kroppspsykoterapi er det i tillegg viktig å gi mening og utvikle et språk til å forstå og legge merke til sansninger registrert i kroppen, dette er en bottom-up prosess. I kroppspsykoterapi handler det om å rokke ved fastlåste mønstre, og skape en interaksjonsprosess både gjennom top-down- og bottom-up-intervensjoner i hjernen (Hart, 2009). For å få klienten til å fange opp viktige nå-øyeblikk er det sentralt at terapeuten hjelper klienten å legge merke til hva som skjer med seg selv når de virker berørt. Innenfor kroppsspsykoterapi vil det være

naturlig å fokusere på spørsmål som: Hva skjer med deg nå? Hva merker du inni deg? Hva føler du? Hva sanser du? Får du opp noen mentale bilder? Hva betyr dette for deg? (Sletten, 2010).

Et anvendelsesområde vi opplever som betydelig når man benytter seg av integreringen av kroppen i terapi, er det fasinende fenomenet med kanalskifter, slik Mindell (1985) beskriver dem. Prosessene er plutselige, har lynets hastighet og beveger seg fra hørsel til følelse, fra følelse til visualiseringer og fra syn til bevegelse. Følger man disse prosessene, mens de beveger seg inn og ut av kroppen, vil man i følge Mindell være i stand til å bevege seg med livets strøm, og noen ganger være vitne til overraskende ting. Integrasjon er en del av de fleste terapiformer, men i kroppspsykoterapien blir klientenes kroppsuttrykk påpekt og tolket, og blir utgangspunktet for hele terapiprosessen. Når pasienten får påpekt sine kroppsuttrykk, kan dette føre til at materialet blir mer tilgjengelig for bevisst overveielse. Dette er da en bottom-up-intervensjon. Gjennom å språkliggjøre sansemessige og kroppslige opplevelser, kan klienten tillate seg å integrere intense følelsesmessige og sansemessige tilstander, bevisst. Det skjer en kontinuerlig veksling mellom disse to prosessene (Hart, 2009).

Hva er det terapeutiske utbytte av å bruke prinsipper innenfor kroppsorientert og humanistisk perspektiv som forståelsesramme og teknikk? Bevegelsesøvelser som er en naturlig del av kroppsorientert terapi kan være fruktbart for å komme i kontakt med dypere liggende materialet som kan bli tydelig for personen ved at han eller hun får kontakt med det kroppslige (Marcher, 1992). Gestalt terapeuter støtter og fremprovoserer utforskning av forstyrrelser innenfor ”her og nå” opplevelser i den terapeutiske kontakten. De vektlegger spesielt forstyrrelser i den sunne behovssyklusen. Dette kan for eksempel være antagelsen om at «jeg ikke har lov til å bli sint». En slik antagelse blir sett på som grunnlaget til patologi, og blir fokus for terapien (Strümpfel & Goldman, 2002).

I følge (Hvid, 1996) kan bevegelsesøvelser tydeliggjøre hvordan du kroppslig og mentalt kjenner dine grenser og hvorvidt du har behov for å begrense eller utvide ditt toleransevidu (Siegel, 2010).

Innenfor bodydynamic's perspektiv som er en av hovedretningene innenfor den kroppsorienterte tilnærmingen er det sentralt at terapeuten stimulerer klienten til å kjenne egne grenser og egen forankring. Stimuleringen vil ofte hjelpe klienten til å merke tilstrekkelig bakkekontakt og realitetssans. Dette kan bidra til å bremse tilbøyeligheten til livsfjern grubling. Forklaringen på at klienter sliter med dette kan handle om at de ofte har vært preget av en tidlig utvikling av ”intellektuell forståelse”. Denne har ofte vært mer imøtekommende enn forståelsen ut fra affektive og kroppslige fornemmelser. På denne måten er evnen til naturlig aktivering av kroppen blitt forstyrret (Christie & Døhlie, 1991).

I følge bodydynamic's perspektiv om grensesetting kan det ofte være annerledes, provoserende og vanskelig å registrere og opprettholde sine grenser, i et samspill med andre. Det er dessuten utfordrende å møte andres grenser. Grenseproblematikk kan bidra til emosjonelt stress hos mennesker. Hvilke grenser man har og hvordan disse markeres kan ofte være vanskelig å uttrykke verbalt. Fordelen med kroppspsykoterapi er at klienten kan få kjenne på egne og andres grenser i fysisk kontakt gjennom ulike øvelser med terapeut eller annen klient i en gruppe. Tolkning og forståelse av det som kommer til uttrykk blir sentralt gjennom verbaliseringen i etterkant. Slik blir en integrering av de verbale og tradisjonelle terapiformene, helt sentrale i det kroppsorienterte arbeidet (Haavardsholm, 1993).

Gjennom den praktiske utførelsen av øvelsen kan personen få en bevissthet om han strekker seg for langt utenfor sine egne grenser, om han smalner for mye inn eller om han for eksempel ikke kjenner sine egne grenser (Hvid, 1996). Nå-øyeblikket hvor man kjenner sin grense kan forsvinne hvis det ikke blir viet tilstrekkelig oppmerksomhet. I følge Siegel (2010) er det sentralt at klienter får utforske om de trenger å smalne inn eller utvide sine toleransevindu. En klient kan for eksempel få en anerkjennelse av at hennes toleransevindu for fysiske grenser er blitt for vidt, og at hun har behov for å beskytte seg mer. Det spesifikke øyeblikket klienten merker dette, kan fremstå som et viktig forandringsøyeblikk i klientens liv.

I følge Hvid (1996) blir det å markere egne grenser viktig for den grunnleggende retten eller

behovet for å føle autonomi når man er sammen med andre mennesker. Eksperimentelle teoretikere (Levine, 2009) har lagt vekt på at forandringsprosessen føles god, fordi den er kraftfull, adaptiv, og har en innebygget mekanisme rettet mot selvheling (Fosha, 2004). Selv om forandringsprosessen for mange føles god kan den også fremme motsand, ubehag og angst. Ut fra et humanistisk perspektiv handler ikke målet om å eliminere angsten, men tvert imot å prøve å finne mot til å konfrontere den (Adams, 2001). En viktig prosess for klienter kan være å bli bedre kjent med sitt følelsesliv. I følge den humanistiske tilnærmingen er det vekstfremmende å oppleve sine egne følelser i større grad, mens benekting og forstyrrelser av følelser vil være ødeleggende (Engler, 1995; Greenberg, 2009).

Levine (2009) har gitt oss en forståelse av at stress kan feste seg i kroppen som uforløst energi. Dette kan imidlertid løses opp igjen dersom energien gjenoppdages, slik at den naturlige prosessen kan vende tilbake til en tilstand av dynamisk balanse. I terapeutisk arbeid med klienter benytter Levine seg av bevegelsesøvelser som intervensjoner for å komme i kontakt med klientens indre blokkeringer og for å gjenopprette den naturlige balansen. Når en klient kommer i kontakt med ubearbeidet eller sårbart materialet kan dette føles truende men også ofte viktig å få jobbet seg gjennom. I bodydynamic terapi er det vanlig å bruke bevegelsesøvelser for å teste ut klientenes egne grenser, kjenne sin forankring fysisk og mentalt i tillegg til å merke sin emosjonalitet. For å oppnå dette blir det viktig å øve seg på å være oppmerksom på kroppsbevissthet, emosjoner og kognisjoner. Målet er integrering av de ulike bestanddelene. Forandringsøyeblikk er gjerne når klienter i en samtale etter en bevegelsesøvelse for eksempel uttrykker, ”Ja, her kjenner jeg grensen min, dette er min grense”, ”Nå kjenner jeg at jeg vil ta sjansen på å vise sinnet mitt” og ”Jeg opplever at kropp og sinn vil det samme, dette føles rett”. Det handler ofte om å få lov til å uttrykke alle sine behov, og om en integrering av fremmede eller undertrykte deler av kroppen som på en eller annen måte har blitt avskåret fra resten av kroppen.

Å arbeide med kroppen blir et felles arbeid med å forstå, uttrykke og bekrefte det budskap som klientens måte å bruke kroppen på inneholder. På hvilken måte uttrykker for eksempel klientens

pustemåte en meddelelse til seg selv og andre? Kan det være et uttrykk for forsiktighet, uttrykk for oppgitthet eller kanskje som uttrykk for en angsttilstand? Viser åndedrettsbølgen at klienten er i indre harmoni, eller viser den hvordan han blokkerer i mellomgulvet og lager en sperre mellom tidlige og senere forankrede opplevelsesformer? Viser kroppsholdningen at klienten er sammensunket under byrden av forpliktelser, skyldfølelser, skamopplevelser, eller at han kan bruke en kroppslig mestrende holdning i forhold til andre mennesker og oppgaver? Hensikten med at klienten får forståelse av hva han uttrykker om seg selv ved sin måte å bruke kroppen på, kan hjelpe ham til å få innsikt i sine muskulære avverger og han kan dermed finne frem til sin egen kroppslige og psykiske styrke og en mer mestrende måte å uttrykke seg på (Marcher, 1992).

Den viktige samhørigheten med andre forutsetter atskilthet. Dermed forutsetter samhørighet å etablere grenser (Hvid, 1996). I vår vestlige kultur er oppmerksomhet på kroppsbevissthet, utforskning, og uttrykk i terapiprosessene ofte en fremmed dimensjon. Innenfor bodydynamic tilnærmingen blir klientene oppfordret til å legge merke til mentale bilder de får opp, i intervensjonene eller etterpå. Med bilder menes ikke kun visuelle bilder, men for eksempel auditive bilder og antagelser av virkeligheten. Opplæring i å visualisere og se for seg at man gjør noe bestemt med kroppen kan få ulike utfall. Poenget er hvilke prosesser som skjer i hvert enkelt individ. Det kan være en av flere innfallsvinkler for å oppnå dypere innsikt om seg selv. Å være oppmerksom på sine indre bilder kan være nyttig i psykoterapi. Bildene kan være med på å beskrive følelser, sansninger eller tankeinnhold som vanskelig kan forklares med ord. Noen ganger kan indre bilder gi en mer virkelighetsnær opplevelse både for klienten og terapeuten. Ved å dele denne opplevelsen kan det være lettere for terapeuten å forstå klientens indre verden. Bildene kan representere en sinnsstemning med ny informasjon og muligheter til forandring. Vi ser verden i bilder og disse skapes kontinuerlig med utgangspunkt i vår innstilthet (Sletten, 2010).

I følge Sletten (2010) forholder vi oss ikke til bilder av virkeligheten, men ser den i bilder. De indre

bildene skapes kontinuerlig med utgangspunkt i vår innstilling. Klienter blir oppfordret til å legge merke til sine fysiske og emosjonelle grenser, gjennom ulike sansninger. Innenfor Bodydynamic har man en forståelse av at det kan være lettere å merke egne grenser, når disse blir utfordret i direkte kontakt med andre. Det er en stor variasjon i klienters evne til å oppleve nær forbindelse mellom hode og kropp, til å oppleve kroppens grenser og til å oppleve forankring i underlag og omgivelser (Marcher, 1992). Bevegelsesøvelser kan bidra til å aktivere grenser som er utydelige for vedkommende. Slike øvelser kan være utviklende, hvis personen merker at det er mulig å øve seg kroppslig på å merke egne og andres grenser. I en terapeutisk gruppe kan det være nyttig å gjøre ulike kombinasjoner av øvelsene for å kjenne nyanser og forskjell i sansning i kontakten med ulike deltakere. Det kan også gi en styrke å kjenne at verbal grensesetting samsvarer med et kroppslig uttrykk som markerer egne grenser.

Hvilket potensial har bevegelsesøvelser i terapi? Det er mulig å jobbe psykologisk ut fra grunnleggende klientferdigheter i bevegelsesøvelser som har fokus på å merke sitt eget senter (i magen), grounding (kontakt med underlaget), grenser (egne og andres) og kontakt (med seg selv og andre). Bevegelsesøvelser skjer ofte i kontakten mellom klient og terapeut eller klient og klient, og kan bidra til at individet får en dypere innsikt i sitt indre og andres landskap (Jørgensen, 2002). Det er også slik at øvelsene kan aktivere dypere liggende konflikter som noen ganger kan være problematiske. Nødvendigheten av å bringe prosessen frem på en slik måte at klienten har et terapeutisk miljø av trygghet blir viktig (Hall, 1973).

Forskning viser også at økt kroppsbevissthet er et viktig bidrag i behandlingen for mange ulike pasientgrupper med kroppslig ubehag, langvarig smerte, angst, depresjon eller for personer som har vært utsatt for seksuelt misbruk (Gyllensten & Gard, 2008 i Pylvanainen, 2010). I følge Pylvanainen (2010) er det nyttig å tilby DMT (dance/movement therapy) i en gruppe fordi dans og bevegelsesinteraksjoner er interaktive måter å være sammen på. Oppmerksomheten og sensitiviteten knyttet til erfaringer med bevegelser og uttrykk er fundamentale i DMT prosesser. Målet er å bli koblet på «nået».

For klientene er ofte den bevisste, overveiende og ikke-dømmende oppmerksomheten mot fornemmelser og bevegelser man merker i kroppen en ny tilnærming til seg selv og andre. Erfaringen er ikke bare ny som ide, men også ny som handling.

I DMT jobber man med de samme prinsippene som er gjeldende for mindfulness hvor man ikke bare er oppmerksom på hva man opplever, men også en observering av selve opplevelsen (Siegel, 2007). Dette indre fokuset med å «være-med-selvet» gjennom et indre blikk kan ha samme fordelaktige utbytte på personen som den jevnbyrdige interaksjonen kan ha. Når intrapersonlig og interpersonlig kontakt skjer samtidig kan man få en opplevelse som fremmer omforming og forandring. På et fenomenologisk nivå kan man tenke seg at kroppen har sine egne kroppslige minner som er ordløse og uavhengige av den bevisste viljen. Det er på denne måten kroppen husker gjennom sansninger, bevegelser og emosjoner. Viktigheten av å inkludere kroppen er blant annet at kroppslige minner påvirker responsene vi skaper gjennom kroppsselvet i nå-øyeblikket (Casey, 1987). Det er også slik at kroppen i høy grad er knyttet opp mot vår identitet allerede fra fødselen av. I følge Winnicott (1971) er kroppen identiteten vår fra livets begynnelse, og vi trenger å kjenne at vi «er-i-kroppen». Denne følelsen er funksjonen til kroppsselvet. Det er nødvendig å være bevisst på våre handlinger og kroppslige følelser, og at det bare er ved å være kreativ at individet kan oppdage seg selv.

Det viser seg at mennesket har et indre driv etter å være i balanse. Likevel kan mekanismene i blokkeringene og ubalansen være utenfor personens oppmerksomhet. Over lengre tid kan dette føre til plager i ulik grad. Når klienten opplever kongruens mellom sitt følelsesliv, kroppslige liv og høyere mentale liv føler de seg ofte ”på plass”. Som mennesker søker vi mot å bli hele og en tilstand av stabilitet mellom de ulike delene i oss. Når dette oppleves i terapi vil klienten antagelig søke etter flere slike opplevelser, for å bli mer og mer hel og bli mer og mer av seg selv (Horney i Engler, 1995).

I en kvalitativ studie (Berg, Sandahl og Bullington, 2010) som belyser affekt-fokusert kroppsspsykoterapeutisk terapi (ABP) blir terapeutisk forandring beskrevet som signifikante øyeblikk i

terapien. De hevder at deres syn sammenfaller med Sterns (2007) perspektiv på dette. Undersøkelsen vektlegges spesielt fordi den sammenfatter momenter fra de teoretiske ståstedene som har blitt utdypet i oppgaven. Studiet kan fremstå som et godt eksempel på hvordan personer som manifesterer problemer gjennom kroppen kan benytte seg av terapi som hjelper dem til å få en ny forståelse av sine symptomer.

I følge Berg et al. (2010) er deres undersøkelse den første kvalitative studien som har studert klienters erfaringer av kroppslige intervensjoner og forandringsprosesser i ABP. De påpeker også på et generelt grunnlag at det finnes få kvalitative studier som omhandler kroppssorientert psykoterapi. Til tross for dette finner forfatterne i oppgaven også svært få kvantitative studier av relevans og vurderer dermed denne undersøkelsen som en av de mest innholdsrike på området. Aktuelle implikasjoner kan være at det er vanskelig å kvantifisere de fenomenologiske opplevelsene deltakerne i studien beskriver, uten at man skal miste essensen i de kroppslige og affektive fornemmelsene, som på mange måter kommer mer til sin rett i en kvalitativ undersøkelse.

Studiet til Berg et al. (2010) inkluderte 61 pasienter med generalisert angstlidelse. Totalt valgte 58 deltagere å delta i studien. De ble tilfeldig fordelt i enten ABP eller ordinær terapi. Behandlingen var et poliklinisk behandlingstilbud hvor 30 deltagere fikk delta i ABP og 28 deltagere i ordinær psykoterapi. Deltagerne ble utredet før de ble innkludert i studiet og etterfulgt av oppfølging etter de avsluttet behandlingen. Målet for undersøkelsen var å tilegne seg kunnskap om pasientenes erfaring med ABP og studere hvorvidt behandlingen forbedret pasientens kapasitet til å redefinere sine somatiske symptomer inn i en større psykososial kontekst.

Den kroppslige delen av terapien fokuserte på å hjelpe pasienten til å oppnå bedre stabilitet gjennom bevegelsesøvelser og massage. Formålet var at disse intervensjonene skulle bidra til en bedret bevissthet om forbindelsen mellom kropp og affekt. Siden pasienter med generalisert angstlidelse manifesterer sine problemer gjennom kroppen, søker de ofte hjelp på grunnlag av muskulær stivhet/smerte eller bryst problemer som for eksempel pustevansker eller ujevn hjerterytme. Ulike

bevegelsesøvelser, massasje og berøring ble brukt som intervensjoner med formål om at disse kunne bidra til en forbedret kroppsbevissthet og dermed ha en generell angstreduserende effekt. I tillegg kunne behandlingen bane vei for selvrefleksjon og forbedret mentaliseringsprosesser. ABP behandlingen ble studert ut fra pasientens perspektiv gjennom bruken av semi-strukturerte intervju. Totalt mottok pasientene gjennomsnittelig 37 en-times sesjoner hvor det i tillegg ble foretatt intervju rett etter behandlingen og et år senere. En hermeneutisk metode ble brukt som analytisk verktøy.

I følge Berg et al. (2010) viser funn fra undersøkelsen en signifikant forbedring i psykiatrisk symptomatologi i begge gruppene, selv om bedringen var mer uttalt i ABP gruppen.

Det kom også frem, at det å motivere en pasient til kroppsorientert terapi, i høy grad, er avhengig av pasientens evne til å slippe løs kontroll og vedkommendes mot til å utforske kroppspsykoterapiens bidrag. Når egen usikkerhet ble akseptert kunne man se en gunstig vei mot selvgranskning og personlig forståelse. Hvis usikkerheten ble for angst provoserende ble den terapeutiske prosessen vurdert som et hinder og dermed opplevd som meningsløs. Noen av pasientene sammenlignet terapi med medisin og hadde et håp om at terapien ville fungere på samme måte. De ble ofte irritert på terapeuten når de ble oppfordret til å merke egne kroppslige prosesser og reflektere rundt disse. Alt de ønsket var å få massasje, slappe av og ha en god følelse. Flere av dem hadde et statisk syn på seg selv som fastlåste i den nåværende situasjonen og hadde vanskelig for å åpne opp for nye erfaringer.

Andre pasienter så sine kroppslige plager som del av problemet og var interessert i å utforske sine kroppslige følelser allerede fra begynnelsen. De hadde tro på fremtiden og var fleksibel og klar for å ta i mot hjelp. Terapeuten ble ansett som en som ledet dem gjennom utforskende oppgaver, som en tillitsperson man kunne stole på. Det kom også frem fra forskningsmaterialet at generelle terapeutiske faktorer, var å bli behandlet med respekt, å ha tillit til terapeuten og ha en følelse av at terapeuten hadde tro på seg selv. I tillegg uttalte flere viktigheten av å ha en varm og positiv erfaring med terapeuten. Videre fremsto skam som en generelt vanskelig følelse som ble utfordret under den kroppslige

utforskningen. Noen pasienter kunne prate om dette med terapeuten mens andre opplevde det for flaut til å innrømme. Flere av disse pasientene var flau over å ikke vite hva som var forventet av dem gjennom de kroppslige intervensjonene og av å ikke være i stand til å beskrive kroppslige fornemmelser. Noen var flau over å ikke en gang vite hva de følte i kroppen.

Endringsprosessene som fant sted startet med en forandret kroppslig opplevelse. Flere pasienter oppdaget muskler og kroppsdelene som tidligere hadde vært fremmede. De følte stabilitet i kroppens positur, samtidig som de sanset at bena hadde en bedre jording mot underlaget. Avslapping av anspente muskler fremmet oppmerksomhet mot kroppen og ga disse pasientene en følelse av at de kunne stole på sin egen kropp. Følelsen av selvsikkerhet og økt balanse førte til at angst symptomene avtok. Terapeutens repeterende oppfordring om å rette oppmerksomheten mot kroppen og validering av kroppslige tilstander med aksept, fremmet flere av pasientenes interesse for egen kropp, og viktigheten av å lytte oppmerksomt til kroppens signaler og hva den prøver å formidle.

Funn viste også at de kroppslige intervensjonene resulterte i en følelse av å bli tatt vare på, noe som for mange bidro til å overkomme den skamfulle følelsen. Opplevelsen med å bli berørt, på et konkret nivå, ga en opplevelse av å være i ens egen kropp og ga grobunn til en følelse av å også bli berørt på et emosjonelt nivå. Dette tilførte pasienten en følelse av å bli akseptert av terapeuten, som igjen bidro til at de fikk hjelp til å akseptere seg selv med mindre forakt og skamfullhet. Et klinisk eksempel fra en pasient i studien illustrerer dette på en god måte: *«Når jeg lå på sofaen og terapeuten berørte kroppen min spurte hun meg om jeg kunne beskrive hva jeg følte. Dette gjorde meg bevisst på kroppen, og jeg følte meg trygg, og i trygge hender. Det var en slik nær kontakt og jeg følte selvsikkerhet hos henne (terapeuten) som bidro til at jeg våget å eksponere meg selv for henne».*

Etter hvert som affekt-toleransen økte og den vanlige måten man inngår i en relasjon på, ble tydeligere for pasientene, begynte mange å prøve ut nye måter å samhandle på, både i forhold til andre og seg selv. De oppnådde bedre kontakt med slektninger og venner som et resultat av forbedret

mentaliseringskapasitet. I et annet klinisk eksempel i studien beskriver en pasient denne forandringen på en god måte: « *Det er som å oppleve en ny verden; den er virkelig fordi jeg kan oppleve de menneskene som bor der. I min tidligere virkelighet eksisterte folk kun når jeg var der, men når jeg forlot rommet var de borte, de eksisterte ikke...Det var et tomt liv, mens nå kan jeg se at folk har sine egne liv, sin tristhet, sine tanker, de eksisterer selv om jeg er 30 miles unna, de eksisterer, og det er en stor forskjell*».

Funnet som viser at kropporientert terapi er assosiert med å tørre å slippe opp kontroll, viser også til viktigheten av at terapeuten må gi pasienten en form for kontroll og trygghet som gjør at pasient-terapeut forholdet er i stand til å kunne utfordre det kroppen forsøker å formidle. I undersøkelsen til Berg et al. (2010) påpeker de at det er av avgjørende betydning at terapeuten har evner til å skape et miljø hvor det er mulig å utforske meningen til kroppslige fornemmelsene som dukker opp. Samtidig må terapisisuasjonen utfordre pasientens evne til å slippe kontroll og ta innover seg nytt materialet.

Oppsummert viser resultatene at pasientene kom mer i kontakt med sin egen kropp, noe som bidro til en følelse av å være i balanse. Å merke muskulære spenninger og være i stand til å påvirke så vell som forstå forbindelsene mellom kroppslige symptomer og emosjoner ga også en følelse av å ha kontroll. Signaler på angst ble omformet til meningsfulle markører om ens egen livssituasjon i stedet for å fremprovosere frykt. Overordnet kan man i denne studien se at utfallet av terapien hovedsakelig kan bli forstått ut fra pasientens evne til å integrere kroppslige følelser i sine oppfatninger av seg selv (Berg et al., 2010).

Til tross for at studien til Berg et al. (2010) viser til en rekke interessante funn i behandlingen av ABP som terapeutisk retning, finnes det også implikasjoner knyttet til en slik tilnærming. Disse går blant annet ut på at terapeuten bør være fleksibel og sensitiv, og tilnærme seg behandlingen i tråd med pasientens egen forståelse av kroppen. I tillegg anbefales det også at terapeuten forsøker å begrense

skamfulle følelser og angst ved å forsikre seg om at pasienten forstår hensikten med intervensjonene og hva som blir forventet av han/hun, for å gi vedkommende et visst nivå av kontroll. Metodisk er det også utfordringer med tanke på at forskeren har førstehåndsinformasjon om metoden. Dette kan føre til at det blir gjort forsøk på å plassere mest mulig av materialet som oppstår i intervjuet, inn i bolker som er forenelig med sitt eget teoretiske perspektiv Berg et al. (2010).

Kroppspsykoterapi tilnærmingens fokus på utvikling av ulike behov og rettigheter sammenfatter på flere områder med terapiretninger innenfor det humanistiske perspektivet. Utgangspunktet er at våre opplevelser og følelser formidles gjennom kroppslige uttrykk. Et overordnet mål blir å følge klientens prosesser og skape en interaksjonsprosess både gjennom top-down og bottom-up intervensjoner i hjernen. Det som skjer her-og-nå i følelsesliv, tankeprosesser og kroppslige uttrykk blir påpekt og tolket. Man tenker seg at dette bidrar til bevisst evaluering av egne prosesser og kan være en bidragsyter til å passere blokkeringer og unngå livsfjern grubling. Å jobbe med bevegelsesøvelser for å merke og etablere egne grenser blir sentralt innenfor ulike kroppspsykoterapeutiske terapiretninger. Undersøkelsen til Berg et al. (2010) gir en grundig beskrivelse av hvordan ABP er virksom på personer med generalisert angstlidelse. Flere pasienter som deltok i behandlingsprogrammet opplevde å få en dypere opplevelse av sin «levde» kropp. For mange bidro dette til symptomlette og en indre balanse.

Utforskning av nå-øyeblikk i relasjonen

For at endring skal bli fruktbar i terapi er samarbeidet mellom klient og terapeut helt vesentlig. Man kan tenke seg at dette forholdet blir spesielt viktig når terapeuten forsøker å hjelpe klienten til å holde fast ved viktige nå-øyeblikk. Ønsker man som terapeut å forandre, må vi ha kunnskap. Dette er påvirkning. Det er også slik at god teori danner grunnlaget for empati (Anstorp, Benum og Jakobsen, 2006). Blikkontakt og empati med klientens kroppsspråk og ansiktsuttrykk kan bidra til å forankre klienten i her-og-nå relasjonen med terapeuten. Er terapeuten oppmerksomt til stede, i det som utspiller

seg i nået, og i stand til å møte klientens blikk åpent og aksepterende, kan det oppstå et eksistensielt møte, som Stern (2004) kaller «a moment of meeting». Slike møter er sentrale for identifikasjonsprosessen. Dette er gjeldende både i barn sin utvikling og i den terapeutiske prosessen.

For at klienten skal ha tillit til terapeuten og forstå hensikten med å ha sin oppmerksomhet rettet mot tankeprosesser, emosjoner og sansninger, blir motivasjonen for å inngå i en relasjon viktig å etablere. Dette samarbeidet blir ofte omtalt som arbeidsalliansen, eller relasjonen og består av tre komponenter: Båndet mellom terapeut og klient, enighet om målsettinger i terapien, og en enighet om oppgavene i terapien (Wampold, 2010). I følge Miller (2006) utgjør alliansen 30-60% av variansen i behandlingsresultatet. Terapeutens tro på tilnærmingen står for 20-30%. Struktur, modell og teknikk-effekter bidrar med 5-10%. Andre faktorer som påvirker behandlingsresultatet er pre-morbid fungering, miljøet klienten lever i, og tilfeldigheter gjennom begivenheter som kommer og går i livene deres.

Relasjonen mellom klient og terapeut kan sammenlignes med en mor–barn relasjon hvor barnet tfredsstilles ved at mor jevnlig tilfører barnet noe nytt (Fonagy, 2004). Mor eller terapeut ligger litt i forkant og utfordrer hele tiden barnet eller klienten innenfor deres nære utviklingszone. Hvis mor eller terapeuten ikke tilfører barnet eller klienten noe nytt mister de interessen og utviklingen vil stagnere (Vygotskij, 2000). Den kroppsoverrettede terapiretningen bodydynamic, anser samhørigheten med andre mennesker som et grunnleggende behov barnet er utrustet med fra fødselen av. Det er også stor enighet om at mennesket blir født sosialt og søker sosial kontakt fra første stund. Ikke alle barn blir møtt av sine omsorgspersoner på en hensiktsmessig måte og får dermed ikke oppfylt sine helt grunnleggende behov. I følge bodydynamic kan dette føre til at man som individ reserverer seg i samhørigheten.

Personen finner ulike strategier for å løse trusselen. Dette kan gjøres ved å pansre seg eller trekke seg tilbake. Dette er en strategi for å kunne beholde samhørigheten sin selv om man ikke har blitt møtt på sine rettigheter. For eksempel ”Jeg kan beholde min samhørighet hvis jeg kan oppgi min vilje” (Jørgensen, 2002). Dette blir ansett som en rettighet eller behov som er grunnleggende sosialt av natur

(Marcher, 1992; Bernhardt, 2004).

Har en person opplevd å ikke bli møtt på sine behov må man som terapeut anta at dette også vil komme til uttrykk i terapien. Et viktig forandringsøyeblikk i terapien kan være når klienten tør å gi uttrykk for hva han eller hun trenger av terapeuten, eller tør å ta sjansen på å vise en fremmed emosjon i kontakten med terapeuten. De prosessene som kommer til uttrykk kan være destruktive men må gjerne bli sett på som et uttrykk for at klienten forsøker å beskytte seg selv på samme måte som de gjør i livet utenfor terapirommet.

Innenfor kropporientert tilnærming må kroppslige opplevelser ikke bare uttrykkes. Det er også nødvendig at de må, som i annen psykoterapi, også bearbeides og forstås i en terapeutisk relasjon. Gjennom et bekræftende samspill med terapeuten kan klienten få hjelp til å gjenoppta en mer fullstendig dialog med indre og ytre objekter med sin egen kropp ved å utvikle sin oppmerksomhet i forhold til egne emosjonelle og kroppslige reaksjoner (Borger, 1993). Det å oppleve å bli forstått er en av de viktigste og mest virksomme faktorer i psykoterapi (Lambert, 2004). Å bli forstått, gir følelse av ro og trygghet. Forskning viser at inntoning i relasjoner fremmer motstandsdyktighet og øker livslengden (Andersen & Andersen, 2003).

Med tanke på Sterns (2007) teoretiske posisjon er han mest opptatt av de nå-øyeblikkene som oppstår når to mennesker oppnår en mental kontakt av et spesielt slag – en intersubjektiv kontakt. Dette innebærer at sinnene trenger inn i hverandre på en slik måte at vi kan si: «Jeg vet at du vet at jeg vet» eller, «Jeg føler at du føler at jeg føler». Det som skjer her, er at man leser innholdet i den andres sinn. Dette kan være gjensidig. Det er disse møtene som psykoterapi i hovedsak dreier seg om. De bringer også frem de hendelsene som forandrer livene våre, og blir til de erindringene som utgjør historien om våre nære forhold.

I en terapeut-klient dyade der begge er emosjonelt engasjerte, og hvor klienten kan føle seg trygg og kjent, er dette en kraftfull mekanisme. En slik dyade gir potensialet til terapeutisk endring.

Positive emosjoner er sensitive og affektive markører for en transformerende prosess (Fosha, 2004). Psykoterapi er en kreativ prosess der forholdet mellom terapeut og klient skapes kontinuerlig, med utgangspunkt i begges predisposisjoner. I denne skapelses prosessen øker muligheten for psykoterapeutiske forandringer. For at terapeuten skal kunne hjelpe klienten til å oppdage og utforske viktige nå-øyeblikk kan det være viktig å ha innsikt i og fokus på at det i en samtale mellom to personer foregår et samspill på flere ulike nivåer. Man er ikke bare til stede med sine fysiske kropper, men også med alle sine sanser. Vi er ikke alltid bevisst de sanseintrykkene som påvirker oss. Dette kan være lukten av den andre, et spesielt blick eller fornemmelsen av en god eller dårlig følelse (Sletten, 2010).

Til tross for at nå-øyeblikkene har en svært kort varighet kan de ha et stort potensialet i seg (Stern, 2007). Det avgjørende blir å legge merke til de små øyeblikkene med forandring. Det utfordrende blir å kunne fange opp disse endringsøyeblikkene og fokusere på disse. Slik kan de få utfolde seg. Vi støtter Stern på dette. Et viktig nå-øyeblikk kan være et smil eller begynnelsen til et smil, en liten håndbevegelse som kan være begynnelsen til en knyttet hånd og uttrykk for sinne, et blick, eller forandring i tonefall. Et avgjørende øyeblikk kan også være et kraftfullt uttrykk der en klient får tak i sinnet sitt.

Følgende spørsmål har blitt stilt til pasienter fem eller ti år etter at de har avsluttet en vellykket terapi: *"Hva var det viktigste øyeblikket eller vendepunktet i din terapi som forandret livet på en eller annen måte?"*. Svaret kan gjerne bli: *"Et bestemt håndtrykk oss i mellom en dag jeg skulle til å gå"* (Stern, 2007). Dette beskriver noe av kraften i øyeblikket. Det er også kjent at det terapeuten anser som et vendepunkt i terapien kan avvike fra klientens opplevelse. Klienten anser gjerne et helt annet øyeblikk som det viktigste vendepunktet i terapien. Terapeuten bør derfor undersøke med klienten når terapeuten opplever at det skjer noe viktig i terapien. Hvis ikke er det mulig at dette kan være ødeleggende for samarbeidet.

I terapitimen kan det også oppstå noen øyeblikk som er av en mer kritisk karakter enn andre.

Stern (2007) definerer slike øyeblikk som kritiske nå-øyeblikk. De er opplevelsesøyeblikk som oppstår plutselig under terapiprosessen. Videre kjennetegnes de av at det er en følelsesladet stund som reiser spørsmål ved pasient-terapeut-forholdet. I følge Stern (2007) hender det også veldig ofte at terapeuten rett og slett ikke får med seg at pasienten opplever et kritisk nå-øyeblikk. En annen mulighet er at terapeuten skjønner at det har inntrådt et kritisk nå-øyeblikk, men det gjør ham engstelig, så han flykter og dekker seg bak tekniske grep. Det er også mulig at terapeuten går inn i det kritiske nå-øyeblikket, og blir der, men klarer ikke å finne en autentisk, spontan reaksjon som passer i situasjonen. De fleste av disse mislykkede situasjonene får ingen katastrofale følger. Det vil mest sannsynlig dukke opp et liknende kritisk nå-øyeblikk. Vanligvis får man flere sjanser. Men noen ganger kan slike oversette øyeblikk skade en terapi alvorlig, eller rett og slett sette en stopper for den (Stern, 2007).

For å illustrere viktigheten av de kritiske nå-øyeblikkene er det naturlig å trekke frem et eksempel fra Stern (2007) som omhandler en gutt i tenårene som har brukt mye av tiden i terapi til å snakke om et stort misfarget arr han fikk som barn. Spesielt har temaet omhandlet i hvor stor grad jenter følte avsky på grunn av arret og ble skremt vekk. I en terapitime sa han uten å ha planlagt det: *”etter alt dette snakket burde du ha sett hvordan det ser ut.”* Og øyeblikkelig begynte han å trekke opp skjorten (et kritisk nå-øyeblikk). Terapeuten sa: *”Nei!”* brått og høylydt. *”Du behøver ikke vise meg det – du kan bare fortelle meg hva du føler for det.”* Gutten stoppet med ett og ga uttrykk for at han ikke forsto hvorfor terapeuten ikke ville se arret. Etter denne episoden ble terapiprosessen alvorlig skadet. Den terapeutiske verden skrumpet inn i stedet for å bli utvidet. En viktig del av pasientens verden var avskåret fra ytterligere intersubjektiv deling.

I følge Stern (2007) er det klinisk interessante spørsmålet, ikke hvorfor en misforståelse oppstår, men hvilken retning den kan føre oss til. Noen ganger kan håndteringen av det kritiske øyeblikket gjøre brått slutt på behandlingen. Andre ganger kan det åpne opp for nye veier. Det blir viktig med akseptering av det kritiske øyeblikket, ikke bare som en normal hendelse i terapi. Men det

er også en sjelden anledning til å skape noe nytt og kan forandre terapeutens terskel for en slik angst (Greenberg, 2009). Terapeutens oppmerksomhet på nå-øyeblikk kan være essensielt for samarbeidet mellom terapeut og pasient. Er man tilstrekkelig empatisk inntonet kan man i terapirommet oppleve det som Stern (2004) kaller for «a moment of meeting». Innenfor den kroppsorienterte tilnærmingen må kroppslige opplevelser ikke bare uttrykkes, men også bearbeides og bli forstått i den terapeutiske relasjonen. Forskning viser også at det å oppleve å bli forstått er blant de mest virksomme faktorene i psykoterapi. I følge Stern (2007) blir det å legge merke til viktige nå-øyeblikk og utnytte potensialene i disse kortvarige øyeblikkene, noe av det mest utfordrende i et terapeutisk samarbeid.

Diskusjon

Mange terapeuter innser viktigheten av å utforske nå-øyeblikket. Det er det nå-sentrerte samspillet som danner grunnlaget for terapien og driver bearbeidelsen av materialet fremover. Til tross for dette har psykologien på mange måter definert seg som en objektiv vitenskap (Stern, 2007). Det ser ut til at det er et paradigmeskifte i bruken av psykoterapeutiske behandlinger, hvor evidensbaserte terapier basert på randomiserte kontrollerte studier fremstår som den favoriserte standarden. Et resultat av dette er at kvantitative studier med målbare enheter har en tendens til å bli verdsatt på bekostning av kvalitative studier som åpner mer opp for beskrivelser og tolkninger. Det har vist seg at inntil ganske nylig har store deler av psykoterapiforskningen avvist det subjektive og fenomenologiske aspektet ved individets opplevelse (Stern, 2007).

I følge Stern (2007) har psykologiens nye allianse med nevrovitenskapen forandret på dette og det foregår nå en mer fruktbar dialog mellom de ulike fagdisiplinene. Sterns øyeblikksfokus har gjort et viktig bidrag til denne utviklingen i psykoterapi. Han får fremhevet hvor utrolig sensitive vi mennesker er for mikro-kommunikasjonen i samhandlingen. Dette gjelder ikke bare pasienten men også terapeuten. Sterns analyser av samtalen mellom pasient og terapeut tydeliggjør hvordan de er to parter

som føler seg frem i samtalen med en høy grad av usikkerhet, tvetydighet og risikoopplevelse før de kommer inn i en samhandling som oppleves som ny og utviklende (Stanicke, 2011).

Til tross for Sterns operasjonalisering av nå-øyeblikkets tidskomponenter og mekanismer kan det likevel fremstå som noe svevende og diffust. I tillegg fremstår Sterns forståelse og operasjonalisering av nå-øyeblikket noe isolert og enerådende. Det hadde vært interessant med flere ulike perspektiver rundt operasjonaliseringen av for eksempel tidskomponenten ved nå-øyeblikket. Når nå-øyeblikket har så uendelig kort varighet blir det en stor utfordring å fange nå-øyeblikket før det blir fortid. Spesielt gjeldende vil dette være for de kritiske nå-øyeblikkene. I utgangspunktet høres det ut som et ideal å kunne være totalt tilstede i nuet med klienten. Når et kritisk nå-øyeblikk oppstår er det jo også det ideelle at terapeuten klarer å gripe tak i øyeblikket og utnytte potensialet i det.

Ut i fra Sterns (2007) tilnærming til nå-øyeblikket kan det se ut til å være en noe manglende interesse for terapeutens egenskaper og håndtering av egen usikkerhet i det terapeutiske møte mellom klient og terapeut. Det ser også ut til at oppmerksomheten mot markører eller signaler hos klienten får langt større prioritet enn terapeutens vansker med å oppdage disse. Ofte viser det seg at verbale uttrykk favoriseres fremfor kroppslige uttrykk til tross for at kroppsuttrykket på mange måter utgjør et betydelig større speilbilde av vårt indre landskap. Det kan imidlertid være svært utfordrende å fokusere både på det verbale og kroppslige uttrykket når man skal fange opp viktige nå-øyeblikk. Klarer man å være oppmerksomme på disse prosessene samtidig kan det i følge Stern føre til at ubevisste kroppslige og sansemessige opplevelser hos klienten kan bli gjort til gjenstand for bevisst bearbeidelse.

For noen kan nok Sterns holdning til nå-øyeblikk i psykoterapi fremstå som overdreven optimistisk og ukomplisert hvor han tar for lite hensyn til at mange terapitimer preges av lange sekvenser uten oppdagelse av viktige nå-øyeblikk. Det er mulig å tenke seg at terapeuten ikke er oppmerksom nok på de signalene fra klienten som kan resultere i viktige nå-øyeblikk. Samtidig er det også mulig at noen timer, med noen pasienter, oppstår det flere viktige nå-øyeblikk enn andre. I mange terapiforløp har

man også en pasientgruppe med lavt funksjonsnivå der målet er å stabilisere og dempe symptomtrykket. Stern og tilnærminger som fokuserer på nå-øyeblikket baserer seg mye på å øke selvinnsikt i egen psyke mens det for enkelte pasienter med veldig lavt funksjonsnivå og høyt symptomtrykk ofte vil være et formål å arbeide med å øke funksjonsnivået, som en blant annet kan tenke seg er viktig for blant annet pasienter med rusmiddelavhengighet og pasienter med chizofrene lidelser. Dermed er gjerne ikke bruken av nå-øyeblikket i terapi like relevant for alle pasientgrupper.

Sterns hovedstyrke handler i følge Stanicke (2011) om hans beskrivelser av hvordan terapeutiske samtaler har en form av å bevege seg i prosessen sammen med pasienten. Videre blir det helt sentralt at terapeutens respons ovenfor pasienten er genuin og spontan, knyttet til noe som er naturlig ut i fra personlighet, og som faktisk møter pasienten i øyeblikket. Det viser seg også at terapeutens evne til empatisk inntoning er en av de mest kraftfulle endringsmekanismene for at nå-øyeblikk skal oppstå i terapeutisk arbeid. Øyeblikksmøtene kan også være punktet i en prosess der pasienten opplever at terapeuten er en annen person som faktisk gir av sitt indre for å forstå og stille opp. Ut i fra dette fremhever Stanicke (2011) at Stern understreker det vi vet fra kommunikasjon mellom mor og barn. Hans forskning har også gitt et bidrag med økt forståelse av, den finstemte og hurtige mikro-kommunikasjonen mellom mor og barn, som kan forsterke affektive uttrykk hos barnet, eller regulere og dempe følelsesuttrykk. Ut fra dette perspektivet kan man også relatere viktigheten av nå-øyeblikk utenfor det terapeutiske rom.

I følge Stanicke (2011) fremstår kanskje den tydeligste styrken ved Sterns teoretiske posisjon at han overbevisende viser oss hvordan vi som terapeuter nøler og føler oss frem i samtalen med pasienten. At vi ikke bare verbalt søker oss frem til en samstemthet og samforståelse, men at vi i det nonverbale samspillet regulerer hverandre. Dette blir ofte spesielt tydeliggjort i bevegelsesøvelser og andre kropporienterte øvelser. I slike øvelser kan klienten for eksempel få mulighet til å kjenne ulike typer grenser i relasjonen til terapeuten. Terapeuten kan på sin side få muligheten til å kjenne på sine grenser

og legge merke til hvor mye han eller hun er villig til å utfordre seg selv og klienten i relasjonen. På denne måten kan terapeuter hele tiden bevege seg langs den terapeutiske prosessen. Dette er et samspill som kan være feilbarlig og usikkert men på samme tid en effektiv samhandling de gangene terapeuten og pasienten opplever felles nå-øyeblikk gjennom gjensidig forståelse og møtepunkter (Stanicke, 2011).

Da denne oppgaven kun tar for seg nå-øyeblikket i enkelte terapeutiske retninger vil dette føre til et begrenset empirisk materialet og dermed kan resultatene være vanskelige å validere og generalisere. Det kunne vært interessant å studere hvordan nå-øyeblikket blir brukt i andre terapeutiske retninger der nå-øyeblikket er like eksplisitt fremhevet som endringsmekanisme, for eksempel innenfor kognitive og dynamiske tilnærminger. I følge Greenberg (2009) er det imidlertid forkludrende for terapeuten å fokusere for mye på relasjonelle mønstre i oppdagelsen av nå-øyeblikk. I tillegg er han kritisk til at mange terapeuter innenfor de «ordinære» terapiretningene mangler dybden og anerkjennelsen av bevissthetens kompleksitet i det de skal oppdage viktige nå-øyeblikk. Som en motsetning hevder han at uttrykksfulle terapier kan bli et annet ytterpunkt. Der kan noen ganger det å uttrykke intense følelser være det viktigste, og hvor gjennombruddet kan bli oppnådd gjennom primalskrik, å slå på puter, eller anerkjennelse av morderiske impulser. De negative konsekvensene av dette kan være at klienten får opp mange emosjoner, som de blir avhengige av, uten at det nødvendigvis gir vedkommende en dypere mening. Begge disse ytterpunktene ser ut til å ignorere viktigheten av idiosynkratisk og fenomenologisk meningsdannelse.

I følge Greenberg (2009) er det mer nyttig å fokusere på meningen i det klienten sier enn på intensiteten i det vedkommende uttrykker. Når man bruker tom-stol-dialog fungerer terapeuten mer som en fasilitator der målet er å få klienten til å kjenne på hvilke primære behov og følelser de har. I uttrykksfulle terapier kan terapien være vellykket hvis man følger de primære emosjonene som kommer opp men få en mindre vellykket prosess hvis man følger de maladaptive emosjonene. I følge

Greenberg (2009) er det viktig å skille mellom de primære og sekundære, maladaptive og adaptive emosjonene. Hvis terapien fokuserer for mye på de sekundære og maladaptive emosjonene vil ikke terapien føre frem på en hensiktsmessig måte. I følge Greenberg (2009) må disse følelsene transformeres til primære og adaptive emosjoner for at klienten skal få et godt terapiutbytte.

Når det gjelder endringsprosesser hevder Vermes (2011) at body-mind tilnærminger vekker til live den uvirksomme sensitiviteten til bevegelsene. Å miste forbindelsen til den intersensoriske intersubjektiviteten er bånd som kan føre til en kosmisk isolasjon og ensomhet. Gjenopprettelse og reoperasjon av dette er en av hovedoppgavene i danse og bevegelsesterapi. Det fremmer også effektive terapeutiske krefter, selv i noen av de mest alvorligste psykiske lidelsene, i og med, at de avslører tidligere mønster med en underforstått, relasjonell kunnskap. I terapi jobber man med å symbolisere dette på nye måter (Mere'nyi, 2004 i Vermes, 2011). Teorigrunnlaget fra den kropporienterte terapien viser at viktige nå-øyeblikk kan oppstå i det en klient i en bevegelsesøvelse kjenner en fysisk tilstedeværelse over at «her er min grense og denne blir det viktig for meg å opprettholde». Det kan i øyeblikket bli klart for dem at de har behov for å snevre inn sitt toleransevindue for å beskytte seg selv på en mer hensiktsmessig måte.

Selv om det intersensoriske og intersubjektive materiet alltid kommer til uttrykk, og alltid, organiserer vår opplevelse, tenderer vår kulturelle tradisjon og personlige utvikling, til å skyve dette i bakgrunnen. I følge Merleau-Ponty (i Vermes, 2011) fører våre fikserte antagelser om vitenskap og hverdagslige hendelser, oss bort fra det perseptuelle mangfoldet. Dette kan også komme til uttrykk gjennom terapeutenes manglende tilstedeværelse av å være oppmerksom på alle aspektene ved klientens uttrykksform. Forskning viser imidlertid at terapeuters egenerapi er en god investering for å kunne være mer til stede med hele seg i terapien. Mer tilstedeværelse vil også kunne føre til mer interesse og oppdagelse av viktige nå-øyeblikk.

I de fleste psykoterapeutiske studiene, er det fravær av utforskning av de kroppslige

mekanismene. Det vanlige naturvitenskapelige perspektivet på kroppen, som en objektiv kropp, som innehar anonyme, fysiologiske prosesser, påvirker mesteparten av forskningen som studerer endringsprosesser, til og med i psykoterapeutiske settinger (Berg et al., 2010). I følge Øyen, Raheim, Iversen, & Steihaug, (2008) kan konsekvensene av å ikke være i stand til å utforske kroppslige reaksjoner, bidra til at det blir vanskelig å forbinde kroppslige fornemmelser med opplevelser i dagliglivet. Ekerholt & Bergland (2006) hevder at mange pasienters opplevelser av nå-øyeblikk i intervensjoner med massage, bevegelsesøvelser eller erfaringer med en følelse, kan være begynnelsen på en ny eller forbedret ferdighet, som bidrar til, at man kan komme i kontakt med kroppslige opplevelser.

Til tross for oppgavens vektlegging av kroppssorienterte retningers viktige bidrag til utforskning av nå-øyeblikket er det sentralt å understreke at de ofte benytter seg av potente metoder som krever en profesjonell håndterelse og anvendelse av det materialet som kommer opp. Innenfor en slik tilnærming fordrer en utforskning av nå-øyeblikket at terapeuten er i stand til å håndtere sterke emosjoner og traumatiske minner som kan bli fremprovosert av kraften i de kroppssorienterte intervensjonene. Terapeuten må også ivareta klienten på en slik måte, at klienten ikke står i fare for å bli retraumatisert (Berg et al., 2010). For terapeuten blir det sentralt å romme klientens prosess. Denne ivaretakelsen kan skje ved å inntone seg til personen ved en kognitiv, (ved speiling, klargjøring og tolkning) emosjonell og kroppslig tilstedeværelse (Sletten, 2010). Greenberg (2009) etterspør ofte klienten om hva klienten kjenner på inni seg her-og-nå for å fremme tilstedeværelse på emosjonelle og kroppslige sansninger i øyeblikket. I stedet for å be klienten om å hente frem et konkret mentalt bilde av indre opplevelser spør Greenberg ofte om hvordan dette bildet kunne sett ut hvis de skulle sett for seg et bilde. Spør terapeuten klienten direkte om å finne et bilde på sin opplevelse kan dette oppleves som angstprovoserende hvis man ikke klarer å få opp noen mentale bilder av sin emosjonelle tilstand. Dette kommer også frem i studiet til Berg et al. (2010) hvor noen av klientene føler seg flau over å ikke vite

hva de føler. I følge Rogers er det viktig å støtte den affektive prosessen og signalisere aksept (Rogers, 1961). Ut fra et fenomenologisk perspektiv ser man mennesket som et fortolkende og meningsskapende subjekt, og er opptatt av at den fysiske kroppen integrerer livserfaring (Leder, 1990).

Både emosjonsfokuserert terapi (Greenberg, 2009) og kroppspsykoterapi retninger er opptatt av å registrere og gi tilbakemeldinger på klientenes kroppsuttrykk og skifter i dette. Ut fra et fenomenologisk perspektiv skjer undersøkelsen i samhandlingen mellom klient og terapeut. Den bidrar på ulike måter til å utforske, avklare og konfrontere forståelsen av klientens eget liv (Adams, 2001). Bevegelsesøvelser i kroppspsykoterapi og praktiske metoder som 'tom stol' i emosjonsfokuserert terapi kan ha en ramme og en struktur som gjør det lettere å holde fast på øyeblikk med ubehagelige eller uønskede følelser. Spesielt virkningsfullt er de øyeblikkene hvor klienten merker at det er en forskjell i de ulike delene hos seg selv. Dette kan bidra til undring, innsikt og videre utforskning. Klienten kan få en aha-opplevelse av at «nå merket jeg en forskjell inni meg» og «dette kjennes ut som en viktig følelse». Det er stadig økende evidens for at emosjonell aktivering og dybden av opplevelse er relatert til god terapi. Dette støtter hvor viktig det er å ha tilgang til emosjoner i terapi (Greenberg & Paivio, 1997).

Å jobbe med kroppsarbeid i terapi kan være en lang reise i dypet av seg selv, dette kan være krevende og vondt. Et positivt utbytte er at det ofte kjennes forløsende, helende og fruktbart etter hvert som personen kan kjenne seg mer på plass. Å oppleve at kropp og sinn interagerer på en ny og mer adaptiv måte kan utgjøre store forandringer for individets innstilthet til verden (Sletten, 2010). Nyttiggjøring av bevegelsesøvelser i psykoterapi kan være en måte å komme i kontakt med forknytt energi og fastlåste prosesser i individet. For å holde fokuset på det som skjer her-og-nå blir det viktig at terapeuten er oppmerksom på klientens kroppsuttrykk og skifter i dette. Terapeuten må forsøke å gripe mulighetene hos klienten i det de kommer opp og være utforskende til hvor øyeblikket kan føre de hen. Det holistiske menneskesynet, der mennesket er forent i kropp og psyke er blitt mer akseptert i den

vestlige verden og er en bidragsyter til at kroppсорinterte tilnæringer er blitt mer utbredt (Totton, 2003). Til tross for dette viser artikkelsøk få treff på kroppsspsykoterapi som behandlingsform, noe som tyder på at terapiformen fremdeles er marginal sammenlignet med de etablerte terapimetodene.

I følge Stanicke (2011) er hovedsakelig Sterns bidrag på det intersubjektive feltet. Dette oppfattes som viktig, men han blir kritisert for å ha innta en noe overflødig interesse for det intrapsykiske. Stanicke hevder at trendskapende tendenser skaper et økt begrepsapparat om det intersubjektive samspillet. Dette kan bidra til en nedprioritering av det intrapsykiske. Det blir som om det intrapsykiske bare vil avspeile det intersubjektive. Stanicke er også kritisk til om det lar seg sammenfalle og underkaste de samme mekanismer og prosesser. Han stiller også spørsmål til om stillstand og bevegelse i terapi, og opplevelsen av tid, er forskjellig etter hvilket fenomenområde en vil forstå, det intersubjektive eller det intrapsykiske. Videre undrer Stanicke (2011) seg over om et annet problem med å fokusere på øyeblikkets natur, slik Stern gjør, er at det passer inn i en samtidsholdning der vi fokuserer på å "nyte tiden", "nyte øyeblikket". Aristoteles var opptatt av det motsatte, at lykke tar et langt liv å kultivere. For han er ikke lykke en tilstand, der man endrer seg eller gjør noe godt eller meningsfullt. Lykke er det å realisere sine disposisjoner. Det er også slik at mening i psykoanalytisk tenkning er mindre knyttet til den umiddelbare opplevelsen enn til en retrospektiv tolkning av den. Slik kan man se at dette utfordrer den forståelsen Stern gir øyeblikket (Stanicke, 2011).

Konklusjon

Nå-øyeblikkets betydning for endring i psykoterapi er en viktig del av en rekke behandlingsmetoder. Det er likevel funnet få forsøk på å operasjonalisere begrepet slik at effekten kan bli validert gjennom større empiriske studier. Ved å utarbeide operasjonaliseringer på nå-øyeblikket på tvers av ulike terapeutiske retninger kunne man sett på dette fenomenet som en viktig endringsmekanisme på tvers av ulike psykoterapeutiske behandlingsmetoder. Da nå øyeblikket i stor grad blir definert innenfor et mer

subjektivt og fenomenologisk rammeverk kan en fort sette tvil om den objektive validiteten. Videre forskning burde ta for seg denne utfordringen og jobbe målrettet for empirisk å fastlå viktigheten av nå-øyeblikket for endring i psykoterapeutisk behandling, og på den måten rette fokus mot det som ser ut til å være en viktig endingsmekanisme på tvers av terapeutiske innfallsvinkler. På den andre siden er kanskje ikke nå-øyeblikket mulig å fange i den objektive empiriske vitenskapen fordi det er så fluktig og spontant i den terapeutiske prosess slik at det ikke er egnet for å bli kvantisert og strukturert, men mer et fenomen som må forstås og brukes av den enkelte terapeut i samspillet med den enkelte pasient.

Referanser

- Adams, M. (2001). Practising Phenomenology—Some Reflections and Considerations *Journal of the Society for Existential Analysis, 2001 Vol.12 1 Beginnings*.
- Anderson, N.B. & Anderson, P.E. (2003). *Emotional longevity :What really determines how long you live*. New York: Viking.
- Anstorp, T., Benum, K., og Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Baer, R.A. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: clinical guide to evidence base and applications*. Amsterdam: Elsevier.
- Berg, A.L., Sandahl, C. & Bullington, J. (2010). Patients' perspective of change processes in affect-focused body psychotherapy for generalised anxiety disorder, *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 5:2*, 151-169
- Borger, H. (1993). Kropporientert psykoterapi – henimot en integrasjon?. I: G. Høstmark Nielsen & A.L. von der Lippe. *Psykoterapi med voksne: fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo, Pensumtjeneste A/S.
- van Belle, H.A. (1980). *Basic Intent and Therapeutic Approach of Carl R. Rogers*. Toronto: Wedge Publishing Foundation.
- Bernhardt, P. (2004). Individuation, Mutual Connection, and the Body's Resources: An Interview with Lisbeth Marcher. In *Body, Breath & Consciousness*. I. Macnaughton, North Berkely: Atlantic Books.
- Cain D.J., & Seeman J. (2002). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and, practice*. American Psychological Association: Washington DC.

- Casey, E.S. (1987). *Remembering: A phenomenological study*. Bloomington, IN, Indiana University Press.
- Christie, H. & Døhlie, E. (1991). Fra isolert og invadert, til åpen og avgrenset. I: T. Borchgrevink & H. Christie (red), *Incest*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Craig, A. D. (2009). How do you feel – now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10 (1), 59–70.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Putnam.
- Damasio, A.R. (1999). *The feeling of What Happens. Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt.
- van Deurzen E. (1997). *Everyday Mysteries: Existential dimensions of Psychotherapy*. London: Routledge.
- Dolhanty, J. og Greenberg, L.S. (2007). Emotion-Focused Therapy in the Treatment of Eating Disorders. *European Psychotherapy*, 1.
- Dolhanty, J. (2006). Emotion-focused Therapy for Eating Disorders. *Bulletin*: 2.
- Elster, J. (1979). Metoder og prinsipper i hermeneutisk forskningstradisjon. *Nordic journal of psychiatry*, 3.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in Physiotherapy*, 8, 137–144.
- Emde, R.N. (1988). Development terminable and interterminable. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69, 23-42.
- Engler, B. (1995). *Personality theories. An introduction.*, Boston: Houghton Mifflin Company.
- Fonagy, P., (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac.

- Fosha, D. (2004). "Nothing that ever feels bad is ever the last step": The role of positive emotions in experiential work with difficult experiences. Special issue on Emotion, L. Greenberg (Ed) *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11 30-43
- Fosha, D. (2008). Transformance, recognition of self, by self and effective action. In K.J. Schneider (Ed.) *Existential-integrative psychotherapy: Guideposts to the core of practice*, pp. 290-320. New York: Routledge.
- Goldin, P. (2008). *Cognitive Neuroscience of Mindfulness Meditation*. <http://www.youtube.com/watch?v=sf6Q0G1iHBI>.
- Greenberg, L., & Johnson, S.M. (2010). *Emotionally Focused Therapy for Couples*. New York, The Guilford Press
- Greenberg, L.S. (2009). *Emotion- Focused Therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Grondin, J. (1995). *Sources of hermeneutics*. Albany: State of University of New York Press.
- Hall, E.T. (1973). *Den skjulte dimension. Menneskets opfattelse af og brug af rum*. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Hart, S. (2009). *Den følsomme hjerne*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Halsen, A. (1990). *Hva er karakteranalytisk vegetoterapi?* Foredrag. Forum for karakteranalytisk vegetoterapi, Oslo
- Haukedal, T. E., (2009). *Solstråleboken*. Bergen: Trond Haukedal Forlag.
- Heelas, P. (1996). Emotion talk across cultures. In G. W. Parrott and R. Harre' (Red.), *The emotions: Social, cultural and biological dimensions* (pp.171–199). London, England: Sage Publications.
- Hofmann, S., Sawyer, A.T., Ashley, A., Witt, A. A. og Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-

Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: 78 (2): 169-183.

Hvid, T. (1996). *Kroppens fortællinger*. Aarhus: Forlaget Modtryk Amba.

Jørgensen, S., (2002). *Manual til Modul 1, Bodydynamic International ApS*. København, Forlaget Kreatik.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Full Catastrophe Living*. New York: Bantam Dell.

Kroese, A.J. (2003). *Stress*. H. Oslo: Aschehoug & Co.

Lambert, M.J. (2004). *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York, Wiley,

Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157-211). New York: Wiley.

Leder D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.

Leder, D. (1992) The tail of the two bodies: the Cartesian corpse and the lived body. I: D. Leder, (red) *The body in medical thought and practice*. Dordrecht. Kluwer Academic Publishers.

Levine. P.A., (2009). *Væk tigreren*. Borgens forlag, København.

Lübcke, P. (1988). *Vor tids filosofi. Engagement og forståelse*. København: Politikens forlag.

Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

Marcher, L. (1992). *Den Kroplige Erkendelse*. Denmark, Kreatik.

May, R. (1983). *The discovery of being*. New York: W.W Norton & Company.

Merleau-Ponty M. (1986). *Phenomenology and perception*. London: Routledge & Kegan.

Miller, S. (2006). *What really works in Therapy*. Transkribert intervju, www.ShrinkRapRadio.com
14.12.2006 #66

Merleau-Ponty, M. (1992). *Phenomenology of perception*. London, Humanistic Press.

Mindell, A. (1985). *Working with your dreaming body*. London: Penguin Arkana.

Olesen, J. (2002). Kroppens filosofi : med baggrund i Maurice Merleau-Pontys forfatterskab.

Kognition & pædagogik. Årg. 12, nr. 43, (pp. 30-39)

Orlinsky, D.E., Scofield, M.J., Schroder, T. og Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: a practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology*: 67 (8): 828-42.

Paivio, S. og Greenberg, L. S. (1995). Resolving "Unfinished Business": Efficacy of Experiential Therapy Using Empty-Chair Dialog. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3,419-425.

Päivi Pylvänäinen (2010). The dance/movement therapy group in a psychiatric outpatient clinic: explorations in body image and interaction. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5:3, 219-230.

Reich, W. (1972). *Charakter Analysis*. Farar, New York: Straus and Giroux.

Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. , New York: W.W.Norton& Company.

Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi- innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* nr 25, 2002;122

Schneider, K.J. & Krug, O.T. (2010). *Existential – Humanistic Therapy*, Washington: American Psychological Assosiation.

Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York: WW Norton.

Siegel, D.J. (2010). *Mindsight*, Oxford: Oneworld Publications

Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. . London:

Sage publications ltd.

Skirbekk, G. & Gilje, N. (2000). *Filosofihistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010) *Psykiatriboken Sinn-kropp-samfunn*, Oslo: Gyldendal.

Sletten, T. (2010). Almagrokonferanse: *Det virksomme subjekt, den følende hjernen og den tenkende kroppen. Den personlige historie som predisposisjon og skapende utgangspunkt i den psykoterapeutiske relasjon*. <http://www.almagroforeningen.no>

Stanicke, E. (2011). Cuenca-seminaret: *Noen refleksjoner om stillstand og bevegelse – tidsaspektet i psykoterapi*. www.almagroforeningen.no

Stern, D. N. (2007). *Her og Nå, øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Stern, D. N. (2004) *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton & Company.

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology*. USA: A Division of Harper Collins.

Strümpfel, U. & Goldman, R., (2002). Contacting gestalt therapy. In D.J. Cain, & J. Seeman (2002). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and practice*. (pp.189- 219). Washington DC: American Psychological Association.

Totton, N. (2003). *Body Psychotherapy an introduction*. Berkshire: Open university Press, McGraw-Hill education.

Trevarthen, C., (1999/2000). Musicality and the intrinsic motive pulse: Evidence from human psychobiology and infant communication. *Musicae Scientiate: Special Issue, Rhythm, Musical Narrative, an Origin of Human Communication*, 155-211.

Vermes, K. (2011): Intersensory and intersubjective attunement: Philosophical approach to a central

element of dance movement psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6:1, 31-42

Vygotskij, L. (2000). In Ball, A.F. Teacher`s developing Philosophies on Literacy and Their Use in Urban Schools In C.D. Lee & P. Smagorinsky,(Eds), *Vygotskian Perspectives on Literacy Research*.(pp. 231)Cambridge University Press, New York

Wampold, B.E. ,(2010). *The basics of psychotherapy*. Washington: American psychological Association.

Williams, M., Teasdale, J., Seagal, Z., og Kabat-Zinn, J. (2010). *Mindfulness – en vei ut av depresjon og nedstemthet*. Finland, Arneberg forlag,

Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Routledge.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Fifth edition, New York: Basic Books.

Zeigarnik, B. (1927). Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen. *Psychologische Forschung* 9, 1-85

Øyen, A.U., Raheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2008). Self-perception as embodied knowledge – changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 1–9.

Aagard, S., Bechgaard, B. & Winther, G. (1994). *Gruppeanalytisk psykoterapi*. København: Hans Reitzels forlag.

