

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Siri Sebastian Christensen

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

JAKTEN PÅ KJÆRLIGHETEN

Å bli til i den andres blick

The pursuit of love

To become who I am in the gaze of the other

4PM791

2021

Ord: 26909

Innhold

INNHold	1
SAMMENDRAG	4
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	5
FORORD	6
1. BAKGRUNN, MÅL OG TEMA	8
1.1 INNLEDNING.....	8
1.1.1 <i>Narrativ.Tilknytningsskriket som aldri fikk svar av egen mor (auditivt)</i>	9
1.2 PREMISSOPPBYGGING OG AVGRENSING	11
1.3 TIDLIGERE FORSKNING, VALG AV LITTERATUR OG ARTIKKELSØK	12
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	13
1.4.1 <i>Problemstilling</i>	13
1.4.2 <i>Narrativ. Tønna (auditivt)</i>	13
2. METODE	14
2.1 BAKGRUNN FOR VALG AV METODE	14
2.1.1 <i>Stemmene, historiene og hvordan lese oppgaven?</i>	15
2.1.2 <i>Å bringe sammen til et hele</i>	17
2.2 VITENSKAPSFILOSOFISK STÅSTED OG TEORETISK FORANKRING	18
2.2.1 <i>Ontologi og epistemologi</i>	18
2.2.2 <i>Fenomenologi og hermeneutikk</i>	19
2.3 AUTOETNOGRAFI.....	21
2.4 KRITIKK MOT AUTOETNOGRAFISK METODE	24
2.5 AUTOETNOGRAFISK ANALYSE	25
2.6 PÅLITELIGHET, BEKREFTBARHET OG VALIDITET	26
2.7 DATAINNSAMLING, DATAMATERIALE OG INFORMANTER.	27

2.8	FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	28
3.	TEORI.....	31
3.1	RELASJONENS BETYDNING I BEHANDLING	31
3.1.1	<i>Den terapeutiske relasjonen og relasjonens kraft</i>	<i>31</i>
3.2	EMPATI	33
3.2.1	<i>Forståelse av empati.....</i>	<i>33</i>
3.3	EMPATIENS ROLLE I Å FREMME ENDRING.....	34
3.3.1	<i>Det rasjonelle og emosjonelle kommunikasjonsnivået</i>	<i>35</i>
3.3.2	<i>Forutsetninger for empati og hva fremmer og hemmer denne?.....</i>	<i>36</i>
3.4	TILSTEDEVÆRELSE	37
3.4.1	<i>Opplevet trygghet som forutsetning for tilknytning</i>	<i>40</i>
3.5	KJÆRLIGHETSBEGREPET I NYTT LYS	41
3.5.1	<i>Innledning.....</i>	<i>41</i>
3.5.2	<i>Kjærlighet – vår ypperste følelse</i>	<i>42</i>
3.5.3	<i>Positive følelser - positiv gjenklang.....</i>	<i>43</i>
4.	DRØFTING.....	47
4.1	INNLEDNING	47
4.2	OM TILKNYTNINGSBRISTENS OPPHAV OG KONSEKVENSER	48
4.2.1	<i>Narrativ. Samtale med mor (auditivt).....</i>	<i>50</i>
4.2.2	<i>Narrativ. Frykten for avvisning og frykten for tilknytning (auditivt).</i>	<i>52</i>
4.3	Å BLI TIL I MØTE MED BEHANDLEREN - DET FORLØSTE BARNET.....	55
4.3.1	<i>Innledning.....</i>	<i>55</i>
4.3.2	<i>Narrativ. Det forløste barnet (auditivt).....</i>	<i>56</i>
4.3.3	<i>På samme bølgelengde, tilknytning og samstemthet</i>	<i>56</i>

4.3.4	<i>Narrativ. Om opplevd kjærlighet - Tindra (auditivt)</i>	76
5.	KONKLUSJON	79
	ETTERORD	81
6.	LITTERATURLISTE	83
	VEDLEGG 1: GODKJENNING NSD	89
	VEDLEGG 2. SAMTYKKE I DIGITALT ARKIV	92

Audiovisuelle elementer.

I denne masteroppgaven følger audiovisuell empiri. Sanger og narrativ utgjør 12 innlegg, presentert med lenker til en lukket nettside, kun tilgjengelig gjennom oppgaven. Således er det et premiss at leseren har tilgang til internett, for å få tilgang til empirien. Gjerne også hodetelefoner, for en nærere opplevelse og gode lytteforhold. Gjennom autoetnografi som valgt metode, er dette en del av oppgaven og tilhørende oppgaven som helhet. Musikk og narrativ fremkommer som lenker gjennom oppgaven. Disse åpner du ved å plassere pekeren over den blå lenken, og klikke på lenken med pekeren.

Om du ønsker å lese oppgaven på papir, finner du alle innslag i oppgaven samlet i kronologisk rekkefølge, tilgjengelig her: <https://www.musikalskefortellinger.no/master.html>.

Rett referansestil på dette fremkommer ikke tydelig av APA-stilen, og i samråd med veileder er de referert på en oversiktlig måte i teksten og i litteraturlisten.

Sammendrag

Bakgrunn: Forskeren har faglig interesse for pasientgruppen som har opplevd relasjons- og tilknytningstraumer. Forskeren ønsker gjennom masteroppgaven å bidra til kunnskapsutvidelse på fagfeltet, med spesielt fokus på gode og virksomme praksiser i pasient- og behandlerrelasjonen, for denne pasientgruppen. Oppgaven er skrevet med bakgrunn i forskerens yrkesutøvelse fra psykisk helsearbeid, en dyp faglig forankring, interesse og engasjement. Også med bakgrunn i forskerens egne erfaringer med relasjons- og tilknytningstraumer og hva forskeren selv opplevde som virksomme praksiser i sitt helningsarbeid i møte med psykisk helsetilbud.

Formål: Forståelsen av den terapeutiske relasjonen i det psykiske helsefeltet som virkemiddel for endring, må etter forskerens oppfatning i større grad synliggjøres, holdninger må endres og i større grad integreres i psykisk helsearbeid. Forskeren ønsker gjennom masteroppgaven å bidra til kunnskapsutvidelse på fagfeltet, med spesielt fokus på gode og virksomme praksiser i pasient- og behandlerrelasjonen, for denne pasientgruppen. Forskeren søker å belyse og å gyldiggjøre kjærlighetsbegrepet i den terapeutiske relasjonen for det «voksne», tilknytningsskadede barnet. Dette gjør forskeren gjennom å utforske opplevelse av kjærlighet og tilknytning for pasienten i behandlerrelasjonen, gjennom å belyse det empatiske og tilstedeværende relasjonelle her-og-nå øyeblikket samt tidsaspektet, som premiss for relasjonell reparasjon. Oppgaven diskuterer hvordan denne holdningsendringen kan implementeres i psykisk helsearbeid.

Metode: Forskeren benytter autoetnografisk metode og egne erfaringer som empiri.

Funn og konklusjon: Forskeren konkluderer med at *«det mellommenneskelige, kjærlige, empatiske og tilstedeværende NÅ- øyeblikket som en helende verdi»* må fremelskes i pasient- og behandlerrelasjoner. Forskerens oppsummerte ord på hva denne oppgaven løfter og peker på, er EMPATID.

Nøkkelord: Autoetnografi, empati, tilstedeværelse, kjærlighet, tilknytning, relasjons- og tilknytningstraumer, pasient- og behandlerrelasjon.

Engelsk sammendrag (abstract)

Background: The researcher will in this master's thesis, take a closer look at the patient group who has experienced relationship- and attachment trauma, and what makes a good healing process in their relationship with the therapist. The researcher uses his own professional experience in the field as well as his own experiences as a traumatized patient.

Aims: Through the master's thesis, the researcher wishes to contribute to the expansion of knowledge in the field, with a special focus on good and effective practices in the relationship between therapist and patients, for this patient group. The researcher seeks to illuminate and validate the concept of love in the therapeutic relationship for the "adult" attachment-damaged child. The researcher does this by exploring the experience of love and attachment for the attachment- and relationship-damaged patient in the therapist relationship, by illuminating the empathic and present relational "here and now", and the time aspect as a premise for relational repair. The thesis discusses how this change in attitude, can be implemented in the mental health field.

Method: The researcher uses autoethnographic method and the researchers own experiences as empirical data.

Finding and conclusion: The researcher concludes that "the interpersonal, loving, empathetic and present NOW moment as a healing value" of the utmost importance, and thereby be nurtured in the patient and therapist relationships. The researchers summarized words on what this thesis lifts and points to, is EMPATID (a Norwegian word invented by the researcher, which is a combination of the words empathy and time).

Key-words: Autoethnography, empathy, presence, love, attachment, relationship- and attachment trauma, patient and therapist relationship.

Forord

Først vil jeg rette en stor takk til mine nære og kjære. Jeg har en så god heilagjeng i dere - flokken min. Takk for hundepass, for middager og praktisk hjelp slik at jeg kunne fordype meg i arbeidet med oppgaven. Takk for trua deres. På meg, på budskapet, på hva jeg står for og for kjærlighet. Takk for alle runder vi har, med å finne ut av vårt oss, for nærhet og ærlighet i relasjonen og for betydningsfullhet og mening i livet mitt.

En spesiell takk til min gode venn Marianne for uvurderlig støtte, engasjement, refleksjoner og kloke, konkrete innspill – for vennskap over år og som både har forskeren, terapeuten, hjertevarmen – det empatiske og tilstedeværende – hos og med meg i dette arbeidet. Og for å ha lånt meg stemmen din, i dialogen med mor.

Livet, takker jeg min mor for. Hun fødte meg. Men LIVET – der jeg ble til - det takker jeg Trine for. Veiviser og guide til liv, i et ulendt og ugjestmildt terreng. Takk for de mange samtalene og refleksjonene vi har hatt. Jeg er ydmyk og takknemlig for at du med stor villighet, engasjement, nysgjerrighet og faglig kunnskap utgjør et stort og viktig bidrag, også i denne masteroppgaven. Du har vært «en god og trygg forelder», «mind to mind», «mentor», «læremester» og «veksthus». I møte med deg- ble jeg til.

Takk til veileder Ann-Mari Lofthus ved Høgskolen Innlandet og til medstudenter for støtte, gode refleksjoner og innspill.

Jeg har valgt å skrive denne oppgaven ved å inkludere erfaringer fra eget liv. Det gjør jeg med stolthet. Jeg er meg – med alt jeg er av negative og positive livserfaringer. Personlige og faglige. Det er integrert. Det er ærlig, åpent og transparent. Det er et verdivalg og var viktig for meg å gjøre. Men livet har vært mye. Det er stort å favne. Å skulle romme kompleksiteten innenfor rammene av en master, er ikke mulig. Betydningsfulle «utsnitt av livet» gir i denne oppgaven et bilde på kompleksiteten av å være traumeutsatt, og om reparasjon gjennom nye tilknytnings- og kjærlighetsopplevelser.

I valget av autoetnografi som metode er skriveprosessen av stor betydning. Historier kan fortelles igjen og igjen, på nye måter. Hvordan formidle fra livet i en akademisk ramme? Det ga meg tilgang til ny innsikt og kunnskap som autoetnograf. Historiene slik jeg forteller og formidler dem, er «relieff», for å fremheve og undersøke noe sterkt fra mitt livsløp. At de er valgt ut og sortert slik de er i oppgaven, har også vært en prosess. En pågående og

meningsdannende prosess. Gjennom mine livserfaringer, valgt ut og formet til historier, bearbeidet og drøftet i oppgaven, har også min fortelling om eget liv trådt fram på nye måter. Det er en prosess. Livet. En meningsgivende og meningsdannende prosess. Som vil fortsette.

Å vektlegge erfaringsbærerens stemme, er i seg selv en dreining av fokus i akademia og i behandling av psykiske helseutfordringer. Kanskje er det også et politisk ståsted. Kompetansen som erfaringsbæreren har, bør i større grad gis oppmerksomhet og fokus i forskning om hva som er virksomt.

Dette ønsker jeg å bidra til. Erfaringsbærerens stemme er den aller viktigste. Det subjektive ståstedet er et unikt sted for å få tak i mening. Både den mening som oppstår og framtrer i det subjektive, og i det vi kan få tak i av informasjon om kontekst, i lys av de subjektive fortellingene.

Jeg ønsker å skape refleksjon og engasjement. Jeg ønsker å få kontakt med deg som leser, gjennom et mellommenneskelig språk. Jeg ønsker å gi deg en personlig tilknytning til historiene jeg deler gjennom ord og toner. Du inviteres inn til åpen og ærlig refleksjon mellom min tidligere traumebehandler Trine og meg. Jeg ønsker du skal berøres og gripes - «kjenne det i magen» og bli «medutøver»,- der du undersøker eget liv ved å engasjere deg i historiene, i musikken og refleksjonene gjennom å være deltagende i hendelsene. Der du «lever litt med» i de opplevelsene og livshendelsene jeg beskriver og temaet jeg søker å belyse.

Furnes, 29. april 2021



1. Bakgrunn, mål og tema

1.1 Innledning

*“If you find the door, please don’t ask for more, though I let you come inside.
It’s here that I confess, and if you can stand the mess – then you can stay in my house”.*
(Christensen, 2021a)¹.

[Spill av «Secret Room» ved å følge lenken](#)

Gjennom videreutdanning i psykisk helsearbeid har jeg hatt spesiell interesse for pasientgruppen som har opplevd relasjons- og tilknytningstraumer. Jeg ønsker gjennom denne masteroppgaven å bidra til kunnskapsutvidelse på fagfeltet, med spesielt fokus på gode og virksomme praksiser i relasjonen mellom behandler og pasienter som har opplevet relasjons- og tilknytningstraumer.

I fordypningsoppgaven skrev jeg om relasjons- og tilknytningstraumer, og hva som er god behandling for denne pasientgruppen (Christensen, 2018). Jeg har jobbet med overgrepssatte, og underviser nå psykisk helsearbeidere som direkte eller indirekte jobber med mennesker der problematikken består av mangelfull tilknytning, psykisk/fysisk vold, seksuelle overgrep og relasjonsproblematikk.

Jeg har selv opplevd relasjons- og tilknytningstraumer, levd med konsekvenser og symptomer og har lang erfaring som pasient i behandling. Med utgangspunkt i egen historie ønsker jeg å undersøke, løfte fram og drøfte virksomme helende øyeblikk i behandling som har hatt avgjørende betydning i min tilfriskning.

¹ I denne masteroppgaven følger audiovisuell empiri. Sanger og narrativ utgjør 12 innlegg, presentert med lenker til en lukket nettside, kun tilgjengelig gjennom oppgaven. Således er det et premiss at leseren har tilgang til internett, for å få tilgang til empirien. Gjerne også hodetelefoner, for en nærmere opplevelse og gode lytteforhold. Gjennom autoetnografi som valgt metode, er dette en del av oppgaven og tilhørende oppgaven som helhet. Musikk og narrativ fremkommer som linker gjennom oppgaven. Disse åpner du ved å plassere pekeren over den blå lenken, og klikk på lenken med pekeren. Om du ønsker å lese oppgaven på papir, finner du alle innslag i oppgaven samlet i kronologisk rekkefølge, tilgjengelig her: <https://www.musikalskefortellinger.no/master.html>.

1.1.1 Narrativ.Tilknytningsskriket som aldri fikk svar av egen mor (auditivt)

[Spill av ved å følge lenken](#) (Christensen, 2021b).

Kan mine personlige og profesjonelle erfaringer bidra til økt kunnskap i psykisk helsearbeid generelt, og i forhold til denne pasientgruppen spesielt? Jeg tror det, og har derfor valgt autoetnografi som metode. Jeg bærer på viktig erfaring, og ønsker å ytre «mine stemmer» i et hele. Med å dele historier fra eget liv, søker jeg å engasjere leseren gjennom å ærlig og åpent dele førstehåndsupplevelser, gi leseren en opplevelse av å komme nærmere og gi rom for både følelses- og kunnskapsmessig refleksjon og ettertanke. Mine historier kan også ha relevans og betydning ut over å være individuelle fortellinger. De kan si noe om konteksten de opptrer i, og de kan ha i seg elementer som kan ha betydning for andre med liknende erfaringer. Jeg ønsker også at mine historier kan synliggjøre og tydeliggjøre elementer i et livs- og behandlingsforløp, fra skade til helning og ny relasjonell erfaring av kjærlighet og tilknytning, gjennom behandlers empati og tilstedeværelse.

For meg har det vært av avgjørende betydning å bli møtt av en traumebehandler, hvor jeg for første gang i livet erfarte kjærlighet og nærhet i behandlingsrelasjonen. Jeg erfarte kjærlig nærvær og ømhet, empati og tilstedeværelse, som ga meg en opplevelse av å være verdig å elske. Jeg vil hevde at denne erfaringen var helt essensiell for reparasjon og helning av mine dype tilknytningsskader. I oppgaven løfter jeg frem og drøfter en forståelse av kjærlighet som kan være nyttig og virksom i behandling av denne pasientgruppen. Hvordan kan vi snakke om kjærlighet i relasjon mellom behandler og pasient? Hvordan kan vi få øye på og tydeliggjøre virksomme praksiser i relasjonen i behandlingsrommet? Hvordan kan kjærlighet, tilstedeværelse og empati være med på å hele det skadede barnet i den voksne pasienten?

Du inviteres som leser inn til historier og fortellinger fra mitt liv. Du får møte min stemme i flere ulike lag gjennom oppgaven. Erfaringsbæreren er en viktig stemme. I lydspor får du utvalgte historier fra erfaringsbæreren, som traumeutsatt og som pasient. Du inviteres også inn i sangerens og dikterens univers. Å skrive og syng om egne erfaringer, har vært en viktig kanal for meg.

Kunnskap er alltid situert og kontekstuell. Kunnskap har alltid i seg lag av subjektivitet og fortolkning. Empirien i denne oppgaven omhandler i hovedsak mitt eget levde liv, og min egen forståelse og fortolkning av de delene av min historie jeg velger å dele og benytte i oppgaven.

Jeg skriver samtidig denne oppgaven innen et fagfelt hvor jeg har flersidig erfaring og kompetanse. Bidragsyttere til å utdype hva jeg prøver å belyse i oppgaven, er min mor og min tidligere traumebehandler. Deres stemmer er et bevisst valg, og er samtykket. Stemmen til mor for å utdype tilknytningsbristenes livslange skade, og stemmen til behandler for å gi innsikt og forståelse for reparasjon av tilknytningsskader, gjennom behandlerrelasjonen.

Forståelsen av den terapeutiske relasjonen i det psykiske helsefeltet som virkemiddel for endring, må etter min oppfatning i større grad synliggjøres, holdninger må endres, forsterkes og i større grad integreres i psykisk helsearbeid. Forskning viser til at utviklingstraumer og tilknytningsvansker som konsekvens av omsorgssvikt eller misbruk i barndom, må forstås og bli arbeidet med *i den terapeutiske relasjonen* (Pearlman og Courtois, 2005, s. 449).

Fra psykoterapeutisk forskning vet vi mye om betydningen av relasjonen mellom pasient og behandler som forutsetning for god behandling og godt resultat. I arbeid med tidlig traumatiserte mener Anstorp og Benum (2015, s. 53), at *tillit* og *samarbeid* er hovedingrediensene.

Jeg ønsker å bidra til endring av holdninger og tankesett i hvordan denne pasientgruppa blir møtt, sett, ivaretatt og behandlet. Min påstand er at det fortsatt, tross økt kompetanse om traumer, pågår en stor grad av feilbehandling, opprettholdelse av lidelse og endog mer skade. Dette opprører meg sterkt og motiverer også til oppgavens tema, form og tilblivelse. Min oppfatning er at psykisk helsefelt må våge mer i relasjonen til pasientene, og at kjærlighetsbegrepet i større grad må vektes i behandling, i skolering og i forskning i forhold til behandlerrelasjonens betydning.

Mine erfaringer har hatt innvirkning på min profesjon og til å utvikle et kritisk «blikk» på nåværende praksis. For meg er dette et personlig og viktig arbeide. Dag Nordanger (2018), har oppsummert litteratur og kliniske studier om sammenhengen mellom relasjonens betydning mellom pasient og behandler, for positivt utfall av behandlingen. Denne sammenhengen er utvetydig. Imidlertid gjør jeg ikke mange funn om hva dette konkret innebærer og handler om i selve relasjonen, hvordan det utspiller seg og kommer til uttrykk i praksis. Jeg finner lite litteratur som omhandler behandlernes erfaringer med egen relasjonell kompetanse i arbeid med pasienter med tilknytningsbrister, som for eksempel observasjon og refleksjon om hva som virker eller ikke, i møte med pasientene. Det finnes også lite litteratur om pasientenes erfaringer og preferanser i møte med behandlere.

Det å være redd for tilknytning og for tap av tilknytning, har jeg erfart som et uløselig traumeparadoks. Dette traumeparadokset får plass i denne oppgaven. Når den viktigste, primære omsorgspersonen har sviktet og trygg tilknytning aldri er erfart. Hvordan gjenkjenner man da trygg tilknytning? Hva skjer i menneskemøtene og i møte mellom pasient og behandler? Noen ganger er det noe som løsner, åpner seg og blir forståelig og helende. Kan dette helende være opplevelse av mening, betydningsfullhet, nærhet, kontakt, ømhet og kjærlighet? Er det kjærlighet som er selve medisinen?

Et annet paradoks jeg erfarer og adresserer i oppgaven er at kjærlighetsbegrepet blir benyttet og er gyldig i møte med barn som er tilknytnings- og relasjonsskadede, men ikke i møte med voksne med liknende utfordringer. I forhold til barn skal det knyttes og kjærlighet blir løftet eksplisitt, som en avgjørende komponent (Thorkildsen, 2018, s. 3). Hvorfor brukes ikke begrepet «kjærlighet» i behandling av voksne som har opplevet relasjonstraumer og tilknytningsbrist? Er det en redsel for å slippe kjærlighet inn i terapirelasjonen? Hva er det som gjør at kjærlighet ikke er like viktig i møte med det voksne tilknytningsskadede barnet?

Hvorfor snakker vi ikke om kjærlighet, emosjonell bånddannelse eller tilknytning i relasjonen med den det gjelder og som er rammet i kjærlighetsopplevelser? Er det berøringsangst ovenfor helt naturlige mellommenneskelige relasjonelle tilnærminger, utenfor behandlingsrommet? Er behandlerens forståelse av, evne og grad av empati og tilstedeværelse, essensen for å oppleve og erfare kjærlighet og tillit som pasient?

Jeg søker å belyse og gyldiggjøre kjærlighetsbegrepet i den terapeutiske relasjonen for det «voksne» tilknytningsskadede barnet. Dette gjør jeg gjennom å utforske opplevelse av *kjærlighet og tilknytning* for den tilknytnings- og relasjonsskadede pasienten i behandlerrelasjonen, gjennom å belyse det *empatiske og tilstedeværende relasjonelle her-og-nå- øyeblikket*, samt *tidsaspektet som premiss for relasjonell reparasjon*. Er dette virksomme faktorer for denne pasientgruppens muligheter for nye og gode kjærlighetsopplevelser og trygg tilknytningserfaring?

1.2 Premissoppbygging og avgrensing

Jeg presenterte et solid teoretisk materiale i min fordypningsoppgave i videreutdanningen i psykisk helse som forløperen til denne masteroppgaven. Disse to oppgavene er uløselig knyttet til hverandre. I fordypningsoppgaven oppsummerer jeg forskningen og kunnskap om traumer

generelt og om utviklings-, tilknytnings- og relasjonstraumer spesielt. Videre skrev jeg om relasjonens betydning i terapi, og om personlige kvaliteter og egenskaper ved behandleren. Jeg legger til grunn at leseren enten innehar denne kunnskapen, eller benytter fordypningsoppgaven som bakenforliggende teoriforståelse for masteroppgaven.

[Fordypningsoppgave. Følg lenken](#) (Christensen, 2018).

Jeg går ikke inn i andre deler av traumebehandling, men ser på relasjonens betydning i terapi med spesielt fokus på erfaring av kjærlighet gjennom tilstedeværelse, empati og tid. Hensiktsmessig traumebehandling består av flere elementer som er av betydning, men jeg avgrenser således mitt fokus for denne oppgaven.

1.3 Tidligere forskning, valg av litteratur og artikkelsøk

I de senere årene har utviklings- og traumepsykologien beveget seg fra å være adskilte, til å bli høyst integrerte disipliner. En årsak til dette er den voksende evidensen av de store konsekvensene traumer får, når det oppstår i nære relasjoner og i utviklingssensitive perioder av livet. Det andre er kunnskap fra nevrobiologisk forskning, som viser hvordan omsorgserfaringer påvirker hjernens evne til å håndtere trusler og stressbelastninger. Det er utvetydig at relasjonen er av størst betydning i arbeidet med psykisk uhelse, før metode. I det senere er betydningen av kjærlighetsopplevelse i pasient- og behandlerrelasjonen også gjenstand for undersøkelse (Nordanger og Braarud, 2014, s. 531, Nordanger, 2018).

Oppgaven er basert på relevant teori og sentrale begrep for denne oppgavens problemstilling. Her vil jeg vise til teori om autoetnografi og begrepene empati, tilstedeværelse og kjærlighet. Dette gjøres gjennom søk i relevant litteratur og empiri gjennomført av andre, og teorigrunnlaget hviler derfor på andres skrevne tekster. Ved siden av forskningsartikler har jeg valgt litteratur fra anerkjente forfattere innenfor de overnevnte temaer.

Artikkel- og litteratursøk er gjort i databasene ORIA, PsycNET, PsycInfo og Google Scholar med søkeordene «psychotherapists», «authenticity», «therapist/or psychotherapist/or psychologist attitudes/or therapist role», «psychotherapeutic outcomes», «therapist interpersonal skills», «relation/or emotion/or love», «attachment or trust/or confidence», «safety», «professional patient relation», «therapeutic alliance», «therapist characteristics», «therapeutic presence/emphaty», «neuroception» og «polyvagal theory», brukt enkeltvis eller i kombinasjoner. Disse har jeg funnet i MESH, samt mottatt veiledning av

universitetsbibliotekar ved HINN. Jeg har benyttet artikler jeg anser relevante, og funnet flest og best anvendbare artikler gjennom referanser i fagbøker og artikler, og hentet disse i fulltekst.

1.4 Begrepsavklaring

Hovedbegrepene i denne oppgaven er autoetnografi, empati, tilstedeværelse og kjærlighet. Disse blir redegjort for i oppgavens metode og teoridel.

1.4.1 Problemstilling

I lys av innledningen og presentasjon av tematikken, er oppgavens problemstilling følgende:

«Hvordan kan behandlerens empati og tilstedeværelse muliggjøre ny kjærlighetsopplevelse og trygg tilknytningserfaring hos den tilknytningsskadede pasienten i behandlerrelasjonen?».

1.4.2 Narrativ. Tønna (auditivt)

[Spill av ved å følge lenken](#) (Christensen, 2021c).

2. Metode

«Våg å være ærlig, våg å være fri. Våg å føle det du gjør, si det du vil si» (Christensen, 2021d).

[Spill av «Våg å være» ved å følge lenken](#)

2.1 Bakgrunn for valg av metode

Jeg er nå 53 år og var gjennom mange år diagnostisert og behandlet for angst, sterk depresjon, suicidalitet, avhengighetsproblematikk og kompleks Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Jeg har tilsammen tilbrakt 3 år på institusjon, og har i en årrekke vært på og av poliklinisk psykiatrisk behandling. Mine relasjons- og tilknytningstraumer handler om mangelfull tilknytning til foreldre i spedbarns- og tidlige barneår, og gjentatte voldelige og seksuelle overgrep fra jeg var 4 til jeg var 16 år.

De konsekvenser, utfordringer og belastninger disse erfaringene har påført meg, har blitt opprettholdt og voldt ytterligere skade gjennom ulike behandlinger jeg ble tilbudt fra psykiatrien. Før traumeerfaringene ble adressert som bakenforliggende årsak, ble jeg i en årrekke feilbehandlet. Da var *symptomer* (angst og sterk depresjon), *atferd* (avhengighet og tvangshandlinger) og *manglende relasjonelle ferdigheter* (unngåelse, tilbaketrekning) det primære fokus. Først da jeg ble tilbudt traumebehandling og tidlige traumer ble adressert, opplevde jeg å få riktig hjelp.

Autoetnografi representerer både andres og egen motstand mot ensretting av hvordan kunnskap kan erfares og uttrykkes, da randomiserte, kontrollerte studier fremstår som den metodiske ryggraden i et evidensbegrep innenfor hva helsefag representerer. Sælør et al. (2019, s. 105-106), løfter frem autoetnografiens plass i dagens forskningslandskap opp mot et dominerende kunnskapsregime i psykisk helsefelt, som en ensretting av hva som teller som gyldig kunnskap.

De hendelser eller situasjoner som studeres, blir et eksplisitt mål gjennom å identifisere og synliggjøre strukturer og væremåter i psykisk helsefelt som har positive eller negative effekter for den tilknytningsskadede pasienten og som lever innenfor de konsekvenser denne oppgaven omhandler. Det handler også om å utfordre ensretting av hva som forstås som kunnskap, å gi

plass til personlige historier som ofte ikke fremkommer i tradisjonelle forskningstilnærminger (Sælør et al., 2019, s. 108-109).

Metodevalget som presenteres er derfor også en protest mot det jeg opplever som bestående praksis. Oppgavens intensjon og valg av metode er motivert av at egen pasienterfaring kombinert med faglig kunnskap, kan bringe noe nytt og viktige perspektiver inn i hvordan utvikle behandlingsfeltet videre (Klevan et al., 2019, 1243-1244).

Temaer som empati, tilstedeværelse og autoetnografi som metode, er slik jeg forstår det, nært beslektet. Empati kan forstås som «å føle seg inn». Ved at behandleren går veien om egne følelser og tar disse i bruk, knytter de seg til egne erfaringer, assosiasjoner, fornemmelser og intuisjon, og benytter følelsene som veiledende i sin forståelse av og *inntoning* til pasienten (Kinge 2014, s. 47). Autoetnografi kan forstås som Denzin uttrykker det (1997, s. 228), at teksten utgjør det primære målet og at evokativ autoetnografi er; «*bringing the reader to feel the feelings of the other*». Dette forstår jeg inviterer til, og muliggjør tilstedeværende og empatisk deltagelse for leseren.

Jeg mener autoetnografi innehar en produktiv kraft som kan peke på å skape nye samværs-, samhandlings- og erfaringsmuligheter for utøvere i psykisk helsefelt. Autoetnografi representerer for meg mulighet til refleksjon over egne personlige og profesjonelle erfaringer, men også en overførbarhet og nytteverdi til psykisk helsefelt. De evokative og deskriptive mulighetene som ligger i metoden, kan bidra til å identifisere hva vi kan bevisstgjøre (Sælør et al., 2019, s. 119).

2.1.1 Stemmene, historiene og hvordan lese oppgaven

Jeg presenterer flere fortellerstemmer i oppgaven; erfaringsbæreren, pasientstemmen, sangstemmen, dialogpartneren, fagpersonen og masterstudenten. Og summen av stemmene presentert her, dette JEG'et. Der jeg refererer hendelser og erindring fra barne-, ungdoms- og voksenliv som tilknytnings- og traumeutsatt, er én stemme, *erfaringsbæreren*. Denne er «ikke-sensurert» og virkeliggjør for leseren det som er sant gjennom det subjektive; minnene, - den sanselige, emosjonelle og kroppslige erindringen. Erfaringsbærerens stemme presenteres i hovedsak gjennom lydopptak, men trer også frem i tekst.

Den neste stemmen er *pasientstemmen*, den som sitter med opplevelser og erfaringer med god, mindre god og svært uheldig pasienterfaring i møte med mange ulike behandlere.

Fagpersonen/masterstudenten er stemmen som formidler det faglige og den som presenterer og refererer til relevant teori og som drøfter. Denne stemmen søker å være saklig, nøktern og nøytral.

Videre er det **sangstemmen**, som formidler gjennom musikk og tekster. Sangstemmen og sangene formidles gjennom lydopptak. Sangstemmen uttrykker komponisten, dikteren og kunstneren i meg. Musikken har vært livsviktig for meg og kunsten har vært en stor del av mitt liv. Det har vært av helt spesiell betydning at det er stemmen som er «mitt instrument», min formidlingskanal. Stemmen er uløselig knyttet til kropp og til pust. Stemme og sang har vært en måte for meg å være her og nå. Det har vært en måte å være i kontakt, i bevegelse, i rytme. Sangen og musikken har vært måter å være i kropp, til å bli vugget, holdt, møtt gjennom musikk og kroppslig erfaring. Når det ikke har vært mulig for meg å erfare i møte med den andre, har det vært mulig å erfare i møte med meg selv. Sangen har vært en måte og konstruktivt selvregulere og en selvoppholdelsesværen. Forfatteren og komponisten har gitt uttrykk for livet slik det kjennes. Det autoetnografiske har vært med meg som et bærende væren gjennom livet. I tekstene mine. I sangene mine. Når de deles i oppgaven er det en viktig og kraftfull stemme der erfaringsstemmen og pasientstemmen uttrykker seg.

Den siste stemmen er **dialogstemmen**, den som er i dialog og reflekterer med traumebehandleren. Denne stemmen er sammensatt av stemmene representert over – og kommer sammen til et hele, også gjennom drøftingsdelen.

De ulike stemmene formidles både gjennom lydopptak og tekst. Historiene og musikken presenteres auditivt, der jeg med egen stemme formidler utvalgte narrativ. Dette er linker kun tilgjengelig for oppgavens leser. Dialogen med traumebehandler fremstilles i drøftingsdelen med innrykk.

Jeg er av den oppfatning at den muntlige, skriftlige eller musikalske utformingen av mine historier representerer min måte å formidle meg på, og jeg vektlegger ikke eventuelle retningslinjer her. Jeg er heller opptatt av hva jeg som menneske bringer med meg inn i, og gjennom oppgaven. Mine ulike stemmer fremkommer tydelig i teksten, gjennom stemmen i ord og toner - fra ulike rettoperspektiv og fra ulike tider i livet. Som utøvende artist og sanger har jeg gjennom musikken kunnet formidle og uttrykke egne historier og erfaringer av levd liv. Autoetnografisk metode forstår jeg også inviterer til kunstuttrykk; musikk, poesi, og andre uttrykksformer. For meg er det naturlig å inkludere kunstneriske uttrykk i dette arbeidet.

2.1.2 Å bringe sammen til et hele

Jeg har gjennom sykepleieryrket, videreutdanninger og i arbeidet med overgrepsutsatte på den ene siden og med ulike traumeerfaringer på den andre, nå søkt å finne en mulighet til å utforske min kunnskap ut ifra disse perspektivene. Hvordan bruke masteroppgaven til å utvide fordypningsoppgaven ved å inkludere egne erfaringer og undersøke på et dypere plan, nettopp relasjonen mellom min traumebehandler og meg som pasient?

Metoden fremmer, slik jeg forstår det, også den stemmen som ofte ikke høres i akademia. Erfaringsbæreren – den stemmeløse (Adams et al., 2015, s. 1). Autoetnografisk metode åpner for ønsket om å bringe mine deler; den personlige og den profesjonelle stemmen sammen til et hele (Klevan et al., 2019, s. 1243). Mine ulike stemmer bærer på erfaringer som venter på å fortelles og bringes til et hele, gjennom å formidle personlige opplevelser og ervervet fagkunnskap. Jeg opplever en stor verdi i det selvopplevde og ønsker gjennom valgt metode å kaste et eksplisitt lys på behandlerrelasjonens betydning gjennom bevisst refleksjon, og at jeg gjennom valgt metode også kan reflektere over egen praksis.

Jeg opplevde det nødvendig å forene personlige erfaringer og profesjonell kunnskap i denne masteroppgaven. Å formidle egen personlig og sårbare erfaring, er å vise ansikt til leserne i det strenge formatet akademisk skriving er. Historienes og musikkens intensjon er ment å tilføre en dypere betydning til oppgaven og til leseren. Oppgaven er ikke bare akademisk, men også personlig og kunstnerisk. Autoetnografi er således en personlig prosess. Dette fordi den personlige erfaringen fra forskeren selv er grunnlaget for metoden og det primære datagrunnlaget. Metoden avslører således forskeren/forfatterens personlige, profesjonelle, relasjonelle og sosiokulturelle identiteter, da forsker og forfatter i autoetnografi er den samme (Jones et al., 2013, s. 107-122).

Det autoetnografiske arbeidet har bidratt til refleksjon over hva hjelperens evne, ferdigheter og utøvelse av empati og tilstedeværelse i pasientmøtene i psykisk helse kan muliggjøre. Tilnærmingen har gitt meg en inngang til egne utfordrende erfaringer og personlige reaksjoner knyttet til det å måtte formidle unike opplevelser, fortellinger og erfaringer inn i en predefinert form, som ikke passet for meg. Den kunnskapen jeg besitter, kan ikke randomiserte og kontrollerte studier eller andre kvalitative metoder jeg har kjennskap til, gi tilgang til (Sælør et al., 2019, s. 120) .

2.2 Vitenskapsfilosofisk ståsted og teoretisk forankring

2.2.1 Ontologi og epistemologi

Bak valg av konkret forskningsmetode/design, ligger spørsmål av ontologisk og epistemologisk art. Det som styrer hvilket blikk vi har på problemstillinger og forskningsspørsmål, er bygget på våre tankemodeller og oppfatninger om fenomener og kunnskap i verden. Derav spørsmål av ontologisk og epistemologisk art. Dette former hva vi oppfatter som viktig og interessant, og hva vi etablerer som gyldig kunnskap. Metodevalg er hvordan vi går frem, for på systematisk vis å utvikle denne (Thornquist, 2003, s. 16).

Det skilles mellom ulike forskingsparadigmer og på ontologi og epistemologi i disse paradigmene. Ontologi undersøker hva som er virkelig (sant), mens epistemologien undersøker på hvilken måte vi kan undersøke det på. Spørsmålet er, hva er virkelighet og sant? Skillet mellom ontologiske og epistemologiske spørsmål kan i en forenklet fremstilling av begrepene og ved å knytte dem til forskning/vitenskapelig praksis si, at ontologien er representert gjennom våre allmenne forståelse om teorier, modeller og vitenskapelige begreper. Epistemologien kan forstås som de praksiser og rutiner vi benytter for framskaffelsen av slik kunnskap, som vitenskapelige forskningsmetoder (Madsbu, 2011, s. 14).

Ontologiske spørsmål omhandler *hva som finnes i verden* og med ontologi menes *læren om det værende* (av gr. «værende, vesen» og logos, «fornuft»). Den beskriver og forklarer hvordan virkeligheten er (hva som *er*), hva som er tingenes sanne natur og iboende egenskaper. Både kunnskap og vitenskap handler om *noe*, så ontologiske spørsmål vil således være en del av forskning og bli berørt i forskning (Thornquist 2003, s. 16-19).

Epistemologi er læren om hvordan vi får kunnskap om virkeligheten. Om hva kunnskap er og hvordan vi oppnår den – fra dens opprinnelse, omfang og gyldighet. Med epistemologi menes *erkjennelseslære* eller *erkjennelsesteori*. Epistemologiske spørsmål omhandler hva vi kan vite, hva vi kan erkjenne og om kunnskap. Hva er sannhet, gyldighet og objektivitet? Hva er egentlig vitenskapelig viten og hvordan oppnå og etablere slik kunnskap (Thornquist 2003, s. 16-19).

Jeg forstår det slik at når vi kombinerer ontologi og epistemologi, vil det gi en helhetlig forståelse av hvordan forstå kunnskap. Dette leder frem til hvilket forskningsparadigme som gjelder. Kombinasjoner av ulike ontologiske og epistemologiske retningene, danner igjen grunnlaget for forskningsparadigmene positivisme, konstruktivism og pragmatisme. Når forskningsparadigmet er bestemt, kan metodevalget som er best egnet for å undersøke det jeg ønsker mer kunnskap om, etableres.

Denne oppgaven lener seg til konstruktivismens ontologi og epistemologi. Gjennom metodevalget er det et fenomen som undersøkes, hvor tolkning av teori og empiri søker å besvare forskningsspørsmålet. Konstruktivismens ontologi fremmer at det er flere virkeligheter, og konstruktivismens epistemologiens holdning er at kunnskap må tolkes for å forstå den underliggende mening og budskap.

I sosialkonstruksjonismen er ikke *virkelighet* og *kunnskap* noe absolutt, da det konstrueres i en dialogisk og diskursiv kontekst, og må forstås i en slik sammenheng. Fakta og sannheter er fenomener som forstås ulikt. Sosialkonstruksjonismens mål er, slik jeg forstår det, å avdekke mening og kunnskap, ikke å avdekke fakta og sannheter, i den hensikt å gi økt forståelse (Madsbu, 2011, s. 20). Fenomener som *empati* og *tilstedeværelse* som faktorer for å oppleve kjærlighet, kan heller ikke forstås objektivt eller tydelig definert. Dette er fenomener som fra et sosialkonstruksjonistisk ståsted får mening og innhold i den enkeltes diskursive og dialogiske kontekst.

2.2.2 Fenomenologi og hermeneutikk

Jeg ønsker å beskrive opplevelser og *fenomener* der jeg som relasjons- og tilknytningsskadet pasient i møte med behandler opplever nye kjærlighets- og tilknytningserfaringer, og hvilke faktorer som ble betydningsfulle og virksomme for meg. Dette hører til under fenomenologien.

Fenomenologi illustrerer hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, mens hermeneutikken belyser fortolkning av mening. (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 33). Fenomenologi forstår jeg som studiet av fenomener og hvordan de fremtrer for oss fra et *førstepersonsperspektiv*. Finlay (2011, s. 13-19), beskriver at fenomenologi inviterer oss til å fokusere på, og dvele ved «fenomenet» – altså å undersøke *de spesifikke egenskapene* hos enkeltindividets *opplevelse* av for eksempel en hendelse, en følelse, en fornemmelse, en

berøring; altså hvordan det en opplever oppleves? For å forstå en person, spør en i fenomenologien hvordan personens verden blir erfart og opplevd.

I motsetning til andre forskningsmetoder, kategoriserer eller forklarer fenomenologi ikke atferd og genererer heller ikke teori. Den søker utelukkende å yte rettferdighet mot «opplevelsen», å beskrive hva det er å være menneske. Fenomenologi omhandler *å fange rikdommen og tvetydigheten* til den spesifikke opplevelsen. Prosessen omhandler å reflektere over strukturen i fenomenet, den sanselige opplevelsen av livet, slik det er «gitt» til «den som opplever det», i alle lag med dets implisitte betydninger (Finlay, 2011, s. 13-19, Kvale og Brinkmann, 2015, s. 46).

Fenomenologisk forskning på individuelle erfaringer gir innsikt i og forståelse av den menneskelige tilstanden, som igjen kan gi språk til ting vi allerede ubevisst kjenner, men ikke har artikulert bevisst eller dypt nok. Fenomenologisk forskning gir enkeltpersoner (meg) muligheten til å «bli vitne til min opplevelse», og lar meg «gi min stemme» til det jeg har erfart. Det åpner også for å gi mening til, og å sette opplevelsen i fokus (Finlay, 2011, s. 19-27). Nøkkelbegrep så vel som det filosofiske grunnlaget for fenomenologi er intuisjon, levd kropp og empati, som jeg fordyper i masterarbeidet.

Oppgaven vil også bestå av hermeneutiske elementer. Hermeneutikken er en tolkningsvitenskap som tar med i betraktningen personens (forfatterens) psykologi, livshendelser, samtid og sosiale forhold, og *forståelsen av teksten* blir således *gjenopplevelsen* av dette.

Uttrykket hermeneutikk betyr *å fortolke, oversette og uttrykke* (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 73). I hermeneutisk filosofi fremheves det at forståelse er et grunntrekk ved mennesket, og at vi er i verden som forstående og fortolkende vesen.

Hermeneutikken kan sammenfattes i følgende kjennetegn; fortolkning som en situasjonsaktivitet, forståelse fremfor forklaring, betydning av for-forståelse og fordommer og en sirkulær forståelse (Järvinen og Mik-Meyer, 2017, s. 156-157). Oppgaven omhandler refleksjoner om hvordan fortid preger nåtid, og om hvordan nåtid bidrar til å forstå fortid. En ny forståelse av fortid, gir igjen ny forståelse av nåtid og så videre.

Moderne filosofisk hermeneutikk omhandler at å ha *forståelse av noe*, ligger *forut* for metoder og at *forståelse* betraktes som en strukturell grunn, i den menneskelige *væren* (Dalland, 2007, s. 54-55).

2.3 Autoetnografi

Metode forstås i en bred betydning som «*en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. (...) Gjennom utvikling innenfor det postmoderne og poststrukturalistiske idélandskapet trer autoetnografi frem som et utvidet forskerbegrep*» (Sælør et al., 2019, s. 107).

Autoetnografi er en tilnærming til forskning og skriving, hvor formen søker å beskrive og analysere forskerens personlige (subjektive) opplevelser/erfaring, og hvordan disse gjenspeiler kulturelle, sosiale og historiske fenomen for bedre å forstå disse (Short et al., 2013, s. 2). Autoetnografi er en kvalitativ metode, men tilnærmingen utfordrer konvensjonell kvalitativ forskningsmetode, nettopp fordi forskeren bruker selvbiografi og etnografi som grunnlag for datamaterialet. Som metode er således autoetnografi både en prosess og et produkt (Adams et al., 2015, s. 18-19).

Autoetnografi som en undersøkelsesmetode har økt kraftig i en rekke akademiske disipliner. Med denne voksende populariteten til metoden, har autoetnografi bredt seg i forskjellige retninger (antropologi, humaniora, sykepleie, sosialt arbeid, sosiologi, utøvende kunst og andre disipliner). Følgende egenskaper ved autoetnografi er ifølge Chang (Jones et al., 2013, s. 106-107);

1. Autoetnografi bruker forskerens personlige erfaringer som primærdata
2. Autoetnografi har til hensikt å utvide forståelsen av sosiale fenomener
3. Autoetnografiske prosesser kan variere og resultere i forskjellige skriveprodukter

I følge Sælør et al. (2019, s. 107), er det i autoetnografi forskeren og forskerens egne erfaringer som er i fokus. Erfaringene relateres til sosiale, politiske og kulturelle mønstre, og som uttrykk for hva vedkommende har erfart og opplevd. Subjektive erfaringer anerkjennes som betydningsfulle. Altså en dobbeltrolle som både informant og forsker. Tradisjonelt er forsker og informant to forskjellige personer, der forskeren «*stiller seg utenfor*» det som skal undersøkes. Innenfor autoetnografi er fokuset på forskerens emosjonelle opplevelser og

erfaringer, og metoden fremmer en sterk vektlegging av bruk av evokative elementer i forskningsprosessen og dens fremstilling. Forskningsfokus er på situasjonen, hendelsen og erfaringen forskeren har, der egne tanker, følelser, erfaringer og reaksjoner anvendes til å forstå et spesifikt fenomen, en kontekst eller aspekt av eget liv og egen erfaringsverden. Målet for autoetnografi er å utløse egne gjenerindrede erfaringer gjennom leserens møte med forskerens erfaringer, der fortellingene som produseres har kraft til å vekke følelser og tanker, både hos forskeren og leseren.

I autoetnografi er fusjonen mellom forskeren og forskningsobjektet et «avvik» fra det klassiske skille innenfor det paradigmatisk: mellom meg/forskeren og deg/forskningsobjektet. Autoetnografiens intensjon er å løfte frem mening og sammenhenger fra det levde kontekstuelle livet, ikke å generalisere – men la mangfoldet knyttet til hver av oss, som unike og forskjellige mennesker, tre frem. Det fylles med mening til den enkelte forfatter og leser (Sælør et al., 2019, s. 117). Tilgang til og bruk av personlige data gjør at autoetnografi kan gi helt særegne bidrag til forståelsen av menneskelige opplevelser (Jones et al., 2013, s. 106-107).

Autoetnografi har en tradisjon for å være evokativ. Slik jeg forstår det, omhandler dette å tenke på og uttrykke det som vekker erindring, en stemning eller bilde, noe påminnende - som vekker minner eller minner om. Det evokative er uttrykksfullt. Denne tradisjonen er dominerende i autoetnografi, og favoriserer emosjonell selvrefleksivitet som en rik datakilde (Winkler 2017, s. 239). Denzin (1997, s. 228), uttrykker at teksten utgjør det primære målet og at evokativ autoetnografi er; «*bringing the reader to feel the feelings of the other*».

Metoden gir også en unik og kvalifisert tilgang til data utover hva en annen kvalitativ forskningsmetode muliggjør. Igjennom autoetnografisk metode kan forskeren gå gjennom og revurder dataene på nytt og på nytt. Å skrive autoetnografisk, er slik jeg forstår det, en helhetlig måte å tenke, bearbeide og produsere materiale på, uten å avgrense datasamling, analyse og tolkning som særegne stadier av forskningsprosessen (Jones et al., 2013, s. 107-122).

Autoetnografi inviterer til en dypere refleksivitet for å utforske og undersøke sammenhenger mellom en selv og et større hele, mellom det spesielle og det generelle, den personlige erfaring kontra gjeldende praksis. En metode som søker balanse mellom intellektuelle og metodiske rammer, med emosjoner og kreativitet. Metoden gir en mulighet for spesifikk kunnskap om et spesifikt tema i et spesifikt liv. Om spesifikke erfaringer i en spesifikk relasjon gjennom

«innside»-kunnskap om fenomenet. Metoden muliggjør å koble det personlige til det kulturelle (rådende erfart praksis), til det spesifikke som kan oppleves som virksomt og endringsfremmende (Jones et al., 2013, s. 107-122).

Dine og mine livserfaringer er alltid en del av vårt møte. Slik sett forstår vi hverandre som de vi to er, og kunnskap blir til gjennom vår prosess. Gjennom å forstå hverandres subjektive erfaringer, kan de danne grunnlaget for både å utvikle og utfordre kunnskapsforståelser som kulturelle uttrykk. Fokuset på informantens/forskerens emosjonelle reaksjoner og erfaringer, mener Sælør et al. (2019, s. 109), at autoetnografien er med på å sensitivisere oss på hva kontekst betyr – opplevelsesmessig både for oss selv og andre, men også i sammenheng med kunnskapsutvikling. Autoetnografi gir meg således mulighet til å utforske hvordan jeg ble berørt i møtet med en annen. Det avgjørende for meg er å bevare opplevelsen som noe som i seg selv kan utforskes, uten å bli gjort til tellbare og generaliserbare data. Autoetnografi utfordrer, slik jeg forstår det, en dominerende kunnskapsdiskurs som i hovedsak vektlegger den kvantitative, statistisk begrunnede og generaliserte kunnskapen.

I formidling av hvordan det har opplevdes, hvordan det har kjentes, hva det gjør med en – så er smerten, følelsene og konsekvensene av hendelser, faktorer som motiverer historiene. Som ifølge Cheng i autoetnografien «driver» fortellingene frem, og gjør det mulig for andre å finne sine egne historier. Dette gjennom å bli berørt, gjenkjenne, tolke, forstå og reflektere over temaene som vil bli løftet frem (Jones et al., 2013, s. 107-123). Sælør et al. (2019, s. 109), hevder at «*de subjektive erfaringene avspeiler den konteksten og kulturen som de erfares innenfor*». Det forstår jeg som at subjektive erfaringer er verdifulle refleksjoner og bidrag, som kan avspeile en større kontekst, kunnskap og kulturell forståelse.

I følge Sælør et al. (2019, s. 109), skiller det mellom analytisk og evokativ autoetnografi. Den analytiske orienteringen viser forbindelser mellom forskerens levde kontekst og selve erfaringen, mens den evokative flytter fokus over på leseren og de følelser som vekkes til live i denne. I sin «reneste» form omhandler den analytiske formen å dokumentere, med fokus på å skape teori og analysere funn, ut fra teori. Denne analytiske metoden er en måte å etablere forbindelse mellom levd erfaring og bredere sosiale og kulturelle prosesser. I evokativ autoetnografi bringes informant/forsker og leser inn i informantens/forskerens erfaring, gjennom sine egne følelsesmessige reaksjoner som leser.

I autoetnografien søker man gjennom forskerens nærvær i fortellingene, å gi leseren mulighet for både nærhet til egne følelser, reaksjoner og refleksjoner, som igjen kan muliggjøre for handlinger og effekter i leserens verden. Leserene inviteres til å utforske de reaksjoner som teksten utløser hos dem. I oppgaven anvender jeg fortrinnsvis en evokativ form for autoetnografi (Sælør et al., 2019, s. 107-108). Det evokative supplementet i denne oppgaven er historier og tekster formidlet gjennom ord og toner.

2.4 Kritikk mot autoetnografisk metode

Winkler (2018, s. 236), tar for seg ulike kritikere mot metoden og utfordringer i forhold til autoetnografi og hva forskeren kan møte på, i metodevalget. Han spørsmålsstiller og nevner ulike områder som er gjenstand for refleksjon og kritikk i academia. Spørsmål som hvordan autoetnografer forstår hvordan kultur avspeiles gjennom selvet, og hvordan selvet avspeiler kultur. Om hvordan «zooome inn» på eget liv, og samtidig holde fast ved studiet av kulturer, om foretrukket harde data, fremfor myke, i hvilken grad autoetnografi kan gjøres i samarbeid med andre og om evokativ autoetnografi er bedre enn den analytiske. Han reiser spørsmål om vi eier historiene vi forteller om i tekstene våre, om hukommelse som utgjør "dataene" i autoetnografi og dens validitet som empiri i forskning. Er autoetnografer selvgode narsissister eller selvrefleksive og sårbare forskere? Winkler refererer til den eksisterende litteraturen for å belyse valgene og dilemmaene autoetnografer har for å utdype ansvaret de har for andre og seg selv. I løpet av en autoetnografisk studie møter man kontinuerlig kravet om å ta kritiske valg, med hensyn til både å gjennomføre forskningen og den etnografiske beretningen, og man må ta konsekvensene som følger av disse beslutningene. Winkler sier likevel at autoetnografi utgjør en fantastisk sjanse for å gjennomføre rike, innsiktsfulle og dype kulturstudier.

Det rettes kritikk mot hukommelse som kilde og som en akseptert, anerkjennende eller et verdsatt grunnlag for data innen autoetnografi, da hukommelsen og «dens forvrengninger» kan utgjøre et problematisk og kritisk aspekt. Minner kan oppfattes som «upålitelige», noe som får noen forskere til å se dette utfordrende med hensyn til å bruke «hukommelseslagret» informasjon, som data (Winkler 2017, s. 238).

Winkler (2017, s. 240) løfter frem at en del av kritikken mot autoetnografi er at våre historier ikke bare er våre egne. Å skrive om ens erfaringer innebærer uunngåelig å skrive om andre og hvordan sosial interaksjon utgjør en «deg og meg» -relasjon, at autoetnografer ikke eier

sine fortellinger, da historien inkluderer informasjon om andre, gjennom tilknytning til forskeren. Kritikere problematiserer da at autobiografi og memoarer like mye handler om andre, som forfatterens selv (f.eks. venner, kolleger, familiemedlemmer). Derfor må forholdet mellom forfatteren og disse andre, tas opp fra etisk synspunkt.

Kritikere uttrykker bekymring for etikken i å representere andre, som i denne formen ikke er i posisjon til å representere seg selv. Å reflektere over relasjonsetikken blir viktig. Relasjonsetikk er relatert til både omsorgsetikk og ansvarsetikk, og understreker gjensidig respekt, verdighet, tilknytning og forhandlet samtykke (Winkler, 2017, s. 241).

Mange kritikere forstår autoetnografi som selvopptatthet, navlebeskuende og en handling av selvgodhet (Winkler, 2017, s. 243). Winkler formidler videre at det tilsynelatende, innenfor akademia, er «vanskelig» når forskere bestemmer seg for å vende forskingsblikket mot seg selv. Er autoetnografi noe annet eller mer enn dette? Motargumenter er derimot at denne holdningen representerer en mistillit til selvets verdi. Spesielt innen etnografi blir forskeren nettopp sett på som en ressurs for å forstå den kulturelle verden, men likevel ikke som kilden for å levere data om denne.

Som andre forskningsmetoder gir også denne metoden forskeren utfordringer. Det kreves at det tas beslutninger under forskningen og at autoetnografer tar ansvar for det de gjør. Autoetnografi har utviklet seg til å bli et mangfoldig felt, og både nykommere og erfarne forskere kan ha vanskeligheter med å forstå hva autoetnografi kan eller bør være. Noen ser denne «mangfoldigheten» som et problem som må løses (Winkler, 2017, s. 244).

2.5 Autoetnografisk analyse

Å skrive autoetnografisk, er slik jeg forstår det, en helhetlig måte å tenke, bearbeide og produsere materiale på, uten å avgrense datasamling, analyse og refleksivitet som særegne stadier av den autoetnografiske prosessen (Jones et al., 2013, s. 109). Jeg forstår det da slik at historiene og refleksjonen er analysen. Det står for seg selv, i kraft av seg selv og gir leseren mulighet til å tillegge mening og innhold, ut i fra seg selv. Tradisjonell tekstanalyse og tekstkondensering blir i denne metoden ikke fulgt. Jeg forstår metoden slik at man kan betrakte analyse, refleksjon og dialog/drøfting som likestilt, både som metode og resultat. Gjennom en slik form for analyse, kan drøftingen vise hvordan vi kommer fram til og fortolker personlig

og kulturelle erfaringer (Adams et al., 2015, s. 66-67). Konteksten problemstillingen belyser, sammen med egne narrativ, tekster og dialogutsnitt, er slik jeg velger å forstå veien til både datainnsamlingen, analyse og drøfting. Jeg forstår metoden som en og samme løpende prosess gjennom oppgaven. Hvordan drøftingen er løst, redegjør jeg for i drøftingsdelens innledning.

2.6 Pålitelighet, bekreftbarhet og validitet

I forskning er vurdering av pålitelighet, bekreftbarhet og gyldighet (reliabilitet, generaliserbarhet og validitet) parameter for studiens kvalitet og om dette er oppfylt. Metoden skal derigjennom gi troverdig kunnskap. Validitet står for relevans og gyldighet – at det som undersøkes har relevans og er gyldig for fenomenet som undersøkes. Gyldighet (validitet) viser til at det jeg har sagt jeg skal undersøke, undersøkes (Dalland, 2007, s. 48). Dette mener jeg er etterkommet.

Oppgavens reliabilitet (pålitelighet) viser at det tydelig fremkommer hvem forskeren er, hvilke informanter som inngår, hvilken kontekst som belyses, metode for innsamling av data og valg av benyttet metode. Dette mener jeg er etterkommet, men metodevalget utfordrer også dette. Oppgaven er bygget på empiri fra egne erfaringer. Slik sett vil en annen forsker ikke kunne benytte samme empiri og komme til samme funn. I hvilken grad andre forskere vil oppdage samme fenomen og mine funn kan generaliseres, vil kun videre undersøkelse og forskning vise (Dalland, 2007, s. 124).

Autoetnografi som metode verdsetter forskerens historier gjennom sine erfaringer, formidlet i ulike former. Den skiller seg således ut fra tradisjonell innhenting av empiri. Autoetnografi utfordrer og endrer tradisjonell forskningsforståelse av disse begrepene, gjennom at autoetnografi anerkjenner forskerens hukommelse og erindring som valid empiri, at erindring er feilbarlig, at gjenfortelling og fremstilling av hendelser blir en «ny versjon» av hendelsen. Dens nøyaktighet og detaljrikdom er vanskelig å gjengi og virkeligheter av felles opplevelser, kan oppleves og forstås ulikt (Ellis et al., 2011).

Jeg vil tro at om det forskes videre på kjærlighetsbegrepet i konteksten oppgaven løfter, vil lignende fenomen oppdages og generere sammenlignbare begreper, forståelse og funn. Oppgaven lener seg på empiri fra informanter, og transkriberte dialoger fremstilles her i omskrevet og i tolket form. Dette er også et reliabilitetsparameter. Jeg anser denne likevel som

troverdig, da informantene innestår for oppgavens fulle innhold og er samtykket (Kvåle & Brinkmann, 2015, s. 127). Se vedlegg 1, NSD, 2021, ref.nr: 985225.

Oppgavens pålitelighet vurderes gjennom at leseropplevelsen oppleves troverdig, og at historiene som fortelles oppleves som sannferdige og sammenhengende (Ellis et al., 2011). Oppgavens troverdighet kan lenes til at empirien benyttet, er transparent og gjenfortelles på bakgrunn av lydopptak og samtykke.

I autoetnografisk metode får generaliserbarhet (bekreftbarhet) også en utradisjonell betydning. Fokuset ligger hos leseren selv, ikke i forskningsresultatet. Om historiene treffer, hvordan de er formidlet og hva leseren opplever resonnerende eller ikke. Om det beveger, om det oppnås nye innsikter og kan oversettes og angå leserens eget liv og livsarenaer. Denne overførbarheten fordrer således at forskeren evner å formidle historiene på en slik måte. Om jeg lykkes med det, er opp til de tilbakemeldinger jeg vil få fra leseren. Jeg opplever at forskningsspørsmålet har overførbarhet og gyldighet utover konteksten som fremstilles, har relevans og anvendbarhet i lignende kontekster, og at det gir innsikt av betydning (Ellis et al., 2011).

I oppgavens evokative tilnærming, inviterer jeg leseren inn til mine erfaringer og tilstreber på ærlig, åpent, sannferdig og troverdig vis å berøre deg som leser. Intensjonen med valg av metode og historiene gjennom musikk og tale, er gjort for å skape og gi dybde til forskningsspørsmålet, gjennom at de når leseren utover teoretiske rammer. Jeg overlater til deg som leser å tolke og forstå, ut ifra eget liv, erfaring og faglig ståsted.

2.7 Datainnsamling, datamateriale og informanter.

Innledningsvis skriver jeg at denne masteroppgaven er tenkt å være et dypdykk i pasient- og behandlerrelasjonen og utforske denne. Et slikt dypdykk fordrer at relasjonen selv, og partene i den, utforsker dette sammen. Min tidligere traumebehandler, psykologspesialist Trine Kjellmo, deltar som dialogpartner. Dialogutsnittene presentert i drøftingen er med utgangspunkt i forskningsspørsmålet, gjennom samtaler vi har hatt i forbindelse med masteroppgaven. Samtalene er foretatt etter at pasient og behandlerforholdet var avsluttet. Utvalget er gjort fra et empirisk tilfang tilsvarende 60.000 transkriberte ord, ut i fra lydopptak av samtalene. Trine Kjellmo har godkjent sitt bidrag og er samtykket (vedlegg 1, NSD).

Oppgaven omhandler også relasjonen til min mor. Historiene som omhandler denne relasjonen velger jeg å vekte for å kunne gi leseren en dypere forståelse av hva manglende tilknytning avstedkommer som store hinder i møte med «den relasjonelle verden», også i møte med behandlere i psykisk helsefelt. Fremstillingen er en gjengitt dialog mellom oss, presentert i et auditivt narrativ. Datamateriale her er hentet fra lydopptak av samtaler vi hadde i perioden før hun døde. Relasjonen er også omtalt andre steder i oppgaven. Dette er samtykket fra pårørende (vedlegg 1, NSD). Således er traumebehandler og mor bidragsytere til oppgavens empiri.

Dialogene i oppgaven, enten i auditivt narrativ eller i tekstform, presenteres ikke i transkribert form, men som et bearbeidet materiale av det empiriske utvalget. Dette er et resultat av min subjektive fortolkning, og dialogen mister også på denne måten nyanser, som pauser, bekræftelser, undring, temperatur, engasjement og lignende. Jeg har måttet gjøre noen valg, og opplever utvalget og fremstillingen relevant for oppgaven.

Proessen som omhandler utvalg av narrativ har vært lang, da empirien her er fra et 53-årig liv. Et stort antall har under oppgavens tilblivelse, blitt kortet ned til utvalget presentert. Intensjonen er å formidle en bakenforliggende forståelse og dybde til forskningsspørsmålet. Når utvalget var gjort, skrev jeg tekstene, bearbeidet disse, for så å lese de inn.

Med utgangspunkt i metodevalget, reflekterer empirien egne erfaringsstemmer, representert gjennom narrativ i ord og toner, i dialog med mor og med tidligere traumebehandler. Empirien presentert gjennom narrativ og musikk, er hentet fra privat materiale og offentlig musikalsk karriere. Empiri tilhørende erfaringsbæreren og pasienten, baserer seg på gamle dagbøker, skrevne daglige refleksjoner i behandling, epikriser og journalnotat. Dette anses som gyldig empiri i henhold til metoden (Jones et al., 2013, s. 106-107).

2.8 Forskningsetiske overveielser

Det er tre hensyn å ta i denne sammenhengen, slik jeg oppfatter retningslinjer fra Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap.

- informantens rett til selvbestemmelse og autonomi
- forskerens plikt til å respektere informantens privatliv
- forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2016, s. 85-86).

Selv om jeg er «min egen informant», berøres jeg både som informant og forsker av punktene 1 og 3 ovenfor, utover ivaretagelse av selvrespekten. Alle tre hensyn må tas i forhold til psykologspesialist Trine Kjellmo. Oppgaven omhandler min mor, som kan forstås som en nær relasjon. Hun er nå død, og har således ikke mulighet til å gi sin versjon av historien. Byr dette på etiske utfordringer? Før min mor døde ga hun meg «carte blanche» til å benytte all vår relasjonelle historie i mitt videre virke innenfor studier, undervisning og foredrag. Det jeg deler vil for noen fremstå usminket og røft om vår relasjon, men dette var det åpenhet om, mellom min mor og meg, samt min nærmeste familie. Hun har stått opp for disse temaene i eget liv, og fremmet sterkt åpenhet og ærlighet som en del av å heles. Min nærmeste familie tydeliggjør gjennom informert samtykke sin tilslutning til at dette var vår mors holdning og ønske (vedlegg 1, NSD).

Hvordan respektere mitt relasjonelle ansvar, samtidig som jeg presenterer kompleksiteten i relasjonen vår på en sannferdig måte? Når vi forteller om oss selv, forteller vi også om andre Ellis (2007, s. 14-17). Vår relasjon var ikke bygget på tillit mens hun levde, men som ved slutten på mors liv gjenspeilet gjensidig respekt og anerkjennelse av hverandres sannheter og relasjonelle historie. Jeg har måtte gå mange runder i å vurdere «fallgruvene» i å fortelle og muligheten for å presentere et «hele», mellom lojalitet til mors ettermæle og egen følelsesverden.

Det er likevel min rett å fortelle. Om mine sannheter - mine historier. Min mor har selvfølgelig sin historie som forklarer årsak og sammenhenger, men det er ikke det samme som at hun ikke anerkjente min som sann.

Skildringer som beskrives i denne oppgaven vil antakelig vekke følelser hos leseren. Jeg har gjort meg noen etiske refleksjoner omkring leseren i møte med narrative mine. Det er sterke historier som løftes fram. Det er personlige historier som presenteres på en måte som kan sette ting i berøring hos leseren, hos lytteren. Slik jeg redegjør for i presentasjon av autoetnografisk metode, er noe av intensjonen at de personlige historiene skal berøre emosjonelt. Det er flere lag i muligheter for å bli emosjonelt berørt av historiene. Selve historiene, og måten jeg formidler de på gjennom min stemme. Det samme gjelder for sangene mine. Jeg opplever det ikke som et etisk dilemma å gjøre dette, men jeg har måttet tenke gjennom at det kan berøre sterke følelser hos leseren og lytteren, og hatt det med meg i utvalget av hvilke narrative som

skulle med. Dette fordi denne oppgaven går ut over hva en leser kan forvente i møte med en masteroppgave. Både som sensor, som fagperson og som «vanlig leser». Kan dette påføre skade? Min mening er at verdien av sanne historier, formidlet av den som eier den, oppveier eventuelle ulemper. Jeg nevner ikke steds- og personnavn utover Trine Kjellmo og jeg beskriver ikke konkrete volds- eller overgrepshendelser.

Ellis (2007, s. 3-26) sier at autoetnografi som sjanger for skriving og forskning, bygger på personlige erfaringer og undersøker «oss» i relasjoner og situasjoner. At autoetnografi innebærer en bevegelse mellom opplevelsen, undersøke «et sårbart selv», og å observere og avsløre en bredere kontekst av opplevelsen. Videre sier hun at relasjonell etikk krever at forskeren har med seg med hjerte og sinn, anerkjenner de mellommenneskelige båndene til andre og tar ansvar for handlinger og konsekvenser av dem i forskningen.

3. Teori

«Jeg vil gråte ut min smerte, jeg vil skrike ut mitt savn. Jeg vil nynne såre toner, jeg vil trøstes i din favn. Jeg vil kjenne at du tåler, jeg vil at du skal romme meg. For når du tørker mine tårer, kan du lege sår i meg» (Christensen, 2021e).

[Spill av «Jeg har en lengsel» ved å følge lenken.](#)

Jeg ønsker å belyse hvordan opplevelse av kjærlighet gjennom behandlers empati og tilstedeværelse, kan være virksom i behandling av pasienter med tilknytnings- og relasjonsskader. Hvordan kan vi finne en forståelse av kjærlighetsbegrepet som kan brukes og gi mening i behandlerrelasjonen? Jeg presenterer i det følgende teori om empati, tilstedeværelse og en begrepsforståelse av kjærlighet som jeg finner relevant og gyldig.

3.1 Relasjonens betydning i behandling

I denne delen av teoripresentasjonen redegjør jeg kort om relasjonens betydning i psykoterapi. I fagfeltet så snakker vi om utviklings-, tilknytnings- og relasjonstraumer og konsekvensene av disse. Forskning og evidens er tydelig på at relasjonen mellom behandler og pasient utgjør et stort bidrag til positivt utfall av behandlingen, uavhengig av behandlingsmetode. Behandlerens væremåte og bruk av kunnskap er viktigere enn metode, for effekten av psykoterapien. Det er således ikke likegyldig hvem behandleren er (Norcross og Wampol, 2011, s. 98-102, von der Lippe et al., 2014, s. 7, Nordanger, 2018).

Ifølge Benum et al. (2013, s. 29, s. 123-125), skjer terapeutisk endring bare hvis pasienten opplever behandleren og terapirummet som trygg base, og peker på at nye relasjonelle og emosjonelle erfaringer gir endring og at disse endringene kan skje i terapirelasjonen.

3.1.1 Den terapeutiske relasjonen og relasjonens kraft

Anstorp og Benum (2015, s. 76), vektet behandlerens relasjonskompetanse som en forutsetning for god traumebehandling, der behandlerens egen tilknytningsstil er direkte forbundet med en mer positiv terapeutisk allianse, og at en beholders dyktighet dypest sett avspeiler ferdigheter i det å være menneskelig. Møte mellom pasient og behandler kan forstås

som to tilknytningshistorier. Skadet relasjon kan ifølge Perlman og Courtois (2005, s. 449-459), best repareres i en terapeutiske relasjon og at relasjonen ifølge Anstorp og Benum er selve terapien (2015, s. 53). Metoder er ikke virksomme, uten behandlerens personlige og mellommenneskelige egenskaper. Enhver behandler bærer med seg teoretisk bakgrunn, kliniske erfaringer fra pasientmøter, intuisjon og personlige egenskaper og forutsetninger (Nordanger, 2018). Hva virker egentlig? Hva kjennetegner og hva motiverer den prosessen som kan kalles helning og som relasjonen er en del av? Dag Nordanger uttaler:

«Den beste forskningen bidrar til å kvalitetssikre psykologiske behandlingsmetoder, men gir ikke svar på hva som er riktig behandling for hver enkelt pasient» (...). «Når vi engasjerer oss i den enkelte, endrer vi også oss selv. Vi påvirker hverandre gjensidig, og det oppstår en relasjon som er unik mellom oss» (Nordanger 2018).

Når det gjelder behandling er det vanskelig å definere hva metoden faktisk er. Vi må se på ulike aspekter ved nettopp denne relasjonen og hvordan de gir seg utslag. Ifølge Nordanger (2018)², viser oppsummert forskning at det først og fremst er styrken i alliansen mellom behandler og pasient som avgjør effekten av behandlingen. Handler det da om kjennetegn ved den enkelte behandler?

Generelt har det tre ganger så stor betydning for utfallet hvem som sitter i behandlerstolen, enn hvilken metode vedkommende benytter. Metodekompetanse er ikke med dette overflødig. En behandler må også kunne beherske terapeutiske metoder for å bygge tillit og etablere allianse med pasienten, og kan derfor ikke ses adskilt. Det er få holdepunkt i forskningen som tilsier at det må være en bestemt metode, da det har vist seg vanskelig å identifisere spesifikke metodiske grep eller teknikker som i seg selv er avgjørende for bedring av en gitt lidelse. En nærliggende forståelse er at de metodiske verktøyene behandlere bruker, virker gjennom relasjonen som skapes. Nordanger mener at behandlere ikke må bli så opptatt av det metodiske, men ha mer fokus på å utvikle behandleres mellommenneskelig kompetanse, slik evidensen hevder. Han fremhever at det er mange forskningsområder innenfor psykologien som viser hvilken terapeutisk kraft relasjonelle erfaringer har (Nordanger, 2018).

Hva ifølge Nordanger (2018) kjennetegner de beste behandlerne? De er *empatiske* og svært orientert mot et samarbeid med pasienten. Videre er behandleren *fleksibel* og evner å tilpasse

² Dag Øystein Nordanger, er psykologspesialist ved Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – RVTS Vest og professor II ved Høgskolen på Vestlandet, er en fremstående ressurs i norsk traumefelt.

seg pasienters egen tankegang og kulturelt baserte ideer. I arbeid med tidlig traumatiserte mener Anstorp og Benum (2015, s. 53) at *tillit* og *samarbeid* er hovedingrediensene.

3.2 Empati

Wormes (2013, s. 19), beskriver at forskning viser et biologisk fundament for hvilke nevrologiske og fysiologiske mekanismer som bør være grunnlaget for god behandling. Relasjonen mellom pasient og behandler utløser disse mekanismene og frembringer bedring. Det bør derfor settes inn i en større kontekst i behandlingen av pasientgruppen denne oppgaven belyser. Tillit, empati og håp vektes som viktige faktorer i behandlingsrelasjonen. Han viser til at flere studier fremhever pasientenes vurdering (og ikke behandlerens), av hvor god den terapeutiske relasjonen og behandlerens evne til empati er, for godt behandlingsutfall. Det fremkommer at pasienter velger behandler ut ifra personlige karakteristika som varme, empati, aksept, likeverdighet, pålitelighet, aktiv evne til å lytte og til relasjonell dyktighet, fremfor teoretisk orientering. Relasjonen, klargjort gjennom samarbeids-, allianse- og empatikvaliteten, blir vesentlige faktorer for behandlingen.

«En dypt empatisk behandler har stor tilgang på egne følelser og kroppslige opplevelser, og kan få kunnskap om pasientens følelsestilstand direkte. Gjennom dyp empati kan pasienten føle seg sett og presist forstått» (Amlund, 2008, s. 949).

3.2.1 Forståelse av empati

Ordet empati kommer fra greske «*empathia*», av *en*, inn og *phatos*, følelse, lidelse, innfølelse - *om å føle seg inn* Kinge (2014, s. 47). Vi er både innenfor og utenfor, både i nærhet og i distanse, vi observerer, analyserer og tolker. Vi *lever oss inn* i den andre, og forsøker å se verden gjennom den andres øyne. Vi forbinder empati med vennlighet, mildhet, omsorg og trøst. Men empati er mye mer enn det. Kinge omtaler empati som:

«(....). Å være i en prosess der vi får informasjon om et annet menneskes indre følelser slik at vi kan forstå den andres opplevelse, den andres følelse, uten å vurdere eller evaluere den og uten å måtte løse den andres vansker. Vi observerer, registrerer og gjør våre refleksjoner om det vi ser. Deretter deler og kommuniserer vi til den andre i det vi kaller empatisk kommunikasjon» (Kinge, 2014, s. 48).

Kinge (2014, s. 48), hevder at empati fordrer godvilje, en *positiv følelse* for den andre og en motivasjon for å opptre empatisk. Den må være *villet, motivert, ha et overskudd* og inneholde et *genuint ønske* om å hjelpe. Videre inneholder det å være empatisk en økt *tilstedeværelse* mot de underliggende følelsesmessige budskap som søkes gjennom observasjon, sensitiv innlevelse og forsiktig tolkning av ord, atferd og handlinger.

Empati og intuisjon anvendes ofte sammen for å beskrive en umiddelbar opplevelse av å ha kunnskap om noe, uten å vite hvordan vi er kommet frem til den kunnskapen. Ifølge Holm (2005, s. 89) skiller flere forfattere på disse begrepene, der empati er en følelsesmessig form for kunnskap, mens intuisjon overveiende omhandler intellektuell kunnskap. Empati når frem til følelser, intuisjon til ideer, impulser og løsninger på intellektuelle utfordringer.

Tre vanlige assosiasjoner knyttet til empatibegrepet slik jeg forstår Kinge er å sette seg selv inn i en annens sted og se verden som han eller hun gjør det, å være sensitiv, forståelsesfull ovenfor non-verbal kommunikasjon og å kunne kommunisere forståelse og omtanke tilbake (Kinge, 2014, s. 54-58).

Videre trekker hun frem fire faser i den empatiske prosessen;

- behandleren evne til å oppfatte pasientens åpne og skjulte sider
- behandlerens åpenhet for kognitive og affektive reaksjoner i seg selv
- behandleren evne til å skille pasientens og egne følelser
- og at behandleren kommuniserer empati tilbake til pasienten

Her kommer både empatisk forståelse og empatisk handling frem. Balansen mellom de ulike komponentene i samhandling og kommunikasjon, er vesentlig for dens videre forløp. Om de kognitive elementer overbetones, kan det forhindre behandleren å ta i bruk intuisjon, følelser, bilder og assosiasjoner som vil hindre forståelsen av pasienten. Videre vil en overbetoning av det følelsesmessige kunne føre til en manglende evne til å skille mellom komponentene i sitt eget og pasientens (Kinge, 2014, s. 54-58).

3.3 Empatiens rolle i å fremme endring

I studien til Watson et al. (2014, s. 286-295), om empatiens rolle i å fremme endring, viste funn en betydelig og et direkte forhold mellom terapeuters empati og behandlingens utfall. Der fremkommer det at når pasienter som led av psykisk uhelse oppfattet behandleren

empatisk, aksepterende, anerkjennende og ekte, muliggjorde det endringer for pasienten i terapien. Etter at empati ble identifisert som en viktig variabel i terapi, har det vist seg å være en konsekvent prediker for endring hos pasienten, men mindre tydelig hvordan dette skjer. Ytterligere støtte for den positive rollen som empati har i behandlerrelasjonen, er gitt av andre studier som har funnet et positivt forhold mellom den terapeutiske alliansen og behandlerens egen tilknytningsstil, for eksempel å være inntonet, støttende, empatisk og følsom for pasientens følelser (Watson et al., 2014, s. 286-295).

Behandlerens empati er assosiert med godt resultat i behandling fordi det muliggjør endringer i pasientens indre opplevelse av seg selv, gjennom at behandlerens empatiske evne påvirker pasientens opplevelse av selvverd (Watson et al., 2014, s. 286-295). Selv om det er mye støtte for rollen empati har for å etablere og opprettholde et positivt terapeutisk forhold, er det blitt lagt mindre vekt på å undersøke hvilke andre faktorer behandlerens empati kan legge til rette for. Som blant annet nye kjærlighetsopplevelser og trygg tilknytningserfaring, som denne oppgaven drøfter.

Erfaringsteoretikere har hevdet at behandlerens empatiske respons på pasientens følelsesmessige erfaringer, hjelper pasienten til å få tilgang til følelser, gjenkjenne behov og utvikle effektive selvpåvirknings- og reguleringsstrategier. Dette synet stemmer overens med teoretikere fra andre retninger som har sett på empati som helbredende innenfor det terapeutiske møtet, og kan legge til rette for og bidra til endringer i den voksne pasientens tilknytningsmodeller (Watson et al., 2014, s. 286-295).

3.3.1 Det rasjonelle og emosjonelle kommunikasjonsnivået

Det rasjonelle nivået foregår «i hodet», der logikk, fornuft, kunnskap, rasjonell og saklig tenkning foregår. Der det informeres, forklares, er faktaorientert og er beskrivelser ut ifra dette nivået. Her kan forklaring, korrigerende, kunnskap og fakta kommuniseres og formidles med fornuft og saklighet. Her gis det råd, instruksjoner, det letes etter løsninger og det handles og gjennomføres tiltak i henhold til pasientens atferd. På dette nivået foregår de kognitive prosessene og pasientens intellektuelle kapasitet tas i bruk. Her snakkes det mer enn det lyttes. Behandleren har en mer aktiv, løsningsorientert og ledende rolle, er tiltaksorientert, praktisk handlende, er ofte formidlere og snakker *til* mer enn å snakke *med* (Kinge, 2014, s. 81-82). Kinge påpeker videre at verdien av rasjonalitet og saklighet overvurderes i møte med sårbare mennesker, og at behandlere trenger å bevisstgjøre seg det forholdet. Ensidig kommunikasjon

på dette nivået kan således være årsak til at mange ikke opplever seg sett, hørt, tatt på alvor eller ikke forstått, og bidra til et alvorlig hinder for å bygge tillit og relasjon.

I det emosjonelle nivået derimot, i følelses- og opplevelsesnivået, retter behandleren oppmerksomheten til pasientens indre liv; til følelses- og opplevelsesverdenen. Å sette seg inn i hvordan verdenen ser ut, «innenfra» hos pasienten. Hva ligger bak atferden? Hva er det underliggende budskapet? På dette nivået er de faktiske forholdene uvesentlige. Det er undring, nysgjerrighet og utforskning i pasientens opplevelser og hvordan den selv opplever situasjonen som er vesentlig. Å ikke evaluere eller vurdere, men følge historien til pasienten. Behandleren må tåle alle følelser som kommer, tåle pauser og stillhet og å ikke ha kontroll, og det styres ikke mot et bestemt mål eller de rette svarene. Undring, utforskning og å følge pasienten oppmerksomhetsfokus, tar tid (Kinge, 2014, s. 82-83).

Slik jeg forstår dette, må behandleren til enhver tid kunne kommunisere på begge plan. Forskning viser at kommunikasjon oftest skjer på det saklige nivået. At det brukes mer tid på å forklare og formidle, enn oppmerksomhet på å utforske pasientens tanker, følelser og opplevelser. Min oppfattelse er at det trengs mer kunnskap og øvelse i å gjenkjenne emosjonelle temaer, gi plass til emosjonelle uttrykk og vite hvordan det håndteres i møte med pasienten. Å oppøve trygghet og tålmodighet til å anerkjenne verdien i prosessen, og kunne stole på den. Utfordringen er hva behandleren gjør til hvilken tid, og finne balansen mellom disse nivåene (Kinge, 2014, s. 82-83).

3.3.2 Forutsetninger for empati og hva fremmer og hemmer denne?

Behandlere møter pasienter med høyt lidelsestrykk. «Innfølelse» kan ofte resultere i medlidenhet, når behandlerens evne til empati ikke er tilstrekkelig utviklet. Der graden av medlidenhet proporsjonalt følges av ønske om å hjelpe, kan en tilsvarende angst for å svikte pasienten oppstå. Erfarne behandlere av tilknytningsskader er dyktigere til å skape sterkere allianser og til å identifisere vanskeligheter og benytte emosjonelle kvaliteter i den terapeutiske relasjonen. Dette defineres som avanserte relasjonsferdigheter og kan sammenlignes med evnen til å arbeide konstruktivt med overføringsfenomenene som oppstår (Mikkelsen, 2014, s. 836-843.).

Forutsetninger for at behandleren kan vise empati, må være at behandleren er rolig, i trygg balanse med seg selv og omverdenen for å kunne gi full oppmerksomhet, har stor interesse og

engasjement for pasienten. Er behandleren derimot usikker, opplever seg truet, utrygg og utsatt, vil dette lukke og hindre empatien, evnen til innlevelse og interessen for pasienten. Holm (2005, s. 37-43), vektet kunnskap, selvinnsikt, selvrefleksjon og selvdisiplin som viktige komponenter for dette. Viktige forutsetninger synes å være behandlerens nærhet til egne følelser, forståelse av egne reaksjoner og bevissthet rundt egne behov. Likeledes kan forsvarsmekanismer hindre behandleren i å se pasientens behov. Videre er behandlerens eget arbeid med seg selv, og egenutvikling av betydning for at behandleren kan vise empati i møte med pasienten. Egenutvikling kan blant annet handle om veiledning, refleksjon over egen praksis, terapeutiske holdninger, egenomsorg, motivasjon og villighet til å se på dette i eget liv, og om trygghet på seg selv og andre.

Slik jeg forstår dette er behandlerens egen trygghet er en viktig komponent for empatisk tilnærming, for å kunne opprettholde oppmerksomheten på pasienten, og hengi seg til de følelsesmessige budskapene som formidles. Refleksjon over egen praksis og i kommunikasjon med pasienten er derfor viktig, der behandleren anerkjenner, gyldiggjør og undersøker egne reaksjoner uten frykt, skyldfølelse eller skam. Å våge spørre seg hva var det jeg gjorde som bidro til reaksjoner hos pasienten? Hva skjer mellom oss? Hvordan opplever du meg?

Jeg oppsummerer kapitlet om empati, den kognitive (intellektuelle) og den affektive (følelsesmessige), samt empatisk forståelse, empatisk kommunikasjon, empatisk holdning og handling til i sum forstås som et *helhetlig empatisk væren*. Kinge (2014, s. 161), oppsummerer at behandlerens trygghet synes å være et nøkkelbegrep for empatisk utøvelse. Slik sett vil det være riktig og viktig å spørsmålsette, utforske og kartlegge behandleres empatiske kompetanse i behandling av denne pasientgruppa.

3.4 Tilstedeværelse

Schneider (2015, s. 304), løfter tilstedeværelse som den viktigste kontekstuelle faktoren for terapeutisk effektivitet. Han definerer tilstedeværelse som en kompleks blanding av anerkjennelse, åpenhet, engasjement, å kunne gi støtte og at det evnes og uttrykkes. Den terapeutiske alliansen, empati og samarbeid, mening og håp har blitt etablert som primære kontekstuelle faktorer i tilretteleggingen av god og effektiv terapi. Han hevder at tilstedeværelse er kjernen i dette.

Dyrking av tilstedeværelse er nøkkelen til terapeutisk helbredelse. Vi har lent oss for lenge på de formelt identifiserte terapeutiske faktorer, og de verbale og prosessuelle aspektene ved terapi. Tilstedeværelse er en potent og en svært sensitiv form for kommunikasjon som er anerkjent i eksistensiell og humanistisk tilnærming til terapi. Tilstedeværelse er den faktor som er mest fremstående og vektet i forskning om terapeutisk effektivitet. Blant disse faktorene er også den terapeutiske alliansen (båndet), empati, evne til samarbeid og tilfang til mening og håp. Schneider (2015, s. 304-305), hevder at hver av disse faktorene igjen fordrer tilstedeværelse.

Videre uttaler Schneider (2015, s. 304), at selv om det blir konkludert med at behandlere ser på tilstedeværelse i pasientmøte som gunstig, er det få funn om hvordan tilstedeværelse blir utført i praksis. Hvordan «utøver» eller «utfører» behandlere tilstedeværelse?

Hvis vi ser på hver av de identifiserte kontekstuelle faktorene, fremkommer det hvorfor tilstedeværelse er viktig. Tilstedeværelse muliggjør tilgang til mye informasjon i den terapeutiske relasjonen, for eksempel gjennom å kommunisere oppmerksomhet på ulike plan og nivå, for opplevd trygghet, støtte og for tilgjengelighet. Det er vanskelig å forestille seg at pasienter kan føle allianse med behandleren, hvis denne ikke legemliggjør disse ovennevnte faktorer og egenskaper. Det er også vanskelig å forestille seg fremvekst av helse i en utrygg, fraværende eller distansert behandler. Uten behandlerens tilstedeværelse fremmes ikke følelsen av trygghet, åpenhet, anerkjennelse og støtte for utforskning (Schneider, 2015, s. 305 og Banitt, 2019, s. 79).

Tilstedeværelse er nøkkelen til empati, samarbeid, mening og håp. Tilstedeværelse omfatter et mye fyldigere og rikere utvalg av elementer, som følelsen av at man «er der, sammen med den andre», og således tilgjengelig for seg selv og den andre. Tilstedeværelsens formål er å utvide, utdype og omdefinere identiteten til seg selv, til å sameksistere med og å integrere dette (Schneider, 2015, s. 305 og Bannit 2019, s. 13, s. 187).

Terapeutisk tilstedeværelse

Terapeutisk tilstedeværelse kan forstås som en teknikk/metode. Imidlertid er det en påfallende forskjell mellom å «gjøre bruk av» tilstedeværelse og å «være til stede» - å legemliggjøre den. Tilstedeværelse som virksomt i terapi har de siste årene fått en økt anerkjennelse og kulturen for å utvikle og skoleres innenfor «her og nå» -sentrerte ferdigheter for terapi, er mest

fremtredende. Disse ferdighetene består i det Schneider (2015, s. 306-308), kaller **respons**, (behandlerens evne til å gjenkjenne, delta og empatisk svare på pasientens behov, uttrykt implisitt eller eksplisitt i terapiøkten), å **gjenkjenne mønstre** (utvidelse av kapasiteten til å respondere på de viktigste hendelsene og opplevelsene til pasienten der og da), og **oppmerksomhet** (utdyping av her- og nå bevissthet, anerkjennelse og aksept av pasientens opplevelse).

Funn som bekrefter kraften i at terapeutisk tilstedeværelse påvirker den terapeutiske relasjonen, har blitt sterkt bekreftet av en voksende mengde kvalitative undersøkelser. Geller og Greenberg (2012), argumenterer sterkt for tilstedeværelse som en kjernedimensjon i pasient- og behandlerrelasjonen. Med utgangspunkt i en kvalitativ studie de gjorde om terapeutisk tilstedeværelse, utdypet fire dimensjoner som er nøkkelen til terapeutisk tilstedeværelse:

- følelsen av å være jordet, å føle seg sentrert, stødig og integrert i ens egen kropp og i seg selv
- følelsen av å være oppslukt i øyeblikket med pasienten
- følelsen av romslighet og en utvidet bevissthet over følelser, mens du inntones på de mange nyanser som til enhver tid eksisterer hos pasienten
- bevissthet om at intensjonen med tilstedeværelse er å være med og for pasientens helbredelsesprosess (Geller og Greenberg, 2012, s. 109).

Nærværet er integrert og tilstedeværelse blir levd. Med terapeutisk tilstedeværelse menes at behandleren fremdyrker tilstedeværelse og inviterer med det pasienten inn i en dypere og delt tilstand av relasjonell terapeutisk væren (Geller og Greenberg, 2012, s. 179).

Terapeutisk tilstedeværelse innebærer at behandleren bruker hele seg til å være fullt engasjert, mottakelig og inntonet på øyeblikket, med og for pasienten, for å fremme effektiv terapi. Geller og Greenberg (2012, s. 178), presenterer polyvagal teori som det biologiske grunnlaget for atferd, og forklaring på hvorfor terapeutisk tilstedeværelse kan legge til rette for opplevd trygghet.

Effektivt terapeutisk arbeid er bare mulig når klienten føler seg trygg i terapissettingen. Opplevelse av trygghet for pasienten, fremkommer gjennom behandlerens evne til tilstedeværelse, og ses som kjernefaktor for utvikling av en sunn terapeutisk relasjon. Kliniske observasjoner bekrefter at behandlerens tilstedeværelse fremkaller følelser av trygghet i

pasienten. Det fremstår imidlertid mindre klart hvordan eller hvorfor terapeuters tilstedeværelse fører til pasientens trygghet, og dermed effektivt terapeutisk arbeid. Geller og Greenberg (2012, s. 178), utforsker dette spørsmålet gjennom linsen til neurologisk vitenskap og biologiske atferdsmekanismer, med bakgrunn i polyvagal teori. Et perspektiv, som gjennom nevrofysiologisk forklaring av sentrale autonome mekanismer, støtter hvordan tilstedeværelse i behandlerrelasjonen fremmer trygghet hos pasienten.

Terapeutisk tilstedeværelse fordrer at behandleren er fullt ut tilstede i øyeblikket på flere ulike og samtidige forekommende dimensjoner, inkludert fysiske, emosjonelle, kognitive og relasjonelle. Behandlerens nærvær inviterer pasienten til å føle seg møtt, sett og forstått, så vel som trygg nok til å være tilstede i sin egen erfaring og «tåle» seg selv. Behandlerens tilstedeværelse og kontakt med seg selv, muliggjør at behandlerens respons er tilpasset pasienten. Tilstedeværelsen er pasientsentrert, åpen og mottakelig for hele pasientens erfaring. I øyeblikket av et engasjert nåtidsfokus på «vårt oss», er behandleren både i direkte kontakt med seg selv, pasienten og forholdet dem imellom. Responsen fra behandler og bruk av intervensjoner eller teknikk fremmer dette «nå-øyeblikkets» kontakt, forbindelse og resonans med pasientens opplevelse (Geller og Greenberg, 2012, s. 179, Stanley, 2002, s. 939 og Banitt, 2019, s. 151).

3.4.1 Opplevet trygghet som forutsetning for tilknytning

Den polyvagale nerven (direkte oversatt som den vidvankende nerven) – er en viktig nerve som forbinder hjernen vår med resten av kroppen. Den starter i hjernestammen, og forgrenes til mange av våre indre organer. Men viktigst er at den forbinder hjernen med hjertet (Fredrickson, 2013, s. 72). Polyvagal teori viser blant annet at opplevd fare og trussel fremkaller ulike responser. I følge teorien er farereaksjoner assosiert med stressresponser, uttrykt i økt autonom aktivering gjennom det sympatiske nervesystemet og binyrene. Imidlertid identifiserer polyvagal teori også et annet forsvarssystem (Porges, 2017, s. 54).

Polyvagal teori er en nyskapende og aktuell teori som vektlegger et hierarkisk forhold mellom to delsystemer i det autonome nervesystemet, som er utviklet for å utløse adaptiv atferd som svar på opplevd trygghet, fare og/eller livstrussel. Teorien fikk betydelig interesse fra forskere og klinikere, spesielt i forhold til pasienter med traumer. Denne interessen er basert på hvordan polyvagal teori artikulere disse to forsvarssystemene. Det allment kjente kamp/flukt-systemet

og det mindre kjente systemet, assosiert med immobilisering og dissosiasjon (Porges, 2017, s. 54-57, Geller og Greenberg, 2012, s. 180).

I følge polyvagal teori kan effektiv sosial kommunikasjon bare skje når vi opplever oss trygge, og de nevrobiologiske forsvarsstrategiene hemmes. Dermed er en av faktorene til vellykket terapi at behandleren fremmer trygghet, slik at pasientens forsvarssystemer er nedregulert og pasientens tilknytningssystem således potenseres. Det gjentatte tilstedeværende nå-øyeblikket skaper en nevrologisk «trening» i tilknytningssystemet. Denne nevrologiske «treningen» forbedrer effektiviteten og påliteligheten av nye nevrologiske baner som hemmer forsvarssystemet, og pasienten får en større tilgjengelighet til følelser av trygghet, åpenhet og selvutforskning. Innenfor terapeutisk tilstedeværelse representerer den polyvagale teorien et nevrofysiologisk perspektiv som kan forklare hvor kroppslig følelser og fornemmelser potensielt kan påvirkes av andres nærvær (Geller og Greenberg, 2012, s. 181-182, Geller og Porges, 2014, s. 178-192).

Tilknytning er en psykologisk konstruksjon som gjenspeiler et sterkt følelsesmessig bånd mellom to individer, slik som forholdet mellom mor og barn. Fokuset i polyvagal teori som omhandler at opplevelsen av trygghet manifesterer seg i tilknytningssystemet, gjør at tilknytning kan skje (Porges, 2017, s. 2).

Porges (2017, s. 57), understreker at forståelse av de utløste responsene og ikke den traumatiske hendelsen i seg selv, er av størst betydning for vellykket behandlingen av traumer.

3.5 Kjærlighetsbegrepet i nytt lys

3.5.1 Innledning

«Eskimoene har 52 ord for snø, fordi snø er viktig for dem. Det burde finnes like mange ord for kjærlighet» sier Margaret Atwood i Fredrickson (2013, s. 9).

Jeg søker i dette kapitlet å løfte frem en måte å forstå kjærlighet på, som kan bidra til å gyldiggjøre kjærlighetsbegrepet i behandlingsrommet. Med følgende teori som bakteppe, søker jeg i drøftingen å besvare hvilke faktorer som fremmer opplevelse av kjærlighet, når en er skadet i kjærlighetsevnen. Både til å føle for, og føle inn andres. Videre ønsker jeg å peke på muligheter for å kunne snakke om kjærlighet som et verktøy til å oppnå tilknytning i den terapeutiske relasjonen. Senere i oppgaven forteller jeg om egen erfaring av å knytte meg til

min behandler, og erfare opplevet kjærlighet. Min tilknytningsopplevelse i møte med min traumebehandler, er en uløselig del av relasjonsreparasjonen i meg.

To av verdens ledende forskere på utviklingstraumer, Dr. Perry og Dr. Ablon, uttaler i et intervju at kjærlighet er den viktigste og sterkeste forandringsagenten i møte med barn som har vært utsatt for langvarige traumer eller grov neglekt. Videre at det er viktig å være sammen med dem. Hvor trygghet i gode relasjoner utvikler hjernen gjennom empatisk lytting og samarbeid. «*Det er kjærligheten som gjør at du klarer å være tilstede, oppmerksom, inntonet og responsiv i disse helende øyeblikkene (...) det er kjærlighet som har en reell terapeutisk virkning*» (Thorkildsen, 2018, s. 3).

Videre understreker Perry og Ablon (Thorkildsen, 2018, s. 3), at det er stor evidens for at det å være tilknyttet noe er det viktigste når du skal heles, og det betyr at en må vises kjærlighet. Et begrep som har mangfoldig betydning, i ulike relasjoner.

Hvorfor er vi så redde for å bruke kjærlighetsordet når vi er så opptatt av relasjonen i behandling av relasjonsskade? Hva er det som gjør at ikke kjærlighet er like viktig i møte med det voksne tilknytningsskadede barnet, slik Perry og Ablon hevder har reell terapeutisk virkning?

3.5.2 Kjærlighet – vår ypperste følelse

Barbara L. Fredrickson er professor i psykologi, forsker og forfatter og presenterer i sin bok LOVE 2.0 – kjærlighet i nytt lys (2013), forskning om kjærlighet. Fredrickson presenterer en forståelse av kjærlighet der hun kombinerer vitenskap om fysiologi, endokrinologi og vitenskap om følelser og relasjoner. Hun sier, som jeg også forstår utviklings- og tilknytningsteorien, at kroppen er skapt til å elske og elskes. Vitenskapelige funn viser hvordan kjærlighet eller mangel på kjærlighet, påvirker den biokjemiske balansen. Fredrickson (2013, s. 10-11), hevder at kroppen har sin egen definisjon på hva kjærlighet er. Kjærlighet, slik kroppen definerer den, er ikke ekskluderende. Videre at kjærlighetens tidsspenn er betydelig kortere enn vi forestiller oss. For kjærlighet er ikke varig, som forfatteren tydeliggjør i forskningen. LOVE 2.0. tilbyr et annerledes perspektiv – kroppens perspektiv.

Først og fremst er kjærlighet *en følelse*. En midlertidig tilstand som fyller både kropp og sinn. I likhet med alle andre følelser, følger kjærligheten bevegelsesmønsteret til et uforutsigbart værssystem. Den er en subtil og ubestemmelig kraft. Som andre positive følelser oppleves, gir

den en god og fin indre fornemmelse. Men utover å bare gi deg en god følelse, vil et slikt øyeblikk av kjærlyghet, ifølge Fredrickson (2013, s. 25-31), også endre ens bevissthet. Bevisstheten overfor omgivelserne og overfor en selv utvides, grensene mellom det som er en selv og det som ikke er en selv – nedtones og blir mindre ugjennomtrengelig. En legger mindre vekt på forskjeller mellom en selv og andre, ens evne til å helhjertet virkelig *se* andre, åpnes, og kan gi deg en opplevelse av å være ett med noe langt større enn deg selv.

Og så, litt etter litt, begynner denne kjærlyghetsfølelsen å falme, akkurat som alle andre følelser gjør det; det være seg sinne, glede eller tristhet. Kjærlyghetsfølelsen er bare innom i noen korte øyeblikk. Ingen følelser er ment å vare, ikke engang dem som føles gode. Kjærlyghet er således et dyrebart «besøk».

Den nye definisjonen av kjærlyghet definerer Fredrickson (2013, s. 27), som følger: «*kjærlyghet blomstrer når to eller flere mennesker – selv fremmede – knyttes sammen av en svak eller sterk positiv følelse*». Hun beskriver at kjærlyghet er mye mer allestedsnærværende enn du hadde trodd var mulig, nettopp fordi kjærlyghet handler om **kontakt**. Kjærlyghet er de små øyeblikkene av varme og kontakt som vi deler med et annet levende vesen.

Kjærlyghet kan ifølge Fredrickson (2013) forstås som en midlertidig oppblomstring av tre tett sammenvevde hendelser:

- at en eller flere positive følelser oppstår mellom deg og en annen.
- det oppstår et samspill mellom din egen og denne andre personens biokjemi og atferd
- det oppstår et ønske om gjensidighet og til å bidra til hverandres velvære

Denne trippleffekten omtaler Fredrickson som **positiv gjenklang**, der felles positive følelser og biokjemisk synkronitet utløser en livgivende, positiv gjenklang både i og mellom de involverte personene (Fredrickson, 2013, s. 25-31).

3.5.3 Positive følelser - positiv gjenklang

Hjørnesteinen i tilnærmingen til kjærlyghet er ifølge Fredricksons (2013, s. 14-23, s. s27-29), vitenskapen om det hun kaller **positive følelser**. Ved å oppleve disse øyeblikkene av «positive følelser», på tross av at de er korte og subtile, kan store krefter utløses som bidrar til endring og vekst. Vi ser mer - i et større hele. Vi blir mer fleksible, evner bedre kontakt med mennesker rundt oss, blir mer kreative og får flere ressurser tilgjengelig i oss selv. Videre påpekes to hovedtrekk ved positive følelser; de åpner oss og forandrer noe i oss til det bedre. Hennes teori

om positive følelser, som hun kaller «broaden-and-built», fremkaller senket hjerterefrekuensi, avslappethet, ro og trygghet. Kjærlighet mener Fredrickson (2013, s. 17), handler om å utvide og utvikle, at den positive gjenklngen fungerer som et speil, fordi et øyeblikk av positiv gjenklang per definisjon inkluderer refleksjon på tre forskjellige nivåer;

- du og den andre gjenspeiler positiviteten i den andres følelsesmessige tilstand
- dere speiler også hverandres mimikk, bevegelser og biokjemi
- dere reflekterer hverandres ønske om å vise omsorg for den andre

Videre sier Fredrickson (2013, s. 28-30) at i øyeblikk av positiv gjenklang, utgjør vi på mange måter hverandres refleksjon og vekst. Dette «øyeblikket», som reflekterer og utvider egen sinnstilstand, avstedkommer at du kan se ting som ellers ville være skjult for deg. Det oppstår en sterk, samstemt energi som strømmer frem og tilbake mellom oss. Vanlige positive følelser fører ikke til slik gjenklang, da de ikke speiles mellom to. Varmen fra enhver positiv følelse utvider bevisstheten og gjør oss sterkere og mer robust enn vi ellers ville vært. Det er bare kjærlighet som kan skape en dyp resonans mellom to mennesker. Det skyldes at under slike små kjærlige øyeblikk, vil vår positivitet, varme og åpenhet både utløse de samme kvalitetene i den andre, på samme tid som de blir utløst i deg. Positivitet, varme og åpenhet stråler mellom oss. Denne gjensidige positiviteten blir ytterligere forsterket av de samkjørte endringene i biokjemi som foregår i kroppene, og av den oppmerksomheten dere vier hverandre – smilene, kroppene som søker kontakt, de mer eller mindre uttalte uttrykkene for gjensidig omsorg og omtanke. Dette er kraftfulle, styrkende øyeblikk. Kroppen din er skreddersydd for å ta denne kraften i bruk. Din evne til å forstå og føle empati overfor andre mennesker, henger sammen med i hvilken grad du mottar et jevnlig inntak av positiv gjenklang.

Positiv gjenklang oppstår under visse forhold, som igjen skapes av gitte mønstre av tanke og handling. Dette er forutsetninger som til sammen utgjør kjærlighetens nødvendige grunnmur. Den første steinen i denne grunnmuren er *trygghet* (Fredrickson 2013, s. 30). Om du anser de aktuelle omstendighetene som truende eller på andre måter farlige, er det ikke mulig for deg å føle kjærlighet i det øyeblikket. Dette er viktig, siden evolusjonen har utstyrt hjernen med et spesielt fokus på å være på vakt mot trusler. Ditt innebygde alarmsystem er aktivert selv når du ikke selv er klar over det. En trist konsekvens av denne fininnstilte faredetektoren, er at den spenner bena under både positivitet og positiv gjenklang. Å føle seg utrygg er altså det første hinderet for at vi skal oppleve kjærlighet.

Den andre hjørnesteinen i kjærlighetens grunnmur er *samvær* (Fredrickson, 2013, s. 31-36). Genuint, fysisk samvær med et annet levende vesen, da kroppen er skapt for øyeblikk av samstemthet. Samstemthet oppstår når to eller flere mennesker «går i takt» og synkroniseres. Når positiv gjenklang utspiller seg mellom deg og en annen, begynner dere å gjenspeile hverandres kroppsspråk, er på samme bølgelengde rent biologisk sett. Synkroniteten vil også vise seg i kroppens indre, fordi fysiologiske responser i både kropp og hjerne, vil gjenspeile hverandre.

Fysisk nærhet er en av kjærlighetens forutsetninger. Den krever at en deler samme tid og sted – at kroppene deres er innen rekkevidde av hverandres sanser. Ifølge forskere er øyekontakt den viktigste metoden sansene benytter for å knytte oss til andre. Annen sanselig kontakt som berøring, stemmebruk eller kroppsspråk er også viktige måter å knytte bånd mellom mennesker, men øyekontakt synes å være den aller viktigste tilretteleggeren for samstemthet og kontakt (Fredrickson, 2013, s. 33-36).

Kjærlighet krever altså en form for fysisk forbindelse. Øyekontakt er nøkkelen som åpner opp for intuisjonens visdom, for når du møter blikket til den andre, vil smilet utløse hjerneaktivitet hos deg slik at din egen hjerne, ansikt og kropp etterligner de følelsene du ser. Gjennom denne ubevisste responsen får du inngående kunnskap om hvordan kontakten oppleves og erfares. På samme måte kan du ta i bruk sansene for å skille ekteføyte invitasjoner til å knytte kontakt, fra det uærlige. Idet du har etablert øyekontakt, vil du, bevisst eller ubevisst, ta i bruk magefølelsen for å vurdere hvordan du skal reagere på uttrykk fra den andre. Uten øyekontakt er det fryktelig mye lettere å risikere misforståelser, hjertebrist og feiltolkninger (Fredrickson 2013, s. 32-38). Vi opererer på samme frekvens, er sympatisk innstilt overfor hverandres innspill, og vi responderer på alle de subtile ledetrådene som går hånd i hånd med virkelig finstemt kommunikasjon.

For hvert lite øyeblikk som går, vil du og jeg begynne å *føle det samme*. Vi er synkronisert – stilt inn på hverandres frekvens. Positiv gjenklang har skapt en forbindelse mellom oss, det vil si at din og min hjerneaktivitet og biokjemi blir én og samme. En positivitetsladet inntoning av våre to kropper og sinn settes i gang, en midlertidig tilstand som forskere kaller *intersubjektivitet* – en *tankekontakt*. Det er også helt avgjørende at også den følelsesmessige siden av den midlertidige kontakten, av kontakten mellom oss, er varm, åpen, tillitsfull, og fylt med oppriktig omsorg og omtanke for hverandre (Fredrickson, 2013, s. 42-43).

Kjærlighet blir i LOVE 2.0 presentert som noe annet enn tradisjonell oppfatning av kjærlighetsbegrepet. Når kjærlighet kan forstås som positiv gjenklang, planter vi nye kjærlighetsfrø som hjelper relasjonen og dermed også vårt fysiske velvære, til å vokse seg sterkere. Derfor mener Fredrickson (2013, s. 24), at *kjærlighet er vår ypperste følelse*. Små kjærlige øyeblikk som utgjør den essensielle ingrediensen i menneskelivet.

Så spør jeg; hva er en relasjon uten kjærlighet? Hvordan blir den til? Kjærligheten? Relasjonen? Hvordan repareres i et utrygt tilknytningsmønster og komme til å stole på kjærlighet? At en kjenner seg verdt å elskes? At en kan kjenne kjærlighet i det hele tatt? Hvorfor snakker vi ikke om kjærligheten i behandlingsrommet når det er kjærligheten som er rammet? Er dette et tabu?

Jeg mener all relasjon dypest sett handler om kjærlighet. Om å evne både å kjenne det og å evne å ta imot. Vi styres alle av forestillinger og oppfattelser av hvordan vi individuelt sett og som kultur og samfunn forstår kjærlighetsbegrepet.

Jeg søker derfor å løfte kjærlighet frem som en essensiell følelse og gyldiggjøre den som en uløselig del av nye tilknytningserfaringer. Hvordan tilknyttes noe om ikke det inneholder elementer av kjærlighet, gode følelser, samklang, resonans, trygghet, ømhet, varme og nærhet?

Hvilke faktorer fremmer opplevelse av kjærlighet, når en er skadet i kjærlighetsevnen, både til å føle for, og føle inn andres? Som å føle, anerkjenne og snakke om opplevelse av kjærlighet som et verktøy for å oppnå nye og gode tilknytningserfaringer i den terapeutiske relasjonen. En opplevd økt kjærlighetsevne hos meg gjennom at den ble adressert, anerkjent og rommet som den viktigste komponent, muliggjorde min tilknytningsopplevelse til traumebehandler Trine Kjellmo, og til relasjonsreparasjonen i meg.

4. Drøfting

4.1 Innledning

Gjennom fortellinger fra mitt liv tegner jeg gjennom oppgaven bilder av hva tilknytningsbrist og tilknytningstraume handler om, i mitt liv. Jeg skriver om og fra eget liv. Jeg skriver fra mitt subjektive ståsted. Jeg gjør dette i et retrospektivt perspektiv, med utgangspunkt i egne erfaringer, historier og innsikter som tilknytningsskadet barn, og etter hvert som voksen. Med lang erfaring fra å leve med konsekvensene av mangelfull opplevelse av tilknytning, løfter jeg fram elementer jeg mener er vesentlige, og som kan gi mening og innsikter for å forstå og møte mennesker med tilknytningsskader. Jeg deler også fra egen historie min erfaring av å knytte bånd, oppleve kjærlighet og bestandighet i relasjon. Etter mange år med behandling for mange og ulike symptomer uten å oppleve at det hjalp, erfarte jeg i møte med en traumebehandler å bli møtt på en måte som hadde helende betydning. Møtet med denne behandleren ble et vendepunkt for meg. Det vi gjorde sammen i terapirommet var av livsendrende betydning. Hva var de virksomme elementene i terapien? Hvordan kan mine erfaringer – med å leve med min kropp, min historie, mine livserfaringer og med erfaring fra uvirksom og virksom terapi, løftes fram og drøftes på en måte som kan gi mening for flere enn meg?

I dette drøftingskapittelet vil jeg tilstrebe å forene de ulike stemmene jeg løfter fram gjennom oppgaven. Med basis i autoetnografien og narrativ fra eget liv, vil jeg løfte fram elementer jeg mener er av betydning ikke bare for meg, men for andre som har liknende livserfaringer som meg, og drøfte disse elementene opp mot relevant og presentert teori. Jeg bruker utvalg av dialogen mellom traumebehandler Trine Kjellmo og meg selv, som fordypende og illustrerende refleksjoner over temaene jeg belyser. Denne dialogen bidrar til å understreke erfaringsbærerens stemme, og samtidig vise erfaringsbærerens vekst og integrering av innsikt og forståelse i egen prosess.

Det er en krevende oppgave å forske på seg selv. Det er en krevende oppgave å drøfte egne personlige livserfaringer på en akademisk stringent måte. Det er kanskje ikke mulig. I metodevalget og måten jeg har valgt å bruke denne på, er alle stemmene som representerer meg, uløselig knyttet sammen – jeg er alle deler, og det er derfor ikke mulig å separere disse helt. Min intensjon og mitt ønske er likefullt å løfte fram elementer fra eget erfarte liv som

traumeoverlever, og peke på og drøfte erfaringer og innsikter jeg mener har betydning for feltet.

4.2 Om tilknytningsbristens opphav og konsekvenser

«Roten til resiliens ... ligger i en følelse av å bli forstått av, og eksistere i sinnet og i hjertet til, en kjærlig, samstemt og trygg annen» sier Diana Fosha i van der Kolk (2020, s. 115).

Historiene om Tilknytningsskriket (s. 9) og Tønna (s. 13), forteller om tidlig brist og skade i trygghets- og tilknytningssystemet. Historiene forteller om et urolig, utrygt og kjempende barn. Et barn som skyves unna, som er ubeskyttet og overlatt til å klare seg selv. Et barn som er både tøff og sårbar, kjempende og helt alene. Et barn med flere sider og mange ansikter. Som misbrukes. Som rammes av menneskers makt og maktovergrep. Det er fortellingen om fight, flight og freeze. Om de responser som oppstår i fravær av trygg tilknytning og kjærlighet. Om å spaltes, å forsvinne, om kroppen som husker og om sporene i kroppen. Om å lengte etter og å finne trygghet der barnet kan, og om å ta til takke med det. Det er fortellinger om å være forlatt, forsømt og avvist av primære omsorgspersoner. Om ensomhet og isolasjon. Om å være overlatt til selv og finne måter å overleve det utålelige på. Men det er også fortellinger om glimt av håp. Om den iboende biologiske lengselen og menneskets evne til overlevelse. Om at lengselen en dag kan forløses gjennom å bli møtt, og om drømmer som kan få vinger i tønnaes tette beskyttelse.

Som nyfødt er skriket et uttrykk for å tilkjenne vår tilstedeværelse i verden. Vi er dypest sett sosiale skapninger og oppfatter umiddelbart om skriket får svar. Svaret kan være omsorg, mat, stell, hudkontakt og varme. Det vi lærer om egenomsorg, oppnås gjennom den omsorgen vi mottar. Å mestre selvregulering og å bygge tilknytnings- og trygghetssystem, avhenger av hvor harmoniske og pålitelige våre omsorgspersoner er til trøst, trygghet og beskyttelse. Barn blir trollbundet av ansikter og stemmer, at de har en utsøkt følsomhet for ansiktsuttrykk, kroppsholdninger, tonefall, fysiologiske endinger, bevegelsestempo og handlinger. Barn er utrustet med denne følsomheten, fordi uten å oppnå kontakt og tilknytning, vil barnet dø. Som hjelpeløse og totalt avhengige av den voksne, sikrer kontakt overlevelse. Derfor ligger det dypt forankret i mennesket - å skape et primært tilknytningsbånd. Jo mer respons, jo dypere tilknytning. Det er veletablert kunnskap at tilknytning betraktes som trygg base, hvorfra barnet beveger seg ut i verden (van der Kolk, 2020, s. 120-121).

Tilknytningens art – om den er trygg eller utrygg – utgjør en enorm forskjell i løpet av livet. Trygg tilknytning utvikles når omsorg inkluderer emosjonell samstemthet, i det subtile og fysiske samhandlingsplanet, og det gir barnet en følelse av å bli møtt og forstått. Speilnevroner begynner å virke med en gang et barn er født. Forskning viser at når barnet og deres omsorgsperson er i synk på et emosjonelt plan, gjenspeiles barnets fornemmelse av glede og tilknytning i hjerterytme og pust og i et lavt stresshormonnivå. Kroppen og følelsene er rolige. Et barn kan ikke selv regulere sin emosjonelle tilstand, langt mindre de kroppslige, hormonelle og aktiveringen i nervesystemet som følger med følelser (van der Kolk, 2020, s. 120-121).

Trygg tilknytning danner også mal for barnets relasjoner videre i livet, der tilknytningsmønstre skaper de indre kartene som danner oppsettet for våre relasjoner. Disse relasjonskartene er risset inn i følelseshjernen og lar seg ikke reversere, bare ved å forstå hvordan de er skapt. Selv om en er klar over hendelser som skaper bristene, løser ikke det mistillit, manglende tilknytningsevne og utrygghet i relasjoner til andre (van der Kolk, 2020, s. 132).

Et barns samspill med omsorgspersonen danner grunnlaget for barnets selvfølelse og for en livslang identitetsfølelse. Barn har en iboende evne til tilknytning og ligger i barnets normalutvikling. Barnet er avhengig av å reguleres, oppleve trygghet og beskyttelse. Det er avhengig av og helt overgitt omsorgspersonens nærvær og tilstedeværelse, for å utvikle trygghets- og tilknytningssystemet. Barnets respons når trygghet ikke oppnås, vil i større grad trigge fight/flight og freeze-systemet (van der Kolk, 2020, s. 122).

Narrativene om Tilknytningsskriket og Tønna viser hvordan jeg som liten ikke fikk den respons jeg skulle hatt fra min omsorgsperson. Fra moren min. Jeg ble forlatt. Overlatt til meg selv. Kroppen min gikk i alarm. Og ble der. Barnet gjorde det barnet skulle. Skrek. Ga lyden fra seg, men ble ikke hørt og tatt imot. Ble ikke roet. Barnet ble overlatt, og i dag forstår jeg at jeg gikk i en form for «shut-down».

I narrativet om Tønna viser jeg et glimt inn i livet mitt som barn. Skriptet i meg var at jeg var overlatt til meg selv. Det var ingen der for meg. Jeg måtte finne egne måter å beskytte meg. Det gjorde jeg ved å kjempe og ved å forsvinne. Når barnets naturlige impuls til å søke trygghet gjennom relasjon ikke blir hørt – når tilknytningsskriket, og alle senere forsøk på henvendelse til den andre – ikke responderes på, er det en naturlig respons at systemet velger en form for avkobling, en form for kamp eller kollaps (ref. polyvagal teori s. 40).

Nå kan jeg tenke om det som skjedde i meg som naturlige og forståelige responser på overveldende livshendelser. Det var ingenting «galt» med meg. Det var ikke min feil at det ble så feil, så vanskelig. Jeg gjorde det jeg måtte. For å overleve noe som nesten ikke var til å overleve. Det er smertefullt å lese kommentaren fra læreren, at jeg var en ondskapsfull elev. Så mye uforstand jeg har blitt rammet av. Så mye uforstand som fortsatt rammer utsatte barn. Det må endres. Det er ikke barnets feil. Barnet bærer med seg spor av noe og viser gjennom sine uttrykk alltid noe mer enn det som en først får øye på.

4.2.1 Narrativ. Samtale med mor (auditivt).

Siri er noen år borte fra morens liv. Det er en stor sorg og smerte for mammaen, som nå endelig forstår hvilke konsekvenser hennes valg i livet har fått. 11 år etter at moren tok grep om sitt eget liv, får hun vite at kreften har spredd seg. Hun kommer til å dø snart. Det gjør vondt å tenke på å skulle forlate verden uten sitt barns kjærlighet i hjertet. Siri holder seg fortsatt borte fra moren sin. Klokka tikker. Siri er fortsatt ikke i livet hennes. Moren blir stadig svakere (Lund, 2018, s. 14-17).

De siste ti uker av min mors liv tilbrakte hun på en lindrende enhet. Jeg var mye der og tilbrakte mange netter på pårønderrommet, eller ved mors side. Vi valgte å bruke tiden til å snakke sammen om relasjonen vår, om hvordan hun opplevde å være mor for meg, og jeg som barn av min mor. 10 uker med rått ærlige, såre og vonde historier ble delt.

Samtalene ble tatt opp, og/eller filmet. Her er et utdrag fra en samtale kort tid før hun døde. Denne samtalen varte egentlig halvannen time, og er valgt med tanke på relevans for tematikken jeg belyser i oppgaven. En venn av meg representerer mors stemme i denne samtalen. Intensjonen med å dele dette utdraget, er for å illustrere og gi en dybde til hvor dypt, alvorlig og livslangt tilknytningsbrister kan være, og hvor relasjonelt ødeleggende det er.

[Spill av ved å følge lenken](#) (Christensen, 2021f).

Mors livsprosjekt var å bøte på skyld og skam ved å opprettholde løgnen om at jeg var elsket, for så - sent i livet - etablere en ren og autentisk kjærlighet til meg. Mitt livsprosjekt handlet om å skulle oppnå hennes kjærlighet, være fortjent hennes kjærlighet og oppleve den som sann. All min energi i årene i forelder/barn-forholdet, gikk på ulike vis med på å håndtere frykten for avvisning og å opparbeide gode strategier for å sikre meg mot avvisningen.

Mine fraværende forutsetninger for trygg tilknytning, resulterte i å bli et desorganisert og desorientert barn. Dette er barn som ikke har noen strategi når omsorgspersonen forlater dem, er usikker på reaksjoner fra omsorgsgiveren og viser en selvmotsigende atferd der de kombinerer sterk nærhetssøking med sterk unnvikelse. Mønstre viser seg på forskjellige måter, i forskjellig aldre (Killén, 2003, s. 574).

Om barnets behov ikke blir møtt, lærer barnet seg å bli morens idé om hva barnet er. Når barnet lærer å se bort fra egne behov, egne indre følelser og heller tilpasser seg omsorgspersonens, innebærer det at barnet opplever at «noe er feil» med måten det er på. Da mistes også kontakten innover, med kroppen, til tilgang av glede, mening og retning. Pålitelig og lydhør omsorg i oppveksten hjelper barnet til å holde frykt og angst i sjakk. Gode forhold for å utvikle trygghets- og tilknytningssystemet gir barnet et indre kontrollpunkt, og danner mal for barnets virkelighet, av seg i verden som eget individ (van der Kolk, 2020, s. 122-123). Min streben etter mors kjærlighet fikk mange strategier, deriblant ulike former for tilpasning og «pleasing» - å bli den jeg trodde min mor ville jeg skulle være. Jeg utviklet en veldig varhet på hennes anerkjennelse eller underkjennelse (kritikk, korreksjoner, avvisning) av meg. Det resulterte videre i at jeg ikke utviklet en trygg og egen identitet.

Samtidig så løfter denne historien opp at brist i trygghets- og tilknytningssystemet som barn, også vanskeliggjør tilknytning videre i livet, uten at dette blir adressert og behandlet. Både i forhold til den primære omsorgspersonen og behovet for bearbeiding av bristenes opphav, men også de konsekvenser det får for nær relasjon til andre.

Samtalen er ærlig, og det er åpenhet mellom oss. En gjensidig bekreftelse av situasjonen. Mor viker ikke unna. Jeg viker ikke unna. Vi sier det som det er. Pynter ikke på, later ikke som om. Vi lytter til det den andre sier. Bekrefter opplevelsene og erfaringene den andre kommer med. Mor bekrefter at hun har sviktet meg.

«Jeg var ikke til stede i livet ditt. Som spebarn, i barneårene og i tenårene satte jeg deg til side. Jeg skulle vært tilstede. Jeg skulle ha beskytta deg. Jeg var tross alt den voksne».

Mor bekrefter årsakene til separasjonsangst og tilknytningsbrist hos det tilknytningsskadde barnet i meg, som har sine spor og sår i meg også som voksen. Og hun tar ansvar for det hun gjorde og ikke gjorde, som rammet meg. Blant annet sier mor:

«Din manglende evne til tilknytning, er fordi du ikke opplevde kjærlighet fra dag en. Fra meg. Jeg vil tilbake til det å ikke føle seg elsket. Jeg skal si deg – det er vel noe av det mest smertefulle som ei mor kan oppleve å være i en sånn situasjon – den adskillelsen som da jeg tok deg vekk fra puppen for å si det sånn, på det sykehuset. Vi snakket ikke engang om det pappaen din og jeg – hva som var best for deg. Jeg fortsatte å velge deg bort med alle feile valg siden, og det fratok oss muligheten til å bygge en kjærlighetsrelasjon på et mye tidligere tidspunkt. Du lærte at du måtte klare deg selv, du, og ikke måtte trenge noen andre».

For mor var forsoning mulig. For mor var det mulig å ønske en jevnbyrdig kjærlighet, rede grunnen for tilgivelse og hengivelse. Mor snakket som om hun hadde gjenopprettet eller gjenfunnet den tapte kjærligheten til barnet sitt, til meg. Når mor forteller om sitt ønske om at jeg skal sette meg ned i «*roden og freden*», se oss sammen og at kjærligheten kan strømme mellom oss, uten hinne og hinder, høres det ut som et ærlig ønske fra mor. Et ønske hun hadde for seg selv og for meg.

Så er det annerledes for meg. Som jeg sier i samtalen. «*Jeg kan ikke eie at jeg har hatt deg som mor*». Jeg ønsker også med denne gjengivelsen å vise betydningen av forsoning, av selvheldelse og å eie sin egen sannhet, uten skam og skyld. Både fra min mors side, men også fra min. Jeg oppnådde gjennom bearbeiding av mine tilknytningsbrister det jeg dypest sett har trengt - å oppleve meg elsket - og kunne således fri fra meg fra det umulige paradokset jeg har levd i, i forhold til min mor. Frykten for tilknytning, og samtidig frykt for tap av tilknytning. Samtalen viser også verdien av å si det som det er, til den det gjelder. Den forteller om to virkeligheter som på ingen måte samsvarer. Om en mors bekreftelse av svik, men også viktigheten av å få den bekreftelsen, for meg. Det var av betydning at den som sviktet tok på seg ansvaret, erkjente sviket og dermed anerkjente at det ikke var min skyld.

Tillitsbruddet kunne ikke gjenoprettes i denne primære relasjonen. Sviket var for stort. Bristen for dyp. Kanskje er det også en dyptliggende erfaring av at det ikke skal gjenoprettes her. Å gå dit, lengte dit, søke dit, ville dit, tro det kan repareres der, er for krevende for hele systemet. Triggende. For innerst inne ligger frykten - erfaringen av å bli forlatt, av svik. Kan det være slik at det er selvivaretakende å ikke åpne det rommet mellom oss?

4.2.2 Narrativ. Frykten for avvising og frykten for tilknytning (auditivt).

[Spill av ved å følge lenken](#) (Christensen, 2021g).

Denne historien omhandler tilknytningsskriket som slippes fram og slippes fri fra mor. Skriket og den voldsomme kroppslige erkjennelsen av avvisningsfrykt, eksploderte i en kulminasjon av det tilbakeholdte. Kroppen tok over og slapp opp for en livslang oppdemmet flodbølge. Jeg kan nå tenke om det som en fortsettelse av bevegelsen som tidlig ble stoppet. Tilknytningsskriket som ikke ble møtt den gang jeg var nyfødt, og som stoppet, slapp seg fram med ny kraft. Dette var en sunn respons. Kroppen fortalte meg at her er jeg ikke trygg.

Den gav en rystende innsikt i den dype redselen som har levd i meg, i relasjonen til mor. Frykten for avvisning. Jeg har vært livredd.

Historien viser at den som er opphav til skade og brister, ikke er den som kan trøste. Og at reparasjon var for sent. Jeg kunne på ingen måte trøstes av mor. Denne opplevelsen denne dagen - var en døråpner. Dagen innsikten kom, kunne jeg også for godt gi slipp på håpet og å forstå med hele meg (systemisk), at helningen måtte finne sted et annet sted.

Min erfaring var at noe annet måtte inn. En annen måtte inn. For at den helende reparasjonen kunne finne sted, måtte en annen stille seg til disposisjon. Tilstedeværelse, nærhet, empati og kjærlighet måtte erfares på nye måter, i en annen relasjon.

Når barnets tilknytningsskrik ikke blir hørt, besvart og forblir uforløst, medfører det konsekvenser. Herav traumediagnoser, symptomer og graden av disse, atferd og responser som følge av uintegreerte hendelser. Et overaktivert alarmsystem utvikles når barnet opplever det overveldende og uhåndterlig, uten påfølgende regulering, støtte og trygghet. Og etter hvert kan barnet utvikle svært skadelige strategier for å håndtere dette. Reguleringsevners spennvidde og fleksibilitet formes av barnets erfaringer fra tidlig samspill med omsorgsgiver. Andre-regulering anses som den viktigste oppgaven en omsorgsgiver har. Sensitiv andre-regulering innebærer å være inntonet mot spedbarnets følelsesmessige tilstand og atferd, gripe inn og gjenetablere velbehag når barnet er frustrert eller gir uttrykk for ubehag (Nordanger & Braarud, 2017, s. 29-30). Det er, når disse erfaringene ikke er integrert hos det tilknytningstraumatiserte barnet, det samme en behandler må tilby. Det er behandlerens oppgave å holde også «det voksne barnet» innenfor toleransevinduet via de samme foreldreegenskapene.

Om jeg skulle ha kommet dit at jeg opplevde meg elsket av mor, viser historien at frykten for igjen å bli avvist og forlatt, er grunnleggende «systemisk» og kroppslig forankret. Jeg tror ikke det hadde vært mulig for mitt system noen gang å oppleve, kunne ta inn, å være elsket av min mor. Så store konsekvenser fikk det for meg.

Min opplevelse er at vi kom så langt vi kunne. For meg måtte noe nytt inn. En annen person måtte inn og bidra til at min erfaring av å knytte meg til, kunne erfares. En «ny mor» måtte gjeninnsettes. En ny primærrelasjon etableres. En indre «god mor», «en god forelder». Mitt tilknytningsskrik ble møtt da jeg opplevde meg elsket – som jeg fikk oppleve i møte med min traumebehandler. Jeg vet intellektuelt og kognitivt at min traumebehandler ikke elsket meg. Men jeg *opplevde* meg elsket, slik et barn gjør, gjennom de ferdighetene og faktorer en trygg forelder tilbyr barnet sitt.

Helning av mine tilknytningsbrister fordret at jeg måtte våge å åpne så langt inn, at jeg i glimt erfarte å være så liten som den gang. Så totalt overlatt den andres omsorgsevne, at hengivelse kunne finne sted. Jeg våget gå så dypt som det krevdes, for å møte meg selv som det tilknytningsskadede lille barnet. Åpne for erfaring av å la meg bysse, la meg holdes i den andres oppmerksomhet. Erfare det annerledes enn den gang. Jeg tror det er slik, at dette bør eller må, og er mest hensiktsmessig erfares et annet sted.

Hvordan kan behandlere gå i møte med det lille barnet som har så dype erfaringer med svik? Hvordan skape vekstrom for å undersøke tillit og rom - for å undersøke muligheter for å knytte bånd? Hvordan kan terapirommet bli et sted for nye erfaringer for barnet som har måttet klare seg alene? Hvordan kan behandlere gjøre dette uten kjærlighet? Æmhet? Godhet? Vennlighet? Jeg er overbevist om at æmhet, godhet, kjærlighet og tid er nødvendige nøkler inn til å trygge og bygge tilknytning, når barnet er som mitt barn var. Overlatt, forlatt, forsømt. Livredd.

Kan behandlerens empati og tilstedeværelse muliggjøre ny kjærlighetsopplevelse og trygg tilknytningserfaring hos den tilknytningsskadede pasienten i behandlerrelasjonen?

4.3 Å bli til i møte med behandleren - det forløste barnet.

4.3.1 Innledning

«I want you here, close and near, even though it scares me so.

Love is what I need to help me know my name.

I need a hand, please help me understand.

My sorrow, that's so hard to bear.

My sorrow, that I long to share.

My sorrow, can you meet me there?

'Cause my sorrow needs your care» (Christensen, 2021h).

[Lytt til "Sorrow" ved å følge lenken](#)

Denne delen av oppgaven handler om en behandlerrelasjon som har hatt stor betydning for meg. Jeg skriver om empati, tilstedeværelse og kjærlighet i terapi. Jeg skriver om min erfaring av kjærlig nærvær. Om traumebehandleren som den «gode forelderen». Om overgivelse til lengselen som ligger som en påtrengende livsnerve, og som forløses. Om overgivelsen fra redsel og frykt, til trygghet og tilknytning. Om å bli til i en annens blikk. Om å våge slippe den andre inn - helt inn, og erfare at den andre går med, og er til stede. Som ikke viker, men tåler. Er sammen med – ikke lenger alene. Jeg inviterte min traumebehandler inn til refleksjon/dialog i forbindelse med oppgavens forskningsspørsmål. I dialogene presentert videre er jeg summen av stemmene, både som traume- og pasienterfarer, men også som yrkesutøver og faglig refleksjonspartner. Jeg viser til metodedelen der jeg beskriver om innsamlingen av empirien her. Jeg henter inn elementer fra teoridelen og belyser dette gjennom utvalg av passasjer i dialogen mellom traumebehandler Trine Kjellmo og meg. Dialogutsnittene utdyper drøftingen av oppgavens forskningsspørsmål. I dialogen siteres Trine som (T) og jeg som (SS).

I fortellingen jeg deler med deg i «det forløste barnet», tar jeg deg med inn i en relasjon som har vært av uvurderlig betydning for meg. I møte med Trine erfarte jeg å få det jeg trengte for å bli den jeg er, og er ment å være. Jeg opplevde å bli til i møtet med Trine. For meg vil det alltid være noe helt unikt og spesielt med Trine. Det er noe i hennes væren, hennes personlighet, kanskje også noen personlige egenskaper, som er helt unike for meg. Min kjærlighet og takknemlighet for Trine, og hennes helt unike plass i mitt hjerte og system

skinner gjennom i fortellingen, i dialogen mellom Trine og meg, i deler av teksten som omhandler vår relasjon, og om hennes betydningsfullhet som min traumebehandler. Så er mitt ønske å få tak i elementer fra vår relasjonelle pasient- og behandlererfaring, som kan være av betydning, ut over oss to. At leseren kan hente noe ut av mine livsendrende erfaringer i møte med Trine, som kan ha betydning.

Det gode blikket - en kur mot usynlighet

Blikket til andre er fylt med informasjon. Det kan være mykt eller hardt, varmt eller kaldt, avvisende eller forståelsesfullt. Vi *blir til* i blikket til betydningsfulle andre, og er avhengig av denne speilingen for å forstå oss selv og våre omgivelser. Blikket har derfor en helt spesiell betydning i barnets utvikling. Gjennom blikket til foreldrene blir barnet kjent med sine omgivelser. Når det gode blikket uteblir – vokser ikke trygghet, tilknytning og egenverdi frem (Hørthe, 2018). Ifølge forskning er øyekontakt den viktigste metoden sansene våre benytter for å knytte oss til andre, og synes å fremstå som den aller viktigste tilretteleggeren for samstemthet og kontakt (Fredrickson, 2013, s. 32).

4.3.2 Narrativ. Det forløste barnet (auditivt)

[Spill av ved å følge lenken](#) (Christensen, 2021i).

4.3.3 På samme bølgelengde, tilknytning og samstemthet

«People will forget what you said, people will forget what you did, but people will never forget how you made them feel» sier Maya Angelou ifølge Banitt (2019, s. 3).

I følge Banitt (2019, s. 13), defineres kjærlighet som en nødvendig nevrobiologisk prosess for mennesket. Når barn blir fratatt kjærlighet, oppstår det psykiske, mentale og noen ganger fysiske brister og skader, og utviklingen av trygghets- og tilknytningssystemet rammes og forrykkes. Det argumenteres for at behandleren må gi de nødvendige forholdene for «kjærlig» reparasjon, gjennom *limbisk resonans* - hjernekreftene som fremmer trygghet, tilknytning og kjærlighet i og mellom mennesker. Videre at det vi er og gjør i relasjonen, har større betydning enn noe annet aspekt av menneskelivet.

«The meeting of two personalities is like the contact of two chemical substances: if there is any reaction, both are transformed» sier Carl Jung, i Banitt (2019, s. IX).

I relasjon kan dype sår heles. Jeg har i denne oppgaven valgt å løfte frem empati, tilstedeværelse, kjærlighet og behandlerens overførbarhet av foreldreegenskaper i møte med det voksne tilknytningsskadede barnet, som de viktigste endringsfaktorene. En utvidet bevissthet om empati, tilstedeværelse og kjærlighet kan vitne om det sårede – men også det helende. Disse «myke» ferdighetene er vanskelig å måle, men ved at behandleren kultiverer disse ferdighetene i seg selv, kommer det pasienten til gode. I å forbedre egne ferdigheter, fordrer det at behandleren også må ta og ha et ærlig blikk på seg selv, ikke bare på pasienten (Banitt, 2019, s. 9).

Siden tilknytning er nøkkelen i traumearbeidet med tilknytningsskadede, er det et stort behov for økt kunnskap om empati, tilstedeværelse og kjærlighet i behandlingsmøtene. Å tilegne oss en utvidet evne til å forstå bruk av medmenneskelighet, klokskap, empati, tilstedeværelse, betydningen av å tilknyttes og kjærlighet i behandling av relasjonstraumatiserte (Banitt, 2019, s. 15).

SS: I teoridelen om kjærlighet viser jeg til Perry og Ablon. De er tydelige på at vi må møte relasjonsskadede barn med kjærlighet.

T: Det er et veldig godt utgangspunkt. Mener de barnet i den voksne?

SS: Slik mener jeg det kan forsås. Å møte barnet i den voksne med kjærlighet. Når jeg kommer til behandling som voksen, så er jeg fortsatt det relasjonsskadede og svikta barnet. Det er barnet som ble rammet. Jeg kommer til behandling som voksen med ulike symptomer, med opprinnelse i ubearbeidede og uintegreerte traumeopplevelser.

De sier at kjærlighet er den viktigste og sterkeste forandringsagenten. Du snakker selv om «the gleaming in the mother's eye». LOVE 2.0. snakker om «positiv gjenklang». Begge utløser at positive følelser oppleves og gir en god og fin indre fornemmelse. Jeg opplevde det med deg, at det nådde inn til noe som var utilgjengelig for meg selv, men som lå ferdig også i meg – i den biologiske lengselen.

Det er hva som ligger i dette, jeg er interessert i å finne mer ut av. Som jeg opplever at du er bærer av. Som sterke, tydelige og kraftfulle egenskaper hos deg. Jeg tror ikke man kan utøve

empatisk kommunikasjon, empatisk handling, empatisk lytting og alt det som tilhører begrepet empati, og utelukke kjærlighetsbegrepet. Dette som skaper kontakten. Til meg - i meg, og med meg for deg. Det å føle meg sett, føle meg følt og å kjenne meg kjent, som jeg opplevde med deg. At du gikk med meg inn i mine historier. Det jeg kaller det empatiske nåøyeblikket. Blikket ditt, for eksempel. Jeg har aldri opplevd at du har veket med blikket eller sluppet meg med blikket; du har tålt, stått ved og holdt meg åndelig, mentalt, fysisk og psykisk.

T: Man kan være skolert, ha evnen til å forstå en del, ha ferdigheter og kvaliteter. Men uten innlevelse, forstår man ikke ordentlig. Du kommer ingen vei med en teknisk forståelse i møte med psykisk lidelse. Du må ha innlevelse for å kunne gi den andre følelsen av å være forstått. Det fordrer empati. Men tenker du at dette går utover empati? Er ikke empatibegrepet fullstendiggjørende nok? Har man empati, så er det både mentalt å kunne sette seg inn i den andres sted, å klare forstå den andre innenfra, og evne å leve seg inn i. Men det er også en følelsesmessig inntoning. Det er ikke bare en teknisk mental forståelse, men også en følelse som gjør at man ofte får en godhet for den andre. Hvordan tenker du kjærlighetsbegrepet favner noe mer spesifikt enn empatibegrepet?

SS: Jo, fordi kjærlighet forteller meg noe helt annet om min tilknytning eller evne til å finne frem til det i meg. At det kan finnes til og jeg kan kalle det kjærlighet. Da kan jeg få tak i kjærligheten i meg. Kjærlighet retter seg følelsesmessig til, mot og for et annet menneske. Empati er noe som kan tilhøre meg selv som en verdi, ferdighet eller egenskap.

Det er viktig at jeg blir anerkjent på det. Jeg ble glad i deg jeg, Trine. Jeg opplevde å savne deg, at jeg trengte deg. Jeg fikk til å føle noe i livet mitt og fikk kjenne på en trygghet overfor et annet menneske, som jeg ikke hadde kjent på tidligere. Dette mener jeg at vi som utøvere i psykisk helsevern må våge å snakke med pasientene våre om. Jeg hadde ønsket det, gjennom alle årene og med mange behandlere - at behandlerrelasjonen ble adressert.

T: Mener du at behandleren skal være opptatt av hvordan pasienten opplever behandlerrelasjonen?

SS: Ja, behandleren skal være opptatt av hvordan pasienten opplever denne relasjonen og dens muligheter. Eller mangel på. Å bruke relasjonen mer tydelig, adressere den og hva som oppstår i den som en mulighet i, og med reparasjonsarbeidet. Jeg hadde ikke opplevd det før jeg traff deg, at vår relasjon og det som skjedde i meg i møte med deg fikk plass, eller ble adressert. At jeg kunne uttrykke din betydningsfullhet for meg, si høyt til deg, når vi sto ved

tavla på kontoret ditt, at jeg elsket deg. At du ble mer enn en forelder, lærer, mentor - at jeg i «mitt system», følte meg helt trygg og uredd sammen med og hos deg.

T: Var det det tror du? At du følte det har vært rom til å kunne si det?

SS: Ja. Jeg «fikk lov» å føle, kjenne og bli glad i, uten skam. Følelser som liksom ikke tilhørte denne relasjonen, men verden utenfor terapirommet. For det er nettopp i relasjonen med deg, at jeg har fått oppleve og erfare nye relasjonelle ting.

Hver interaksjon jeg hadde med min traumebehandler, gav oss begge muligheter til bevegelse. Resonans, respons, kontakt. En behandler som selv har trygg tilknytning integrert, mener Banitt (2019, s. 76-79), kan videreføre trygg base til pasienten så tilknytning til behandler oppstår. Jeg opplevde en engasjert, autentisk og genuin behandler, der behandlingsstilen og holdningen ikke opplevdes objektivisert og i gjøren, men i en gjensidig være.

Dette involverer at behandler både må være klar over mine behov og følelser, og kommunisere denne bevisstheten tilbake til meg. Min mors svik og forsømmelse, og i tillegg krenkelser, overgrep, og andre mellommenneskelige traumer jeg gjennomlevde i barne- og ungdomsår, oppsto i en tilstand som ikke svarte til mitt behov som barn. Av alle primater, tar utvikling av trygghets- og tilknytningssystemet hos mennesker, lengst tid. Hjernen min kunne rett og slett ikke utvikle seg godt i all sin sosial-emosjonelle-intellektuelle kompleksitet, uten den tiden denne utviklingen tar og skal ta, i et godt tilpasset foreldreskap. Inntonende foreldreferdigheter er; observasjons- og perseptuelle ferdigheter, engasjement, kommunikasjon, tilstedeværelse, oppmerksomhet, varme, ømhet, nærhet, kontakt, trygghet og beskyttelse (Banitt, 2019, s. 79). I sum det jeg vil kalle KJÆRLIGHET og som ifølge LOVE 2.0. er hjørnesteinene i kjærlighetsbegrepet; positiv gjenklang gjennom kontakt, trygghet og samvær (Fredrickson, 2013, s. 30-37). Det viktige for meg i møte med min traumebehandler, var en opplevd gjenkjennelse og anerkjennelse av «positiv gjenklang», når den oppsto. De mangfoldige muligheter denne gjenklangen åpnet for, var en enorm kilde til reparasjon i pasient-behandlerrelasjonen i min traumebehandling. Kjærlighetens tilstedeværelse eller fravær i livet har betydning for alt vi føler, tenker, gjør og blir.

SS: Å sitte med den erfaringen jeg har, i møte med mange behandlere før deg og hvordan behandlerrelasjonen ble forvalta, var med på å opprettholde lidelse og skade hos meg. Det opprører meg sterkt, og jeg ser det hver dag i min egen jobb hvor farlig det oppleves for brukeren å knytte seg.

T: Ja. For det er å farlig å knytte seg.

SS: Det er farlig å i det hele tatt kjenne noe som helst for noen, fordi frykten for avvisning er så stor. Det skjer ikke endring, fordi det ikke erfares noe nytt der en går for å få hjelp. Så jeg syns at feltet har en manglende innsikt i å ta det med relasjonell bånddannelse på alvor, at det skal knyttes.

T: Der har du et veldig godt poeng. Og det er utrolig viktig. Akkurat som en trenger å være fleksibel som forelder. Jeg må ha fokus på at pasienten må være innenfor sin komfortsone og sitt toleransevindu. Jeg må jobbe for at personen skal kunne være trygg, og å være autonom. Dette intuitive og sensitive.

SS: Anstorp og Benum sier at det er det mellommenneskelige og kvalitetene ved behandleren, som er selve terapien i traumebehandling. Jeg har erfart det slik. Ja, vi må skape trygg base og trygg havn for pasienten. Men hva er det egentlig? Hva er opplevd tillit og hva er tillitsbrudd? Pasienten bærer mange mistillitserfaringer og med konsekvenser av hvordan det har gitt utslag. Det som er rammet, har skjedd i relasjon og en bli bærer av store kjærlighetssvik. Det er kjærlighetsbristene som skal repareres. Derfor er det viktig å snakke om kjærlighet også. I tidligere behandlererfaringer opplevde jeg meg fanget i masse utrygghetsfølelser, som opprettholdt dette med tilbaketreking, avstand, isolasjon og skam. Teorien forfekter at behandleren skal være «mind to mind», «testing ground» og et «veksthus» for pasienten. I tillegg skal behandleren «make amends» for alle tidligere negative kjærlighetsopplevelser og kjærlighetssvik! Pasienten bør da, gjennom behandlerrelasjonen, oppleve og erfare en ny, god og trygg tilknytnings- og kjærlighetsopplevelse. Jeg tenker at tilknytningsopplevelse rommer kjærlighetsbegrepet. Å utvikle en utrygg tilknytning springer ut fra kjærlighetssvik.

T: Det var et godt ord på det. Det er jeg enig med deg i.

SS: Så hvorfor kan vi ikke snakke om det sånn? Hvorfor kan ikke dette overføres til å anerkjenne kjærlighetsopplevelsen min da? I at jeg kjente at det skjedde noe i min opplevelse av trygghet! Du hjalp meg, viste vei, sendte meg ut på utforskningsarenaer i meg selv. Jeg løp tilbake til deg. Du trygget, du fikk reaksjoner ned, du regulerte, tok meg inntil. Det var sånn det kjentes i meg – hvordan jeg ble tatt imot og møtt. Selv om jeg ikke krøp opp i fanget ditt, sånn fysisk, så opplevde jeg det sånn. At jeg fra den største frykten - og ikke vite hvordan jeg skulle håndtere disse overveldende følelsene inni meg, så tok du meg tilbake igjen, til det trygge «her og nå», for så å sende meg ut igjen. Disse erfaringene fikk jeg i tiden hos deg, som

jeg ikke fikk som barn. Du har aldri sluppet meg, du har vært den trygge forelder som hele tiden har kunnet «tone deg inn», inn til meg. Så empati, å kommunisere og handle empatisk, å evne tilstedeværelse er slik jeg har tenkt og reflektert om dette, vært de avgjørende faktorer som mitt system oversatte til opplevd kjærlighet og erfaring av trygg tilknytning. Jeg tror ikke empati og tilstedeværelse er tilgjengelig, uten at en som menneske grunnleggende sett har noe kjærlig og ømt i seg.

T: Det kan jeg følge deg på.

SS: Så da tenker jeg at det er noe grunnleggende i deg og din personlighet som er bærer av mye av det empatien rommer. For eksempel fleksibilitet og tillit. Tillitsbegrepet er sammensatt og når vi spør; føler du deg trygg – ja/nei? Det er for enkelt å snakke om det på den måten. Alternativene visste jeg ikke om selv! Jeg ble utfordret på hva tillit omhandler. Jeg kan ha tillit til noe, men ikke i alt. Det var ikke slik at jeg enten følte tillit eller ikke. Jeg kunne ha tillit til at du hadde faglig kunnskap, at du visste noe om hva jeg trengte å vite, og da kunne guide meg til å forstå meg selv på nye måter. Jeg hadde ikke tillit til, og var livredd for hvordan du skulle reagere om jeg fortalte deg om de stygge hemmelighetene eller det vonde jeg bar på. Og i neste øyeblikk kunne jeg igjen kjenne tillit - fordi jeg erfarte at du hjalp meg i gang, beredte grunnen. For jeg klarte det ikke selv. Hvor mange ganger har jeg ikke sagt «jeg vet ikke». Det jeg visste med hele meg, var at hele «systemet» var i full fyr. Det er ikke noe språk eller ord da. Det kobles ut. Men du snakket til «kroppen min». Dette handler om, slik jeg forstår det, både det empatiske og tilstedeværende hos deg. Den som fikk meg inn til trygg havn, å gjøre orda tilgjengelig.

Tilknytnings- og traumeparadokset ble veldig aktivert og tydelig for meg: å kjenne tillit og samtidig frykten for tapet av tillit. Å kjenne trygghet og samtidig frykten for tap av den tryggheten. Å kjenne gode følelser og samtidig frykten for at det skulle bli borte, tatt i fra meg. Bli ødelagt og smertefullt. Å kronisk leve i dette spennet er utmattende og tar utrolig mye plass og krefter. Dette satt så dypt og ble definerende for min utvikling av identitet, disse samtidige umulige følelsene å forene. Dette bar jeg også med meg i møtene med behandlere og hjelpere i helsefeltet. Det er dette jeg mener må adresseres i mye større grad. Dette vågemotet må komme fra behandlerne.

T: Ja. Jeg tenker at det du sier der, er så viktig. Pasienter som åpner opp og viser sårbarhet, vil være redd for at jeg på ett eller annet tidspunkt ikke lenger rommer det, kan ta det imot eller være redd for min avvisning. Det er forskjell på hva pasienter trenger og hvordan

behandlere gjør det. Skal pasienten anerkjennes ved at han/hun kjenner trygghet, tillit og kjærlighet? Ja, selvfølgelig må de det. Noe annet er jo helt feil. Men å kreve at behandlerne skal kjenne en kjærlig følelse.... ?

SS: Det er ikke det jeg sier.

T: Jeg tror det holder med godhet og engasjement.

SS: Men det tolker jo mitt system som kjærlighet! Å oppleve din godhet og engasjement, er for meg å bli sett. Det å få din fulle oppmerksomhet. Jeg uttrykte det under vårt foredrag sist: «å være i et annets menneskes fulle oppmerksomhet, er den største kjærlighetsgaven jeg har fått». Så tilstedeværelsen, evnen til empati som jeg opplever du ga meg hele veien, det opplevde jeg som kjærlighet.

T: Du gjorde det ja?

SS: Det å være i din fulle oppmerksomhet på den måten – med summen av deg og dine ferdigheter og egenskaper da, er det jeg prøver å bryte ned. Hva handler det egentlig om? At jeg opplevde dette så annerledes enn mange år med ulike behandlere før deg?

T: Ja, hva tror du egentlig er forskjellen?

SS: Da skal vi tilbake til gyldiggjøring av kjærlighetsbegrepet.

T: Hm.... Det at vi er født til tilknytning og kjærlighet, har du 100 % rett i. Og jeg tror at terapi må være arenaen der man får korrigert disse negative opplevelsene og tankene om seg selv, som skadene har påført. Jeg tror at skal du virkelig heles i relasjonsskader, så må du få den følelsen som et barn hadde, den følelsen at du er akseptert - du er god nok. Da må behandleren se på deg som det.

Gode behandlere utvikler helbredende kvaliteter og ferdigheter, inkorporerer visdom, kunnskap om seg selv og er dypt empatiske og tilstede og ser dette mer innflytelsesrikt og potent, enn bestemte teknikker eller metoder. En god behandler har perfektionert sin evne til å skape gode rammeforhold og relasjon, der pasienten føler seg trygg, tilknyttet og opplever helning. Siegel, ifølge Banitt (2019, s. 11), definerer god omsorg i de fire S'er: seen, soothed, safe and secure (sett, beroliget, trygg og beskyttet). God omsorg som dette gjelder i ethvert omsorgsforhold, foreldre-barn, familie, partnere og venner, men også i behandling. Å opprettholde en trygg tilknytning mellom individer er det nødvendige grunnlaget for helning.

Dyp empati og tilstedeværelse

Kvalitetene dyp empati og tilstedeværelse er i min erfaringsverden, fra perspektiver som både pasient og yrkesutøver i psykisk helsefelt, de viktigste egenskapene og ferdighetene hos gode behandlere. Min opplevelse av dyp empati og tilstedeværelse fikk meg til å føle meg vel i min traumebehandlers nærhet - som en mild, varm sommervind mot kinn. Ved å bli møtt empatisk visste jeg umiddelbart at jeg var i kontakt med noe menneskelig, og som kan beskrives som varme, oppleve meg sett, holdt, rommet, forstått, og igjen- som kjærlighet. Dyp empati i møte med pasienter, fremkommer gjennom evne til kognitiv, kroppslig og intuitiv inntoning. En behandler som har slike ferdigheter, har mye å tilby traumepasienten (Banitt, 2019, s. 139).

«For meg er du vind, du er varme. Du er armer om kroppen min. Og jeg lar meg favne, lar henne vise meg styrken sin» (Christensen, 2021j).

[Lytt til «Visa om vinden» ved å følge lenken](#)

Slik jeg forstår det, så er empati i seg selv helbredende og er et av de mest potente aspektene i terapi. Fordi den frigjør og den er bekreftede. Hvis jeg opplever meg sett og forstått, opplever jeg tilhørighet til den andre. I følge Banitt (2019, s. 141), er tilnærming til empati ikke teoretisk, metodisk, mekanisk eller instrumentell og intellektuell, men en intuitiv og varm tilnærming.

SS: Er dette egenskaper og ferdigheter hos behandleren som kan ha særskilt betydning for den tilknytnings- og relasjonsskadede pasienten? Hvorfor er empati, tilstedeværelse, kjærlighet, tillit og tid så viktig?

T: Jeg tror det aller viktigste for denne pasientgruppa, er behandlerens tilstedeværelse. Og kunnskap, som forklarer og normaliserer. Kunnskap om hvordan symptomer henger sammen for å kunne gi trygghet. For å kunne vise til en vei ut eller videre. Det er et så smertefullt landskap å være i, så jeg tror det med tilstedeværelse hos deg i den smerten, er essensielt. Jeg tenker ikke jeg er mer kjærlig enn andre, men er det noe jeg er bevisst, er det min tilstedeværelse i alt jeg gjør. Og jeg tror sensitivitet følger med tilstedeværelse. Jeg har også en god hukommelse og husker historiene du forteller. Og grunnene til dette er at jeg er ekstremt konsentrert, fokusert og tilstede. Jeg lytter nok ganske intenst, og jeg tror det kan gi deg følelsen av å bli forstått. Jeg trekker linjer og ser sammenhenger. Jeg husker scener du

har fortalt, og kunne malt et bilde av det, med alle ingrediensene. Slik får jeg mange knagger. Jeg opplever at det har med respekt å gjøre, det å lytte.

SS: Kanskje det er det jeg har følt og kjent annerledes da? At du var så tilstede hos meg, er den tryggeste og viktigste kjærligheten jeg hadde opplevd. Jeg fikk ikke det hos min mor. Din tilstedeværelse hos meg, fikk meg til å føle meg helt spesiell. Det å oppleve meg så sett, å få kjenne på følelsen av å være i «den ømme forelderens blikk». For det er vel allment? Når noen er sånn skikkelig tilstede hos deg, og ser deg - «jeg er hos og med deg». Det vil jo gi en følelse av å være spesiell, eller? For meg var det en helt ekstraordinær følelse - for «barnet» som ble avvist, forlatt, forsømt og krenket. Og det at du husker så godt! Du dro hele tiden opp nye linjer. Så sammenhenger. Sånn jobbet vi hele tiden. Det utvidet landskapet i meg. Guidet meg dit utsiktene, innsiktene og oversiktene var. Det at du, som møter så mange pasienter, likevel kunne pinpointe MEG. Igjen - det å SE meg. Så akkurat de to tingene du nevner som kvaliteter hos behandleren, spesifikt, hva var det som gjorde at jeg opplevde deg ekstraordinær i mitt liv, med så mange behandlere før deg? Det er kanskje nettopp det at du har fått meg til å bety noe i ditt blikk. Jeg har i hvert fall tolket det som at jeg betydde noe.

T: Det jo fordi jeg er genuint interessert. Det har med holdninger å gjøre. Jeg synes rett og slett det er u-empatisk å ikke være tilstede, eller bare lytte med et halvt øre.

SS: Kreativitet er kanskje også en del av empati?

T: Kanskje fordi jeg blir veldig på leting etter forklaring på symptomene, og blir en slags «detektiv», om du skjønner? Jeg er oppriktig interessert. Som når du fortalte om forskjellige episoder. Det med smerten i bena dine for eksempel. Da fikk jeg bilde av den tønna hvor du gjemte deg og satt på huk og mistet følelsen i bena. Er det en link tro? Jeg tror at grunnen til at mange får noe ut av samtalene med meg, er nettopp det engasjementet, som ikke bare er sånn medmenneskelig engasjement, men også at jeg rett og slett er engasjert og får lyst til å se på hva vi kan gjøre med det. Og det blir jeg aldri lei.

Her reflekteres det over faktorer jeg har opplevd og forstår som en kilde og kapasitet hos min traumebehandler. Denne uredde og trygge tilstedeværelsen, som møtte allting som det kom. Der traumebehandleren opplevdes integrert, stødig og komfortabel i denne «dansen», der traumebehandleren både absorberte, bearbeidet og handlet, var forberedt, og samtidig ikke forberedt på det uvitende eller ukjente. Et opplevd fokus, konsentrasjon, et her og nå, kreativitet og søken på mine vegne, virket også åpnende for min kapasitet.

Traumebehandlerens tilstedeværelse beveget seg fra det tidligere behandlingserfarte overflatiske, til et dypere lag av intersubjektivitet. Det gjorde at jeg opplevde traumebehandleren menneskelig, at vi var likeverdige og sammen om det samme. Ved å kjenne, og å være komfortabel med seg selv, blir traumebehandleren i stand til å sette ord på det den oppdager, kommunisere dette og gjør det tilgjengelig og forstått i meg og mellom oss (Stanley, 2002, s. 936-937).

SS: Jeg opplevde det så sterkt. Å kjenne meg kjent og føle meg følt. Av deg.

T: Ja, og jeg føler at jeg er der med deg.

SS: Så apropos empatisk kommunikasjon og terapeutisk tilstedeværelse. Du evnet å formidle det tilbake til meg. At du var der med meg. Det er jo helt essensielt, at jeg opplevde at du kommuniserte det tilbake til meg, sånn at jeg kunne eie det. At jeg var i trygg havn, trygg favn. «Jeg ser deg, jeg anerkjenner deg, jeg er her med deg». Det er jo det som er «cluet» Trine, sånn «down to basic», og som har vært så annerledes med deg. Nettopp det du sier nå, at du har en så levende billedliggjøring av å være tilstede ved sia mi, og at jeg opplevde det sånn.

T: Jeg står ved siden av deg, jeg gjør det.

SS: Og det har du også fysisk gjort. Sittet nært og trygget meg. Når vi jobbet med å bearbeide overveldende traumeminner, ble jeg tryggere jo nærmere du var. Du holdt meg på armen, og slapp aldri når jeg trengte og bli holdt til kontakten, her og nå. Berøring, trykk – helt fysisk kjenne din tilstedeværelse på kroppen. Å ikke være alene.

Dette er sterkt å snakke om Trine. Nå er vi til kjernen. Det at du var til stede, gikk med og var med meg - det klarte du å kommunisere. Dette jeg kaller empatisk væren – og det jeg prøver å tydeliggjøre og mener er overførbart til alle som jobber med mennesker. Det mellommenneskelige, kjærlige, empatiske og tilstedeværende nå-øyeblikket som en helende verdi.

Du var den første som fikk meg til å oppleve at jeg ikke lenger var alene i det vonde landskapet og emosjonelle ødelandet jeg hadde gått i aleine, over mange år. Jeg kunne lene meg til deg. Lengselen etter at noen beskytta meg, var der for meg og hos meg, ble møtt.

Det er harde forsvarsstrategier. De sitter sterkt. Det å stole på noen, å ha tillit, det kommer vi ikke lett til. Det er lite tilgjengelig, selv om en ønsker og søker det aldri så mye. Det er

traumeparadokset vi lever i. Vi lengter så etter og vi vil det så gjerne, men får vi tilbudet, klarer vi ikke velge det. Det er ikke mulig å stå i det spennet der. Gjennom din empati og tilstedeværelse opplevde jeg å bli holdt. Det nådde inn til det som også lå klart, rent og ferdig i meg. Der den biologiske lengselen, dypt nedfelt i hjernestammen og som kanskje bare er tilgjengelig igjennom sansene. Når hodet, strategiene og de strukturene som har blitt skapt i forsvaret, ligger som sånne store «skott» i mellom meg og en annen, så bør gode behandlere klare nettopp det - «å holde i handa».

T: Mentalt.

SS: Ja. Men det skjer jo også følelsesmessig, at jeg kan lene meg til og ikke føle meg alene!

T: Ikke fysisk holde i handa, men følelsen av å ikke være alene, det med å være støttende. Jeg kommer ikke på noe bedre ord enn det å mentalt holde handa.

SS: Men kan det begripes at det reelt kan oppleves sånn for meg, å bli holdt i handa?

T: Holdt i handa eller holdt rundt?

SS: Opplevelse av begge deler kanskje? Å oppleve meg beskyttet. Ivaretatt. Av noen større, sterkere og klokere enn meg selv. Å kunne få være det lille såra barnet. I din guidede meditasjon med meg, før vi avsluttet timene, da var du nettopp det. Du leide meg ned til vannet. Jeg kunne slippe handa di, gå uti å prøve selv, mens du sto der i strandkanten og passet på meg. Du var i mitt sideblikk hele tiden og stemmen din som sa: «dette går bra, bare kos deg og slapp av og kjenn og føl vannet mot kroppen din. Du er trygg – jeg passer på deg». Oiameg! Jeg har mange ganger gått til deg, mentalt, for å hente inn trygghet og komme tilbake til trygg favn, trygg havn. Å hentet opp igjen følelsen av at det er trygt - jeg er ikke alene. Verdifullheten av å ha et sted å komme til som representerer det, var for meg omprogrammerende i trygghetssystemet mitt.

T: Ja, det er et viktig poeng.

SS: Og erfare igjen og igjen, helt kroppslig, at jeg kunne komme løpende til deg uten å bli avvist.

T: Det er jo det som skal være den trygge havnen, det er derfor den er trygg, at den ikke avviser.

SS: Det er noe av det jeg tror har vært med på å skape den bånddannelsen og tilknytningsfølelsen. Jeg har løpt til deg som ettåring, toåring, treåring, fireåring, femåring igjen og igjen - tilbake til der jeg har følt meg holdt i handa, beskyttet og «det går fint, det går bra». At affekter og frykt her og nå, bunner i tidligere hendelser, erfaringer og reaksjoner – og at «det er gammelt». Jeg hadde denne visualiseringen med meg hele tiden, at du var ved sida mi. Jeg kunne kjenne avtrykket av at jeg ble holdt og at du var fysisk nær, tett ved sida mi, når jeg gjenopplevde overveldende traumatiske, kroppslige reaksjoner. Det var en fysisk erfaring - å ikke være alene. Det er et kroppslig avtrykk i meg, som ble veldig sterkt. Både på det som var vanskelig i traumebehandling, men også avtrykket av det som jeg kan kjenne og føle, OG som varer ved, når kontakten er brutt.

T: Så husker du det?

SS: Ja, det er jo nettopp det å kunne hente deg opp igjen og at det blir trygt. Knutemenneske mitt kaller jeg deg. Tilknytningen - det er. Det ble ikke borte – det varer ved. Det kunne bære og holde meg til livet, når det var som mest uutholdelig og smertefullt. All erfaring før deg, var redsel og frykt. Jeg tilknyttet meg ikke, da erfaringen var at den ble brutt, eller jeg ble forlatt. Jeg er et annet sted i forhold til tilgang til eget tilknytningssystem, trygghet og tillit til mennesker og relasjoner nå. Ikke bare i hodet, for nå er jeg i både kjenne, skjønne, og i kropp. Så det med reparasjon - det er systemisk.

Det er evidens for at «min følte følelse», føles av traumebehandleren. Og som terapeutisk tilstedeværelse innebærer, også er grunnlaget for tilknytning og forståelse av andre. Denne opplevde og erfarte inntoningen – at jeg «føler meg følt», påvirker min fysiologi gjennom beroligende følelser, og av tryggheten som fremkalles når en føler seg møtt og forstått. Teorien om terapeutisk tilstedeværelse antyder også at tilstedeværelse fra behandleren, bare er helende hvis pasienten opplever behandleren å være helt til stede i øyeblikket, og at begge parter opplever en tilstedeværelse i, og mellom hverandre. Dette bidrar til utvikling av begges relasjonelle tilstedeværelse, og som fremmer vilkårene for et «jeg–du» - møte, relasjonell dybde, trygghet og terapeutisk endring (Geller og Greenberg, 2012, s. 186).

I denne passasjen tydeliggjøres behovet for reguleringsstøtte. Den gode andre-reguleringen som etter hvert ble internalisert i meg selv. Jeg fikk erfare igjen og igjen at jeg ikke var alene. Jeg fikk igjen og igjen erfare «slik det skulle vært». Samtalen peker på terapeutiske øyeblikk av nærvær, empati, tilstedeværelse og positiv gjenklang, slik jeg viser til i teorien. At det «å

være hos, tåle og gå med deg», er av stor betydning for dannelse av nye erfaringer av å være trygg, av trygg base, av trygt rom for utforskning og utfoldelse, uten at alarmsystemet slår seg på (Anstorp og Benum, 2015, s. 66-67).

Så kan jeg tenke at det er interessant at Trine sier «mentalt holde i handa», som om det ikke er helt i orden og fysisk holde i handa. Fra mitt erfarte pasientperspektiv, var det viktig å bli holdt, kjenne hennes tilstedeværelse også fysisk. Jeg tror det er viktig – og nødvendig – at vi i større grad enn slik det er nå, våger å ta i bruk kroppene våre i terapeutiske møter. Å kjenne en hånd kan være av stor betydning. Barnet i den voksne har ikke ord. Barnet har først og fremst kropp. Barnet forstår ikke ord. Barnet forstår kontakt eller mangel på kontakt. Barnet forstår «byssing» trøst, blikk, fysisk nærhet, hjerteslag og stemme. Måten å bli «holdt av mor», danner grunnlaget for barnets evne til å kjenne egen kropp som tilholdssted for «psyken», og at denne måten å bli holdt og møtt på, danner grunnlaget for det vi opplever som virkelig (van der Kolk, 2020, s. 122).

T: Du måtte erfare det du ikke fikk som barn: tilstedeværelse, det empatiske, sensitive, varme, kjærlige. Generelt oppleve en varme i relasjonen.

SS: Kan det kjennes som ømhet eller kjærlighet?

T: Ja, det tror jeg. For det er det jeg kjenner. En varme. Jeg kjenner det som en ømhet. Som en godhet for. Jeg kan kjenne en varm godhetsfølelse for de aller fleste pasientene mine.

SS: I mine ømhetsmøter med deg oppsto øyeblikk av å ikke føle meg aleine, at jeg i øyeblikk kunne lene meg til. For meg var det også en kroppslig opplevelse. Utrygghet føles kroppslig, men også tryggheten oppleves ekstremt kroppslig. Når du så på meg med «the gleaming in the mother's eye», med ømhet da, at det speilet noe i meg. At jeg gjenkjente den ømheten. Det skjedde noe fysiologisk i mitt system, slik LOVE 2.0. beskriver. At jeg gjennom det både fikk tilgang til, og kjente gode følelser.

Jeg tenker at vi som pasienter er mye «i hodet», fordi det er for overveldende og truende å forholde seg til følelser og hva som skjer i kroppen. Så dette med empati og tilstedeværelse opplever jeg snakker forbi eller bakenfor orda og hodet, og nettopp til følelser og kropp. Gjennom sansene. Det sensoriske språket – som også er det barnet kjenner. Det var sansene mine som ble snakka til og som ble «veien inn». Min mistillits- og tilknytningsstruktur som alltid leita etter mulige avvisingstegn, falt på stengrunn. Tankemønster og indre

arbeidsmodeller satt derimot hardt, og blusset fort opp. Alarmen. Kroppslige fornemmelser er også en følelsesmessig erfaring av det som skjer i sanseverdenen. Som når du møtte meg med stemmen din, det gode blikket eller kan smile avvæpnende til meg, så skjedde det noe med hele mitt fysiologiske og biologiske system. Det gjorde at jeg kunne puste et øyeblikk der. Fordi jeg var trygg. Også i smerteopplevelsene mine kunne jeg føle meg følt og kjenne meg kjent. Smerten kom fram, fikk nye uttrykk og ble håndterbare, gjennom din tilstedeværelse hos meg. Gjennom å oppleve meg beskyttet og passet på. Jeg tenker at det var det som gjorde at jeg kunne overgi meg.

T: Tenker du på overgivelse av den følelsesmessige smerten?

SS: Ja. Tilliten til din tilstedeværelse og trygghet som lindring av emosjonell smerte. Det muliggjorde nye tilganger i meg, også tilgang til meg, for deg. Jeg synes det med tilstedeværelse er veldig vakkert – det er veldig helende. Jeg kjenner det som at jeg speiler det tilbake til deg. Du vet at jeg vet – og vi forblir og opprettholder dette tilstedeværende og helende nå-øyeblikket. Jeg kan kjenne meg kjent og føle meg følt både i det ømme blikket og at du var den JEG kjente trygghet nok til å romme og tåle meg. At jeg kunne se deg i øyna uten skam, og som ga meg følelsen, akkurat der og da, å være elsket. Som jeg tenker mora mi burde gitt meg. Som forteller meg; «jeg elsker deg over alt, barnet mitt, akkurat som du er». Det snakker til noe helt grunnleggende i meg, som jeg nesten ikke finner orda på. Det språkløse, som bare er der, sansespråket. Den lengselen som ligger i oss når vi kommer til verden – den som bare kan kjennes gjennom barnets sanser. Sanseropplevelsen som fortalte meg noe om meg, som var helt og reint - i orden og friskt. Som jeg er ment å være. Da var det fint at jeg fikk si det til deg. Hvor viktig du har vært og er, og alltid kommer til å være. Som er trygg tilknytningserfaring og reparasjon av de mange kjærlighetssvikene før deg. Du var den første erfaringen i mitt liv, hvor jeg ikke var redd.

Ifølge Geller og Greenberg (2012, s. 186-187), kan relasjonell inntoning forstås som en «hjerne til hjerne»-kobling, som resulterer i en resonans fra en hjerne til en annen. Når behandleren nærmer seg pasienten med en rolig, men engasjert tilstedeværelse, følger en prosess som innbyr til at pasientens hjerne regulerer seg mot en trygg tilstedeværelsessentrert tilstand. Dyrking av trygghet gjennom fremveksten av en relasjonell tilstedeværelse, fremmer terapeutisk effektivitet og pasientens positive vekst og endring, gjennom tre mekanismer. Relasjonell tilstedeværelse (a) letter pasientens åpenhet for å delta i terapeutisk arbeid, (b) styrker den terapeutiske relasjonen, og (c) behandler er mer tilpasset pasientens «beredskapsmekanismer» og er mer i stand til å tilby effektive og avstemte intervensjoner,

støtte og respons. Videre, over tid, sett fra den polyvagale teorien, blir pasientens kapasitet for nevrologisk persepsjon av trygghet, oppmuntret gjennom gjentatte opplevelser av en trygg tilstedeværende behandler.

Den polyvagale nerven kan forstås som en «nevrologisk bane til kjærlighet», som gjenspeiler den biologiske søken etter trygghet i relasjon til andre. Gjennom behandlerens varme, følsomhet i stemmen, myk øyekontakt, åpen kroppsholdning og med en mottakelig, anerkjennende og aksepterende holdning, opplever pasienten en rolig og trygg behandler. Derfor er det viktig å tillate pasienten og utvikle følelser av trygghet, kjærlighet og tilknytning over tid. Terapeutisk tilstedeværelse lar også behandleren tilpasse seg og gjenkjenne når pasienten ikke føler seg trygg (Geller og Greenberg, 2012, s. 184-185). Det underbygger slik jeg ser det, at det er mulig å jobbe med de kroppslige og emosjonelle responsene, og at helning kan ta plass ved å jobbe slik (Porges, 2017, s. 57).

Dine ord

Ville eg lese

Slik som dei blinde les:

Med fingertoppene,

Leite meg fram ord for ord,

Inn mot deg

(Fra «Kjærlighetsdikt» av Halldis Moren Vesaas 1994, i Kinge, 2014, s. 41)

SS: Empati er å kjenne igjen og anerkjenne emosjoner i den andre. At behandleren da må ha den evnen og den klokskapen det er å forvalte min sannhet, anerkjenne den og kommunisere det tilbake til meg.

T: Det er slik jeg også forstår empatibegrepet. Men en må tåle det å være stødig i det.

SS. Det er også et sårbart valg å velge å være empatisk. Om det er å handle empatisk, eller kommunisere empatisk, det følelsesmessige eller kognitive møtet. For det fordrer jo at du er i kontakt med noe i deg, som gjør at du kan gjenkjenne noe i meg. Slik forstår jeg din empati. Når jeg sier jeg kjenner meg kjent og føler meg følt.

T: Det som er viktig i arbeid med relasjonstraumer, er dette med frykt og skam. Og i det med avskamning må man være trygg, og da på en empatisk måte kunne gi deg den anerkjennelsen du trenger. Verbalt og nonverbalt. Gjennom empati. Ved at behandleren anerkjenner og ser deg.

SS: Dette med gyldiggjøring av kjærlighetsbegrepet da, hvis vi kan forstå det slik det beskrives i LOVE 2.0?

T: Jeg tenker at tillit er noe pasienten føler. Empati er noe i utgangspunktet terapeuten skal føle. Kjærlighet og tillit ligger hos pasienten. Tilstedeværelse hos behandleren. Jeg tror at empati og tilstedeværelse fra behandlerens side vil fremme kjærlighetsopplevelse og tillit hos pasienten. Jeg kan ikke se noen negative konsekvenser i at behandler er empatisk og tilstedeværende i relasjonen.

Diktet til Halldis Moren Vesaas speiler hva jeg søker å løfte frem og tydeliggjøre om empati. Det handler ikke om teknikk eller metode. Det er sensitiviteten, nysgjerrigheten, evne til inntoning og engasjement og å vise denne. At vi må se, lytte og høre den andre, for å lære den andre å kjenne. Uten dette, gis ikke behandleren de nødvendige forutsetninger for å få tak i «hvem jeg er». Behandleren må lete seg frem til forståelsen av pasienten. Dette fordrer følelser, intuisjon, kapasitet til å lytte og kognitiv kapasitet. Også innlevings- og kommunikasjonsevne. Hvordan denne igjen bli kommunisert vil være avgjørende for at pasienten opplever seg sett og forstått (Kinge, 2014, s. 41-43). Behandlerens empatiske respons kan hjelpe pasienten til å utvikle egne reguleringsstrategier, og skape endringer i den voksne pasientens tilknytningsmodeller (Watson et al., 2014, s. 287-295).

Empati er noe mer enn en følelseskomponent og noe annet enn hjertespråk. Det krever mer enn følelser for å forstå andre mennesker. Kognitive kvaliteter er nødvendige for å nettopp separere egne følelser, så behandleren ikke tolker og forstår pasienten ut i fra seg selv. Empati handler om innlevelse, men også om handlinger og kommunikasjon. Hvordan innlevelse blir kommunisert og hvordan det handles ovenfor pasienten, er således viktig i hvordan pasienten skal oppnå økt forståelse av seg selv, egne følelser, sin empati eller innlevelse i seg selv, gjennom behandlerens væremåte (Kinge, 2014, s. 41-43).

Det gjelder å skape en relasjon til pasienten som gir støtte og trygghet. Den empatiske evnen hos behandleren og dennes krav til å evne å se og forstå pasientens opplevelsesverden på en riktig måte, ses som særdeles viktig. I forskningen avspeiles begreper som «emosjonell

intelligens» og «sosial kompetanse», som evne til å forstå og tilpasse seg andre menneskers følelser og reaksjoner (Holm, 2005, s. 59-60).

Kinge (2014, s. 147), tar til orde for at empati aldri kan bli en metode, men at det handler om nærvær til andre mennesker, der det åpnes for inntoning for hva som skjer i pasienten og hva det underliggende emosjonelle budskapet kan være. Å gi pasienten vår fulle og hele tilstedeværelse og oppmerksomhet, er forutsetninger for empati.

Empati er således et valg, men også et sårbart valg fordi kontakten forutsetter at behandleren også har kontakt med noe i seg selv som gjenkjenner følelsen hos pasienten. I dette så oppstår *kontakten – kjærlighetsblikket - «the gleaming in the mother's eye»*.

Kan vi snakke om kjærlighet?

De viktigste forutsetningene jeg opplevde i møte med min traumebehandler, var opplevelsen av å være sett, trygg, beskyttet og ivaretatt. Med andre ord, opplevd kjærlighet for og i meg. Manglede gode kjærlighetsopplevelser gjennom omsorgssvikt, forsømmelse og misbruk, var det som gjorde at jeg trengte hjelp og behandling. Altså ble opplevd tilknytning og kjærlighet middelet for rekonstruksjon av trygg tilknytning og nye kjærlighetserfaringer. Jeg unders derfor på hvorfor behandlere ikke snakker mer om kjærlighetens helbredende kraft som en nødvendig ingrediens i behandlingen av tilknytnings- og relasjonstraumer i behandlerrelasjonen.

Jeg anerkjenner at det foreligger mange forestillinger og ideer om kjærlighet i behandlingsrelasjonen. Men jeg ser det slik at det i stor grad omhandler frykt for at seksualisert kjærlighet og usunn avhengighet til behandleren skal opptre, bli forvirrende, forstyrrende, ubehagelig og vanskelig. Kjærlighet er et ladet begrep vi forstår ulikt. Kjærlighet er ikke lett definerbar, og kan derfor ikke forstås og regnes som klinisk nyttig eller gyldig. Utover det tenker jeg det handler om en frykt for å ordsette hva kjærlighet er. Så også i behandlerrelasjonen. Men hva er mer relevant i en tilknytningstraumatisert pasient, enn å lære om kjærlighet – å elske og å oppleve seg elsket?

Eskimoene har 52 ord for snø. Kan vi da utvide kjærlighetsbegrepet i behandlingsrelasjonen med flere nyanser, men som tilhørende til kjærlighetens landskap?

SS: Når jeg refererer til disse terapeutiske egenskapene i teorien min, som empati, tilstedeværelse og til kjærlighetsbegrepet. Tror du dette kan gyldiggjøres som kjærlighet og bevisstgjøres i større grad hos traumebehandlere?

T: Ja det tror jeg. Det handler om barnets behov for kjærlighet. Dette med «the gleaming in the mother's eye», som nødvendig for barnet. Barnet trenger ikke ordene «jeg er glad i deg», det trenger «kjærligheten i morens blikk». Du trenger det som gir en følelse. Vi betviler jo ikke det nonverbale kroppsspråket, sånn som vi kan betvile ord. Fordi følelsen lyver ikke, slik ord kan gjøre. Og at det for et menneske som aldri har fått det, den grunnleggende ballasten, fortsatt har et udekket behov å få den følelsen som du skulle hatt som barn. Nettopp det kjærlige blikket, som forteller at du er helt okei.

SS: Du fikk meg til å føle meg verdifull. At jeg hadde verdi.

T: Du har jo det.

SS: Bra nok.

T: Som du er.

SS: Som jeg er.

T: Som du selvfølgelig er.

Gjennom gjensidig samhandling, via ansiktsuttrykk, gester og stemmens valør, oppstår en kontakt i det sosiale tilknytningssystemet mellom to individer. Denne samhandlingen regulerer atferdstilstander (emosjonell regulering), og fremmer samtidig helse, vekst og tilfriskning. Fravær av samhandling og tilknytning i tidlig barndom kan være årsaken til følelsesmessig dysregulering hos pasienten, og som vanskeliggjør tilknytning i det videre livet. Derimot kan gode relasjonelle opplevelser trene opp nye nevrologiske kretser som støtter følelser av trygghet. Denne teorien løfter behandlers tilstedeværelse som muliggjørende for at relasjonen skal inneholde den dybde og kontakt som trengs for å hjelpe pasienten til å føle seg trygg nok til å få tilgang til dype følelser og behov, og å dele disse med behandleren. Terapeutisk tilstedeværelse viser hvordan følelser og behov kan pleies, utforskes, deles og forandres (Geller og Greenberg, 2012, s. 183-184, Porges, 2017, s. 2).

SS: Hva vil du trekke frem som viktige faktorer fra ditt ståsted som psykologspesialist og traumebehandler da?

T: For det første tenker jeg at vi må tåle pasientenes historier. Det er mange behandlere som ikke tåler - ikke orker det. For meg er det vold å være avvisende til historiene. Skal man jobbe med traumer, må man tåle historiene. Det er første bud. Man må tåle å høre, men også kunne evne å beskytte seg, sånn at man er i stand til å tåle. Og så må man ha empati selvfølgelig. Vi to kan vel være enig om det. Om det er riktig, det vet vi jo ikke, det måtte vel videre forskning vurdere. Men jeg tror at tilstedeværelse er en forutsetning for empati.

SS: Å føle seg utrygg er det første hinderet for å oppleve kjærlighet. Det ser vi jo hos barn igjen. Så det med trygghet, trygg base og tillit mener jeg behandlers tilstedeværelse og empati kan bidra til.

T: Du må klare å skape trygghet og tillit, ja. Være sensitiv og å ha hjertet på riktig sted er en forutsetning. Igjen da, så tenker jeg jo at mange psykologer vil si; «men jeg er jo sensitiv og jeg skaper tillit».

SS: Ja, og hvordan sjekke ut om det stemmer? Hvordan snakker vi om det? For igjen, alt tilsier at tillit, trygg base og trygt rom er behandlerens ansvar. Men hvordan gjøres det? Hvorfor spør vi ikke om det? Hvem skal etterspørre og undersøke? Hva skjer i behandlerrommene hos de som møter denne pasientgruppa?

Unnskyld. Jeg avbrøt deg. Blir så engasjert av dette vi snakker om. Om fraværet av denne tematikken i psykisk helsefelt. Videre da?

T: Timing og sensitivitet – som er det du ser hos gode foreldre. Er de sensitive? Er de varme? Er det det vi snakker om tro? At man skal ha foreldrekvalitetene som behandler? Jeg tror litt på det. Terapirommet er ofte sammenlignet med den trygge basen, at man gjør noe av det samme der. Være fleksibel, sensitiv, tone seg inn, regulere «barnet». Så ja, det med inntoning og sensitivitet da, noen ganger er man intenst på, noen ganger lar man det bare hvile i relasjonen. Engasjement, varme. Og varme er jo ganske tett beslektet med kjærlighetsbegrepet vil jeg tro.

SS: Ja, jeg forstår det slik. Men hvordan ville du definere gode foreldre uten å trekke inn kjærlighet?

T: Jeg tenker at gode foreldre har kjærlighet. Men jeg tenker også at vi som møter sårbare personer ikke nødvendigvis kjenner kjærlighet, men vil kunne kjenne en kjærlig holdning, en

godhet og en villighet til å gjøre personen godt, føle et engasjement på vegne av, en lyst til at personen skal få det bra.

SS: Det er berøringen – kontakten Trine. Det er da det skjer noe i min kropp. Noe vekkes. Jeg stoler på berøring, som for eksempel gode hender. Det kan jeg kjenne. Jeg blir til. Vi blir til. I hverandres berøringspunkter. Som treffer. Jeg tror vi har en kjemi som gjør at vi toner oss inn på hverandres, det biokjemiske.

T: Jeg tror også det.

SS: Ja. Også må det få anerkjennelse, å kunne få uttrykke nettopp det. Å si til deg; *«det er så fint å være sammen med deg, Trine. Å reflektere sammen med deg er noe av det fineste jeg gjør»*. Den kreative delen av deg får også meg til å bli kreativ. Undre meg. Være forventningsfull, få håp. Være den som, igjen foreldre da, som forklarer alvoret, forklarer konsekvensene av ting. Som kan ha et humoristisk eller leikende blikk, som avvæpner og sier; «ja sånn kan det være». Jeg opplever jo at du er den beste forelderen hittil.

T: Takk

SS: Ja. I mangel, da, på gode foreldre og idealer for den del. Du fikk med til å føle meg riktig og hel. Når jeg synger den strofa i Sorrow: «Love is what I need to help me know my name», så er det nettopp at jeg følte - jeg ble til - i ditt empatiske væren, ømhet eller «the gleaming in the mother's eye». I din tilstedeværelse hos meg. I din nærhet. I kjærlighet.

T: Det var veldig, veldig bra.

Dette siste dialogutsnittet viser, i henhold til teorien som vektlegger at dyktige terapeuter anerkjenner relasjonens betydning, at allianse og relasjonen er særdeles avgjørende. Der relasjonen betyr at forholdet mellom to mennesker har utviklet kvaliteter, bånd og gjensidighet i opplevelsen av å bety noe for hverandre. Den terapeutiske positive virkningen av likeverd, respekt, anerkjennelse og fellesskap. Empiri tydeliggjør i større grad behandlerens egenskaper, personlige kvaliteter og relasjonskompetanse som viktige faktorer for behandlingens utfall, ved at behandlere trer frem som hele personer, viser et personlig engasjement, er fleksible, lar seg berøre og er nysgjerrige. Empirien presentert viser at pasienten må oppleve seg forstått, lyttet til og respektert for at relasjon kan oppstå. Relasjonen styrkes og utvikles ved at behovene for tilknytning blir adressert, anerkjent og ivaretatt i den terapeutiske relasjonen (Anstorp og Benum, 2015, s. 64-69, Wormnes 2013, s. 59).

4.3.4 Narrativ. Om opplevd kjærlighet - Tindra (auditivt).

[Spill av ved å følge lenken](#) (Christensen, 2021k).

Jeg løfter frem historien om å oppleve meg elsket, fordi det har sammenheng med at jeg ble til, gjennom min traumebehandler. Tindra døde etter endt behandling, og jeg tror ikke jeg hadde vært i stand til å hverken oppdage eller kjenne dette, om ikke reparasjon i kjærlighetsfølelsene og tilknytningsskadene lå forut for denne hendelsen. Å kunne bli satt i stand til å oppdage hvordan det er å være elsket. Kjenne det. Eie det, helt inn, og oppleve det som sant. Bestandigheten i det. Gjennom opplevd reparasjon oppsto tilgangen og evnen til å kjenne inn. Til å elske og å bli elsket og til erkjennelsen av at det ikke er noe galt med meg. At sunn kjærlighet og evne til tilknytning finnes i meg – at jeg er frisk og er som jeg skal. Å stole på og eie at jeg er elskbar. Til å bli mottakelig for kjærlighetsfølelser i livet. Nå vet jeg hva elske er, og jeg vet hva det er å oppleve meg elsket.

I retrospekt så erkjenner jeg også at tiden med mor de siste ukene hun levde og samtalene vi hadde da, heller ikke hadde vært mulig om ikke jeg hadde bearbeidet alle negative og vanskelige følelser i relasjonen til henne. Så takk Trine, for love and care gjennom en vanskelig tid i livet mitt.

«You took a sparrow, let it fly like an eagle. I can see long ways, and I feel love again. Out of the rain, I'm out of the rain » (Christensen, 2021l).

[Lytt til “Out of the rain” ved å følge lenken](#)

Tid – sammen

Tid – sammen - er en essensiell, grunnleggende og en svært betydningsfull faktor for å etablere relasjon, der tilknytning, bånddannelse og trygghet skal dannes. Mine endringsmuligheter ble til, i tiden sammen med, men også fordi tiden sammen var raus, ikke et gitt eller tilmålt antall timer. En behandlerrelasjon har en begynnelse, en arbeidsperiode og en slutt. Jeg har erfart denne begynnelsen mange ganger, så også arbeidsperioden. Men det ga meg ikke de mulighetene jeg har hatt behov for og trengte. Tvert imot, så har behandlingsforløpene bidratt til stress, opplevelse av å ikke mestre, tilkortkommenhet, mer skam, til en opplevelse av at jeg «må levere resultater», på bestilling. Dette er det du får. Ingen spurte meg hva jeg trengte. Denne erfaringen har gjort meg svært kritisk til dagens ulike behandlingstilbud. Selv fikk jeg

erfare at en behandler ikke satte noen sluttdato, før jeg selv opplevde meg klar til å gå videre. Og med visshet om at jeg kunne komme tilbake, om jeg skulle trenge det. Det i seg selv ga stor trygghet. Opplevelsen av å vite at du har «en forelder» i ryggen, når en selv skal ut i verden med et nytt, men fortsatt skjør relasjonell trygghet.

Tiden det tar å skape trygg tilknytning og å bygge relasjon

Banitt (2019, s. 23-25) viser til tre viktige faktorer; trygghet, stabilisering og grunnleggende tilknytning i terapien. Dette tar tid, som vi ofte ikke har. Forløpene og rammene det tilbys hjelp i, gjør det verre, slik jeg ser det. Traumearbeid omhandler å minnes overveldende hendelser og mye sorg. En skal kjenne på og bearbeide mye. Lengden på terapien er oftest diktert, og det foreligger ingen «sjenerøse» behandlingspakker i dag. Traumer omhandler relasjonell skade. Som utøvere i psykisk helsefelt skal vi møte pasienter med dype sår etter år med vonde og negative tilknytnings- og kjærlighetserfaringer. Disse kan bare endres og utvikles gjennom ekte omsorg og en god, trygg, varm og tilstedeværende terapeutisk relasjon, og således over en lengre periode enn hva dagens pakkeforløp tilbyr.

Fredrickson (2013, s. 25-31) hevder likevel at kjærlighetens tidsspenn er betydelig kortere enn vi forestiller oss. Fordi kjærlighet ikke er varig. Det er en midlertidig følelse, og som andre positive følelser oppleves, gir den en god og fin indre fornemmelse. Men at kjærlighet utover det, også endrer ens bevissthet. Kjærlighet beskrives som mer allestedsnærværende, fordi det handler om kontakt. Derfor har jeg også løftet empati og tilstedeværelse som de faktorene jeg både som pasienterfarer, men også faglig erfarer inviterer til opplevd kontakt. Jeg tror på og erfarer at det finnes kontakt, om vi søker den og er åpen for den. Til oss selv, til naturen, til dyra og til mennesker. Fredrickson definerer at: kjærlighet blomstrer når to eller flere mennesker – selv fremmede – knyttes sammen av en svak eller sterk positiv følelse. Denne positive gjenklangen, resonansen i møtene, mener hun har kraft i seg til å utløse store krefter som kan bidra til ending og vekst. Videre at det virker åpnende og forandrer noe i oss til det bedre.

Denne vitenskapelige forståelsen av kjærlighet og fordelene den fører med seg, kan bidra til å se pasient/behandlerrelasjonen med «nye briller». Jeg vil hevde at denne begrepsforståelsen av kjærlighet fremmer muligheter til å oppnå emosjonell reparasjon, livgivende kontakt, vekst, og bedring av kjærlighetsbristene. Små øyeblikk av kjærlighet, her og nå, skaper bølger av positiv gjenklang, en hjelpes til å vokse. Å lære å elske i «kortere øyeblikk», gir nytt håp til

de ensomme og isolerte blant oss. Jeg har gjennom drøftingen, narrativ og dialog søkt å vise hvordan empati, tilstedeværelse og øyeblikk av for meg opplevd kjærighet mellom meg og min traumebehandler, var livgivende og reparerende for meg.

5. Konklusjon

For meg har det hatt avgjørende betydning å bli møtt av en traumebehandler hvor jeg for første gang i livet erfarte kjærlighet og nærhet i behandlingsrelasjonen. Min opplevelse av kjærlig nærvær og ømhet, empati og tilstedeværelse, ga meg en opplevelse av å være verdig å elske, og jeg vil hevde at denne erfaringen var helt essensiell for reparasjon og helning av mine dype tilknytningsskader. Jeg erfarte for første gang at det var mulig å knytte bånd til en annen. I oppgaven har jeg løftet frem og drøftet en forståelse av kjærlighet som kan være nyttig og virksom i behandling av denne pasientgruppen. Om hvordan vi kan snakke om kjærlighet i relasjon mellom pasient og behandler. Om hvordan vi kan få øye på og tydeliggjøre virksomme praksiser i relasjonen i behandlingsrommet. På hvordan kjærlighet, tilstedeværelse og empati kan være med på å hele det skadede barnet i den voksne pasienten.

Når kjærlighet kan forstås som positiv gjenklang, planter vi nye kjærlighetsfrø som hjelper relasjonen og dermed også vårt fysiske velvære, til å vokse seg sterkere. Fredrickson (2013) viser at kjærligheten krever visse betingelser. Hvis en føler seg utrygg, er en ikke i stand til virkelig å knytte kontakt med andre, og da vil heller ikke den skjøre positive gjenklangen oppstå.

Det viktige er at vi kan gjenkjenne og anerkjenne «positiv gjenklang» når den oppstår, at de mangfoldige muligheter for slik gjenklang som åpner seg, er en enorm kilde til reparasjon i pasient- behandlerrelasjonen i traumebehandling. Kjærlighetens tilstedeværelse eller fravær i livet har betydning for alt vi føler, tenker, gjør og blir.

Jeg mener å ha synliggjort funn ved denne oppgaven som viser at det er gjennom nærhet, det er gjennom tilstedeværelse, det er gjennom empati og det er gjennom kjærlighet at nye erfaringer kan kjennes og integreres. Det tilknytningsskadede barnet blir helet gjennom disse erfaringene, og kan fortsette sin utvikling og vekst i livet. Reparasjonen av det sårede barnet kan ta plass i en voksen kropp. De virksomme elementene må likefullt hente sin essens fra det barnet trengte den gangen. Nærhet. Tilstedeværelse. Hensiktsmessig andre-regulering. Trygghet. Speiling. Ivaretagelse. Hengivelse. Byssing. Å være i den andres oppmerksomhet. Å skinne i lyset fra den andres kjærlighetsfulle blikk. Oppleve å bli til i den andres blikk. Øyeblikk av kjærlighet. Kontakt. Positiv gjenklang.

Min anbefaling er; snakk om kjærlighet. Ta i bruk en forståelse av kjærlighet som helende kraft i terapi. Nærvær, empati og tilstedeværelse kan bidra til å skape øyeblikk av positiv resonans, som kan erfares som opplevd kjærlighet. La relasjon og oppmerksomhet på relasjon få plass i terapien. Det må også få plass i utdanning og veiledning av behandlere på ulike tjenestenivå. Tren utøvere på å ta seg selv i bruk i pasientmøtene. Utøvere må jobbe med seg selv, slik at de kan ta seg selv i bruk i møte med relasjonsskade. Våg å gå tett på. Våg å være til stede i det som er. Våg å være med på å holde håpet. Våg å bidra til å skape nye erfaringer. Drømme nye drømmer.

Jeg opplever en berettigelse i å også kunne ytre den stemmen som er kritisk til psykisk helsefelt generelt, og i møte med denne pasientgruppen spesielt. Jeg har kjent på skam på feltets vegne, både på egne og andre vegne, med lignende erfaringer. Når jeg møter utøvernes uforstand, manglende kompetanse, overtramp, invadering, krenkelser, av å holde mennesker i lidelse og nød ved å opprettholde ukritiske praksiser, holdninger og handlinger. Men størst er kritikken til de som tar helsepolitiske beslutninger, som ved standardisering av pakkeforløp og nedbygging av psykiske helsetjenester, volder så mye smerte og skade på enkeltmennesker. Også på vegne av oss som er satt til utøve hjelpen og rammene vi må arbeide innenfor. Jeg blir glad hver gang det fremmes motstand og argumentasjon mot det bestående og ønsker sterkt å bidra til å løfte erfaringsbærerens stemme, både i møte med enkeltindividet og på de arbeidsplasser og ulike arenaer jeg møter i mitt videre arbeide.

Terapi tar tid. Å bygge relasjon tar tid. Å knytte bånd for en relasjonsskadet person er utfordrende. Feltet må slutte å opprettholde lidelse gjennom å tilby korte behandlingsforløp til denne pasientgruppen.

Jeg konkluderer med at vi alle må fremelske *«det mellommenneskelige, kjærlige, empatiske og tilstedeværende NÅ- øyeblikket, som en helende verdi»* og mitt oppsummerte ord på hva denne oppgaven løfter og peker på er EMPATID.

Etterord

Denne masteroppgaven har vært et krevende arbeid. Det har ikke opplevdes krevende eller vanskelig å dele fra eget liv. Sårt, ja - men ikke vanskelig. Hverken som barn av omsorgsvik, traumeutsatt, pasienterfarer, eller som faglig dialogpartner med Trine. Dette er integrert, og er erfaringer jeg bærer godt og som jeg opplever har stor verdi. Det har gitt meg et større tilfang til et stort, alvorlig og vidt fagfelt og en dybdeforståelse for egen utøvelse av faget. Mitt perspektiv er at negative hendelser oftest er den bakenforliggende årsaken til hvordan psykisk uhelse kommer til uttrykk. Og på hvordan vi styres av og lever med konsekvenser av ubearbeidede negative livserfaringer. Mine historier og erfaringer deler jeg derfor videre, med den hensikt å løfte viktige temaer og refleksjoner til fagfeltet.

Det som har vært utfordrende og krevende, er å være student og forsker, gjennom valgt metode. Det var ingen tvil om selve metodevalget. Det gav seg selv, da jeg bærer de erfaringene jeg gjør, både personlig, som yrkesfaglig utøver og som interessefelt. Men å «knekke» koden på hvordan skive autoetnografisk! Det har vært en hard nøtt å knekke. Det har vært fortvilelse, forvirring, motstand og mange runder. Det har vært lite å lene meg til, i hvordan forstå metoden og anvende den som den er ment. Å foreta valg på hva og på hvilken måte løfte frem egne erfaringer i autoetnografisk ånd og i en akademisk ramme. Å tydeliggjøre stemmene, finne en god form, gjøre oppgaven troverdig, sammenhengende og relevant, opp mot temaene jeg løfter. Det har vært et ensomt arbeid, da jeg ikke har funnet tidligere studier av denne typen, løst på en lignende måte.

Et tradisjonelt metodevalg har jeg således valgt å løse meg fra, og har begrunnet mitt valg av metode. Jeg ønsker å hevde en rettighet, jeg ønsker å utøve selvaktelse og selvrespekt. Jeg ønsket å utforske hvordan egne erfaringer og uttrykk det har hatt, kan bidra til å inspirere til refleksjon og synliggjøre både en mangel og en styrke i feltet. Det er det bare leseren som kan vurdere. Jeg vet dette «bare» er en masteroppgave, men dette er for meg et steg av flere. Fra sykepleie, videreutdannelser, master og forhåpentlig en PhD i fremtiden. Kanskje en fagbok! Jeg føler en dyp mening og forpliktelse til å løfte frem denne tematikken videre.

Arbeidet med mine autoetnografiske tekster har sitt opphav i opplevde, sterke og emosjonelle erfaringer. Oppgaven er et vitnesbyrd om min; den yrkesutøvende i psykisk helsearbeid, den tilknytningsskadede, den overgrepsutsatte, den pasientenerfarende, musikerens og forskerens levde erfaring.

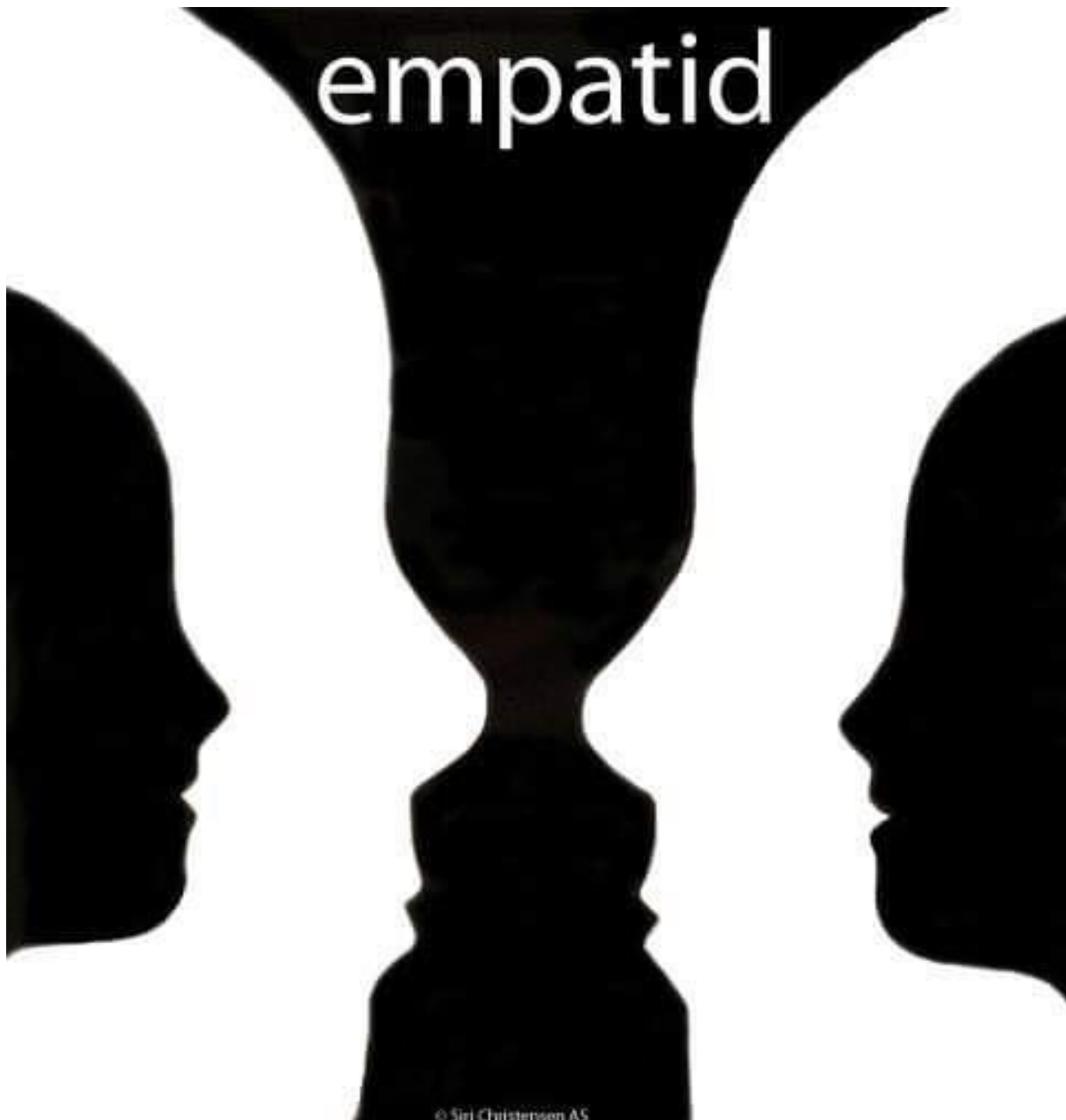


Fig.1 Empatid (Christensen, 2020).

Om jeg ikke har eiet å være elsket av mor, så vet jeg at hun hadde vært stolt nå.

Takk for meg.

6. Litteraturliste

Adams, T. E., Jones, S. H. & Ellis, C. (2015). *Autoethnography. Understanding qualitative research*. Oxford: Oxford University Press

Amlund, E. (2008). Forståelse av depriverte pasienter gjennom dyp empati. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol 45(8), 949-957.

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/08/forstaelse-av-depriverte-pasienter-gjennom-dyp-empati>

Anstorp, T. & Benum, K. (Red.). (2015). *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Banitt, S. P. (2019). *Wisdom, attachment, and love in trauma therapy. Beyond evidence-based practice*. New York & London: Routledge.

Benum, K., Dalsgaard Axelsen, E., Hartmann, E. (Red.). (2013). *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax Forlag.

Christensen, S. (2018). «Relasjon som reparasjon – reparasjon i relasjon». *Hva fordrer dette av behandleren og hvordan påvirker behandleren denne relasjonens muligheter i møte med den relasjon- og tilknytningsskadede pasienten?* [Fordypningsoppgave]. Høgskolen Innlandet.

<https://www.musikalskefortellinger.no/pdf/Reparasjon%20i%20relasjon%20Masterforberedende%20Fordypningsoppgave%20Psykisk%20Helsearbeid%20.pdf>

Christensen, S. S. (2020) *Empatid*. Furnes: Siri Christensen AS

Christensen, S. S. (2021a, 25. april). *Secret Room*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/Secret%20Room.mp4>

Christensen, S. S. (2021b, 25. april). *Tilknytningsskriket som aldri fikk svar av egen mor*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/Tilknytningsskriket%20SSC.mp4>

Christensen, S. S. (2021c, 25. april). *Tønna*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/T%C3%B8nna%20SSC.mp4>

Christensen, S. S. (2021d, 25. april). *Våg å være*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/V%C3%A5g%20og%20v%C3%A6re.mp4>

Christensen, S. S. (2021e, 25. april). *Jeg har en lengsel*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/Jeg%20har%20en%20lengsel.mp4>

Christensen, S. S. (2021f, 25. april). *Samtale med mor*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/Samtale%20med%20mor%20SSC.mp4>

Christensen, S. S. (2021g, 25. april). *Frykten for avvising og frykten for tilknytning*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/Frykten%20for%20avvisning%20og%20frykten%20for%20tilknytning%20SSC.mp4>

Christensen, S. S. (2021h, 25. april). *Sorrow*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/Sorrow.mp4>

Christensen, S. S. (2021i, 25. april). *Det forløste barnet*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/Det%20forl%C3%B8ste%20barnet%20SSC.mp4>

Christensen, S. S. (2021j, 25. april). *Visa om vinden*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/Visa%20om%20vinden.mp4>

Christensen, S. S. (2021k, 25. april). *Om opplevd kjærighet*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/Tindra%20SSC.mp4>

Christensen, S. S. (2021l, 25. april). *Out of the rain*. Musikalske fortellinger.

<https://www.musikalskefortellinger.no/Master/Out%20of%20the%20rain.mp4>

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Denzin, N. K. (1997). *Interpretive ethnography: Ethnographic practices for the 21st century*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Ellis, C. (2007). Telling Secrets, Revealing Lives. Relational Ethics in Research With Intimate Others. *Sage Publications* 13(1), 3-29. DOI: 10.1177/1077800406294947

Ellis, C., Adams, T.E. & Bochner, A., P. (2011). Autoethnography: An overview. *Forum: Qualitative Social Research*, 12(1), Art. 10. <https://doi.org/10.17169/fqs-12.1.1589>

Finley, L. (2011). *Phenomenology for Therapists: Researching the Lived World*. West Sussex: Wiley-Blackwell

Fredrickson, B., L. (2013). *Love 2.0 – kjærlighet i nytt lys*. Oslo: Flux Forlag.

Geller, S.M. & Greenberg, L.S. (2012). *Therapeutic Presence: A mindful approach to effective psychotherapy*. Washington, DC: APA Press.

Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*. 24(3), 178-192. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037511>

Holm, U. (2005). *Empati. Å forstå menneskers følelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hørthe, Eirik (2018, 11. november). Det gode blikket er en kur mot usynlighet. *Psykologisk.no* <https://psykologisk.no/2018/11/det-gode-blikket-er-en-kur-for-usynlighet/?fbclid=IwAR0vP-j6pSWepZWdPJ51KIG3jkGOikNMzLBtX5cFm45nT9sZQRpZTLQIV-0>

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2017). *Kvalitativ analyse. Syv tradisjoner*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS
- Jones, S.H., Adams, T.E., & Ellis, C. (2013). *Handbook of Autoethnography*. Walnut Creek, California: Left Coast Press, INC.
- Killén, K. (2003). Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24(2), 573-587.
<https://tidsskrift.dk/psyke/article/view/8642/7215>
- Kinge, E. (2014). *Empati. Nærvær eller metode?* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Klevan, T., Karlsson, B. & Grant, A. (2019). The Color of Water: An Autoethnographically-Inspired Journey of My Becoming a Researcher. *The Qualitative Report* 24(6), Art. 3, 1242-1257. <https://search.proquest.com/openview/ac1ce4ba23719486effc1f7070e12e6a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=55152>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lund, C. (2018, 7. mai). Mammass kamp. *Norsk Ukeblad*, s. 14-17.
- Madsbu, J. P. (2011). *Hvordan etablere vitenskapelig kunnskap om samfunnet?* I Madsbu, J. P., Pedersen, M. (Red.). *I verdens rikeste land: samfunnsvitenskapelige innganger til norsk samtid*. Vallset: Oplandske bokforlag. <http://hdl.handle.net/11250/134364>
- Mikkelsen, L. B. (2014). Den med-lindende nybegynder. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(10), 836-843. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2014/10/den-med-lidende-nybegynder>
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: research Conclusions and Clinical Practice. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
<https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Nordanger, D., Ø. & Braarud, H., C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 51, 531–536. DOI:[10.13140/2.1.4060.7361](https://doi.org/10.13140/2.1.4060.7361)

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Oslo: Fagbokforlaget

Nordanger, D. Ø. (2018). Relasjoner har en terapeutisk kraft. *Psykologisk.no*
<https://psykologisk.no/2018/11/relasjonens-kraft-i-terapi/>

Pearlman, L. A. & Courtois, C. A. (2005). Clinical Applications of the Attachment Framework: Relational Treatment of Complex Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 18(5), 449-459. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1002/jts.20052>

Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory. The transformative power of feeling safe*. New York & London: W.W. Norton & Company

Schneider, K. (2015). Presence: The core contextual factor of effective psychotherapy. *Existential Analysis*, 26(2), 304–312.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.inn.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=6124a6c5-35f4-4bff-9aec-4dcc50ad8def%40sessionmgr4007>

Short, N.P. Turner, L. & Grant, A. (2013). *Contemporary British Autoethnography*, Rotterdam: Sense Publishers

Stanley, K. (2002). The Healing Power of Presence: Respite From the Fear of Abandonment. I: *Oncology Nursing Forum*. 29(6), 935-940. DOI: 10.1188/02.ONF.935-940

Sælør, K.T., Klevan, T. & Sundet, R. (2019). Ensretting, standardisering og kunnskapsbasert praksis – autoetnografi som motstand? *Forskning & Forandring* 2(2) 105-123. DOI: 10.23865/fof.v2.1523

Thorkildsen, S. L. (2018). Ablon og Perry til hjelperne: - du er viktigere enn du selv tror. *RVTS-sør*. <https://rvtssor.no/aktuelt/230/ablon-og-perry-til-hjelperne-ndash-du-er-viktigere-enn-du-selv-tror/>

Thornquist, Eline. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Oslo: Fagbokforlaget

van der Kolk (2020). *Kroppen holder regnskap. Hjerne, kropp og sinn i behandlingen av traumer*. Oslo: Flux Forlag

von der Lippe, A., Nissen-Lie, H.A. & Weie Oddli, H. (Red.). (2014). *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Watson, J. C., Steckley, P.L. & Mc Mullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286-298.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.802823>

Winkler, I. (2017). Doing autoethnography: facing challenges, taking choises, accepting responsibilities. *Qualitative Inquiry* 24(4), 236-247.

<https://doi.org/10.1177/1077800417728956>

Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonene, alliansen og kontekstens betydning*. Oslo: Cappelen Dam AS

Vedlegg 1: Godkjenning NSD



NSD sin vurdering

Prosjektittel

“JAKTEN PÅ OKSYTOCINET - Love is what I need to help me know my name”.

Referansenummer

985225

Registrert

11.03.2020 av Ann-Mari Lofthus - annmari.lofthus@inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ann-Mari Lofthus, annmari.lofthus@inn.no, tlf: 90515564

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Siri Christensen, sichrist1@hotmail.com, tlf: 91649751

Prosjektperiode

01.09.2019 - 03.05.2021

Status

23.03.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

23.03.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med

personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 23.03.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Masterstudenten har valgt å bruke autoetnografisk metode i sin oppgave. Metoden anvender egne erfaringer som empiri, og datainnsamling har derfor startet opp mange år før oppgaven påbegynnes.

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til DATO. I dette prosjektet skal data med personopplysninger oppbevares permanent. Dette er personlige samtaler med avdød familiemedlem, som ble samlet inn til private formål før forskningsprosjektet startet.

LOVLIG GRUNNLAG

Utvalg 1

Prosjektet inkluderer opplysninger om nær familie, der vedkommende er død. Det er grunn til å være varsom også når det forskes på avdøde mennesker. Også ved forskning på avdøde mennesker gjelder krav om respekt, dokumentasjon og etterrettelighet. Respekt for de avdøde og for de etterlatte tilsier at forskeren bør velge sine formuleringer med omhu. Arkiv og dokumenter etter døde personer kan også inneholde personsensitiv informasjon, og forskere må håndtere informasjon om døde personer og deres etterkommere aktsomt og med respekt.

Videre vil det også fremkomme opplysninger om søsken. Søsken er informert om behandlingen.

Utvalg 2

Prosjektet inkluderer samtaler mellom masterstudent og terapeut.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2. Samtykke i digitalt arkiv

Samtykke til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv, Brage

JA NEI