

# Når følelser gjør vondt:

*En studie av affektintegring hos pasienter  
med somatoform smertelidelse*

Gunn-Ingrid Ulstein



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2010

# Sammendrag

**Forfatter:** Gunn-Ingrid Ulstein

**Tittel:** Når følelser gjør vondt: En studie av affektintegrering hos pasienter med somatoform smertelidelse

**Veileder:** Jon T. Monsen

I denne oppgaven presenteres resultat fra eksplorerende kvalitative analyser av affektintegrering hos syv pasienter med somatoform smertelidelse (ICD-10: F 45.4). Med utgangspunkt i aktuelle utfordringer knyttet til psykosomatiske lidelser, både i samfunnsdebatten og forskningslitteraturen, var studiens formål å lære om disse pasientenes forhold til egne følelser fra et subjektivt opplevelses perspektiv. Valget av følelser som analytisk fokus begrunnes både i aktuelle diagnostiske kriterier og foreliggende kunnskapssituasjon. Her vektlegges følelsesmessige prosesser som sentrale i utvikling og opprettholdelse av psykosomatiske smerter. Primær kilde til utvidet forståelse og drøfting av resultat i denne studien har vært teorier og tema knyttet til psykosomatikk innenfor den dynamiske litteraturen, fra tidlig objektreasjonsteori til nyere affekt – og scriptteori. Analyser av affektintegrering på enkeltaffektnivå viste tydelige forskjeller i integreringsnivå for de ulike affektene. En implikasjon av foreliggende resultat er derfor at det ikke synes å være tilstrekkelig å studere affektintegrering som en global, eller endimensjonell størrelse. Skyldfølelse og frykt sto frem som problematisk for samtlige i utvalget, mens ømhet ble fremhevet som den mest ønskede og best integrerte affekten. Basert på fremtredende resultat, samt drøfting av disse i lys av dynamisk affektteori, synes pasientene i dette utvalget å kjennetegnes ved automatiserte affektscript som organiserer selvopplevelse utfra hensyn til andre, og på bekostning av egne affektsignal. Undertrykking av egne affekter, eller ulike konsekvenser av dette, beskrives hyppig med somatiske belastningsmarkører; stramming, spenning, stivhet, osv. Intoleranse for egne følelser synes å være motivert av frykten for å ”ikke strekke til”. Selv potensiell risiko for ikke å strekke til kan gi intens skyldfølelse og utløse dysfunksjonelle håndteringsforsøk. I tråd med aktuelle teoretiske og empiriske bidrag fra gjennomgått litteratur, foreslås utilstrekkelighetstema å være relatert til separasjonsangst og tidlig tilknytningproblematikk. Mulige konsekvenser av å forstå aktuelle funn i en slik intersubjektiv tilknytningsmodell har blitt drøftet inngående. Det argumenteres for at psykosomatiske lidelser kanskje kunne blitt bedre forstått og behandlet innenfor en personlighetspsykologisk tilnærming. Ytterligere studier av affektintegrering, med utgangspunkt i differensiert affektteori, synes å være en fruktbar vei for nærmere avklaringer på feltet.

# Forord

Arbeidet med denne studien har vært en svært lærerik prosess, både i form av ny kunnskap og nye erfaringer. Jeg vil gjerne få takke alle dere som har bidratt med innspill og oppmuntringer underveis. Mange kunne nevnes, men jeg vil først og fremst rette en stor takk til veileder Jon Monsen. Ditt genuine engasjement for faget og ekteføyte varme for studenten, har inspirert og støttet i alle faser av arbeidet. Takk for at du har delt raust både av kunnskap og erfaring. Jeg vil også spesielt takke stipendiat Ole-Andrè Solbakken for uerstattelig faglige innspill og hjelp i konkrete utfordringer. Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke de som har gjort denne studien mulig ved å fortelle om sine erfaringer og psykiske plager, og tillatt at dette brukes i kunnskapsutvikling. I denne studien er det syv personer som har fortalt litt fra livene sine, til nytte for andre. Disse er en del av en stor populasjon av pasienter som bidrar til vårt alles beste ved å muliggjøre vitenskapelig forskning knyttet til psykiske lidelser. Jeg håper dere opplever å bli møtt med et behandlingsapparat som viser dere den respekt, varme, interesse, og empati som trengs for et godt terapeutisk samarbeid. Og at vitenskapens ”mer-forståelse” leder dere hen til ønsket sted.

*”At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke”. (Kierkegaard, 1859, første avsnitt, § 2, s. 20).*

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	1
1.1	Formålet med studien .....	1
1.2	Oppbygging og avgrensing .....	3
1.3	Begrepsavklaring.....	4
1.3.1	Affektintegrering.....	4
1.3.2	Somatoform smertelidelse: .....	6
1.4	Psyke versus soma i smerteforståelse .....	8
1.4.1	Psykogen smerte .....	9
1.5	Psykosomatikk i psykodynamisk teori.....	10
1.5.1	Affekt .....	13
1.5.2	Symbolisering .....	15
1.6	Alexithymi .....	20
1.7	Affektintegrering: et psykodynamisk scriptbegrep .....	24
1.7.1	Differensiert affektteori .....	24
1.7.2	Scriptbegrepet i Affektbevissthetsmodellen .....	26
1.7.3	Kjernescript.....	29
<b>2</b>	<b>Metode</b> .....	31
2.1	Analysemodell.....	31
2.2	Utvalg.....	32
2.3	Materiale .....	32
2.4	Analyser.....	32
2.4.1	Scriptidentifikasjon på enkeltaffekt-nivå.....	33
2.4.2	Identifikasjon av kjernescript.....	34
2.4.3	Sammenligning av Kjernescript.....	35
2.5	Epistemologi.....	36
<b>3</b>	<b>Resultat</b> .....	38
3.1	Global affektintegrering .....	38
3.2	Differensierte integreringskvaliteter .....	39
3.2.1	Skyldfølelse.....	40
3.2.2	Ømhet.....	41
3.2.3	Redsel.....	42

<b>3.3</b>	<b>Kjernescript</b> .....	43
3.3.1	Skyldfølelse: Fra enkeltaffekt til kjernescript.....	43
3.3.2	Likhet på tvers av kjernescript.....	44
3.3.3	Variasjon på tvers av kjernescript.....	45
3.3.4	Kjernescript: ”Får nesten dårlig samvittighet av å ha det godt” .....	46
<b>3.4</b>	<b>Kjernescript og somatoforme smerter</b> .....	47
3.4.1	Somatiske markører i kjernescript. ....	48
3.4.2	“Mener selv jeg ikke strekker til”: Den <i>vonde</i> sirkelen .....	49
<b>4</b>	<b>Diskusjon</b> .....	51
<b>4.1</b>	<b>Oppsummering av hovedfunn</b> .....	51
<b>4.2</b>	<b>Drøfting av hovedfunn</b> .....	52
4.2.1	Differensiert affekt.....	52
4.2.2	Skyldfølelse.....	54
4.2.3	Skyldfølelse for hva? .....	55
4.2.4	Skyld og Frykt .....	59
4.2.5	Når ”det falske selvet” gjør vondt.....	63
<b>4.3</b>	<b>Begrensninger ved studien</b> .....	65
<b>4.4</b>	<b>Mulige implikasjoner</b> .....	66
4.4.1	Videre forskning og kliniske utfordringer .....	66
<b>5</b>	<b>Avslutning</b> .....	69
	Referanser .....	71
	Appendix 1: Somatiske plager .....	88
	Appendix 2: Kjernescript identifikasjon. ....	89
	Appendix 3: ”Annes” Kjernescript.....	90

# 1 Innledning

## 1.1 Formålet med studien

Kroniske muskel- og skjelettsmerter har lenge vært kjent som den hyppigste årsaken til langtidssykemelding og uføretrygd i Norge, uten at helsevesenet har lyktes i å redusere omfanget (Bruusgaard & Eriksen, 1997; Regjeringen, 2010a; SSB, 2002). Mens politikere fokuserer på strukturelle tiltak og økonomiske rammebetingelser (Astrup, 2009; Regjeringen, 2010a, 2010b; Stoltenberg, 2009), er utfordringen fra et psykologisk perspektiv, primært å oppnå mer effektiv behandling av de aktuelle plagene. Både innenfor psykologisk og medisinsk forskning har det i flere tiår vært kjent at psykofysiologiske mekanismer knyttet til vedvarende følelsesmessige belastninger synes å være en av hovedårsakene til disse pasientenes smerteplager (Aronoff, 2003; Malt, 2003; Mirdal, 1990; Monsen, Odland, Faugli, Daae & et al., 1995; Saugen et al., 1994; Taylor, 1999; 2009; Wærsted & Westgaard, 1994). Det er videre funnet at slike følelsesmessige belastninger trolig skyldes et komplekst samspill mellom predisponerende biologiske faktorer, tidlige interpersonlige erfaringer, og aktuelle psykologiske og sosiale forhold (Kellner, 1994; Kirmayer, Looper, & Taillefer, 2003; Kirmayer, Robbins, & Kapusta, 1988; Kirmayer, Robbins, & Paris, 1994; Malt, 2003; Taylor, 2009; Waller & Scheidt, 2006; Waller, Scheidt, & Hartmann, 2004). I diagnosesystemet har denne pasientgruppen fått sin lidelse beskrevet med betegnelsen somatoform smertelidelse (ICD-10, F45.4). Forskning viser imidlertid at det er store forskjeller både i årsakssammenhenger og i forsterkende og opprettholdende faktorer fra pasient til pasient (Acklin & Alexander, 1988; Kellner, 1994; Kirmayer, et al., 2003; Kirmayer, et al., 1994; Waller & Scheidt, 2006). Effektiv behandling må derfor basere seg på nyansert og differensiert forståelse av det enkelte individ, samt ivareta en god terapeutisk allianse (Acklin & Alexander, 1988; Aronoff, 2003; Bordin, 1983; Hersoug, Hoglend, Havik, von der Lippe, & Monsen, 2009; Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Luborsky, 1993). Dessverre rapporteres det hyppig fra klinikken om sviktende terapeutisk allianse, og ineffektive behandlingsforløp for disse pasientene (Aronoff, 2003; Dworkin, 1992; Kirmayer, et al., 2003; Magni, Marchetti, Moreschi, Merskey, & et al., 1993; Taylor, 2003; Waller & Scheidt, 2006). Både forskere og klinikere på feltet antyder at dagens diagnostiske klassifisering kanskje bidrar til å hindre utvikling og ivaretagelse av en god arbeidsallianse (Ibid). Fokuset på differensiering mellom psykisk versus fysiske årsaksforklaringer fører ofte

til at disse pasientene opplever seg mistenkeliggjort, og som et objekt istedenfor et subjekt. Diagnosen blir på denne måten et språk som vanskelig kan kommunisere respekt og samarbeid, eller fremme genuinitet, varme og empati (Adler, 2007; Bohart & Greenberg, 1997; Horvath & Greenberg, 1989; Kopp, Kassing, Helle, Auckenthaler, & Studt, 2002). Innen klinisk psykologi har det helt siden Kierkegaard (1859) formulerte ”hemmeligheten ved hjelpekunsten” vært et sterkt fokus på nødvendigheten av å først forstå det den andre forstår, for så å tilby sin ”mere-forståen” (Kierkegaard 1859, første avsnitt § 2 s. 20). Gjennom det nye allianse-begrepet beskrives og fremheves denne empatiske tilnærmingen som essensiell i all terapi (Adler, 2007; Bohart & Greenberg, 1997; Greenson, 1965; Horvath & Luborsky, 1993; Kierkegaard, 1859; Nerdrum & Rønnestad, 2004; Orlinsky, Rønnestad, & Ambèuhl, 2005). ”Empati” beskrives som en tilknytningsfremmende, emosjonell, mellommenneskelig kontakt, mellom polene sympati og antipati. Den innebærer et forsøk på å fatte kvaliteten i den andres opplevelse, uten å dømme for eller imot (Weigert, 1963; 1970). Det er denne dimensjonen i moderne psykologi oppgaven vil forsøke å utforske videre; innsikt i den andres subjektive opplevelse. Strukturelle tiltak og økonomiske incentiver kan muligens bidra til å senke utgifter til sykepengene og trygd på kort sikt. Men for å redusere menneskers langvarige og sammensatte lidelser, må vi kanskje heller spørre pasienten: ”Hvordan føles det å være deg? ”

I tråd med ovennevnte forståelse av effektiv psykoterapi, ønsker denne oppgaven å studere forholdet mellom psykosomatisk smerte og følelser fra et innenfra-perspektiv. Med utgangspunkt i en allmennpsykologisk modell stilles spørsmålet: ”Hvordan oppleves det å være et følende menneske for pasienter i dette utvalget?”. Det er gjort en eksplorerende tematisk analyse av affektintegrering og differensiert affektstruktur hos et lite utvalg pasienter (n=7) med diagnosen ”somatoform smertelidelse” (F 45.4, ICD-10,1999). Formålet med analysene er å lære noe om denne pasientgruppens opplevelse av aktivering, virkning, håndtering og uttrykk av ni differensierte affekter, samt undersøke hvordan dette kan utdype forståelsen av deres psykosomatiske smertesymptomer. Hva kjennetegner pasientene i utvalget med hensyn til affektintegrering på enkeltaffektnivå, hva er likt og hva er ulikt? Hva er pasientens primære sårbarhet i deres totale affektorganisering, beskrevet som kjernescript? Hvordan fremtrer likhet og variasjon i identifiserte kjernescripter på tvers av pasienter? Og til slutt; finnes det felles sårbarhetstema i kjernescriptene som kan knyttes til pasientens somatoforme smerter? Oppgavens fokus ligger ikke i det differensialdiagnostiske domenet, men er rettet mot de overordnede fenomen; affektintegrering og psykosomatisk smerte.

Interessen for dette feltet har utgangspunkt i ulike praksiserfaringer gjennom utdanningsløpet, blant annet fra klinisk praksis ved Avdeling for psykosomatisk medisin ved Rikshospitalet og engasjement som forskningsassistent i Affektbevissthetsstudier ved Universitetet i Oslo. Disse menneskenes lidelser representerer samtidig dagsaktuelle, store helsepolitiske utfordringer, og er ofte gjenstand for oppmerksomhet i presse og samfunnsdebatt, under overskriften ”stigende sykefravær”. At integrasjon av følelser er valgt som analytisk fokus, er begrunnet i dagens kunnskapssituasjon som indikerer dysfunksjonelle affektprosesser som sentrale både for opprinnelse, forsterking og opprettholdelse av somatoform smerte (Bunkan, 1996a; Haugsgjerd, 1990a; ICD-10, 1999; Malt, 2002; Mirdal, 1990; Monsen & Havik, 2001; Monsen & Monsen, 2000; Monsen, Monsen, Svartberg, & Havik, 2002; Taylor, 2009; Waller & Scheidt, 2006; Wærsted & Westgaard, 1994).

## 1.2 Oppbygging og avgrensing

På tross av et stort omfang av kunnskap om forholdet mellom psykosomatiske lidelser og følelsesmessige forhold, er det gjort svært få kvalitative studier som ser på differensiert affekt hos disse pasientene (Fox, 2009; Izard, 2007; Waller & Scheidt, 2006). Også i kvantitative studier er ofte differensiert affekt utelatt til fordel for konsept som emosjonell aktivering/regulering, eller mer globale kategorier som behagelig/positive versus ubehagelig/negative følelser (Bateman & Fonagy, 2003; Jonas & Lando, 2000; Lane, 2008; Solbakken, Hansen, & Monsen, 2010; Tomkins, 1981). Det er også mer vanlig å bruke psykometre fra personlighetspsykologien som markører for følelsesmessige kvaliteter. Eksempel på dette er grad av angst, depresjon, stress, nevrotisisme og fiendtlighet, som beskrevet i NEO-PI-R og MMPI (Minnesota Multiphase Personality Inventory) (Jonas & Lando, 2000; Lane, 2008; Monsen & Havik, 2001; Watson, 1982). I denne studien benyttes intervju og analysemetode fra Affektbevissthetsmodellen (ABM), en psykodynamisk affekt- og scriptmodell. Metoder utledet fra denne modellen tillater både kvalitative og kvantitative analyser av affektintegrering for ni differensierte affekter, fire separate affektintegreringsaspekt, samt analyse av individets større ideoaffektive scriptstrukturer (Monsen, Eilertsen, Melgard, & Odegard, 1996; Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, et al., 2010). ABM integrerer kunnskap fra en lang psykodynamisk tradisjon, og integrerer dette med nyere affekt- og scriptteori. Og med hensyn til overnevnte personlighetsdimensjoner og globale aktiveringsbegrep tilbyr den et unikt bidrag til forskning på psykosomatiske lidelser. I



oppgavens innledning er det lagt vekt på å beskrive kilder i teori og forskning som ABM har sitt utspring fra. Dette blir gjort ved en gjennomgang av sentrale tema relatert til psykosomatikk i den psykodynamiske litteraturen, representert ved klassisk psykoseteori, objektrelasjonsteori, psykodynamisk selv-psykologi, og nyere intersubjektiv dynamisk teori. Resultat fra studiens affekt- og scriptanalyser vil videre få figur mot denne bakgrunnen av eldre og nyere psykodynamisk orientert litteratur. Fremtredende funn vil både være et gjensvar til nevnte dagsaktuelle kliniske og helsepolitiske utfordringer, og samtidig henvende seg tilbake til denne psykodynamiske litteraturen. Hvordan kan begreper og teorier herfra belyse og berike forståelsen av aktuelle funn? Og kan resultat fra gjennomførte analyser med differensiert affekt-tilnærming utdype tidligere begreper og teorier? ABM ivaretar høy grad av fenommennær og teoretisk uavhengig eksplorering. Like fullt er både innhenting, tilnærming, avgrensning og aktuelle analyser av materiale preget av modellens teoretiske forankring og konkrete utforming. I tråd med Tematisk analyse (Boyatzis, 1998; Braun & Clarke, 2006) vil derfor både presentasjon av resultat, og utforming av selve oppgaven være så gjennomslutlig som mulig med hensyn til de teoretiske føringene som er innebygd i modellen. Dette ivaretas blant annet ved beskrivelse av sentrale prinsipper i aktuell affekt- og scriptteori mot slutten av innledningen. Før den teoretiske gjennomgangen, presenteres nå viktige begrepsavklaringer og problemstillinger knyttet til diagnostisering og forståelse av psykosomatisk smerte.

## **1.3 Begrepsavklaring**

Oppgaven forholder seg til to bredt konseptualiserte fenomen: følelser og psykosomatikk. I de kvalitative analysene blir disse undersøkt i forhold til hverandre, via de spesifikke og avgrensede begrepene ”affektintegrering” og ”somatoform smertelidelse”. Begge disse begrepene trer ut fra de brede konseptene med avgrensede operasjonaliseringer, men er samtidig en del av den generelle forskningslitteraturen innenfor hvert av disse feltene. Nedenfor beskrives hvordan begrepene forstås og brukes i denne oppgaven i forhold til litteraturen og feltet de er hentet fra.

### **1.3.1 Affektintegrering**

Begrepet ”affektintegrering” er i denne studien brukt i samsvar med Affektbevissthetsmodellen (ABM), introdusert av Monsen, Melgård og Ødegård tidlig på

1980-tallet, som et mål på integrasjon av differensiert affekt (Monsen & Monsen, 1999). Affektintegrering er her definert og operasjonalisert som grad av oppmerksomhet, toleranse, emosjonelt og begrepsmessig uttrykk av ni spesifikke affekter; interesse, glede, frykt, sinne, skam, tristhet, sjalusi, skyld, og ømhet (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, et al., 2010). Avsky og forakt har blitt lagt til i ABM senere, basert på kliniske vurderinger i bruken av modellen (Monsen, Internveiledning, 16.10.09). Affektintegrering fanges ved et semistrukturert Affektbevissthetsintervju (ABI), og skåres ut fra empirisk validert og reliabilitetstestet Affektbevissthetsskala (ABS) (Ibid). ABM, og metodene knyttet til denne, muliggjør kvalitative og kvantitative analyser av affektintegrering for differensierte affekter, samt studie av større affektive scriptstrukturer, identifikasjon av kjernescript, og sammenligning av disse på tvers av individ. Både ABI, ABS og prosedyrer for affekt og script analyser vil bli nærmere beskrevet i oppgavens metodedel. Med “affektintegrering” forstås individets samlede kapasitet til å tydelig gjenkjenne og vedstå seg aktivering av differensiert affekt, tåle virkningen og følge dens adaptivt motiverende signal, samt kunne vedstå seg og tydelig uttrykke dette både emosjonelt og begrepsmessig (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, et al., 2010). Vellykket affektintegrering innebærer en symbolsk representasjon av basalfysiologiske stimulus-responskvaliteter, og fører til økt refleksiv kapasitet og opplevelse av forutsigbarhet og fleksibilitet. Ved god affektintegrering vil aktivering av ulike affekter oppleves som meningsfulle signal om seg selv i relasjon til andre. Dette forstås som interaksjon mellom tidligere internaliserte mentale representasjoner og utløsende faktorer i den aktuelle situasjonen (Lane & Schwartz, 1987; Monsen & Monsen, 1999). En grunnleggende antagelse er at affektaktivering alltid forbinder det utløsende stimuli til den dynamiske sekvensen av intra- og interpsykisk respons som oppstår i individet (Solbakken, et al., 2010; Tomkins, 1981;1995a). Bruken av ”affekt” i denne oppgaven referer til denne sammenhengende prosessen, med en markert begynnelse (utløsende stimulus) som fører til, og dermed assosieres med, endring i både motoriske, somatosensoriske, perseptuelle og kognitive system (Ibid). I forskningslitteraturen er dessverre affekt definert og anvendt ulikt. Det er heller ikke konsekvente skiller mellom bruken av relaterte begreper som henholdsvis ”emosjon” og ”følelser” (Basch, 1984; Izard, 1993; 2007; Sifneos, 1991). Som nevnt er det også vanlig å forholde seg til fenomenet som en lineær gradering av generell affektaktivering, eller som globale kategorier (Bateman & Fonagy, 2003; Jonas & Lando, 2000; McCullough, 2003). Denne oppgaven vil ikke gå nærmere inn i en gjennomgang av disse uklarhetene, men presiserer at forståelse og bruk av ”affekt” og ”affektintegrering” i denne oppgaven ikke kan

sammenstilles med disse mer globale benevnelsene. De er heller ikke presist overførbare til andre studier som benytter differensiert affektteori, f.eks. Izards bruk av ”basic emotions” og ”emotional schemas” (Izard, 2007) eller Baschs bruk av ”affekt” versus ”emosjon” (Basch, 1984). Videre i oppgaven brukes de spesifikke begrepene som er benyttet i sine respektive teorier/studier, og ”følelser” når det refereres til det overordnede fenomenet. Bruken av ”følelser” begrunnes i et epistemologisk innenfra-perspektiv, i et forsøk på å knytte både teori og analyser til den dagligdagse forståelsen av fenomenet. Pasientene i studien bruker ”følelser” for å beskrive affekt, og det er også det mest utbredte i norsk dagligtale. Forekomsten av ordet ”følelse” skal altså ikke forstås som en referanse til klassisk differensiering mellom fysiologisk aktivering, kognitiv fortolkning, og subjektiv opplevelse der følelse refererer til den subjektive opplevelsen, a-la James-Lange og Cannon-Bards definisjoner (Damasio, 1998; Mirdal, 1990; Panksepp, 1998).

### 1.3.2 Somatoform smertelidelse:

Utvalget som studeres i denne oppgaven er selektert på bakgrunn av å innfri diagnostiske kriterier for ”somatoform smertelidelse”, som beskrevet i ICD-10 (1999). Komorbide diagnoser er et eksklusjonskriterium. Somatoform smertelidelse tilhører den diagnostiske gruppen av lidelser som i ICD-10 kalles ”Somatoforme lidelser”, kjennetegnet ved tilbakevendende presentasjon av somatiske symptomer i kombinasjon med frekvente forespørsler om medisinsk utredning fra pasienten, til tross for gjentatte negative funn og forsikringer fra lege om at symptomene ikke representerer en vesentlig somatisk tilstand. I enkelte tilfeller vil en somatisk lidelse også være diagnostisert, men de ”somatoforme symptomer” vil her være av en slik art og omfang at de likevel ikke lar seg forklare primært somatisk. Vi snakker da om en komorbid somatisk tilstand. Hos disse pasientene vil en også se påslag av angstelse og oppfatthet av symptomene utover det en forventer ved den ”rene” somatiske tilstanden (F 45, ICD 10, 1999). For den spesifikke somatoforme lidelsen som aktuelt utvalg er diagnostisert med ”somatoform *smertelidelse*”, er den dominerende plagen ”vedvarende, alvorlig og plagsom smerte, som antas å inntreffe i forbindelse med følelsmessige konflikter, eller psykososiale problemer som er så omfattende at de oppfattes som hovedårsak, men som ikke inntreffer under forløpet av depressive lidelser eller schizofreni” (F 45.4, ICD 10, 1999). Når det gjelder differensiering av de ulike somatoforme diagnosegruppene, har dette vært preget av store endringer de siste årene (Kirmayer, et al., 2003; Malt, 2002; 2003). Det har vært vanskelig å verifisere årsakssammenhenger for

somatoform smertelidelse. Både i DSM- og ICD-revisjoner har dette vært et tilbakevendende problem (Ibid). Utfordringene kan skyldes at man etter hvert har generert mer presis differensialdiagnostisk forskning, men også at man tilnærmer seg de underliggende årsakene grunnleggende forskjellig, avhengig av epistemologiske og teoretisk utgangspunkt (Haugsgjerd, 1990a; Malt, 2003; Taylor, 1987; 2003). Helt siden psykosomatikk ble en del av det vestlige medisinske vokabular, har sykdomsforståelsen svingt fra mystisisme og demonologi til positivistiske teorier og cellulære modeller (Ibid). Bare i løpet av de siste ti årene har en rekke sykdommer som tidligere ble ansett som psykosomatiske, fått ”status” som henholdsvis fysiologiske eller psykologiske diagnoser (Kirmayer, et al., 2003; Kirmayer, Young, & Robbins, 1994; Malt, 2002; 2003). I dagens diagnosebeskrivelse vektlegges derfor en gradert og interagerende tilnærming til forholdet mellom de psykologiske og fysiologiske mekanismer (First, Frances, & Pincus, 2002; ICD-10, 1999; Kirmayer, et al., 2003). En har videre gått bort fra tidligere symptomspesifikke modeller a-la Franz Alexander (Alexander, 1943, 1962), til fordel for mer globale symptom modeller. Det er regelen heller enn unntaket, at pasienter i denne gruppen også lider av andre komorbide tilstander, som på ulike måter kan være både forutgående og utløsende eller konsekvens av den somatoforme lidelsen. Andre ganger kan tilstandene være så tett forbundet at det er vanskelig å skille den ene fra den andre. Særlig hyppig er komorbid angst og depresjon, men også ulike personlighetsforstyrrelser (Bass & Murphy, 1995; Bunkan, 1996a; Kirmayer, et al., 2003; Magni, Caldieron, Rigatti-Luchini, & Merskey, 1990; Magni, et al., 1993; Malt, 2003; Monsen & Havik, 2001; Rief, Hessel, & Braehler, 2001; Waller & Scheidt, 2006). En rekke studier finner forskjeller i utvikling, forsterking og opprettholdelse av ulike somatiske symptom (Acklin & Alexander, 1988; Apfel & Sifneos, 1979; Taylor, 2009). Andre rapporterer om ulike biologiske og psykososiale mekanismer fra individ til individ innenfor de samme symptomene (Kellner, 1994). I denne studien er utvalget avgrenset til pasienter uten komorbide diagnoser, verken innen det somatoforme spekteret, eller andre akse en og akse to lidelser. Dette er av hensyn til den sviktende reliabiliteten i underliggende premisser for diagnostiske subklassifiseringer. Utvalgsriteriet er ikke begrunnet i visse egenskaper som skiller denne pasientgruppen fra andre pasienter med somatoforme diagnoser. Utover presentasjon av aktuelt utvalg, metode og resultat vil det overordnede begrepet ”psykosomatisk” bli brukt fremfor den diagnostiske kategorien.

## 1.4 Psyke versus soma i smerteforståelse

Helt siden de greske filosofenes inndeling av kropp versus sjel, har den vestlige medisin stadig forholdt seg til smerte som enten fysiologisk eller psykologisk betinget. Smerte som ikke kunne forklares ved tilgjengelige medisinske modeller, har vært gjenstand for en rekke religiøse og filosofiske forklaringsmodeller (Gamsa, 1994; Haugsgjerd, 1990a; Kirmayer, et al., 1994; Merskey & Spear, 1967; Taylor, 1987). Først rundt midten av det forrige århundre tillot nyere vitenskapelige metoder å studere systematisk det komplekse og uløselige forholdet mellom psykologiske og somatiske tilstander, og det vokste frem et nytt naturvitenskapelig utgangspunkt: Den bio-psykososiale modellen.(Adler, 2007; Alexander, 1962; Bunkan, 1996a; Engel, 1967; Merskey, 2007, 2008; Rosenman & Swan, 1988; Rosenman, 1993; Selye, 1950, 1975; Taylor, 1987). Her forstås kropp og psyke samaktivert og til enhver tid gjensidig påvirket. I dag er det konsensus i forskningslitteraturen om en slik samaktivering av komplekse fysiologiske, psykologiske og kontekstuelle faktorer i forståelsen av smerte (Merskey, 2007, 2008). I tråd med dette regnes smerte per definisjon som en subjektiv tilstand, som mellom annet kjennetegnes ved lave korrelasjoner mellom størrelse på vevsskade og grad av smerteintensitet (Kirmayer, et al., 2003; Merskey, 2008; Nielsen et al., 2008). Denne konsensus har imidlertid ikke greid å overdøve gjenklagen fra forhistoriske teorier. Verken hos de hjelpetrengende eller alle deler av hjelpeapparatet er forestillingen om denne oppsplittingen helt passé. Kanskje bidrar også selve diagnosesystemet til denne anakronismen, med sitt skille mellom psykosomatiske lidelser versus ”rene” psykiske eller ”fysiologiske” lidelser. Samsillet mellom psyke og soma bør alltid stå sentralt i smerte- og sykdomsforståelse, men det kan se ut som foreldede, sosiale representasjoner lever videre gjennom selve begrepet ”psykosomatisk”, ved at det bærer med seg både implisitte og eksplisitte antagelser om innbilte og simulerte smerter, eller pasientenes frykt for nettopp denne anklagen (Kirmayer, et al., 2003;1988; Malt, 2003; Moscovici, 1988; 1998; Pennebaker & Watson, 1991; Rief, et al., 2001). En diagnostisk modell som fører til usikkerhet om smertens legitimitet, vil trolig true samarbeidet mellom pasient og behandler og slik være et vanskelig utgangspunkt for effektiv psykoterapi, (Adler, 2007; Bohart & Greenberg, 1997; Horvath & Greenberg, 1989). Pasienter med psykosomatiske smerter opplever også dessverre ofte at de blir stående i en særstilling, mellom to stoler, i behandlingsapparatet; eller et sted mellom offentlig behandlingsapparat og alternative behandlingstilbud (Bunkan, 1996a; Dworkin, 1992; Malt, 2002; Taylor, 2009). Og det er kanskje ikke å undres over at denne pasientgruppen beskrives med en problematisk høy drop-out rate og mindre tilgjengelig for

langvarig psykoterapi (Kirmayer, et al., 2003; Magni, et al., 1993; Malt, 2003; Sifneos, 2002; 1996). Det er heller ikke bare ut fra et pragmatisk hjelpe-perspektiv at betegnelsen ”psykosomatisk” kan beskrives som problematisk. Kirmayer et al. (2003) hevder det er vanskelig å forsvare denne kategorien også epistemologisk, medisinsk, og epidemiologisk. Diagnosemanualene forsøker å integrere den nye bio-psykososiale modellen i de gamle skillene mellom soma og psyke ved å presisere det relative forholdet og vekten dem i mellom (APA, 2000; First, et al., 2002; ICD-10, 1999; Taylor, 2009). Ved at diagnosemanualen opererer med en egen kategori for psyko-somatikk, tror likevel Kirmayer, Yong og Robbins (1994) at de bidrar betydelig til reproduksjon av pasientens, så vel som kulturens, maladaptive dualisering av kropp og psyke. Kirmayer med kollegaer stiller i det hele tatt spørsmål ved validiteten til enhver diagnostisk distinksjon mellom organisk og psykosomatisk smerte (Kirmayer, Young, et al., 1994; Kirmayer, Robbins, et al., 1994).

#### 1.4.1 Psykogen smerte

På tross av overnevnte pragmatiske, epidemiologiske og epistemologiske svakheter ved begrepet psyko-somatisk, vil både dette, og ”somatoforme smerter” videre i oppgaven brukes i overensstemmelse med rådende begrepsbruk innenfor dagens medisinske modeller. Her deles smerte inn i nociseptiv, nevropatisk, psykogen og idiopatisk smerte (Engel, 1967; Lundeberg & Ekholm, 2002; Wilkinson, Neary, Jones, & Sunshin, 1994; Wærsted & Westgaard, 1994). Psykogen og delvis også idiopatisk smerte, inngår i ”somatoform smertelidelse”. Med ”psykogen” forstås smerte som per definisjon skyldes følelsemessige konflikter og belastninger, mens idiopatisk refereres til smerte som ennå ikke har påviselig årsak (Ibid). Siden idiopatisk smerte per definisjon betraktes som fortsatt å ha ukjent opphav, er det mest presis å avgrense videre gjennomgang tilknyttet utelukkende psykogen smerte. Det refereres da til smerter hvor følelsemessige konflikter og belastninger har et større, eller mindre bidrag til opprettholdelse av smerten. Den affektive tilstanden et menneske til enhver tid befinner seg i, omfatter også en fysiologisk aktiveringstilstand, både muskulært, autonomt, endokrint og immunologisk (Alexander, 1943; 1962; Bunkan, 1996a; Dworkin, 1992; Malt, 2003; Merskey, 2008; Taylor, 2009). En rekke studier viser videre at dersom den belastende aktiveringstilstanden vedvarer over tid, selv ved lave, eller moderate nivå, utgjør det en risikofaktor for utvikling av smerte (Bunkan, 1996a; 1996b; Monsen & Havik, 2001; Wærsted & Westgaard, 1994). Dette moduleres videre av en rekke psykososiale variabler, blant annet individets personlighetstrekk (Bass & Murphy, 1995; Monsen & Havik, 2001; Noyes et al.,

2001; Watson, 1982). Mange faktorer er vist å være signifikante for å utløse eller forme ulike smertesymptomer. Det vektlegges store variasjoner fra individ til individ, men følgende forhold ser ut til å spille inn: Medfødte egenskaper ved individet selv, egenskaper ved tidlig tilknytningshistorie, kvaliteter i de nære omgivelsene, ideografiske interpersonlige faktorer, kulturelle og samfunnsmessige forhold, samt interaksjoner på tvers av alle disse (Aronoff, 2003; Bunkan, 1996b; Kirmayer, Robbins, et al., 1994; Kirmayer, et al., 2003; Taylor, 2009). Psykosomatisk forskning foregår derfor i spenningsfeltet mellom psykologi, medisin, psykiatri, sosialmedisin og sosialantropologi. I denne oppgaven avgrenses fokuset til et spesifikt område innen de psykologiske forståelsesmodellene: psykodynamisk teori og nyere dynamisk affekt- og scriptteori.

## 1.5 Psykosomatikk i psykodynamisk teori

Helt siden lege og psykoanalytiker Georg Groddeck i 1920 årene utfordret det medisinske skillet mellom organiske og psykologiske forstyrrelser, har psykosomatikk vært et sentralt tema innen psykodynamiske teorier (Haugsgjerd, 1990a; Taylor, 1987). Groddeck hevdet at ethvert somatisk symptom var et symbolsk uttrykk for det ubevisste. Han mente videre at de somatiske symptomene kunne tolkes og behandles på samme måte som drømmer (Groddeck, sitert i Taylor, 1987, s. 28). Og i klassisk psykodynamisk teori forholdt man seg til både drømmer og somatiske symptom som symboler for ubevisste driftsmessige konflikter (Ibid). Interessen for ”symbolfunksjonen” står fortsatt sterkt i dagens tilnærminger, og er videreført i en rekke mer eller mindre overlappende begreper og operasjonaliseringer. Ettersom feltet har utviklet seg, har det imidlertid vært store variasjoner i hvordan ”symbolfunksjon” forstås, samt hvilke deler av symboliseringen som vektlegges; symbolutvikling, versus symbolets innhold eller funksjon (Alexander, 1943; Bion, 1962; 1984; Fonagy, 2004; Fonagy & Target, 1996; 1997; Sifneos, Apfel-Savitz, & Frankel, 1977; Stolorow, 1995; Stolorow & Atwood, 1992; Szasz, 1957; Taylor, 1987). De ulike teoriene har blant annet vært preget av særegne karakteristikk av de ulike pasientgruppene man har studert, f.eks. nevrotisk versus psykotisk patologi. En av de mest fremtredende bidragsyterne i den psykosomatiske forskningstradisjonen er psykoanalytikeren og legen Franz Alexander (1891-1964). Hans tilnærming til psykosomatiske lidelser representerer et unntak i psykoanalysens symbolfokus (Taylor 1987). Alexander forsøkte å ta på alvor det multifaktorielle aspektet ved lidelsene, og fremsatte ”spesifitetsteorien” som rommet interaksjoner mellom sentralnervesystemet, det

vegetative nervesystemet, de indre organer og interpersonlig kontekst (Alexander, 1943; 1962). Med boken "Psychosomatic Medicine", utgitt i 1950, gav han psykosomatikk både språkdrakt og innhold som var ganske forskjellig fra tidligere dynamiske teorier (Faleide, 1990; Haugsgjerd, 1990a; Taylor, 1987). I sitt forsøk på å bringe tilnærmingen til disse lidelsene fra kliniske studier til naturvitenskapelige teorier, ble fokuset på symbolsk mening lagt bort til fordel for organspesifikke konfliktbelastninger (Taylor, 1987). Alexander (Alexander, 1943; 1962) mente årsaken til utvikling av psykosomatiske smerter skyldtes konflikter mellom affektive og driftsmessig impulser og individets forsvar mot dette. Videre mente han at det dynamiske innholdet i disse symptomene kunne avdekkes ut fra hvilke organ som var skadet eller belastet. Det vil si at ulike emosjonelle konflikter hadde ulike belastningslokalitet i kroppen. I alt presenterte Alexander syv ulike psykosomatiske uttrykk, med bakenforliggende konflikter som var kvalitativt særegne for dette uttrykket. Han presiserte at det er atferdsaspektet ved emosjonene som undertrykkes, og at kjernen i all undertrykking er en konflikt mellom aggressive og avhengighetspregede følelser (Alexander, 1962; Bunkan, 1996a; Faleide, 1990; Haugsgjerd, 1990a). Selv om det kan foreligge empirisk støtte for Alexanders forståelse av forholdet mellom hemming av affektaktivering og fysiologiske belastningsskader (Taylor, 1987; Vassend, Krogstad, & Dahl, 1995), er ikke hans spesifitetsteori blitt anerkjent som empirisk valid. På mange områder er den også falsifisert (Bunkan, 1996a; Haugsgjerd, 1990a; Malt, 2003; Taylor, 1987). Like fullt har hans biopsykososiale tilnærming blitt videreført, både i forskning og klinikk, og påvirket tilnærmingen til psykosomatikk langt utenfor den dynamiske tradisjonen (Bunkan, 1996a; Faleide, 1990; Gamsa, 1994; Haugsgjerd, 1990a). I dagens tilnærminger tas det høyde for de metodiske svakhetene og den manglende empiriske støtten, og hans teoretiske bidrag er integrert i ny empiri fra tilknytningsstudier, nevrobiologisk forskning og terapiforskning (Ibid). I nyere litteratur på feltet er det generelt en renessanse for de eldre begrepene fra objektrelasjonsteoretikere og klassisk psykoseforskning, men implementert i integrative, intersubjektive og biospsykososiale tilnærminger, som dermed også bidrar til å redefinere de tidligere konseptene (Fonagy, 2004; Fonagy & Target, 1996; Gamsa, 1994; Keinanen, 2000; Lane & Schwartz, 1987; McDougall, 1982; 1989; 2003; McDougall, Coen, Burgin, Hanly, & Montagna, 2000; Sifneos, 1996; Stolorow, 1995, 2005; Taylor, 1987; Tibon, Weinberger, Handelzalts, & Porcelli, 2005). Joyce McDougall er en av de som argumenterer for nødvendigheten av å vende tilbake til de tidligere psykoanalytiske teoriene, og samtidig bidrar med ny integrativ kunnskap i forståelse av begrep fra denne litteraturen (Faleide, 1990;



Haugsgjerd, 1990a; McDougall, 1982; 1990, 2003; McDougall, et al., 2000). McDougall bygger på teoretiske formuleringer fra Klein, Bion og Winnicott, som alle setter den tidlige intersubjektive affektintegreringen i sentrum for sine teorier, til forskjell både fra klassiske driftsteorier og Alexanders psykofysiologiske fokus. McDougall postulerer at alle former for somatisering har opphav i tidlig tilknytningsrelasjon, og manglende eller inadekvat integrering av barnets kroppslige affektaktivering og affektsymbolske representasjon av dette (McDougall, 1984a; 1984b; 1989). Alle former for psykopatologi forstås som versjoner av brudd i sammenhengen mellom affektaktivering, kognisjon og kroppslig sensasjon. Disse erfaringene kan føre til utvikling av kroniske somatiske smerter så vel som psykotiske forestillinger. Ifølge McDougall skyldes både nevrotisk somatisering og konversjonslidelser et automatisk og konsekvent forsvar mot potensielt ubehagelige endringer i indre tilstand, da den grunnleggende selvstrukturen er for skjør til å tåle dette ubehaget (Ibid). Frykten for selvfragmentering og forsvaret for å beholde et sammenhengende selv, beskrives som et grunnleggende prinsipp i utvikling av all form for psykopatologi. Et umodent og rigid forsvar frarøver individet muligheten til å erfare mening gjennom affektive signal, noe som stopper den videre abstraksjonsprosessen og integrering av symbolske representasjoner (McDougall 2000). Fraværet av en slik genuin ideoaffektiv struktur kompenseres for med et sterkt kognisjonskonstruert ego. Dette beskrives hos McDougall som ”normopate” pasienter (McDougall 1989, s. 26). De fungerer tilsynelatende normalt, og kan være ansett som svært ressurssterke mennesker av andre. En slik splittet tilstand i ego, er mulig fordi utvikling av symbolske representasjoner antas å være uavhengig generell kognitiv utvikling (Ibid). I denne forståelsen følger McDougall i sporene etter blant annet med Melanie Kleins teorier om barnets utvikling av symbol fra det konkrete (1930; 1958). Begge forstår dette som en egenskap ved egoutvikling i den tidlige tilknytningsdynamikken. Det er altså ikke snakk om svekkelser i kognitive ferdigheter per se, men mangelfull integrasjon av det konkrete og det mulige; det indre og det ytre; det presemantiske og det semantiske. I tråd med Donald Winnicotts (1960a; 1963) beskrivelse av det ”falske selvet”, beskriver McDougall (1989; 2003) hvordan disse pasientene gjerne klamrer seg urokkelig fast til sine konstruerte selvbilder, og at dette er grunnen til at mange terapeuter opplever de som utilgjengelig for psykoanalyse, og at de har høy drop-out rate (Adler, 2007; Kirmayer, et al., 2003; Sifneos, 1974; 1991; Waller, et al., 2004). I motsetning til oppfatningen av disse pasientene som utilgjengelige for innsiktsorientert psykoanalyse (Apfel & Sifneos, 1979; Nemiah, 1977), mener McDougall de er psykisk depriverte og fungerer på et umodent psykologisk nivå, men

at lidelsen fremdeles representerer et dynamisk meningsuttrykk, og at innsikt i dette kan oppnås. Det er barnets forsøk på å tilpasse seg, eller forsvare seg mot selvtap som reflekteres i den maladaptive og splittede personligheten hos den voksne. Flere empiriske studier validerer denne forståelsen av psykosomatiske lidelser, og McDougall støtter seg på et bredt tilfang av både nyere og eldre dynamisk teori (Bass & Murphy, 1995; Klein, 1930; 1958; Krystal, 1974; Lane & Schwartz, 1987; McDougall, 2003; Noyes, et al., 2001; Stolorow, 2005; Taylor, 1987; Watson, 1982; Winnicott, 1953; 1960b). På bakgrunn av dette sterke fokuset på forholdet mellom affekt, symbolisering, og psykosomatikk i litteraturen, vil det videre gis en gjennomgang av disse begrepene slik de er forstått i den psykodynamiske litteraturen.

### 1.5.1 Affekt

McDougalls vektlegging av følelser og den psykosomatiske splittingen mellom følelser og tanker, er som nevnt, en videreføring av klassisk dynamisk tenkning. Freud beskriver f.eks. i sine kasusstudier av hysteriske pasienter at instinkter kan uttrykkes både som fysiologisk følelsesuttrykk og mentale forestillinger, og at det kan oppstå splitt mellom disse, slik at individet opplever en forestilling uten kroppslig aktivering av følelse, eller vise versa. Freud anvendte ulike terapeutiske teknikker; hypnose, drømmetyding og tolkning, for å få tilgang til disse følelsesmessige erfaringene. Freud så imidlertid på følelsene som driftsderivat, altså underlagt andre primære motivasjonssystem (Taylor, 1987; Haugsgjerd, 1990a, 1990b). Her skiller McDougalls - og moderne konseptualiseringer av følelsesbegrepet seg kraftig fra Freuds teori. I moderne dynamiske teorier anses følelser og ikke drifter som den primære motiverende og organiserende kraft, både inter- og intrapsykisk. Og det er i affektene vi finner dynamikken bak utvikling, opprettholdelse og endring av individets dynamiske personlighetsstruktur. (Basch, 1983; Demos, 1988; Demos & Kaplan, 1986; Izard, 1991; 2007; Jones, 1995; Karterud, Monsen, Skårderud, & Kohut, 1997; Kohut, 1984; Monsen & Monsen, 1999; Stern, 1985; 2002; Stolorow, 2002; 2005; Stolorow & Atwood, 1992; Tomkins & Demos, 1995). Forståelse av det ubevisste, har med dette også fått nytt innhold. Stolorow (1992) beskriver at det dynamisk ubevisste ikke lenger anses å bestå av fortrenge, endogene driftsderivat, men av affektive tilstander hos barnet som ikke har blitt adekvat respondert på av omsorgsgiver. Disse affektene har derfor blitt fortrenget og isolert fra resten av individets fungering i et forsøk på å forsvare seg mot retraumatisering. Det dynamiske fokuset er med dette, flyttet fra konflikt mellom impuls og superego, til en intersubjektiv, affektiv utviklingsmatrise (Beebe & Lachmann, 2002; 2003; Stern, 1985; 2004; Stolorow, 2002). I

denne forståelsen vektlegges særlig den affektive *responsiviteten* hos omsorgsgiver (Ibid.). Demos (1988) hevder at barnets gryende følelse av selvet, vil utvikle seg adaptivt ved dets opplevelse av tilbakevendende affekttilstander som nettopp oppleves ved å bli gjenkjent og adekvat respondert på av omsorgsgiver. Omsorgspersonens evne til å gjenkjenne og respondere adekvat på disse affekttilstandene er altså helt avgjørende for barnets evne til å utvikle et spontant og fleksibelt selv, med opplevelse av sammenheng på tross av endring i affektive tilstander. Stern (1985; 2004) underbygger denne påstanden ytterligere i en rekke empiriske studier. Det synes i det hele tatt å være bred konsensus i nyere dynamisk litteratur om at kjerneselvet, per definisjon, nettopp er en intersubjektiv størrelse. Og at en sunn selv-integreringsprosess er avhengig av graden av gjensidig, følelsesmessig utveksling mellom barn og omsorgsgiver, fremmet ved omsorgsgivers empatiske affektive speiling (Stern 2004; Stolorow, Brandschaft et al. 1987; Stolorow, 1992; Beebe & Lachmann, 2002; Emde 1988; Hansen, 2000). Stolorow, Brandschaft & Atwood (1987) tillegger selv mindre forstyrrelser fra optimal intersubjektiv speiling en fundamental betydning, dersom det representerer gjentatte mønstre i relasjonen. Små avvik fra optimal affektintegrering antas å kunne føre til en avspalting av enkelte affektive reaksjoner. Når den livsviktige tilknytningskontakten er truet, kan det potensielt skape selvfragmentering i den gryende strukturdannelsen hos barnet. Forsvar mot de aktuelle affektive nyansene, blir derfor utviklet for å bevare seg selv i det intersubjektive rommet. McDougall (1989), antar dette forsvaret tar form som psykotisk, eller psykosomatisk fungering, avhengig av hvor alvorlig og i hvilke faser av utviklingen symbiosen mor-barn er forstyrret. Innen klassisk psykoseforskning beskriver Klein og Bion de samme interpersonlige premisene for utvikling av psykotiske symptomer: Omsorgspersonens evne til initialt å romme barnets affekttilstander i det intersubjektive ”rom” er en nødvendighet for at barnet selv gradvis skal kunne utvikle kapasitet til dette i sitt indre ”rom” (Bion, 1962; Klein, 1958; Sanders, 2006; Weininger, 1984). Den tidlige affektintegreringen representerer i denne sammenheng utviklingen hele veien fra den intense, somatiske frustrasjonen hos de minste barna, til integreringen av somatisk aktivering, meningsbærende interpersonlig endring og gryende indre representasjon, dvs symbolisering. Dette skjer i gjentatte mikrosekvenser av interaksjon mellom barn og omsorgsgiver (Stolorow, 1992; 2005). Heinz Kohut (1913-1981), bidro i selv-psykologisk teori til å knytte bånd mellom kliniske observasjoner av ulike symptomer og overnevnte tilknytningsteorier. Mangel på optimal responsivitet hos primære omsorgsgivere, eller direkte destruktiv atferd hos disse, ville føre barnet inn på en utviklingslinje hvor egne affektoplevelser endres eller

hemmes til fordel for idealisering og ivaretagelse av tilknytningrelasjon (Kohut, 1984). Selvobjektsvikt kalte Kohut dette (Kohut, 1971). Når den dyadiske regulering og integrering av affekt gjentatte ganger svikter, vil situasjonsbetinget kompensering og forsvar mot egne affekter kunne bli automatiserte strategier, og dermed hemme, eller potensielt blokkere individets evne til å gjenkjenne, tåle og uttrykke ulike spekter av egne følelser (Monsen, 2005; Stern, 2004). Den tidlige affektintegreringen innebærer flere dimensjoner av integreringsprosesser. Verken objektrelasjonsteorier, eller selvpsykologisk litteratur behandler dette poenget i stor grad, og også i nyere litteratur er differensierte affektintegreringsprosesser sparsomt elaborert. Men det er enighet om at integreringsprosessen også innebærer differensiering av affekter fra det unyanserte medfødte repertoar. Krystal (1974) skiller blant annet mellom to ulike utviklingslinjer; differensieringen somatisk vs. symbolsk affektrepresentasjon, og differensieringen av separate affekter. Han tenker at disse to prosessene interagerer, men med ulik sårbarhet i ulike faser av utviklingen. Nærmere angivelse av tidspunkt og aldersintervaller for disse integreringsprosessene, er det stor uenighet om i litteraturen (Jones, 1995; Krystal, 1974; Levy, 1960; Mohaupt, Holgersen, Binder, & Nielsen, 2006; Stern, 1985; Taylor, 1987; Weininger, 1984). Og kanskje har denne tilbakevendende diskusjonen om kronologien bidratt til at fokus på kvalitative differensieringsprosesser og differensiert affektteori har kommet i bakgrunnen. Tross betoning av mikroprosessene i det intersubjektive samspillet, og bredere front av emosjonsfokusert forskning de senere årene, har presise affektteorier innen det psykodynamiske feltet vært fraværende. Dette gjenspeiles også i måten en har elaborert og studert symboliseringsprosessen, samt nyere teoretiske og kliniske begreper knyttet til dette (Bouchard et al., 2008; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy, 2004; Kernberg, 1976; Kohut, 1984; Sifneos, 1974; Sifneos, 1996).

### 1.5.2 Symbolisering

Melanie Klein (1882-1960) regnes som en av de fremste bidragsyterne innen den psykodynamiske forståelsen av symbolisering (Taylor 1987, s. 34). Klein beskriver symboliseringsprosessen som en oppgivelse av det konkrete til fordel for å bevege seg mot integrering av representasjoner av det konkrete (Klein, 1930). Denne prosessen skjer ifølge Klein allerede fra halvårs alder, idet barnet må løsrive seg fra brystet og dermed også må forholde seg til frustrasjoner knyttet til den ubevisste forventningen om mor/brystet som bare godt. De intense affektive erfaringene barnet gjennomlever i tidlig tilknytningsrelasjon, er

starten på et langt arbeid med differensiering, integrering og reorganisering av affekt og forestillinger om indre/ytre virkelighet. For at denne modningen ikke skal hemmes, og dermed disponere for senere psykopatologi, fremhever Klein betydningen av mors evne til å ”romme” barnets affektive ubehag (Melanie Klein, som omtalt av Weininger, 1984, kp.1). Barnet er til å begynne med primært avhengig av de ytre objektene, representert ved moren, og vil spalte av, fortrenge, eller forskyve affektiv energi dersom den truer tilknytningsrelasjon (Ibid). Ifølge Klein (1958) er det disse mekanismene som er utgangspunkt både for psykoseutvikling og psykosomatiske forstyrrelser. Denne forståelsen av felles arkaisk opphav for tilsynelatende ulikt nivå av egoutvikling, er som nevnt videreført i McDougalls teorier. Kleins aldersmessige tidfesting av disse prosessene, er ikke blitt empirisk validert, og helt fra hun fremsatte de har det vært store uenigheter knyttet til troverdigheten i utviklingsprosessene hun skisserer (Weininger, 1984). Stern (1985) argumenterer for at Kleins teori må forkastes i lys av nyere spedbarnsforskning, da han finner at spedbarnet ikke har kapasitet til de kvaliteter Klein tillegger deres intrapsykiske liv. Stern hevder videre at psykosomatiske symptomene utvikles mye senere i utviklingsfasen. Deler av Kleins teorier er likevel videreført i en rekke nyere teoretiske og empiriske bidrag, og er fortsatt viktige i forståelse av psykosomatiske lidelser. Særlig gjelder dette hennes begrep om det indre rom, og hvordan dette utvikles via omsorgsgivers evne til først å romme barnet. Wilfred R. Bion (1897-1979) utdyper de samme begrepene i sine teorier, basert på studier av psykotiske pasienter (Sanders, 2006; Weininger, 1984). Det var Bion som første gang foreslo å tenke om ”mors bryst”, som den opprinnelige beholderen (container) av barnets indre liv (Weininger 1984, s. 4). I forhold til Klein, utvider Bion forståelsen av affektens differensierte motivasjonskvaliteter. Mens Klein opererer med angst som grunnleggende dynamisk prinsipp, beskriver Bion både kjærlighet, hat og kunnskapstørst som sidestilte og primære motivasjonssystem (Bion, 1962). Disse antas å være medfødte dynamiske krefter, som i interaksjon med barnets tidlige omgivelser fremmer utvikling av en sammenhengende selvopplevelse i den gryende differensieringen mellom indre og ytre verden (Ibid). I forhold til Klein synes altså Bion å utpensle en mer nyansert affektteori. Thomas Szasz (født 1920), formulerer ytterligere nye bidrag til Klein og Bions teorier som gir viktige nyanseringer av mekanismer bak symboliseringsvekkelser hos pasienter med psykosomatiske lidelser. Han fremhever hvordan spedbarnet synes å være uløselig forbundet til det sanselige og sine egne fysiske selvtilstander. Og at dette gjør det ekstra sårbart nettopp for ubehagelige kroppslige sensasjoner (Szasz, 1957). Hos alle disse tre blir det poengtert at egoutvikling skjer gjennom interaksjon mellom kroppen, dens biologiske

utvikling og barnets forhold til primære tilknytningspersoner og andre. Dette er et grunnprinsipp i objektrelasjonsteori, som overnevnte teorier bidrar inn imot. Szasz (1957) presiserer imidlertid at barnet i tidlige utviklingsfaser også forholder seg til sin egen *kropp* som en objektrelasjon. Og på grunn av barnets sterke sensomotoriske oppmerksomhet, antar han at denne objektrelasjonen er svært grunnleggende for å forstå barnets utvikling den første tiden. Szasz representerer en tidlig kritikk av det medisinske skillet mellom kropp og psyke, og retter kritikken blant annet mot forståelse av smerte (Ibid). Ifølge Szasz er ikke angst og smerte differensierte kvaliteter hos barnet i den første fasen av utviklingen. Som for de affektive tilstandene omtalt hos Klein og Bion, er det derfor essensielt at primær omsorgsgiver responderer empatisk speilende og nyansert på barnets angst/smerte, for at barnet skal kunne utvikle et symbolsk og refleksivt forhold til egen kropp, samt differensiere mellom somatiske smerter og følelser. Dette er i tråd med Sterns intersubjektive utviklingsteori som vektlegger at den intersubjektive resonansen gradvis tilfører økt differensiering og integrering av utvidede selvtilstander (Stern, 2004). Szasz (1975) belyser disse mekanismene på en måte som synes å være svært relevant for forståelse av psykosomatiske lidelser. Hans beskrivelser av både barnets og, senere den voksnes, forhold til egen kropp, gir mulighet for å sidestille reaksjoner på kroppslige ubehag med de intersubjektive følelsesaspekter som blir beskrevet av tidligere teorier. Szasz's vektlegging av barnets primære sårbarhet for å utvikle overopptatthet, dvs. umoden identifisering med egne kroppslige signal, eller i motsatt fall; konsekvent frastøting av kroppen, dvs. umoden individuering, støttes av en rekke spedbarnsstudier (Fonagy & Target, 1996; Fonagy & Target, 2007; Gergely, 2004; Koòs & Gergely, 2001; Stern, 1985; Szasz, 1957). Gergely og Koòs (2001; 2004) beskriver blant annet hvordan barn med utrygg tilknytning til omsorgsperson vil søke egen kropp fremfor referanseblikk dersom de blir utsatt for potensielt angstprovoserende/nye situasjoner. De finner videre at denne mekanismen også finnes hos barn med trygg tilknytning. Barnet velger mor fremfor eget speilbilde når mor responderer intersubjektivt på barnets uttrykk, men når mor stopper denne speilingen, velger barnet eget speilbilde (Ibid). Her aner vi konsekvenser av hva den tidlige tilknytningsrelasjonen betyr for senere forstyrrelser i integrering av kropp og følelse, og indre og ytre verden. Monsen (1990) skisserer i sin bok "Vitalitet, Psykiske forstyrrelser og psykoterapi", disse sammenhengene ut fra et differensiert affektteoretisk perspektiv. Med referanser både det filosofiske eksistensielle angstbegrepet, og psykodynamiske teorier knyttet til dette, poengterer Monsen at manglende refleksivt forhold til egen kropp vil skape økt sårbarhet for å overveldes av

angst/smerte, som igjen kan styrke overfokusering, eller avspalting av kroppsformennelser. Som Szasz forstår Monsen kroppen som en av barnets primære objektrelasjoner, som det må individueres fra for så å kunne reintegreres som en sammenhengende opplevelse av både biologiske sensasjoner og symbolske representasjoner representative for disse. Dette anses som nødvendig for å utvikle et refleksivt og fleksibelt selv (Monsen, 1990). Svikt i denne objektrelasjonsutviklingen, dvs. fra konkrete og diffuse og intense kroppsformennelser, til de sammenhengende sekvensene av differensierte kroppslige signal og symbolske uttrykk for disse, kan føre til forstyrrelser både i forholdet til seg selv, sin kropp, og sine omgivelser. Et refleksivt selv anses som nødvendig for opplevelse av autonomi og agens. Først når en opplever seg selv som en adskilt størrelse, kan en *velge* å handle (Monsen 1990 s. 36). Dette innebærer evne til å gjenkjenne egen agens, forstått som affektive signal, la disse virke på seg, forholde seg til denne virkningen på en aksepterende og informerende måte, og kunne uttrykke dette i relasjon til andre (Monsen 1990, s 137-153).

Monsen (1990) poengterer også Szasz`s forbindelser til mer eksistensiell filosofisk psykologi. Beskrivelser av de første fasene i barnets utvikling gir sterke assosiasjoner til Kierkegaards eksistensiell tese om Egoutvikling. Kierkegaard (1849; 1981) beskriver hvordan evnen til å forholde seg åpent til egne opplevelser er nødvendig for å unngå eksistensiell angst. Barnet må altså først tåle å forholde seg til angst for å kunne utvikle et modent og refleksivt selv. Overnevnte objektrelasjonsteorier og spedbarnsstudier bringer inn den rommende tilknytningsfiguren som nødvendig for at denne modningsprosessen skal lykkes. Donald Winnicott(1876-1971) bidrar med teorier som kan knytte bånd mellom både objektrelasjonsteori, eksistensiell psykologi og nyere forståelser av egofunksjoner og refleksiv kapasitet (Taylor 1987; Monsen 1990). Mens Kierkegaard (Som referert i Monsen, 1990, s. 258) brakte inn gudsbegrepet som en dynamisk størrelse i ego-konseptet; ved å forholde seg til seg selv, forholder selvet seg også til et "Andet", forstått som det gudommelige, beskriver Winnicott noe av det samme innholdet i et ikke-religiøst perspektiv. I sine teorier om nødvendigheten av "the good enough mothering" (Winnicott, 1953), utvider han Kleins dyade mor-barn, til en treenighet bestående av mor-barn, og barnets forhold til mor-barn. Winnicott presiserer at det ikke er mulig å tenke om barnet som et separat psykisk individ; det er alltid barnet i relasjon til mor. Og dersom den første dyaden ikke er "good enough", vil dermed barnet ikke kunne utvikle et modent forhold til seg. Utvikling av et modent refleksivt ego, er avhengig av en vellykket løsrivelse fra dyaden og integrering av en symbolsk representasjon av denne (Winnicott, 1953; 1960b; 1963). Her presiserer Winnicott at både manglende

*etablering* av symbiose mor-barn, og manglende *oppgivelse* av symbiosen vil kunne gi grunnlag for psykosomatiske reaksjonsmåter. Barnets illusjon om seg selv og moren som ett må altså både være tilstrekkelig etablert, og bli tilstrekkelig desillusjonert. Bare slik vil reintegrering av en mer nyansert og fleksibel symbolsk representasjon av det konkrete objektet oppnås (Ibid). I lys av nyere affektteori, kan denne reintegreringsprosess dermed antas å være avhengig av mors evne til å romme og speile barnets frustrasjon som *differensierte* og meningsfulle signal, f eks; sinne og tristhet. I Kleins begreper, kan kanskje eksemplet: At barnet ikke får melk fra mors bryst hver gang det er tørst, være starten på en slik potensiell utvikling og integrering av differensierte affekter, skille mellom angst og smerte, og evne til å forholde seg til seg selv og sin kropp. Den voksnes evne til å gjenkjenne affektive tilstander hos seg selv, tåle disse, samt forholde seg til dem som retningsgivende signal om seg selv i forhold til omgivelsene, er altså i disse teoriene beskrevet som konsekvens av kvaliteter ved de primære individuasjonsprosessene. Dersom mor ikke er tilstrekkelig sensitiv i den opprinnelige etableringen av symbiosen mor-barn, eller nekter barnet å utvikle seg bort fra denne symbiosen, vil barnet kunne undertrykke eller bli aktivt uoppmerksom for egne sensoriske aktiveringer for å bevare tilknytning til mor. Dette beskrives hos Winnicott (1960a) som et ”falskt selv”. En egotilstand som i nyere litteratur blant annet blir eksemplifisert i McDougalls (1984a; 1989) kliniske beskrivelser av ”normopater”. Det er tilsynelatende psykisk friske pasienter som kjennetegnes ved et sterkt forsvar som opprettholdes for å unngå sammenbrudd i idealselvet (McDougall, 1989; Sifneos, 1974; 1991; Waller & Scheidt, 2006). Både Klein, Bion, Szasz, Winnicott og McDougall pensler ut ulike, men ikke motstridende, nyanser på manglende integrering av barnets affektive og kroppslige sensasjoner i primær tilknytningsrelasjon, og konsekvenser av dette. Endepunktet blir hos alle beskrevet som en rigid egotilstand som automatisk splitter kropp og psyke. Den manglende affektintegrasjonen hos den voksne vil videre redusere evnen til å gjenkjenne eller differensiere affektive og kroppslige signal i en sammenhengende selvopplevelse. Dette kan resultere i gjentatte overveldende erfaringer, eller konsekvent undertrykking og avspalting av affektive og kroppslige signal. Winnicott presiserer at ved inadekvat *oppgivelse* av symbiosen mor-barn, vil den manglende desillusjonering og symbolske reorganiseringen binde barnet til de ytre objektene (Winnicott, 1953; 1963). Ved å bli værende i preoperasjonell tenkning, vil individet ha svekket kapasitet til å bearbeide egne følelser, og forholde seg fleksibelt til seg selv og sine omgivelser i affektaktivert tilstand. De psykologiske konsekvensene av dette er utførlig elaborert i selv-psykologien, nyere intersubjektiv psykologi (Fonagy & Target, 1997,



2007; Holinger, 2009; Kohut, 1977; Miller, 1999; Monsen, 2005; Stolorow, 1995; Stolorow & Atwood, 1992), samt klinisk forskning og utvikling av valide og reliable terapibegreper (Apfel & Sifneos, 1979; Bateman & Fonagy, 2003; Horowitz, Turan, Wilson, & Zolotsev, 2008; Monsen & Monsen, 1999; Nemiah, 1977). Ett av de mest betydningsfulle kliniske begrepene utviklet innen studie av psykosomatikk, er "alexithymi" (Sifneos, 1974; Sifneos, 1996; Taylor, 1987). Begrepet har vært og er fortsatt, svært omstridt, både med hensyn til psykometriske egenskaper og underliggende psykologiske eller medisinske årsaksforhold (Muller, Buhner, Ziegler, & Sahin, 2008; Nemiah, 1977; Taylor, 1987; Taylor, 2003). Selv om tilstandsbildet ennå ikke er tilfredsstillende empirisk validert, genereres det stadig ny og fruktbar forskning med utgangspunkt i dette konseptet. Ikke minst har utarbeidelse av nye målemetoder gitt debatten rundt etiologi ny kraft. I det neste avsnittet beskrives derfor hvordan Alexithymibegrepet forstås og anvendes, samt aktuell uenighet knyttet dette.

## 1.6 Alexithymi

Alexithymi stammer fra gresk og betyr: ingen ord for følelse (Sifneos, et al., 1977). Begrepet ble introdusert av Sifneos på begynnelsen av 70 – tallet i møte med pasienter som hadde psykosomatiske lidelser. Sifneos fant at disse gjennomgående hadde manglende evne til å uttrykke emosjonelle opplevelser verbalt, og lidelsen ble forstått som et organisk affektuttrykk, et "organspråk" (Ruesch, 1948). Sifneos operasjonaliserte begrepet og utviklet et måleinstrument, Toronto Alexithyme Scale (TAS), basert på sine kliniske studier (Nemiah, 1977; Sifneos, 1996; Sifneos, et al., 1977). Alexithymi identifiseres som et cluster av kognitive og affektive karakteristikk, kjennetegnet ved vansker med gjenkjenning, differensiering og benevning av subjektive følelser, samt vansker med å differensiere kroppslige og følelsesmessige signal, dårlig forestillingsevne og en konkret operasjonell kognitiv stil med både redusert refleksiv kapasitet og fleksibilitet. I tillegg til de individuelle psykologiske trekkene, kommer en rekke somatiske og interpersonlige kjennetegn (Ibid). Som det kommer frem av selvet begrepet, er essensen en manglende utviklet symbolisering av affekt, som hemmer pasientens mulighet for begrepsmessige representasjoner, og dermed fleksibel emosjonell, kognitiv og interpersonlig bearbeidelse. Studier viser konsistente korrelasjoner mellom høy skåre på TAS og høy grad av somatisering (Nemiah, 1977; Taylor, 2003), men det er likevel grunn til å tvile på den etiologiske validiteten, da flere studier viser større innengruppe varians enn mellomgruppe varians når det gjelder underliggende

psykologiske mekanismer, samt store overlapp til andre psykiske lidelser (Acklin & Alexander, 1988; Apfel & Sifneos, 1979; Muller, et al., 2008; Parker, Bagby, & Taylor, 1991; Waller & Scheidt, 2004). Langt fra alle pasienter med psykosomatisk lidelse lar seg kategorisere innenfor alexithymi-begrepet, og de alexithyme karakteristika beskrives i flere pasientgrupper enn den psykosomatiske (Nemiah, 1977). Mye av årsaken til valideringsvanskene antas å ligge i global og inkonsekvent begrepsbruk vedrørende affekt (Acklin & Alexander, 1988; Waller & Scheidt, 2004;2006; Apfel & sifneos, 1979). Da det gjennomgående brukes globale begreper som emosjonsregulering, affekt aktivering, eller behagelige/positive vs. ubehagelige/negative følelser, er det fristende å spørre om ikke litteraturen selv tilfredsstillende det alexithyme kriterie; manglende ord for følelser. En annen, og mer omtalt årsak til vansker med validering av begrepet, er at det finnes ulike motstridende psykologiske årsaksmodeller og overgripende teorier i forståelsen av den alexithyme pasient (Nemiah, 1977; Taylor, 2003). Innenfor den psykodynamiske tradisjonen er det mellom annet uenighet i forståelsen av hvordan alexithymi skal forstås i forhold til skillet mellom konversjons lidelser (F 44, ICD-10), somatoforme lidelser (F 43, ICD-10), hvor sistnevnte ofte refereres til som nevrotisk somatisering (Taylor 1987; 2003; Apfel & sifneos 1979). Denne debatten har røtter tilbake til Freuds distinksjon mellom ødipal versus pre-ødipale konflikter i den strukturelle ego-psykologien (Taylor 2003). Freud, og også moderne psykoanalytikere, argumenterer for at variasjoner i ulike somatiseringslidelser bør forstås som konflikter i ulike egostrukturer, id, ego, og superego (Taylor 1987; 2003). I senere teorier opereres det gjerne med andre strukturbegreper enn hos Freud, men de samme tema drøftes blant annet av de tidligere refererte; Klein, Bion, Winnicott, Szasz og McDougall, i form av skillet mellom psykotisk versus nevrotisk funksjonsnivå. Fortsatt er uenigheter om hvorvidt det er kvalitative forskjeller i det patologisk forløpet alt etter onset før/etter barnet har utviklet ulike ego-kvaliteter et sentralt tema i psykodynamisk litteratur. Utviklingstakt og tidspunkt for denne modningen har heller ikke konsensus (Gaddini, 1974; Haugsgjerd, 1990b; Izard, 1991; Taylor, 2003; Stern, 1985; Frosch, 1995; Jones, 1995; McDougall, et al., 2000). Integrering av fantasi og realitet, utvikling av tanker versus utvikling av tenking, responsivitet, frustrasjon, og overgangsobjekt, samt lek og utvikling av ”mulighet” i avstanden mellom mor og barn, er tema som utdypes i disse drøftingene knyttet til konversjon versus somatisering. Taylor (2003) hevder at denne rike kunnskapen fra dynamisk tradisjon må integreres i den medisinske forskningen på psykosomatikk. I følge Taylor fører mangel på eksplisitt teoretiske forklaringsmodeller i de offisielle diagnosemanualene til manglende erkjennelse og forståelse

av de grunnleggende forskjeller i syn på etiologi ved ulike psykosomatiske symptom. Dette fører til uklar og inkonsekvent diagnostisk forståelse. Taylor støttes av en rekke studier som konkluderer med behov for tydeligere differensiering mellom ulike subgrupper av psykosomatiske lidelser både for å kunne oppnå forskningsmessig begrepsavklaringer, og tilby empirisk validert effektiv psykoterapi (Acklin & Alexander, 1988; Apfel & Sifneos, 1979; Bucci, 1997; Muller, et al., 2008; Nemiah, 1977; Tibon, et al., 2005).

Det er utbredt å forstå skillet mellom konversjonslidelser og somatoforme smertesyndrom dit hen at den sistnevnte består av nevrotisk forsvar mot selve affektaktivering, grunnet manglende symboliseringskapasitet, og dermed dårligere evne til å forholde seg fleksibelt og refleksivt til egne indre tilstander. Mens konversjonslidelser beskrives ved intakt symbolisering og adekvat evne til å gjenkjenne og beskrive emosjonelle signal, men hvor ego-konflikter har blitt manifestert i kroppslige uttrykk på av grunn konsekvent undertrykking, eller hemming av disse signal (Apfel & Sifneos, 1979; Nemiah, 2000; Taylor, 1987; Taylor, 2003). McDougall (1989; 1984b) mener imidlertid begge disse har det samme arkaiske opphav i tilknytningsrelasjon, og er uttrykk for underliggende følelsesmessig konflikt. Taylor er enig i at begge tilstandene inneholder emosjonelle konflikter, men nyanserer litt og sier at det bare er konversjonssymptomer som representerer en aktiv ego-prosess. Nevrotisk somatisering derimot beskrives som en vedvarende somatisk aktiveringstilstand på grunn av manglende evne til å integrere subsymbolske og symbolske prosesser i individets pågående emosjonelle skjema (Bucci 1997). Taylor, (1989; 2003) forstår det dynamisk ubevisste forskjellig i konversjonslidelsene vs. de somatoforme lidelsene. Det er bare i konversjonslidelsene de somatiske symptomene inneholder symbolske konflikter som kan gjøres bevisst, tolkes og bearbeides. Dette ligner Bions forståelse av projisering av erfaring som ikke lar seg "fordøye" (Bion, 1962; Sanders, 2006). Taylor presiserer videre at nettopp denne distinksjonen er essensiell både i forståelse av utvikling av alexithymi, og behandling av tilstanden. Han forstår alexithymi i stor grad som manglende utvikling av evne til affektive differensierings- og integreringsprosesser, som beskrevet hos Krystal (1977) og Bion (1962). I nyere integrering av nevrobiologi og dynamisk affektteori finnes lignende beskrivelser hos Bucci (1997) og Frosh (1995), som begge foreslår at en manglende integrering og aktivering av subcortikale og neocortikale nervebaner kan være årsak til de alexithyme symptomene. En antar videre at de somatiske signalene ved presemantisk aktivering ikke er blitt tilstrekkelig differensiert og reintegrert i semantiske og symbolske representasjoner. Det oppstår dermed en split mellom basal aktivering og høyereordens kognitiv kapasitet, mellom implisitt og

eksplisitt affektprosesser, mellom kropp og psyke (Bucci, 1997; Frosch, 1995; Lane, 2008; LeDoux, 2000). Dette er sammenlignbart med fenomener som beskrives innenfor forskning på posttraumatisk stress, og flashback-symptomer. Pasienter med PTSD opplever somatisk aktivering i etterkant av en hendelse, som om traumatet gjentok seg her-og-nå, og kan samtidig være nærmest uten minner og ord for det utenom disse tilfellene av flashback (van der Kolk, 1994). Ekstrem angst i den traumatiske episoden bryter sammen individets reflekssive kapasitet, overvelder integreringsfunksjoner, og skaper en split mellom limbisk, presemantiske aktivering og høyere ordens symbolsk reflekssiv prosessering. Denne splittingen grunnet manglende integrering mellom ulike nivå av representasjon, finner vi igjen også hos den alexithyme pasienten, men her er det ikke bare knyttet til isolerte minne-enheter, men til hele personlighetsfungeringen. Når det gjelder pasienter med PTSD har man ganske spesifikke og konkrete hypoteser for hvorfor symptomene opprettholdes. Blant annet antas forstyrret søvnmønster og hyperaktivert amygdal aktivering å hemme konsolidering og reorganisering av deklaratve minner (Wagner & Born, 2008). Mens for alexithymi-pasienten er det foreløpig mindre entydige forklaringer på årsak og vedlikehold av tilstanden (Nemiah, 1977). Selv når uenigheter knyttet til distinksjon mellom konversjonslidelse og nevrotisk somatisering legges til side, er det fortsatt stor divergens i forståelsen av fenomenet. Som nevnt, forstår Taylor (1989: 2003) alexithymi på bakgrunn av tidligere projiseringskonsept. Alexander (1943; 1962) er mest oppmerksom på konflikten mellom affektiv aktivering og undertrykking i sitt bidrag for å forstå tilstanden. I tradisjonen etter McDougall (1982; 1989) fokuseres det på rigid forsvar mot selvtap, grunnet svikt i tidlig tilknytningssymbiose og overveldende angst. Heiberg (Heiberg, 1977; Heiberg & Heiberg, 1978) foreslår konstitusjonell sårbarhet og genetisk betinget svikt i affektbevissthet. Til disse kommer også en rekke andre overlappende forklaringsmodeller knyttet til komorbide lidelser og personlighetstrekk (Acklin & Alexander, 1988; Bass & Murphy, 1995; Muller, et al., 2008; Noyes, et al., 2001; Pennebaker & Watson, 1991; Rief, et al., 2001). En antagelse i denne oppgaven er at differensiert affektteori er nødvendig for å kunne differensiere antatte underliggende mekanismer ved utvikling både av alexithymi og andre former for somatisering. Affektbevissthetsmodellen, som anvendes i aktuelle analyser, inntar et normalpsykologisk perspektiv på psykopatologi, og imøtekommer uklarhet på det psykosomatiske feltet ved å muliggjøre studier av forskjellige former for psykopatologi på de samme dimensjonene, og med samme metodisk sensitivitet, uavhengig av variasjon i hvilket nivå av ego-utvikling pasienten fungerer på. Det er tidligere gjort både naturalistiske og

kontrollerte randomiserte studier av et bredt spekter av psykiske lidelser med denne metoden, og funnet at affektbevissthet er effektivt fokus for terapi både ved alvorlig personlighetsforstyrrelse med psykotiske symptom og lettere former for nevrotisk somatisering (Monsen 1995;1999; 2000; 2002). Som en avslutning på den teoretiske gjennomgangen beskrives videre sentrale prinsipper ved affekt – og scriptteori som denne modellen bygger på.

## **1.7 Affektintegrering: et psykodynamisk scriptbegrep.**

### **1.7.1 Differensiert affektteori**

Affektbevissthetsmodellen er et unikt bidrag til foreliggende litteratur ved å muliggjøre studie og intervensjon på det gjensidige forholdet mellom affektaktivering og refleksiv funksjon for *differensierte* affekter. Affektbevissthetsmodellen er imidlertid også en videreføring av gjennomgåtte bidrag, både fra objektrelasjonsteori, selv-psykologi, og nyere intersubjektive tilnærminger, og integrerer dette i en moderne psykodynamisk script – og affektteori (Monsen 1999; Monsen, Intern forelesning, Oslo:Psykologisk Institutt, 16.10.09). Selv om gjennomgått objektrelasjonsteori tematiserer den intersubjektive affektdynamikken som primær utviklingskraft, og Kohut beskriver affektintegrering som sentral både for utvikling av selvreguleringskapasitet og kvaliteter ved selvobjektfunksjon, har ingen av disse retningene elaborert sine teorier i retning differensiert affekt. Når det gjelder ABMs differensierte affekt – og script utforming har dette derfor primært sitt utgangspunkt i Silvan Tomkins teoretiske affekt og scriptformuleringer (Tomkins, 1962; 1981; 1995; 1966), samt empiriske valideringsstudier og videre teoriutvikling fra Carol Izard (1991; 1993; 2007a/b) og Paul Ekman (1983; 1979). Izard (2007a) argumenterer for at sprikende funn i foreliggende forskningslitteratur vedrørende følelser, i stor grad skyldes inkonsekvent og/eller uklare operasjonaliseringer av anvendte begrep. Han presiserer nødvendigheten av å differensiere de basale konstitusjonelle egenskapene ved emosjoner ("basic emotions"), fra senere ideoaffektive følelsesstrukturer ("emotion schemas"). Izard baserer sin affektteori på en stor mengde forskning som indikerer at det eksisterer universelle evolusjonsbetingede affektive aktiveringssystem, som ikke læres, konstrueres, eller oppstår via kognitive prosesser, f.eks språk, men er både forut for, og en forutsetning for bevisst tenkning og begrepsmessige symbol

(Darwin & Ekman, 1998; Izard, Stark, Trentacosta, & Schultz, 2008; Izard, 1991; 2007a; 2007b; Panksepp, 1998; Sporns, Tononi, & Edelman, 2000; 2002). Ifølge Izard oppstår differensierte "basic emotions" lenge før barnet erverver språkevner. Disse emosjonene er assosiert med spesifikke sekvenser av nevrobiologisk aktivering, som erfares av individet uavhengig av utviklet cerebral cortex, og evne til refleksiv bevissthet om dette (Izard, 2007b; 2009; Merker, 2007; Panksepp, 2007). Uenighetene vedrørende den kronologiske kapasitetsutviklingen i ontogenesen har imidlertid ikke blitt mindre siden Stern kritiserte de klassiske psykoseteoriene. Og på tross av mengder nevrobiologisk og komparativ forskning de siste årene, har det enda ikke lyktes å finne en bredt akseptert definisjon av verken "affekt", "emosjoner", eller utviklingsmessige differensieringer mellom basale vs. konstruktive nyanser av disse (Izard, 2007a; 2009; Panksepp, 2007). Izard (2009) opererer med glede, interesse, tristhet, sinne, frykt og avsky som basale affekter, og antar disse utvikles uavhengig av kognitiv utvikling. Men han inkluderer også skam, skyld, forakt og ømhet/kjærlighet på et tilnærmet basalt nivå, da de har en fundamental rolle i den menneskelige evolusjonsprosessen, og er universelle i normal utviklingspsykologi (Ibid). Disse fire siste affektene beskriver han imidlertid som mer variert i aktiveringskvalitet på tvers av individ og kulturer, fordi de utvikles i samspill med utvikling av individets selvbevissthet og sosial språkervervelse (Ibid). Tomkins (1981) inkluderer disse ni affektene som basale og universelle: interesse, glede, overraskelse, frykt, sinne, engstelse, skam, forakt og avsky. Tomkins grunnleggende påstand er at affekt er menneskets primære motivasjonssystem. Affekt gir retning til individets indre og ytre bevegelser, og er et medfødt engasjement i omgivelsene. Han anerkjenner også betydningen av andre motivasjonssystem, som drift, sult, smerte osv, men hevder affektene har primærstatus da de forsterker, hemmer og medierer effekten av andre motivasjonssystem (Ibid). Seksualdriften kan f.eks gjøres impotent ved skam, angst, kjedsommelighet, eller raseri (Tomkins, 1995b; 1992). Tomkins beskriver affekter også som drifts-assistenter, men poengterer at affekt er et uavhengig evolusjonsbetinget responsapparat, med spesifikke differensierte signalfunksjoner. De representerer distinkte nevrobiologiske system, som fungerer nærmest som det naturvitenskapens periodiske system for grunnstoff (Sedgwick & Frank, 1995; Tomkins, 1981). Tomkins legger stor vekt på affektens todelte natur: de er både er distinkte universelle og "hardwired", men samtidig konstruktive, ideosynkratiske og dynamiske (Tomkins, 1981; Tomkins & Karon, 2008). De er både begrensede i antall, men samtidig ubegrensede ved aktivering (Ibid). For eksempel beskriver Tomkins hvordan den primære affektbiologiske skamfølelsen, kan

aktiveres som en rekke ulike nyanser basert på individets ulike persepsjoner av årsak-virkning (Tomkins 1995b). Tomkins forstår det fenomenologiske utgangspunktet til både motløshet, skyld, og sjenanse som underliggende koblinger mellom basalaffekten skam og ulike komponenter av andre basalaffekter. (Ibid). Som for de kjemiske grunnstoffene synes noen affekter å være hyppigere koblet til hverandre ved sine basalfysiologiske egenskaper (Tomkins 1962). Eksempelvis anses de nevrofysiologiske egenskapene ved iver og frykt å føre til sårbarhet for kognitive og perseptuelle koblingsprosesser (Tomkins 1962, s. 25). Tomkins vektlegger at affekter både må forstås som biologiske begrensede kategorier, med ulike evolusjonsbetingede nevrofysiologiske, sensorimotoriske og signalgivende egenskaper, men også som dynamiske og subjektive størrelser (Ibid). Slik disse prosessene fremstår hos Tomkins, kan det minne om kvantefysikk; På samme tid strengt lovmessig predikerbart og samtidig upredikerbart, ved sin dynamiske fremtredelse. Deler av Tomkins teori er begrenset til teoretiske spekulasjoner. Men hans grunnleggende antagelser om differensert affekt som et presemantisk motivasjons -og informasjonssystem, samt beskrivelser av hvordan affektene gjennom tidlig intersubjektiv erfaring utvikles til større ideoaffektive selvorganiserende script, er støttet både av tidligere og påfølgende teorier (Bucci, 1997; Ekman, et al., 1983; Emde, 1988; Frosch, 1995; Krystal, 1974; Lane, 2008; Lane & Schwartz, 1987; Lichtenberg, Lachmann, & Fosshage, 1992; Panksepp, 2007; Weininger, 1984; Winnicott, 1960b; 1963).

### 1.7.2 Scriptbegrepet i Affektbevissthetsmodellen

Affektbevissthetsmodellen (ABM) opererer med disse elleve affektene, beskrevet som unike og universelle motivasjon – og signalsystem: interesse, glede, redsel, sinne, avsky, forakt, tristhet, skam, misunnelse, skyldfølelse, og ømhet (Monsen, et al., 1996; Monsen & Monsen, 1999). Modellen inkluderer også en gradering for hver av affektene, fra lav til høy intensitet, eksempelvis; interesse-iver, irritasjon-sinne osv. I tillegg til Izard's ti "basic emotion", inkluderer denne modellen altså misunnelse-sjalousi. Samtlige affekter er begrunnet i et bredt tilfang forskning; både nevrobiologiske, fenomenologiske, kliniske, krysskulturelle, og komparative studier (Darwin & Ekman, 1998; Ekman, et al., 1983; Ekman & Oster, 1979; Izard, 1991; Izard, 1993; Levenson, Ekman, & Friesen, 1990; Monsen, et al., 1996; Panksepp, 1998; Tomkins, 1962; Tomkins, 1981; Tomkins & Izard, 1966), samt Monsen med kollegaer's egne erfaringer i bruk av modellen (J.T. Monsen, Intern forelesning, Oslo:

Psykologisk Institutt, 16. oktober, 09). I tråd med referert affektlitteratur, samt gjennomgått psykodynamisk teori, beskrives affektene i ABM som den primære kraften i utvikling av en sammenhengende selv-opplevelse. Dette forklares ved affektens sammensmeltende kraft; De er som et ”psykisk lim” med iboende evne til å binde sammen ytre stimuli med individets multimodale biologiske respons på dette. Og ved assosiative overlapp i tid integreres den ytre og indre virkelighet i en sammenhengende helhet av fysiologisk aktivering, tanker, sensomotorisk informasjon, og interpersonlige kvaliteter (Monsen, 2005; Tomkins, 1981; Tomkins, 1992). Dette er grunnlaget for utvikling av større affektive strukturer, kalt script, som ved repetisjon, og stadig nye assosiative variasjoner, beskrevet som psykologisk forsterking og forstørring, representerer kjernen i individets personlighet og selvkonsept (Monsen, 2005). Denne forståelsen av scriptutvikling sammenfaller med klassisk persepsjon og læringsteori, men integreres videre i et psykodynamisk rammeverk. Predisponerte egenskaper ved affektens nevrofysiologiske utviklingspotensial, gjør at de allerede fra barnet er 6 mnd forstørres til komplekse, multimodale affektscript (Izard, 2007; Krystal, 1974; Lane & Schwartz, 1987; LeDoux, 2000; Levy, 1960; Tomkins, 1995a). Dette kan sammenlignes både med klassisk betinging av stimulus respons, og Piagets beskrivelser av akkomodering og assimilering (Flavell, 1963; Lane, 2008; Lichtenberg, et al., 1992). Til forskjell fra de behavioristiske og kognitive læringsteoriene, vektlegges imidlertid affektene som det primære organiserende prinsipp og sammenbindende kraft i utvidelse av de intrapsykiske strukturerne (Izard, 2007; Monsen, 2005; Monsen & Monsen, 1999; Tomkins, 1995a). Ved repetisjon blir så disse sammenlimte erfaringene etterhvert habituerte organiserende prinsipp og automatiserte emosjonelle slutninger (Ibid). Mens Affektive erfaringer danner det opprinnelige grunnlaget for selv-forståelse, vil derfor affektscriptene, etter som de blir mer og mer automatiserte og konsolidert som selvforståelse, øve regulerende og forsterkende kraft på integrering av nye erfaringer. Denne kvaliteten er en stor informasjonsbearbeidelses ressurs, men kan også skape rigid og maladaptiv fungering. Selv om hver affekt antas å ha adaptivt motiverende signalfunksjon både i forhold til tilstander ved individet selv og i individets relasjon til sine omgivelser, kan enkelterfaringer blir dekontekstualisert, og generalisert på en slik måte at det skaper maladaptiv affektdynamisk fungering (Monsen, 2005; 1990; 1999; Tomkins 1995a). Dette kan skje både ved generalisering av ekstreme erfaringer som skaper sterk frykt, slik vi finner det i ulike angstlidelser (Ledoux, 2000; Van der Kolk 1994), eller ved gjentagende avvik fra optimal responsivitet i barnets tidlige utvikling (Stolorow 1992; Solbakken 2010; Tomkins 1995a; Sullivan, Perry, & Gawel, 1953). Den intersubjektive



kvaliteten i tidlig tilknytningsrelasjon vektlegges som essensielt for å fasilitere adaptiv affektdifferensiering - og integrering. Dette antas å være et nevrobiologisk modningspotensialet i affektene per se. (Tomkins 1995a; Sullivan 1953). Her har ABM sterke paralleller til tidligere gjennomgått objektreasjonsteori. ABM bruker begrepene ”formative scener”, og ”kjernesener” som betegnelse for de grunnleggende intersubjektive erfaringene som danner grunnlaget for videre affektintegrering (Monsen 2005; 1999). Dersom mor ikke er i stand til å opprettholde empatisk speiling i deler av barnets genuine affektive erfaring, f eks sinne, vil gjentatte ”scener” hvor barnets sinne fører til brudd i kontakt med mor kunne føre til en generalisert kobling mellom opplevelsen av sinne, og forventning om bortfall av livsviktig omsorg og tilknytning. Denne implisitte koblingen vil videre kunne forsterkes og generaliseres ytterligere ved repetisjon. På denne måten kan den opprinnelige/formative scenen føre til et gjennomgripende og maladaptivt affektorganiserende script; kalt kjernescript. Da benevnes formativ scene som ”kjernesene” i ”kjernescriptet” (Tomkins, 1990; 1995a; 1995b). Den primære tilknytningsrelasjonen anses altså også her som grunnlaget for individets senere affektintegrering. Monsen(1999) gjør også oppmerksom på at beskrivelser av maladaptive formative scener, og hvordan dette forstørres til større maladaptive script, i stor grad overlapper med Kohuts beskrivelser av svikt i selvobjektsfunksjonene speiling, idealisering og twinship. ABM legger imidlertid langt større vekt på selve integreringsfunksjonene enn tidligere teorier, i tillegg til å differensiere affektene(Monsen 1999; Solbakken 2010). Monsen presiserer også at de ideografiske scriptene ikke bare utvikles i lineær enveis progresjon. Senere relasjoner kan endre individets affektstruktur også med tilbakevendende virkning. Det vil si hukommelse og persepsjon interagerer med hverandre i nevrobiologiske nettverk på en slik måte at nye affektive erfaringer vil kunne tydeliggjøre, differensiere og nyansere tidligere erfaringer og illusjoner. Disse kan da integreres på mer modne nivå av representasjon, og reintegreres i en sammenhengende refleksiv selvopplevelse (Lane, 2008; Monsen & Monsen, 1999; Postle, 2006; Solbakken, 2010; Tibon, et al., 2005). Dette antas å være mekanismer i effektiv psykoterapi, slik dette beskrives både i affektbevissthetsmodellen (Monsen 1999), og nyere intersubjektiv dynamisk terapi (Hansen, 2000; Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987; Wachtel, 2008). Script kan imidlertid være mer, eller mindre motstandsdyktige mot utfordringer fra nye erfaringer, og prege disse i større, eller mindre grad (Tomkins 1992; 1995a/b). Her synes det naturlig å trekke paralleller både til McDougalls (1989) beskrivelser av ”normopater”, og refererte teorier vedrørende overgangen fra rigide

konkrete objektreasjoner, til fleksible symbolske representasjoner av disse. Symbolfunksjon, og evne til å *forholde seg* aksepterende til seg selv, videreføres som viktige tema også i aktuell affekt – og scriptteori.

### 1.7.3 Kjernescript

Både hos Tomkins, og i ABM brukes begrepet ”kjernescript” om det affektscriptet som representerer individets *mest* presserende og uløste problem. Kjernescriptet består av familiære scener som vekker det samme mønsteret av affektaktivering og affektorganisering i individet. Dette assosiative tilfanget skjer ved at scenene er analoge til en primær selvorganiserende erfaring; formativ scene (Tomkins 1966; 1992; 1995; Emde, 1988; Monsen 1999; 2005). Kjernescriptet vokser både i omfang og gjennomtrengbarhet ved at det stadig rekrutterer nye scener og erfaringer til seg. Det representerer en form for psykologisk beredskap der analoge elementer i nye scener automatisk aktiverer det samme maladaptive integrasjonsmønster over de ulike affektintegreringsaspektene, og ved denne psykologiske forstørrelsen av scriptet, skjer det også en forsterking av opprinnelig beredskap (Monsen 1999; 2005; Solbakken 2010). Et kjernescript fører individet inn i selvforsterkende maladaptive strategier, som i økende grad vil prege individets persepsjon og organisering av nye erfaringer. Ved at ineffektive og selvforsterkende affektstrategier repeteres, snus stadig flere opprinnelig gode scener til potensielt vonde scener (Ibid). Affekter organiseres både i adaptive og maladaptive script, og individet har gjerne en mengde script som potensielt kan aktiveres utfra samme initierte affektaktivering (Tomkins, 1995a). Dette betyr at toleranse for, eller håndtering av en gitt affekt kan være splittet intrapsykisk, avhengig av kontekstuelle variasjoner, intensitetsopplevelse, eller koblingsnyanser til andre affekter. Jo mer rigid og snevert individets scripttilfang er, og jo større intensitet i eventuelle affektive konflikter i aktuelle script, jo mer alvorlig psykopatologi (Tomkins 1990;1995a). Tomkins beskriver dette som kjernescriptetets grunnleggende prinsipp: å forsøke å maksimere god scene og minimere dårlig scene, eller forsøke å snu dårlig scene til god scene. I alvorligere former for psykisk lidelse, kan dette fremstå som et desperat forsøk på å hindre/minimere vekst av den dårlige scenen (Tomkins, 1995a). Jo mer truende forventning om den ”dårlig scenen” er for individets psykiske/fysiske selvopprettholdelse, jo større er risikoen ved å forfølge den ”gode scenen”, og jo mer defensiv antas scriptets håndteringsstrategier å bli (Tomkins 1990). Denne måten å forstå utvikling av psykopatologi er ikke motstridende til gjennomgåtte teorier hvor spedbarnets behov for interpersonlig romming og speiling fremheves. Hos Klein beskrives for

eksempel hvordan barnet er avhengig av en trygg og tilstedeværende tilknytningsfigur for å kunne utvikle et indre rom med kapasitet til nyansert og symbolsk representasjon av den indre og ytre verden som en sammenhengende helhet av nyanser mellom god og dårlig. Dersom denne affektive konflikten, som først erfares ved overganger mellom mors tilstedeværelse og fravær (hos Klein/Bion; allerede ved brystet), ikke blir speilet og trygget av primær omsorgsgiver, kan barnet bli værende i en uutholdelig frustrasjon over og ikke oppnå det ”gode idealet”, eller i desperat frykt for å miste tilknytning, og dermed også seg selv. I scriptterminologi, kan en kanskje si at Klein (1938; 1950) her beskriver en formativ scene, hvor angsten er det primære organiserende prinsipp. Mors tilstedeværelse beskrives hos Klein nærmest i tråd med Tomkins forståelse av affektivt ”lim”. Ømheten i tilknytningrelasjon anses som nødvendig for integrering av mer nyanserte og fleksible affektstrukturer (Klein 1950; Weininger, 1984). Hos Tomkins, og i ABM, beskrives mors empatiske tilstedeværelse som ”en god scene”. Og ved at denne ødelegges/trues, oppstår det en formativ scene. Mekanismer bak forstørring og forsterking av kjernescript følger det samme analog og variasjons prinsipp som for generelle affektscript. En avgrenset affektiv erfaring utvides ved assosiative/stimulusbetingede likheter i nye og stadig mer perifere situasjoner (Tomkins 1995a; Flavell, 1963; Lichetnberg et al. 1992; Poole & Craig, 1992; Postle, 2006). Symptomer som utvikles på bakgrunn av maladaptive kjernescript forstås som resultat av motivasjonelt automatiserte prosesser som opprinnelig var adaptive for individet, men som har blitt rigide maladaptive generaliseringer (Monsen, 1999; 2005). Slike kjernescript kan blokkere evne til å gjenkjenne egne affekter og skape uklar selvopplevelse, eller i verste fall brudd i selvopplevelse (Ibid). På grunn av affektens iboende integrasjon av fysiologisk, mental, sensomotorisk, og interpersonlig aktiveringssekvenser, kan bruddet oppstå både i individets opplevelse av sammenheng mellom ytre og indre virkelighet, mellom kropp og psyke, eller mellom ulike tidssekvenser (Monsen 1990, s. 149-153).

Basert på ABM's grunnleggende teoretisk premisser, kan det antas at også utvikling av psykosomatiske lidelser er assosiert med dysfunksjonelle affektive scriptkoblinger. De somatiske symptomene antas altså å være psykologisk meningsfulle, i det de er en del av individets aktuelle psykodynamikk, og antas å være initiert, forsterket, og/eller opprettholdt av kjernescriptets affektive organiserende prinsipp (Basch, 1984; Emde, 1988; Monsen & Havik, 2001; Monsen & Monsen, 2000; Tomkins, 1962; 1992, 1995a; Tomkins & Izard, 1966).

## 2 Metode

### 2.1 Analysemodell

I denne studien ble tematisk analyse, som beskrevet av Braun & Clarke (2006) og Boyatzis (1998) anvendt som overordnet metodologisk rammeverk. Innenfor denne metodiske tilnærmingen, ble videre samtlige analyser gjennomført i tråd med Affektbevissthetsbegrepets teoretiske premisser, som beskrevet innledningsvis. Affektbevissthetsmodellen (ABM) ble utviklet og introdusert av Monsen, Melgård og Ødegård på midten av 80-tallet (Monsen et al. 1996). Begreper og metoder knyttet til ABM muliggjør både kvalitative og kvantitative analyser av affektintegrering for elleve differensierte affekter, samt studie av affektscript, identifikasjon av kjernescript, og sammenligning av dette på tvers av individ.

Affektintegrering er i denne studien definert og operasjonalisert som grad av oppmerksomhet, toleranse, emosjonelt -og begrepsmessig uttrykk av ni spesifikke affekter; interesse, glede, frykt, sinne, skam, tristhet, sjalusi, skyld, og ømhet. De to siste affektene, avsky og forakt, har blitt lagt til modellen på et senere tidspunkt enn gjennomført datainnsamling for denne studien. I gjennomførte analyser er utvalgets affektintegrering studert via Affektbevissthetsintervju (ABI), et semistrukturert intervju som fanger de overnevnte integreringsfunksjonene. ABI tillater stor grad av utdypning innenfor disse forhåndsgitte kategoriene, og oppfordrer til utfyllende oppfølgingsspørsmål i standardisert prosedyre. For hver av de ni affektene starter intervjuer med spørsmål om konkrete scener hvor pasienten kjenner henholdsvis iver, glede, frykt osv. Med utgangspunkt i disse scenene spørres det videre etter kroppslige og mentale oppmerksomhetskvaliteter ved aktivering av affekt, hvordan denne aktiveringen virker på han/henne, om virkningen er vedstått, og hvordan den håndteres. Dersom affekten er gjengkjent og vedstått spørres det også etter forståelse av affektens signal funksjon. Til slutt får pasienten spørsmål om han/hun kan vedstå seg emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for denne affekten, og evt. i hvilken grad og hvordan den typisk uttrykkes. Dersom pasienten ikke evner å svare på ett/flere av funksjonene, spørres det etter forestillinger som hindrer evt. aktivering, toleranse og/eller uttrykk, samt forsøk på hypotetisk utforsking. Dette kodes som Muldvarp spørsmål i analysene. ABM inkluderer også en empirisk validert og reliabilitetstestet skåringsnøkkel (ABS) for kvantifisering av kvalitativt material fra ABI. Denne ble også anvendt i aktuelle analyser.

## 2.2 Utvalg

Utvalget i studien består av syv pasienter, en mann og seks kvinner, med lidelsen ”somatoform smertelidelse”(ICD-10: F 45.4/ DSM-IV: 307.80 ). Aldersspredning er fra 22-62 år. Utvalget ble selektert fra en større gruppe pasienter med samme diagnose (n= 42), med eksklusjonskriteriet: ingen komorbide diagnoser. Monsen & Monsen, gjennomførte i 2001 en kontrollert-randomisert studie, PDK-1, av 40 pasienter med somatoform smertelidelse, hvor økt affektbevissthet viste å ha signifikant terapeutisk effekt både på somatisering og en rekke andre psykologiske mål. Det aktuelle utvalget i denne studien er rekruttert som en del av en oppfølgingsstudie til PDK-1, og er en del av et større multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi. Multisenterstudien er finansiert av Norsk Forskningsråd(NFR), og alt materiale i studien er godkjent for bruk og publikasjon av Regional Etisk Komité for helseforskning(REK). Pasientene i utvalget har på samme tid som ABI ble gjennomført også beskrevet sine somatiske smerter, samt hvor lenge de har vedvart. Dette legges ved i Appendix 1. Pasientene representeres her med anonymiserte navn, som også benyttes i presentasjon av resultat.

## 2.3 Materiale

Samtlige analyser i denne studien er basert på allerede innsamlet materiale, i form av gjennomførte ABI før terapistart. Intervjuene ble gjort av profesjonelle helsearbeidere. Materialet foreligger både som videoopptak og transkriberte intervju. Transkripsjon har blitt gjort av eksterne sekretærer. Analysene i denne studien har blitt gjort med utgangspunkt både i opprinnelig videoopptak og transkribert intervju. Denne kombinasjonen ble gjort for å innhente nonverbal informasjon, da dette ikke var inkludert i foreliggende transkripsjoner, samt presisere uklart transkriberte sekvenser.

## 2.4 Analyser

Den metodiske prosedyren i denne studien innebar en tre-steps prosess: Først ble det gjennomført separate analyser på enkeltaffekt nivå for hver pasient, på bakgrunn av dette ble det gjennomført analyser av total affektintegrering, med identifisering av kjernescript, for hver pasient, og til slutt ble det gjort en sammenligning av identifiserte kjernescript på tvers

av pasientene i utvalget. Separate analyser av scriptidentifikasjon på enkeltaffektnivå vs. kjernescriptnivå, er anbefalt tilnærming i affekteoretisk litteratur (Izard 2007; 2009).

#### 2.4.1 Scriptidentifikasjon på enkeltaffekt-nivå

I det første steget ble materialet analysert både kvalitativt og kvantitativt (Boyatzis, 1998; Crawford & Valsiner, 2002), med både typologisk og variasjonelt fokus (Valsiner, 1984). Med utgangspunkt i overnevnte videoopptak og transkriberte ABI, ble det hentet ut beskrivelser av affektintegrering som inneholdt disse aspektene: Oppmerksomhet for affektens aktivering, toleranse for dette, beskrivelse av virkning, håndtering og opplevelse av signalfunksjon, samt emosjonelt og begrepsmessig uttrykk av affekt. Dette ble gjort separat for hver av de ni affektene. Utlistet materiale ble så organisert i dynamiske sekvenser slik de var beskrevet av pasienten, og kodet med spesifikke tegn for ulike dynamiske kvaliteter både innenfor hvert integreringsaspekt, og på tvers av de. Kodene var forhåndsbeskrevet i ABM som *Konflikt*:  $\uparrow$ , *Brudd*:  $\neq$ , *Kobling*:  $X$ , og *Sekvens i/mellom funksjoner*:  $\downarrow$ . En konflikt defineres som når to meningsenheter i pasientens beskrivelser representerer konfliktfylt innhold, eller pasienten eksplisitt forsøker å unngå/dempe/skjule/endre sensasjon, virkning, eller uttrykk av en affekt. En kobling defineres som når to eller flere affekter samaktiveres på en slik måte opplevelsen av en affekt er blandet og udifferensiert med en annen affekt. Brudd forstås som opplevelsen av at en affekt forsvinner, enten umiddelbart, ved at andre affekter får figur, eller gjennom ulike håndteringsstrategier. I arbeidet med denne studien ble det lagt til en variasjon i denne koden:  $\neq O$ , som representerer *Brudd ved overveldelse*, dvs. beskrivelser hvor pasienten mister sammenheng i selvopplevelse, og beskriver ”tomhet”, eller ”drevethet”, men hvor oppmerksomhet for affekten i seg selv ikke er brutt. Det ble også lagt til mulighet for å kode for *Fusjon*:  $\infty$ , dvs når pasienten ikke greier å skille mellom to affekter. De kodede affektsekvensene ble så skåret, affekt for affekt, i tråd med ABS. Her rangeres svarene på hver integreringsfunksjon fra en til ni, der *en* indikerer manglende oppmerksomhet for, eller umiddelbart brudd av affektaktivering, mens *ni* indikerer tydelig differensiert oppmerksomhet, optimal integrering, og vedstått, tydelig og nyansert uttrykk. En skåre mellom tre og fem indikerer delvis, eller konsekvent undertrykking, og konfliktfylt integrering/uttrykk av affekt. Dersom en affekt viser tendens til å være hyperaktivert, eller bare tilgjengelig/vedstått ved begrenset intensitet, skåres fire. Både dynamiske scriptstrukturer, og operasjonaliserte skårer ble brukt som grunnlag for identifisering av kjernescript.

På tross av sterkt teoriforankret metodikk, var overnevnte analyser først og fremst eksplorerende, i den forstand at det ble lagt vekt på å utliste informasjon som også kunne berike og utfordre forståelsen av de aktuelle forhåndsbestemte tema og koder. Informasjon som utfordret, belyste svakheter, eller utvidet forståelsen av disse, ble notert, og drøftet i en større forskningsgruppe. Ett eksempel på endring av metode som følge av dette, er differensiering og inkludering av koden ”Brudd med/uten overveldelse”: ≠O. Denne ble brukt i det videre arbeid med analysene. Overnevnte analyser ble gjennomført på et semantisk og essensialistisk nivå. Det pasienten sier i ABI tas for gitt som egenskaper ved fenomenet som studeres; pasientens affektintegrering. I utlisting av beskrivelser ble derfor materialet stort sett gjengitt ordrett, og abstraksjoner ved lengre assosiasjonsrekker ble beskrevet så nært råtekst som mulig. Et slikt detaljert, essensialistisk fokus på pasient for pasient, har mye til felles med Smith`s prosedyrer for IAP i studier av pasientgrupper med liten n (Smith, 2004), men er i denne studien integrert i prinsippene for Tematisk Analyse.

#### 2.4.2 Identifikasjon av kjernescript

I steg to ble det gjennomført inngående kvalitative analyser på tvers av enkeltaffekt-script fra steg en. Dette ble gjort separat for hver pasient. Analysen innebar nye gjennomlesinger av intervju for å kontrollere skårer og utlistet materiale, samt markere gjentagende mønster i scriptene på tvers av enkeltaffekter. Skårer, dynamiske koder og tilhørende beskrivelser ble så organisert i matriser som tydeliggjorde pasientens sterke og svake sider med hensyn til total affektintegrering. Matrisene ble analysert for mulige scriptmønstre. Fremtredende informasjon om gjentagende intrapsykiske sekvenser, på tvers av scener og affektintegreringsaspekt, ble så brukt som utgangspunkt for identifikasjon av kjernescript. Se Appendix 2 for eksempel på matrise som inneholder identifiserte affekter og integreringssekvenser antatt å ligge til grunn for pasientens kjernescript.

Kjernescript identifiseres videre som det scriptet hvor pasientens *mest* intense og uløste intrapsykiske erfaringer beskrives. Dette kjennetegnes ved repeterende mønster, eller intense endringer i form av konflikt, kobling, eller brudd (med og uten overveldelse), som pasienten prøver å unngå, men som fører til selvforsterkende konflikter og forstørring av opprinnelig utløsende kilde. Sekvenser i bearbeidet matrise ble analysert utfra disse dynamiske egenskapene. Basert på Tomkins scriptteori (1995d), ble det tatt utgangspunkt i tre hovedkriterier for utvelgelse av affekt og scener: 1) Hvilken affekt oppleves som mest intens

og mest vedvarende. Dette kommer til uttrykk i pasientens beskrivelser av aktiveringskvalitet, scenisk tilfang til affekten, og/eller dens koblingskraft til andre affekter. 2) Hva oppleves som den bratteste aktiveringsendringen i denne affekten, og når inntreffer det. Dvs hvordan beskriver pasienten de intrapsykiske prosessene etterfulgt av aktivering. F.eks; mister kontakt med aktivert følelse umiddelbart etter aktivering, ukontrollert akselererende spenning forbundet med forsøk på undertrykkelse av affektaktivering og frykt for å bli overveldet, undertrykking ved kobling til andre affekter og/eller fusjon av disse, eller brudd av opprinnelig affekt på uttrykksnivå. 3) Hva er den mest typiske sekvensielle gjentakelse for denne affekten, dvs sceniske, affektive, eller håndteringsmessige forandringer som fører inn i et repeterende spor av konfliktfylte, eller overveldende intrapsykiske sekvenser. Til forskjell fra Tomkins, beskrives ikke kjernescriptet i AB-modellen som en narrativ, men som en strukturert dynamisk sekvens.

I denne delen av analysen beveget bearbeiding av materialet seg fra det strengt semantiske, til et latent fortolkende nivå. Beskrivelser av overlappende intrapsykiske sekvenser og psykologiske tema dannet utgangspunktet for en sammenhengende fremstilling av pasientens mest maladaptive deler av affektintegrering. Like fullt ble samtlige kjernescript forankret til det essensialistiske nivået, ved å identifiseres og presenteres utfra konkrete scener og ordrette tekstutdrag fra pasientenes egne beskrivelser (Crawford & Valsiner, 2002). Se Appendix 3 for eksempel på hvordan identifisert kjernescript beskriver en noe mer abstrahert dynamisk sekvens.

### **2.4.3 Sammenligning av Kjernescript**

I det siste analysesteget ble overnevnte affektive sekvenser og ideografisk forankrede tema sammenlignet på tvers av pasienter. Dette ble gjort både innenfor, og på tvers av scener, affekter og de fire affektintegreringsaspektene. Denne delen av analysen hadde en bred eksplorerende tilnærming, og både variasjon og typologi ble notert (Valsiner, 1984). Basert på fremstående funn i denne analysen ble så mulige felles sårbarhetsrekk ved utvalget formulert, for igjen å sjekkes mot råtekst. Også på dette nivået ble analysen forankret i pasientenes egne beskrivelser i ABI. Avslutningsvis ble så kjernescript og identifiserte fellestrekk ved disse sammenlignet med pasientenes beskrivelser av somatiske smerter (Appendix 1). Parallele beskrivelser og frekvente sammenhenger, ble notert.



## 2.5 Epistemologi

Det er mye som tyder på at dette er første gang det har blitt gjennomført en kvalitativ sammenlignende studie av affektintegrering med et så bredt og spesifikt operasjonalisert affektbegrep. Og det har ikke lyktes å finne lignende studier med allerede utarbeidet metodisk prosedyre. I arbeidet med denne studien har det derfor vært nødvendig å gjøre grundige vurderinger av ulike metodiske hensyn, både i forhold til analytisk fruktbarhet og teoretiske føringer. Denne prosessen har blant annet bestått i jevnlige møter med en forskningsgruppe, bestående av medstudenter og veileder tilknyttet forskning innenfor affektbevissthetsmodellen. Utfordringer og avgjørelser har blitt drøftet, og det har også blitt gjennomført sporadisk reliabilitetstesting av skåringer, samt konsensus vurderinger av skriptanalyser. Dette for å fremme utvikling av en reliabel metodisk prosedyre og forbedre analytisk validitet. Arbeidet med koding og analyser på det strengt semantiske nivået har slik blitt gitt mye tid over et lengre tidsrom (halvannet år). Og på tross av et relativt stort datamateriale som utgangspunkt for inngående kvalitative analyser, har det derfor vært mulig å kontinuerlig pendle mellom forskningsspørsmål, empirisk råmateriale, og teoretisk strukturerte analyser (Haavind, 2000). Denne sirkulære bevegelsen har vært en svært fruktbar prosess. Det har styrket analysens forankring i det ideografiske og subjektive opplevelsesperspektivet, og samtidig presisert og beriket de latent fortolkende analysene. Prosedyren har paralleller til den hermeneutiske sirkel, som beskrevet av Kvale (1997). ”Hermeneutisk”, i denne sammenheng, skal imidlertid ikke forstås som en subjektivistisk epistemologi, men snarere en erkjennelse av at tekstene og materialet aldri kan bli ferdiganalysert. Det er mulig å argumentere for at all forskning utover det strengt naturvitenskapelige befinner seg i en slik fortolkende sirkel, da alle deler av den metodiske prosessen interagerer med hverandre, enten implisitt eller eksplisitt (Branco & Valsiner, 1997; Haavind, 2000). Tematisk analyse vektlegger en slik fleksibel epistemologi i sitt rammeverk (Braun & Clarke, 2006).

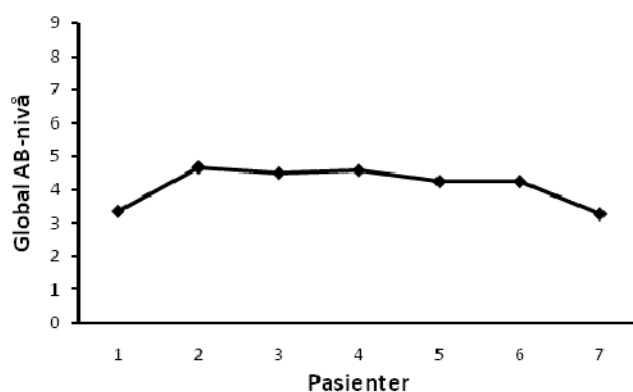
AB-modellens ideografiske utgangspunkt, samt studiens detaljerte analyser av enkeltpasientscript - og sammenligning av et lite antall slike, har også mye til felles med den fortolkende fenomenologiske metoden (IPA), beskrevet av Smith (2004). I denne studien er imidlertid følelsesfenomener *allerede* kartlagt og operasjonalisert i affektbevissthetsmodellen, og analysen befinner seg derfor innenfor en mer teoridrevet tilnærming enn det strengt induktive hos Smith. En sentral egenskap ved gjennomførte analyser i denne studien er at

”forskeren” har en mer aktiv rolle i møte med materiale. Dette er sterkt forankret i grunnprinsipper for Tematisk Analyse (Braun & Clarke, 2006). Tema trer ikke bare frem av seg selv. Figur/grunn perspektiv oppstår med utgangspunkt i et fokus som *allerede* er gitt ved de teoretiske premissene. Men det er egenskaper ved selve materialet som gir mening og bevegelse til det som får figur. I tråd med den tematiske analysens premisser forsøkes det derfor ikke å kompensere for eget teoretiske utgangspunkt. Som Kierkegaard (1859) vektlegger at den som skal hjelpes/forstås må finnes der han er, antas det at også den som skal forstå, eller forske, selv må erkjenne hvor en er, og hvilke forventninger en møter materialet med (Branco & Valsiner, 1997; Crawford & Valsiner, 2002). En konsekvens av de teoretisk før-premissene i denne studien, er kombinasjonen av kvantitativ og kvalitativ tilnærming til materialet. Dette er gjort med bakgrunn i Affektbevissthetsmodellens antagelse om fenomenet affekt. Tomkins (1981), og senere Izard (2007a) sammenligner affektens egenskaper med lyset. På samme måte som lys både er partikler og bølger, er affekt både objektiv biologi, og subjektiv dynamisk fenomenologi. Det biologiske og kvantifiserbare er ikke en motsetning til kvalitativ fenomenologisk utforskning. Tvert imot kan det sies at et slikt skille representerer en falsk motsetning, som hemmer utviklingen av mer presis kunnskap på feltet (Crawford & Valsiner, 2002). Ifølge både Tomkins og Izard må studier av affekt og affektintegrering anerkjenne og differensiere fenomenet både som kvantitativt differensierbart, med et avgrenset antall spesifiserte dimensjoner, og samtidig kvantitativt u-predikerbart. Affektene er unikt fremtredende hos hvert individ ved deres konstante interaksjon med konstitusjonelle, interpersonlige, kulturelle, og samfunnshistoriske faktorer (Tomkins 1981; 1992; 1995a/b; Izard, 2009). Kombinasjon av kvalitative og kvantitative analyser er ikke uvanlig i tematisk analyse, og i tråd med referert epistemologi, er det derfor lagt vekt på å gjengi både kvantifiserte skårer og kvalitative fenomenologiske analyser, i presentasjon av resultat.

## 3 Resultat

Studiens hovedproblemstilling er: Hva kjennetegner et utvalg pasienter med somatoform smertelidelse med hensyn til affektintegrering? Mer spesifikt var formålet med analysene å undersøke og identifisere 1) Affektintegrering på enkeltaffektnivå for hver av pasientene i utvalget, og se etter likheter og variasjon i utvalget. 2) Identifisere kjernescript, dvs individets primære sårbarhet mht total affektorganisering, og sammenligne disse på tvers av pasienter med hensyn til variasjon og likhet. Og 3) På bakgrunn av resultat fra disse analysene drøfte eventuelle felles sårbarhetstrekk i utvalget oppimot aktuelle diagnostiske kriterier.

### 3.1 Global affektintegrering

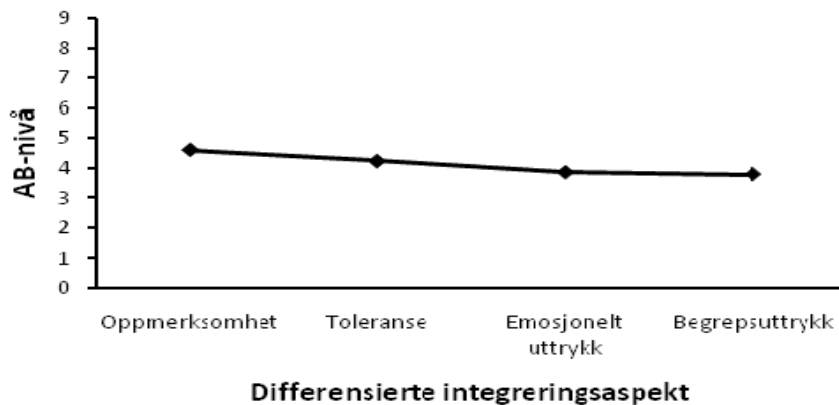


**Figur1:** Global affektbevissthetsskåre for hver pasient. Global AB-skåre representerer pasientens totale integreringsnivå, på tvers av både differensierte affekter og differensierte integreringsaspekt.

Som figur 1 viser, ligger samtlige pasienter innenfor et moderat maladaptivt nivå av affektintegrering. Dette illustreres i figuren ved samlet gjennomsnittsskåre på tvers av både affekt og integreringsaspekt. Ved å se på hver de fire integreringsaspektene separat, og differensiert for hver affekt hos hver pasient, som gjort ved første analyse, tydeliggjøres det et overveiende konfliktfullt eller ambivalent forhold til affekt. Det vil si at de fleste av pasientene opplever konflikt på flere av integreringsaspektene, for de fleste affekter. Utvalget er kjennetegnet ved få tilfeller av overveldelse, lite umiddelbar avspalting av affekt, og sjeldne tilfeller av svært god integrering med vedstått og nyansert og uttrykk. Pasientene beskriver ofte uklare, eller begrenset oppmerksomhetsfokus: *"indre uro, spenning"*, *"overreagerer"* (sinne). I toleranse for affekt beskrives hyppig undertrykking, eller ambivalent integrering: *"Det må jeg skyve unna"*, *"prøver å akseptere situasjonen(...)*prøver

å riste følelsen av meg”. Uttrykk av affekt blir forsøkt holdt tilbake, både emosjonelt og begrepsmessig: ”stenger den(tristhet) inne ved å stramme meg i ansiktet”, ”kan si det til noen, bare i ettertid ”. Og dersom affekt uttrykkes, er det helst svært utydelig og konvensjonelt: ”alvorlig i ansiktet(...) sier jeg er stressa”(redsel). Det er imidlertid store variasjoner i hvilke affekter og funksjoner som oppleves mer, eller mindre konfliktfult og bergrenset for de ulike pasientene.

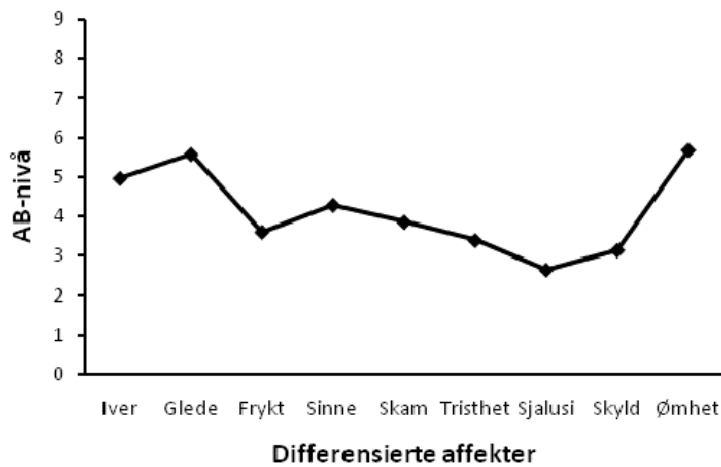
## 3.2 Differensierte integreringskvaliteter



**Figur 2:** Gjennomsnittlig variasjon i Affektbevissthets-skåre mellom de fire integreringsaspektene for utvalget som helhet.

**Differensierte Integreringsaspekt:** Som figur 2 viser, er variasjon i gjennomsnittlig integreringsnivå mellom de fire aspektene svært liten. Oppmerksomhetsnivå er høyest for samtlige pasienter i utvalget, men det er svært små forskjeller. Nærmere kvalitative analyser viser at dette heller ikke er et konsekvent trekk på enkeltaffekt nivå. Variasjonen i integreringsnivå på tvers av aspekt, er liten for samtlige pasienter i utvalget. For fem av sju pasienter varierer gjennomsnittsverdier med mindre enn ett skårepoeng. Dette betyr at dersom affekten er aktivert på et uklart/ambivalent nivå, tenderer både toleransen og uttrykk også å ligge innenfor dette nivået. Bare en av pasientene har gjennomsnittsvariasjon som indikerer større kvalitative forskjeller i integrering mellom de ulike aspektene.

### Differensierte affekter:



**Figur 3:** Gjennomsnittlig variasjon i Affektbevissthets-skåre for differensierte affekter ved utvalget som helhet.

Figur 3 viser variasjon i gjennomsnittlig integreringsnivå mellom affektene for utvalget som helhet. På gruppenivå ser vi en tendens til at de positive affektene (iver, glede, ømhet) er bedre integrert enn de negative. Gjennomførte kvalitative analyser av hver enkelt pasient, viser imidlertid at det er store forskjeller også innenfor disse to kategoriene. Tendensen til høyere integreringsnivå for positive affekter er heller ikke konsekvent for samtlige pasienter. Det er tre affekter som skiller seg ut med like integreringskvaliteter for samtlige pasienter i utvalget: Skyldfølelse, Ømhet og Redsel.

#### 3.2.1 Skyldfølelse

Som figur 3 viser, har skyldfølelse den nest laveste gjennomsnittsskåre ved rangering av gjennomsnittlig integreringsnivå for differensierte affekter. Inngående analyser viser videre at den er blant de tre dårligst integrerte affektene for samtlige pasienter i utvalget, hovedsakelig skåret i kategorien konfliktfullt/ambivalent på alle funksjoner. Pasientene beskriver sitt forhold til skyldfølelse på denne måten: ”*Det(skyldfølelse) har jeg veldig mye. Kanskje for mye*”, ”*Det har jeg ofte*”, ”*Den ligger latent i hodet*” ”*Den vonde skyldklumpen sitter. Har like dårlig samvittighet den dag i dag*”. Den ubehagelige virkningen håndteres videre ved forsøk på å unngå, eller skyve affekten unna: ”*Får skyldfølelse hvis jeg ikke har strekt meg langt nok, eller føler at jeg ikke har strekt meg langt nok. Stekker meg som regel langt nok, både hjemme og på job, har ikke ofte dårlig samvittighet*”, ”*Det(skyldfølelse), må jeg skyve*

*unna, men greier ikke glemme det selv om det er jævnlig uskyldig*". Fire av pasientene har også konsekvent brudd i ekspressiv funksjon, dvs undertrykking og fravær av emosjonelt og/eller begrepsmessig uttrykk for skyldfølelse: *"nei, den ville jeg skjult(...), det er sikkert litt feigt å ikke si det altså, men der trekker jeg meg"*. Det er også påfallende hvordan skyldfølelse utløses av globale psykologiske tema, og ikke konkrete scener, eller handlinger. For samtlige pasienter er hovedkile til skyldfølelse en generell opplevelse av å *"ikke strekke til"*, *"ikke greie å følge opp ting"*, eller *"når det er mange som forventer noe"*. Og skyldfølelsen aktiveres gjerne uavhengig av samtidige gode grunner for den aktuelle situasjonen. Dette kan være at personen ikke kan være to steder samtidig, at de selv opplever egne valg som gode/rette, eller at det er sykdom som forårsaker utilstrekkelighet. Skyldfølelse trer også markant ut av materialet i form av koblinger til andre affekter. Et gjentakende koblingsmønster er at pasientene oppgir en annen følelse som scene for skyldfølelse: *"når jeg har vært sint"*, *"får nesten dårlig samvittighet av å ha det godt(glede)"*, eller at samme scene umiddelbart kobler andre følelser til skyldfølelsen, *"Det der med faren min(...) gjør meg både bekymret, sint og trist"*. Skyldfølelse kobles også ofte til spontane affektive uttrykk i relasjon til andre: *"Vil ikke belaste andre med mine egne problem"*, *"Noen vil du ikke belemre.."* *"Får dårlig samvittighet etterpå(når hun har uttrykk sine)"*. Dersom pasientene beskriver direkte undertrykking, eller brudd i integreringsfunksjoner, gir ABI instruksjoner om oppfølgingsspørsmål av typen; Hva tror du ville skjedd dersom.. Hva tror du er grunnen til at du/du ikke.. Også i pasientenes beskrivelser av slike forventninger, eller årsaksslutninger, fremstår skyldfølelse som mulig motiverende – og organiserende kraft: *"hadde ikke blitt snill(...)"* *"Det kan ødelegge både ekteskap og forhold til barna og.."* *"Redd for å trække skeivt og såre"*, *"Har ikke rett til å ha følelsen"*. Det beskrives også andre koblingslokaliteter i utvalget. "Anne" oppgir for eksempel samme signalfunksjon for både skyldfølelse, redsel og ømhet: De forteller *"at jeg bryr meg om andre"*.

### 3.2.2 Ømhet

Ømhet merker seg ut ved å være den eneste affekten som er moderat til godt integrert for samtlige i utvalget. Ingen av integreringsaspektene ligger konsekvent på konfliktnivå. Nærmere kvalitative analyser viser også at samtlige pasienter rapporterer både aktivering og virkning av affekten som god og ønskelig, og tillegger den en viktig funksjon både i synet på seg selv, og i relasjon til andre: *"Forteller at det er noen som er glad i meg, og som jeg er glad i"*, *"Der har jeg en rikdom"*, *"Viktig å ha sånne verdier"*. Aktivering av ømhet er

primært knyttet til familie og omsorgsscener. Med unntak av en pasient er følelsen tydelig aktivert og integrert i gjensidige relasjon. ”Berit”, som jeg vil beskrive nærmere senere, nevner bare scener hvor hun er ”omsorgsperson”: ”*Barnebarn(...)og narkomane*”. Hun beskriver imidlertid ikke noen intrapsykiske konflikter for denne affekten i intervjuet, og integrering antas derfor å være feltavhengig, eller bedre. For samtlige i utvalget markerer derfor ømhet seg som en av de tre best integrerte affektene, mens skyldfølelse er blant de tre dårligste.

### 3.2.3 Redsel

I tillegg til skyldfølelse og ømhet, merker oppmerksomhetsfunksjon for redsel seg ut. Samtlige pasienter har begrenset, eller konfliktfullt forhold til aktivering av redsel. Seks av syv rapporterer bare oppmerksomhet for affekten ved sterk intensitet, og den virker da å være hyperaktivert; ”*stiv, kaos i hodet, iling gjennom kroppen*”, eller overveldende; ”*snørte seg, tåkete syn, skjelven, panikk, kaos,*” For samtlige pasienter er aktivering av redsel maladaptiv i det at den er umiddelbar forsterket og/eller koblet til andre følelser. Videre integrering av virkning, håndtering og uttrykk varierer imidlertid i fra pasient til pasient. En pasient beskriver eksempel på overveldelse, to holder konsekvent igjen uttrykk, mens de resterende fire reagerer med *forsøk* på undertrykking, eller forsøk på å følge følelsens adaptivt motiverende virkning. Typiske konfliktbeskrivelser i integrering av frykt er: ”*prøver å få den vekk(...), kan vise til nære og gode venner som jeg kan stole på, men..(..), ubehagelig i situasjoner hvor du gjerne skulle vært ovenpå*”, ”*når jeg er på det verste greier jeg ikke gjøre noe med den*”.

**Misunnelse:** Som figur 3 viser(s. 40 ), er sjalusi den affekten med lavest gjennomsnittsskåre i utvalget. Dette skyldes imidlertid ikke et gjennomgående trekk ved utvalget, men at følelsen er totalt avspaltet for to pasienter, som dermed drar gjennomsnittsverdien betydelig ned. Disse har bare tilgang til misunnelse og sjalusi gjennom hypotetiske situasjoner, eller forestilling om andres misunnelse: ”*Sjalu har jeg aldri vært*”, ”*Misunnelse gidder jeg ikke bry meg med*”. En tredje pasient kjenner noe lignende misunnelse, men vil nødvendig vedstå seg følelsen, og aktivering fører til ”*resignasjon og tomhet*”. For de fire resterende pasientene ligger imidlertid både oppmerksomhet og toleranse høyere enn konfliktnivå, mens uttrykk varierer fra tilbakeholdelse til ambivalens. På tross av lavest gjennomsnittsskåre i utvalget sett under ett, gir altså verken kvalitative eller kvantitative analyser grunnlag for å fremheve dårlig

integrering av misunnelse som et fellestrekk ved utvalget. Tvert imot er det større variasjon for denne affekten enn for flere av de andre følelsene, og det fremkommer ikke konsekvente sammenhenger mellom variasjon i integreringsnivå for denne affekten og andre integreringsvariabler.

## 3.3 Kjernescript

### 3.3.1 Skyldfølelse: Fra enkeltaffekt til kjernescript

Skyldfølelse fremstår som en sentral affekt i samtlige identifiserte kjernescript. Den har både initsierende, forsterkende og opprettholdende kraft på pasientenes mest presserende affektive konflikter. Skyldfølelse viser et konsekvent lavt integreringsnivå, i form av både forsterket og generalisert aktiveringskvalitet. Basert på beskrivelser av scener og aktiveringskvaliteter, synes skyld å være lett aktiverbar ved generaliserte psykologiske tema. Den er koblet til et bredt tilfang av andre affekter i ulike integreringsaspekt. Og når den aktiveres i disse koblingene synes den å føre til undertrykking, eller brudd i integrering av de affektene den kobles til. I identifiserte kjernescript fremstår imidlertid skyldfølelsen ulikt organisert, både mellom pasienter, men også med ulike variasjoner hos samme pasient. Med dette menes at kvaliteter ved oppmerksomhet, toleranse, håndtering, og uttrykk av skyldfølelse synes å ligge på ulike nivå av integrering avhengig av kontekstuelle variasjoner, intensitetsopplevelse, eller koblingsnyanser til andre affekter. Et eksempel på hvordan skyldfølelse fremtrer nærmest med to ulike ”integreringsspor” hos samme pasient, formidles av ”Lise”: Hun forteller at skyldfølelse kan være koblet til skam, eller et cluster av sinne, tristhet og redsel, avhengig av situasjon, henholdsvis glemte en avtale, eller vært i en krangel med samboeren. Disse to affektkoblingene fører videre til to ulike dynamiske sekvenser av toleranse, håndtering og uttrykk av affekt. I koblingen skyld, skam, beskriver ”Lise” dette som ”*angrer oppe i hodet*”, som fører til ”*en unnskyldning*”. Mens koblingen skyld, sinne, tristhet, redsel oppleves slik: ”*går veldig hardt innpå meg*”, ”*dystre tanker*”, blir ”*inneslutta og lei meg*”. Slike ”spor” i affektintegrering av samme affekt, er kilde til informasjon om sentrale kvaliteter ved pasientenes unike kjernescript. Det er bare de mest presserende og intense sporene som inkluderes i kjernescriptet. Og relasjonelle, tematiske, affektive og håndteringsmessige koblinger i kjernescriptet, baseres på gjentagende mønster i slike spor på tvers av den totale affektintegreringen.



### 3.3.2 Likhet på tvers av kjernescript

**Global Skyldfølelse:** I samtlige identifiserte kjernescript assosieres aktivering av skyldfølelse til generaliserte psykologiske tema. Noen har fortsatt eksempler på konkrete ting de angres på; ”Gjort noe galt”, ”overdrevet sinneutbrudd”, ”skylde penger”, men skyldfølelsens utløsende og opprettholdende dynamikk i kjernescriptet synes å være en opplevd diskrepans mellom ønsket versus aktuelt selvbilde/selvtilstand/kapasitet. F eks: ”Bryr meg for lite”, ”At jeg ikke engasjerer meg nok på job”, ”Når jeg ikke strekker til i den grad jeg vil”, ”Når det er mange som forventer noe”.

Et eksempel på hvordan uintegreert affekt i konkrete scener beskrives som generell skyldproblematikk i kjernescriptet, illustreres godt hos ”Kristin”. På spørsmål om hva som aktiverer *skam* beskriver hun en scene fra mange år tilbake; hun er 19 år og har akkurat vært ute på byen og ”slått håret fullstendig ut”. ”Kristin” kommer hjem i 06 tiden om natten, og møter da mors ”såre blick”. På spørsmål om hvordan skammen kjentes svarer hun ”anger, skikkelig bonanger”, og ”medlidenhet, synes synd på henne”, ”fryktelig vond skamfølelse”, ”flau”, ”simpel”. ”lyst å gråte”. Her indikeres at skamfølelse er koblet til både skyldfølelse og tristhet i den aktuelle situasjonen. Følelsene overvelder henne den gang med en ”grusom” følelse, som hun håndterte med fortieelse og forsøk på undertrykkelse. Episoden fremstår imidlertid fortsatt som dynamisk aktiv: følelsen av mors såre blick har plaget henne i 33 år. Mens hun har noe bedre tolereranse for virkningen av skyldfølelse aktivert i scener som ikke vekker samtidig skam, fører en tilsynelatende uintegreerte kobling av skam, skyld og tristhet til stadig større intrapsykisk belastning. Denne koblingen er assosiert til en rekke nye kontekster, basert på opplevelser som er analoge til ”kjernes scenen”: mors såre blick. Et eksempel på analog scene som beskrives med den samme affektive koblingen, er en gang hun ”brakte munn mot en veninne” på grunn av egen nervøsitet. Dette plages hun også fortsatt av: Det er ”en fryktelig vond følelse”, ”at jeg kunne være så stygg!”. Også id denne situasjonen er skam, skyld og tristhet koblet. Aktivering av tristhet virker videre å ha blitt generalisert til denne koblingen via overordnet psykologisk tema: Å såre andre. ”Kristin” beskriver at hun blir trist dersom hun sier noe hun ikke mener, eller dersom noe hun sier blir misforstått (så andre blir såret). Hun blir også trist hvis hun gjør en tabbe, eller en feil (koblet til skam og skyld). Affektene overvelder henne på en slik måte at hun ”unngår å være sosial”, ”spenner meg”, ”får vondt i skuldra”, og kan få ”hodepine, og migrene”. Uintegreerte affekter fra kjernes scenen, mors såre blick, synes å skape en hyperlatent beredskap for skyldfølelse, som

assosieres med generalisert selvbildetematikk. På spørsmål om skyldfølelse svarer Kristin: ”Får skyldfølelse for at jeg ikke bryr meg nok, for ting jeg skulle ha gjort, for at jeg ikke engasjerer meg nok”.

### 3.3.3 Variasjon på tvers av kjernescript

Det er to fremtredende variasjonsprinsipp på tvers av kjernescriptene i utvalget: Variasjon i hvilke affekter som er koblet til skyldfølelse, og variasjon i intrapsykisk omfang (psykologisk forstørring) av kjernescriptet. Videre vil jeg presentere dette både med overordnede beskrivelser og konkrete eksempler.

#### Ulike affekter:

SkyldXSkamXTrist (“Kristin”)	SkyldXRedd≠Glede (“Berit”)
ReddXTrist→ Skyld (“Olaug”)	Trist→Sinne→SkyldXTrist (“Anne”)
SkyldXSkam ≠Misunnelse (“Hilda”)	TristXSint→Skyld≠Misunnelse (“Tor”)
RedselXTristhetXsinne→Skyld (“Lise”)	

**Figur 4:** Affektive koblinger og sekvenser i identifiserte kjernescript.

Figur 4 viser aktuelle affekter identifisert i samtlige kjernescript, markert med dynamisk sekvenstegn. Det er ingen affekter som merker seg ut med tydelige koblingsmønstre. Foruten skyldfølelse, er tristhet representert i fem script, redsel i tre, sinne i tre, skam i to, misunnelse i to, og glede i ett. Både skyldfølelsens sentrale plassering, og variasjon i hvilke affekter som er koblet inn, er sterkt knyttet til pasientens beskrivelser av konkrete scener. Noen eksempel på hvordan ulike affekter er koblet inn i kjernescript via kontekst er: Redsel knyttet til ”fars alkoholmisbruk”, Tristhet knyttet til ”sykdom og død i familie”, Skam knyttet til ”festing og simpel oppførelse”, og Sinne knyttet til andres ”tause forskyvende sinne”. Glede er bare identifisert i ett kjernescript, og er det eneste tilfelle av positiv affekt inkludert i kjernescript. Her er glede koblet inn ved å være direkte koblet til skyldfølelse: ”Kanskje har jeg ikke rett til å ha det godt(...) Får nesten dårlig samvittighet av å ha det godt”. I tillegg til identifiserte affekter i selve kjernescriptsekvensen, er integrering av redsel problematisk for samtlige. Dette beskrives imidlertid oftere som en hyperaktivering knyttet til isolerte scener, enn som en sekvens i identifisert kjernescriptdynamikk.

**Psykologisk forstørring:** Samtlige kjernescript i utvalget befinner seg innenfor et moderat nivå av psykologisk forstørring. Med dette menes at deler av affektorganiseringen er adaptivt

integreert og tilsynelatende uberørt av kjernescriptetets affektive omfang. Utvalget varierer imidlertid noe innenfor dette nivået; fra kjernescript hvor samtlige affekter er delvis berørt, til kjernescript hvor flere av de negative affektene (redsel, sinne, skam, misunnelse) er uberørt, og som heller ikke synes å påvirke integrering av noen av de positive (glede, interesse, ømhet). En av pasientene, ”Berit”, skiller seg ut med mer forstørret kjernescript enn resten av utvalget. Hun er den eneste i utvalget hvor en positiv affekt, henholdsvis glede, er en del av selve kjernescriptet. Nedenfor beskrives sentrale utdrag fra identifisering av ”Berits” kjernescript, og hvordan dette påvirker hennes øvrige affektintegrering. De konkrete utdragene fra ABI som ble merket ut i selve kjernescriptanalysen, legges ved i Appendix 2. Her illustreres ”Berits” kjernescript, før endelig reduksjon og abstraksjon av råtekst. Matrisen viser dermed også hvordan materialet fra ABI organiseres som dynamiske sekvenser innen og mellom de fire integreringsaspektene.

### 3.3.4 **Kjernescript: ”Får nesten dårlig samvittighet av å ha det godt”**

”Berit” (Appendix 2) markerer seg i utvalget allerede ved gjennomgang av enkeltaffekter. Hun har et gjennomgående lavt nivå av toleranse for -og uttrykk av affekt. Oppmerksomhetsfunksjon er noe bedre ivaretatt, men også her opplever hun mye konflikt og begrenset aktiveringskapasitet. Hun skårer lavest på global Affektbevissthetsskåre i utvalget. Nærmere kvalitative analyser og identifisering av kjernescript, indikerer fusjon mellom redsel og skyldfølelse som den mest presserende affektive konflikten. Som flere andre i utvalget, beskriver hun hyperberedskap for skyldfølelse: *”Det har jeg veldig mye, kanskje for mye”*. Den første scenen som nevnes er relatert til mor: *”Når mor lå dårlig, ca et år(...) og hun ringte og ville jeg skulle komme”*. Berit får skyldfølelse også i situasjoner hvor hun ikke har reell mulighet til å handle annerledes; f.eks være på to steder samtidig. Får skyldfølelse *”når det er mange som forventer noe(..), føler meg dratt mellom her og der”*. Skyldfølelse kobles raskt til redsel på virkningsnivå. Dette kommer tydelig frem i den neste scenen hun beskriver. Her forsov hun seg til en avtale, og fikk ikke beklaget seg før neste dag. Skyldfølelse kobles da umiddelbart til redsel: *”Grudde meg veldig(...), ”sov nesten ikke for jeg var så redd”*. Redsel får videre fokus i håndtering av affekten: *”skjerper meg”, ”ordna med telefonvekking og vekkerklokke og sønnen min og..”* Hun beskriver sterk kontroll både på omgivelsene og seg selv i i et drevet forsøk på å håndtere koblingen mellom skyldfølelse og redsel. Uttrykker ikke

skyldfølelse nonverbalt, og bruker ”stressa”, for å beskrive følelsen med ord. For aktivering av redsel, per se, forteller Berit om en episode hvor hun ble overveldet allerede på oppmerksomhetsnivå: ”panikk, snørte seg, kald, skjelven, tåketete syn, tenker det verste”. Den hyperaktiverte oppmerksomhetskvaliteten ved redsel synes å være en viktig grunn til at fusjonen skyld-redsel får så sterk intensitet og dynamisk beredskap hos Berit. Fusjonen skyld-redsel kobles til et bredt tilfang av affekter, på ulike integreringsnivå. Det er markert ti slike koblinger i hennes totale affektintegrering. Det er også eksempel på at fusjonen aktiveres bare hun får fokus med sine følelser i en relasjon: ”Veldig viktig at alle andre også har det bra... Kanskje har jeg ikke rett til å ha det godt. Får nesten dårlig samvittighet av å ha det godt(...) Bekymrer meg, er redd den ikke skal vare(...) Når jeg er glad spenner jeg meg, nesten bestandig”. Også for ømhet og interesse skiller Berit seg fra resten av utvalget ved lavere integreringsnivå. For aktivering av ømhet/hengivenhet oppgir Berit bare scener hvor hun selv er ressurs/giver: ”Barn, barenbarn, og narkomane”. Det er mangel på beskrivelse av gjensidig ømhet i alle integreringsfunksjoner, noe som kan indikere at hun også her må ha andre i fokus. Nesten samtlige affektuttrykk må kontrolleres, hemmes, eller unngås med begrunnelse i hensynet til andre. Dette synes å være motivert av eksplisitte forventninger om konsekvenser som på nytt aktiverer og forsterker koblingen skyld-redsel: ”Føler dem ikke unner meg glede(...) Har fått tilbakemeldinger som: Du verden så ovenpå, Bare vent..”. Når redsel-skyld kobles til ulike affekter, håndterer Berit dette konsekvent med forsøk på å unngå både den affektive virkningen og uttrykket: ”Knyter meg, for å få bort følelsen, eller virke rolig”. Denne strategien fører til ytterligere forsterket redsel, på grunn av frykt for å miste kontroll på uttrykk. Koblingen skyld-redsel synes å være selvforsterkende, selvforstørrende, og hemme Berits øvrige affektintegrering svært bredt.

### **3.4 Kjernescript og somatoforme smerter**

I siste del av analysen ble resultat fra kjernescriptanalysene sammenlignet med de diagnostiske kriteriene for somatoform smertelidelse, samt pasientenes egne beskrivelser av smertesymptom (Se appendix 1). Finnes det fellestrekk i identifiserte kjernescript som kan belyse de somatiske plagene? Og er det mulig å foreslå et overordnet sårbarhetstema i affektintegrering for dette utvalget?

### 3.4.1 Somatiske markører i kjernescript.

Samtlige kjernescript inneholder eksplisitte beskrivelser av somatiske belastninger som følge av oppmerksomhet, virkning, håndtering, emosjonelt og/eller begrepsmessig uttrykk. De kroppslige markørene er i flere tilfeller ordrette paralleller til de somatoforme smertene som rapporteres i ”egne beskrivelser av plager”(Appendix 1). ”Anne” beskriver her at hun ikke har klart å finne ut hva grunnen til stivhet og smerte i muskler og ledd kommer av, men at ”*jeg har lett for å stramme meg*”. I hennes kjernescript beskrives nettopp ”*stramming*” som typisk måte å forsøke å hindre at tristhet og skyldfølelse vises. Og beskrivelser som “*Spinning, spenner meg, strammer meg, vondt, Smerte, knyter meg, stiv, hodepine, og migrene*”, er typiske eksempel på hvordan affekt kjennes, virker, håndteres, uttrykkes, eller undertrykkes i pasientenes kjerenscript. Og gitt at kjernescriptet representerer individets mest presserende repetative problem, fremstår ikke disse kroppslige belastningene som tilfeldige affektreguleringsstrategier, men som konsekvente og typiske måter individet fungerer affektivt. Utvikling, opprettholdelse, og forsterking av somatoforme smerter synes altså å være tydelig relatert til identifiserte kjernescript. Ingen av integreringsfunksjonene skiller seg ut med flere somatiske smertebeskrivelser enn andre. Det er heller ikke identifisert tydelige sammenhenger mellom ulike typer kroppslig smerte for ulike affekter. For samtlige pasienter er imidlertid somatiske markører hyppigst relatert til utilstrekkelighetsfølelse i relasjon til andre, eller forsøk på å unngå, eller reparere en slik tilstand. Skyldfølelse har flest identifiserte beskrivelser av somatiske belastninger koblet til seg, etterfulgt av redsel, tristhet og sinne. I og med skyldfølelsens sentrale rolle i kjernescriptdynamikk for samtlige pasienter, samt gjennomgåtte sammenhenger både mellom utilstrekkelighet og smerte, og utilstrekkelighet og skyld, fremstår somatiske markører som ytterligere støtte for skyldfølelsens sentrale dynamisk rolle hos dette utvalget. Det er slik belegg for å foreslå denne affekten, og dens psykologiske forstørring, i form av utilstrekkelighetstematikk, som et felles sårbarhetstrekk. I Appendix 3 legges ”Annes” kjernescript ved. Scriptet illustrerer de overnevnte sammenhengene mellom somatiske belastninger, affektive sekvenser, og utilstrekkelighetstematikk. De konkrete utdragene fra ABI er på dette siste nivået av analysen noe mer abstrahert, og illustreres i en sammenhengende dynamisk sekvens. Kjernescriptet er likevel organisert i tråd med ”Annes” egne beskrivelser, og består av direkte sitat fra ABI. Nedenfor følger en beskrivelse av Annes

kjernescript, både med direkte utdrag og latente fortolkninger. Scriptet er representativt for indikerte felles sårbarhetstrekk ved utvalget. Dette vil bli drøftet nærmere senere i oppgaven.

### 3.4.2 “Mener selv jeg ikke strekker til”: Den vonde sirkelen

”Annes” kjernescript (Se Appendix 3) består av sekvensielle og fusjonerte koblinger mellom tristhet, sinne og skyld. Kjernescriptet utløses ved skuffelser, enten over egen utilstrekkelighet, eller forventningsbrudd knyttet til andre hun har tillit til. Tristhet og sinne er koblet sammen i denne skuffelsen på en måte som oppleves ”tungt, tomt og vondt”, og forsøket på å undertrykke denne opplevelsen oppleves raskt som konkrete kroppslige smerter. Hun forsøker å reparere situasjonen ved å endre egen affekttilstand: ”riste av seg følelsen”. Dette gjør hun ved å vende sinne mot seg selv. I dette opplever hun imidlertid en konflikt mellom erkjennelse av egen/andres begrensning, ”prøver å akseptere situasjon”, og ønske om å snu scenen tilbake til en ”god scene” hvor hun ”strekker til” slik hun forventer. Konflikten oppleves uløselig, og hun blir sittende igjen med skyldfølelse. ”Prøver å fjerne følelsen, men ofte blir den sittende igjen(...)Får ikke fjernet skyldfølelsen helt”(...) ”Får vondt, blir tung, tom og maktesløs”. Egne forventninger blir imidlertid ikke nyansert, eller endret, som følge av dette. Og den manglende realitetsorienteringen fører til stadig nye skuffelser. Denne repiterende dynamikken virker å forsterke intensiteten i scriptets utløsende konflikt: Koblingen mellom tristhet, sinne og skyldfølelse oppleves som ”håpløshet” og ”maktesløshet”. Anne ønsker ikke vise tristhet, og ”stenger det inne” ved å ”stramme ansiktet(...), spenne kroppen, og sitte anspent”. Dette fører til ytterligere økt kroppsbelastning som reduserer ytelsesevne; kilde til ytterligere initiert og forsterking av kjernescript. Noen ganger glipper affektuttrykk, da i form av iritasjon i forsøket på å riste av seg tristhet. Dette utløser også følelse av å skuffe egne ideal, og gir skyldfølelse: ”Når jeg er skikkelig sint er det jeg selv som får det verst”.

”Anne” beskriver kroppslige smerter som følge av stramminger for å holde igjen uttrykk av både tristhet og sinne. Men hun får også vondt av å uttrykke det, da uttrykk forbindes med og forsterker den utløsende utilstrekkelighetsfølelsen, og automatisk fører til ny skyldfølelse, og repitert kjernescript i forsøk på undertrykking og kompensering. Hun sitter fast i en vond sirkel, der ”vond” forstås både i bokstavelig og overført betydning: *Skuffelse* → *vondt*. → *Utilstrekkelighet* → *Vondt*. Denne selvforsterkende affektspiralen fremstår imidlertid bare som kjent for henne via sluttprodukt -og samtidig utløsende tema: ”Mener selv jeg ikke

*strekker til*". Ved muligheten til å analysere kvaliteter både ved den overgripende affektstruktur og spesifikke mikroprosess samtidig, synes imidlertid overnevnte mekanismer å være aktive i opprettholdelse og forsterking av Annes mest presserende affektive konflikter. Jo mer Anne prøver å løse problemet, "å ikke strekke til", ved å spenne og stramme unna følelsene, jo mer forsterkes problemet. Det synes som "Selvet" har mistet sin refleksive kapasitet i aktivering av kjernescriptet, og hun blir identisk med skuffelsen, skyldfølelsen og smertene: "Jeg`et" strekker ikke til. Disse tema vil bli nærmere undersøkt sammen med øvrige funn i den påfølgende drøftingen.

## 4 Diskusjon

### 4.1 Oppsummering av hovedfunn

Studiens hovedproblemstilling var: Hva kjennetegner et utvalg pasienter med somatoform smertelidelse med hensyn til affektintegrering? Gjennomgåtte analyser av affektintegrering på enkeltaffektnivå, samt analyser av identifiserte kjernescript og sammenligning av disse for hele utvalget, viser disse hovedfunn:

#### Enkeltaffekt-nivå:

- Integreringsnivå for samtlige pasienter er overveiende konfliktfull/ambivalent integreringsnivå, både på tvers av affekt og integreringsfunksjon. Det er imidlertid stor variasjon på tvers av pasienter med hensyn til hvilke affekter og funksjoner som er bedre/dårligere integrert enn dette. Gjennomsnittsskåre for hele utvalget viser en tendens til høyere integreringsnivå for de positive versus negative affektene, men dette er ikke konsekvent i utvalget, og det er stor variasjon på tvers av affektene for samtlige pasienter.
- Differensiert affektanalyse viser at tre affekter markerer seg med like integreringskvaliteter for samtlige pasienter: Æmhet, Skyldfølelse og Redsel. Æmhet er blant de tre best integrerte affektene for samtlige pasienter, og trekkes frem som en viktig signalgivende affekt, både for handling, og for opplevelse av seg selv i sine relasjoner. Skyldfølelse er blant de tre dårligst integrerte affektene for samtlige i utvalget. Denne viser tendens til å være hyperaktivert og utløses ved generaliserte selvbilde relaterte tema. Redsel viser ulike grader av hyperberedskap hos samtlige i utvalget, og ingen har veldig god toleranse for denne affekten.

#### Kjernescript-nivå:

- Skyldfølelse fremstår som sentral dynamisk faktor i opprinnelse og opprettholdelse av samtlige kjernescript. Skyldfølelsen utløses ved et bredt tilfang av generaliserte psykologiske tema, og kobler automatisk til seg ulike andre affekter inn i kjernescriptet. Det er ingen affekter som eksklusivt skiller seg ut med tydeligere koblingsfrekvens til skyldfølelse, men hyperaktivert redsel synes å være assosiert med



samtlig kjernescript, som sårbarhetsfaktor, følgetilstand, eller integrert del av kjernescriptets tema.

- Samtlige kjernescript inneholder beskrivelser av somatisk smerte og belastning. Disse fremkommer i alle deler av integreringsaspektene: Både i oppmerksomhet, virkning og håndtering av affekt, samt beskrivelse av uttrykk, eller undertrykking av uttrykk. Skyldfølelse har flest slike beskrivelser, etterfulgt av redsel. For samtlige pasienter er somatiske markører i kjernescriptet, relatert til utilstrekkelighetsfølelse i relasjon til andre. Enten følelse av å ikke strekke til, ikke innfri andres/egne forventninger, eller forsøk på å unngå, eller reparere en slik tilstand.

## 4.2 Drøfting av hovedfunn

### 4.2.1 Differensiert affekt

Differensierte affekter viser ulikt integreringsnivå på tvers av oppmerksomhet, toleranse og uttrykksfunksjon for pasientene i dette utvalget. Resultat av analyser både på enkeltaffektnivå og kjernescript tydeliggjør at kvaliteter ved integrering av differensierte affekter er en unik kilde til klinisk informasjon. Denne studien utfordrer derfor teoretiske tilnærminger som fokuserer på global affektintegrasjon, eller generelle svekkelser i oppmerksomhet, toleranse, eller uttrykksfunksjon. På gjennomsnittsnivå fremtrer aktuelt utvalg med bedre integrering av de ”positive” affektene versus den ”negative”, men ved å studere differensierte affekter kvalitativt, på tvers av integreringsfunksjoner, tilbakevises indikasjonen på at det foreligger en generell konflikt for integrering eller uttrykk av negative affekter. Resultater fra denne studien indikerer slik at studier med stor ”n” vil kunne gi karikering av affektstrukturer som er *for* enkle. Dette funnet synes å være relevant også i forhold til betraktningene rundt alexithymi-begrepet i forskningslitteraturen. Her drøftes det blant annet hvor vidt det er manglende oppmerksomhet for, eller undertrykking i uttrykk av oppmerksomt aktivert affekt, som er kjernen i tilstanden (Taylor 1987; 2003; Alexander, 1943; Apfel & Sifneos, 1979; McDougall, 1982; Nemiah, 1977b; Sifneos, 1996). Og i forlengelsen av dette forsøkes det å skille mellom konversjonslidelser og nevrotisk somatisering (Heiberg, 1977; McDougall, 1982; 1990; Nemiah, 1977a; Sifneos, et al., 1977; Taylor, 1987; 2003; Tibon, et al., 2005; Waller & Scheidt, 2006; Watson, 1982). På bakgrunn av resultater fra gjennomførte analyser,

fremstår hypoteser om en generell hemming av affektuttrykk, i beste fall som en overforenkling. Det er heller ikke støtte i aktuelle resultater for en antagelse om generelt svekket oppmerksomhet for ”ubehagelig/negativ” versus ”behagelig/positiv” affekt, eller generell konflikt knyttet til uttrykk av affekt. Teorier som antyder grunnleggende projiseringsmekanismer, hvor ”ubehagelig/negativ”affekt antas å bli avspaltet og representert i somatiske smerter, synes heller ikke å være en presis beskrivelse av dette utvalgets problematikk. Hoved innvendingen til disse teoriene er imidlertid ikke mekanismene de beskriver, men måten affektprosesser er beskrevet. Resultatene av differensiert affektanalyse i denne studien gir indikasjon på at omtale av affekt og affektintegrering som en global, eller endimensjonell faktor(behagelig-ubehagelig), maskerer viktig klinisk og begrepsteoretisk informasjon. Dette er i tråd med empiri fra en rekke studier innenfor differensiert affektteori. Flere ledende forskere på feltet argumenterer nettopp for nødvendigheten av å studere affekt både differensiert og flerdimensjonalt (Barrett, Mesquita, Ochsner, & Gross, 2007; Ekman, et al., 1983; Fontaine, Scherer, Roesch, & Ellsworth, 2007; Fox, 2009; Izard, 1991; 1993; 2007; Monsen, et al., 1995;Monsen & Monsen, 2000; Panksepp, 1998; Tomkins & Izard, 1966). Både tidligere dynamiske tilnærminger (Bion, 1962;1984; Klein, 1958; Kohut, 1977; Szasz, 1957; Winnicott, 1963), og nyere begrep som mentalisering, emosjonell inhibering, eller positive versus negative affekter (Coggins & Fox, 2009; Fonagy, 2004; Jonas & Lando, 2000), kan derfor, med bakgrunn i aktuelle resultat, kritiseres for å mangle presise operasjonaliseringer som ivaretar viktige egenskaper ved det empiriske materialet. Foreliggende resultat støtter Mcdougalls tese om at psykiske og psykosomatiske symptom alltid er bærere av en tilgjengelig mening. Denne meningen blir gjort tilgjengelig gjennom affektens samtidige basalbiologiske og ideografiske egenskaper. De differensierte affektene viser differensierte virkninger og signalfunksjoner, og knyttes til ulike større ideoaffektive strukturer basert på pasientenes konkrete livshistorie.

En svakhet ved anvendt datamateriale er manglende elaborering av pasientenes forståelse av affektens signalfunksjon. Dette kunne gitt mer utdypende informasjon om generelle evner til å integrere affektive opplevelser i mer komplekse symbolske representasjoner av forholdet til seg selv og andre. Basert på verbalt uttrykk av øvrig affektintegrering, synes imidlertid ikke utvalget å kjenntegnes primært av en manglende desomatisering og symbolsk reintegrering av affekt. Tilleggsinformasjon om signalfunksjon, synes derfor å ligge på et høyere nivå av symbolsk abstraksjon enn hypoteser om udifferensiert og infantilt somatisert affekt. For de pasientene som har fått oppfølgingsspørsmål om affektens signalfunksjon fremstår

maladaptive svar først og fremst som rigide forestillinger knyttet til eget selvilde, og ikke som en grunnleggende manglende evne til å “forestille” seg, eller bearbeide affekter symbolsk. Kanskje skyldes dette at pasientene i dette utvalget representerer et mer moderat lidelsestrykk, og ikke har andre komorbide psykiske lidelser. Det er også mulig å stille spørsmål ved kritikken av hypotesen om en generell konflikt mellom aktivering og uttrykk. Selv om det antas at aktuell intervjuetodikk (ABI) ivaretar høy grad av indre validitet både ved å aktivere hukommelse for spesifikke situasjoner, og forsikre at videre utforskning av affektintegrering er knyttet til dette, samt bruke intervjuere som er utdannet i psykiatrisk intervjuing (Sullivan, 1951), kan det ikke utelukkes at data mangler viktig informasjon. En svakhet ved alle former for selvrapporing er mulighet for at også den viktigste informasjonen blir holdt tilbake. I foreliggende funn kan dette være tilfelle nettopp på grunn av inhiberende mekanismer knyttet til uttrykk av affekt. Gitt at det er så store variasjoner på tvers av affektene knyttet til vedståelse og tydelig uttrykk av affekt, også innen de negative affektene, synes det likevel mer sannsynlig at uttrykkskonflikter er knyttet til spesifikke affekter, heller enn en generell uttrykkskonflikt. Alexander (1962), som tidlig fremsatte hypotesen om en generell uttrykkskonflikt, vektla også differensiert affekt i sin opprinnelige teori. Affektteorien hos Alexander ble imidlertid knyttet opp mot spesifikke underliggende konflikter med tilhørende organspesifik lokalisasjon. Det kan synes som ugyldiggjøring av organspesifiteten i hans teori også har ført til at vektleggingen av differensierte affekter har gått tapt. Taylor poengterer de affektdynamiske kvalitetene ved Alexanders teori, og forstår kjernen i alle uttrykkskonfliktene han oppgir som en opprinnelig separasjonsangst med opphav i tidlig tilknytningsrelasjon. De psykosomatiske belastningsskadene hos den voksne pasienten skyldes vedvarende og konsekvent blokkering/undertrykking av denne umodne avhengigheten (Taylor, 1987, s. 14-15). Med nyere affektteoretisk begrepsapparat kan kanskje Alexanders spesifitetsteori forstås som et forsøk på å differensiere mellom ulike affektive koblinger i pasientenes ideoaffektive kjernescript.

#### 4.2.2 Skyldfølelse

Med utgangspunkt i overnevnte funn som viser at integreringskonflikter knyttet til *spesifikke* affekter gir viktig kliniske informasjonen, synes identifikasjon av lav toleranse for skyldfølelse hos samtlige pasienter som et hovedfunn i denne studien. Dette er et noe utypisk funn, med hensyn til gjennomgått litteratur. Skyldfølelse er så og si et uberørt område både i forskning og beskrivelser av denne gruppen pasienter. Izard (1991) mener årsaken til at skyld

er så lite fremtredende i forskningslitteraturen skyldes at den ikke blir gitt status som en unik differensiert affekt. Skyld, har helt siden Freud knyttet den til frykt for straff i utvikling av superego, blitt behandlet som en sosialkonstruert avlegger av andre affekter (Maher, 1966; Taylor, 1987; Mandler, 1990). Også Tomkins (1981) beskriver skyldfølelse som en sekundær affekt, henholdsvis til skam. En rekke forskere innenfor ulike forskningstradisjoner argumenterer imidlertid for skyldfølelse som en uavhengig, differensiert adaptivt motiverende affekt (Ausubel, 1955; Eibl-Eibesfeldt, 1971; Izard, 1991; 2007; Lewis, 1971; Mead, 1950; Zahn-Waxler, Kochanska, Krupnick, & McKnew, 1990). Metoden anvendt i denne studien baserer seg også på antagelsen om skyld som en universell og unikt genetisk betinget affekt, med en iboende adaptivt motiverende signal funksjon (O.A. Solbakken, Intern forelesning, 03. mars, 2010, Psykologisk Institutt, Oslo). Skyldfølelse gir spesifikke normovertredelser presserende figur i bevisstheten, og motiverer atferd som er rettet mot å reparere skade på andre, og opprettholde relasjon. Skyld antas å ha en unik funksjon både iforhold til skam og frykt. I motsetning til frykt, som motiverer for flukt og beskyttelse mot situasjon/relasjon, motiverer skyld til oppsøkende handling og reparaasjon av situasjon/relasjon. Skyldfølelse binder individet til sin kilde (Izard 1991, s. 355). Og mens skammens basalfysiologiske egenskap er neddemping og tilbaketrekking av aktivering, en kroppsliggjøring av ønske om å ”ville synke gjennom jorden”/”bli usynlig”, fører skyldfølelsen til forhøyet fysiologisk aktivering og behov for å tre frem og løse årsak til skyldfølelsen (Izard 1991). Skyldfølelsen har slik en unik evolusjonsbetinget verdi for fellesskaps-mennesket. Den gir individet opplevelse av ansvar og forpliktelse iforhold til sine aktuelle omgivelser (Mead, 1950).

#### 4.2.3 Skyldfølelse for hva?

I tillegg til problemer knyttet til toleranse for skyldfølelse er det også identifisert høyaktivert beredskap for frykt, og en sterk fremheving av ømhet som viktig og adaptivt motiverende affekt for samtlige i utvalget. At disse tre affektene fremheves så tydelig, er interessant både fra et klinisk og et affektteoretisk ståsted. Er det belegg for å anta en sammenheng mellom dem? Izard (1991) argumenterer nettopp for en slik fenomenologisk sammenheng i forståelse av skyldfølelse. Han viser til flere studier som støtter dette, både fra utviklingspsykologiske og krysskulturelle paradigmer (Izard 1991). Ifølge Izard opplever ikke barnet skyld før det skjønner at andre har det vondt. Han finner videre at skyldfølelse aktiveres sterkere jo nærmere individet er knyttet til den som har det vondt. Skyldfølelse oppstår bare der kjærlighet kan trekkes tilbake. Skyldfølelsen signalsierer trussel mot en viktig

tilknytningsrelasjon, og motiverer individet til forsøk på å reparere skade slik at relasjon kan opprettholdes. Dette forutsetter en oppfattelse av årsak-virkning, og at individet opplever seg selv som årsak til at den andre har det vondt (Zahn-Waxler, et al., 1990; Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner, & Chapman, 1992). Studier viser at barn helt ned i 1 ½ års alder oppfatter slike årsak-virknings sekvenser (Levy, 1960; Zahn-Waxler, et al., 1992). Zahn-Waxler med kollegaer (1990;1992), finner imidlertid at barn oppfatter slike årsak-virknings sekvenser uten å differensiere presist hvem som er årsak til virkningen. Og videre at de tenderer mot å oppfatte seg selv som årsak for at andre har det ubehagelig, selv når de verken hadde gjort noe, eller kunne gjøre noe for å redusere/hindre ubehag. Her finner vi en mulig parallell til pasientene i denne studien. Flere av pasientene rapporterer nettopp om skyldfølelse bare ved at de er oppmerksom på at andre har behov som ikke er tilfredstilt. Og skyldfølelse aktiveres selv om de ikke har objektiv mulighet til å innfri disse behov, for eksempel ved å være på to steder samtidig. Skyldfølelsen har da mistet sin adaptivt motiverende virkning. Den gir ikke lenger konkrete overtredelser figur, men har blitt et indre generert signal om at en generelt ikke strekker til i en relasjon, eller som hos noen av pasientene i utvalget; ikke strekker til som person. Fenyas (som sitert i Izard 1991, s. 383) finner at tendens til å reagere med selvanklagelser ved andres ubehag korrelerer med en personlighetsstil som raskt tar den andres ståsted. En mulig sammenheng mellom maladaptiv skyldintegrering og forhøyet tendens til prososial adferd støttes også i en rekke studier av Zahn-Waxler med kollegaer (Hastings, Zahn-Waxler, Robinson, Usher, & Bridges, 2000; Zahn-Waxler, 2000; Zahn-Waxler, Klimes-Dougan, & Slattery, 2000). Her indikeres at høy grad av prososial adferd hos små barn kan korrelere med høyere grad av emosjonelle problem på et senere tidspunkt. Block & Gjerde (1991), og Block & Block (1988), finner de samme tendensene, men her utelukkende for jenter. Mulige mekanismer bak utvikling av maladaptiv skyldfølelse fremheves ytterligere av Zahn-Waxler et al. (1990), som i sin studie finner at barn av deprimert mødre, sammenlignet med barn av friske mødre, viser hyperaktivering av skyldfølelse når de ble presentert for hypotetiske interpersonlige konfliktfulle situasjoner. I lys av disse studiene, samt skyldfølelsens motvasjon rettet mot reparasjon av viktig tilknytningsrelasjon, kan det synes som dette utvalget på en spesiell måte er sensitive for andres ubehag, og har lav toleranse for dette. Refererte studier indikerer også at denne oversensitivitet for andres behov, og undertrykking av egne affekter utfra hensynet til andres følelser, utvikles tidlig. Formative scener i tidlig tilknytningsrelasjon kan altså tenkes å være kilde til skyldfølelsens overgeneraliserte og gjennomgripende dynamiske kvalitet på det

nåværende tidspunkt. Dette støttes av referert empiri som indikerer at en overutviklet skyldsensitiv personlighetsdynamikk ikke synes å fremstå som dysfunksjonell før senere i utviklingen.

I denne studiens analyser er det ikke inkludert informasjon om foreldrebilder, oppvekstforhold, eller grundigere dynamisk intervju. For det aktuelle utvalget er det derfor ikke grunnlag for å si noe sikkert om sammenhenger mellom tidligere tilknytningsrelasjon og nåværende psykiske plager. På bakgrunn av gjennomførte analyser er det likevel påfallende at samtlige pasienter opplever det viktig å være en omsorgsperson. Dette vektlegges som å bety svært mye for deres forhold både til seg selv og andre. Samtidig beskrives altså psykiske uløste konflikter knyttet til å ikke strekke til i dette. De skuffes, eller irriterer seg hyppig over egen inkompetase, eller tilkortkommenhet, og plages ved å ikke leve opp til denne forventningen til seg selv. Katz & Ziegler (1967) finner at høyere skyldsensitivitet korrelerer med større diskrepans mellom selvrapportering av reelt selv vs idealselv. De forstår dette som et uttrykk for mer raffinerte kognitive vurderinger, og presenterer funn som korrelasjon mellom skyldfølelse og kognitiv modning, i form av intelligensmål. I lys av øvrige refererte studier knyttet til skyld, samt tidligere gjennomgått dynamisk teori, synes det imidlertid like sannsynlig at korrelasjon mellom diskrepans i selvbilde og forhøyet skyldsensitivitet representerer kompensatoriske kognitive mekanismer, som beskrevet av McDougall(1989;1984a; 2003), eller i Winnicott`s konsept om det ”falske selvet” (1960). Som referert innledningsvis beskriver McDougall en slik diskrepans i selvbilde som en konflikt grunnet arkaisk separasjonsangst og vedvarende frykt for selvfragmentering og selvtap ved aktivisering av dette. Individet antas å forsvare seg kognitivt mot egne affekter, da disse ikke har blitt respondert adekvat på i den primære tilknytningsrelasjonen. Fordi spedbarnet er fundamentalt avhengig av den første tilknytningen, vil det måtte tilpasse seg omsorgsgivers toleransegrense for empatisk speiling, for sikre tilknytning og opprettholde symbiosen. I aktuelle analyser fremkommer det at samtlige pasienter har en sterkt utviklet sensitivitet for andres behov. Aller tydeligst uttrykkes det hos ”Berit”, som opplever sterk skyldfølelse og frykt også når hun kjenner glede på egne vegne: *”Kanskje har jeg ikke rett til å ha det godt(...) Veldig viktig at alle andre også har det bra(...) Får nesten dårlig samvittighet av å ha det godt(...) Bekymrer meg, er redd den ikke skal vare.”* I tråd med denne uttalelsen, beskriver McDougall hvordan egoutvikling kan depriveres fra genuine affektive kvaliteter til fordel for ivaretagelse av relasjon. Dette resulterer videre i et kognitivt konstruert selvbilde, som på grunn av den skjøre underliggende selvstrukturen blir påfallende rigid. Det synes å

være støtte for denne sammenhengen i aktuelle funn. Pasientenes kjernescript preges av repiterende og fastlåste forsøk på å innfri egne ideal knyttet til tilstrekkelig ivaretagelse av relasjon. På tross av gjentatte skuffelser, resulterer det ikke i desillusjonering og reintegrering av mer realistiske og adaptive selvbilder. Mens man i den klassiske psykoanalysen tenkte at skyld oppstod som følge av en konflikt mellom ego-og superego, og dermed ikke kunne oppstå før alle tre egostrukturene var utviklet, åpner overnevnte studier for at skyld ikke bare oppstår i konflikt mellom ego og superego, men kan øve dynamisk kraft allerede på grunnleggende egoutvikling. Dette støtter også McDougalls antagelser om at både nevrotisk somatisering og konversjonslidelser kan ha sin kilde i dysfunksjonell affektintegrering grunnet mangler i primær tilknytningskvalitet. Selv om den første tilknytningrelasjonen vektlegges som den primære kilde til utvikling av maladaptive affektscript, er dette imidlertid ikke ensbetydende med at ”mor har skylden”. Sullivan (1953) har blant annet bidratt med viktig innsikt i hvordan barnet synes å ha ulik sensitivitet til ulike relasjoner på ulike stadier i utviklingen. Og selv om morsrelasjon anses som den primære formative relasjonen, bidrar barnet selv betydelig til variasjon i kvaliteter her. Ulike medfødte disposisjoner hos barnet gir ulikt grunnlag og ulike forutsetninger for et godt samspill mellom barnet og omsorgsgiver (Lerner, 2002). Betydningen av match-mismatch i denne relasjonen, samt ulike konstitusjonelle egenskaper hos barnet, er stor (Ibid). Affektbevissthetsmodellen, og dens empirisk og teoretiske fundament, vektlegger nettopp affekt som en genetisk betinget biologiske respons på stimuli i omgivelsene (Tomkins, 1991, s. 57). Ved at hver affekt allerede fra fødsel har en nevrofysiologisk antenne for gitte stimulusfrekvenser, vil konstitusjonelle variasjoner i ulik reaktivitet og indre miljø påvirke barnets affektive erfaringer av tilknytningsrelasjon, som igjen interagerer med selve relasjonen. Basert på resultater fra denne studien er det imidlertid grunn til å legge vekt på de interpersonlige erfaringene som primære i individets dannelselse av affektdynamisk scriptstruktur. Det er tydelige koblinger mellom konkrete scener hvor pasientene opplever uløselige affektive konflikter, eller udifferensiert og overveldende affektaktivering, og de generaliserte og gjennomtrengende psykologiske tema som de organiserer og fortolker nye erfaringer med. Ifølge Tomkins scriptteori (1981; 1991; 1995) er affekter alltid rettet mot et objekt. De er intensjonelle og representerer et genetisk programmert engasjement til individets omgivelser. Affekter evner å integrere den indre og ytre verden, kropp og forestillinger. Dette er også itråd med hvordan Winnicott (1963), og objektrelasjonsteorien, samt nyere intersubjektiv dynamisk teori, forstår forholdet mellom barnets indre og ytre verden. Det er uadskillelige størrelser,

men må likevel gradvis integreres i en sammenhengende og refleksiv selvopplevelse, gjennom barnets affektive erfaringer hos den ”rommende” og ”speilende” andre. (Demos, 1988; Fonagy & Target, 1996; 2007; Holinger, 2009; Stern, 1985; Stolorow, 1992; 2005; Stolorow & Atwood, 1992; Winnicott, 1963). En ønsket utvidelse av denne studien ville være å sammenligne pasientens affektintegrering og identifiserte kjernescript med informasjon om oppveksthistorie, tilknytningsstil, foreldrebilde, selvbilde, og grundigere dynamisk intervju med utgangspunkt i potensielle formative scener. Dette er mulig basert på foreliggende materiale i PDK-1 studien som anvendte ABI er hentet fra.

#### 4.2.4 Skyld og Frykt

Samtlige pasienter i utvalget beskriver også hyperaktivert oppmerksomhet for redsel. Selv om den er delvis adaptivt integrert og uttrykt hos noen av pasientene, synes den likevel å være vedvarende dynamisk aktiv og knyttet til kjernescripttematikk: hypersensitivitet for ikke å strekke til. For å kunne si noe om en eventuell kobling mellom skyldfølelse og frykt ville det vært ønskelig med oppfølgingsspørsmål som fanget hva pasientene forestiller seg ville skje dersom de ikke strekker til. Dette er dessverre lite fulgt opp i intervjuene. Men basert på de som har fått spørsmål om forestillinger knyttet til avspaltet, eller tilbakeholdt affekt, fremkommer det gjenatgende skyld-frykt tematikk knyttet til potensielt tap av relasjon: *”Hadde ikke blitt snill(...)det kan ødelegge både ekteskap og forhold til barna og..”, Redd for å trække skeivt og såre”, ”Vil ikke belaste andre med mine egne problem”*. Også her synes McDougalls vektlegging av den arkaiske ”frykt for å miste primær tilknytningsrelasjon”, og dermed miste seg selv, som mulig utviklingshistorikk. Basert på tidligere refererte empiriske studier kan det antas å være adaptivt at skyldfølelse kobles til frykt i tidlig tilknytningrelasjon. Frykt antas, i seg selv, å motivere til å fjerne seg fra kilde til frykt (Izard 1991). Og gitt at tilknytningrelasjon er livsviktig for et barn, vil skyldfølelsens reperasjonsmotivasjon dermed være en adaptiv kobling i den aktuelle relasjonen. Basert på studier som indikerer dårlig diskriminering av årsak-virkning, kan det videre antas at ettersom barnet utvikler mer komplekse kognisjonsintegrerte affektscript, vil en automatisert kobling mellom frykt og skyldfølelse kunne føre til overdrevet ansvarsfølelse ved trussel om relasjonsbrudd. I aktuelt utvalg fremstår skyldfølelse like mye knyttet til motivet: å *unngå* potensiell skade, som å reparere skade. Dette kontroll - og beredskapsaspektet er en sentral motivasjonskvalitet ved frykt: den skaper beredskap for å legge merke til fare, og motiverer til adferd som kan redusere risiko for denne faren (Izard, 1991;2009; Tomkins, 1991). Ansvarsfølelsen kan



tenkes å ha blitt så overveldende, at den i seg selv assosieres med frykt. I appendix 2 illustreres en slik konsekvent kobling mellom skyld og frykt i identifiserte scener inkludert i kjernescript. For aktuell pasient, "Berit", synes skyld og frykt nærmest fusjonert.

Som nevnt, foreligger det også argumentasjon i litteraturen for at skyld ikke er en unik affekt, men nettopp en versjon av frykt: frykt for tap av kjærlighet, eller frykt for straff (Mandler 1990; Maher, 1966). På tross av overnevnte kobling mellom skyld og frykt i dette utvalget, synes det likevel ikke som disse er varianter av samme affekt. De skiller seg konsekvent fra hverandre både i beskrivelser av aktiveringskvaliteter, påfølgende integreringssekvenser og i interpersonlig uttrykk. Frykt er dessuten bare delvis konfliktfullt integrert, og eventuelle overveldelser er knyttet til begrensede spesifikke episoder. Det virker derfor mer plausibelt å forstå koblingen mellom skyld og frykt som en respons på kontekstuelle kvaliteter i tidlig affektintegrering, enn som en kvalitet ved affektene per se. I studier av differensiert affekt hos normalpopulasjon, finner Izard (1991) nettopp at skyldfølelse *varierer* i koblingsfrekvens til en rekke andre affekter, avhengig av individets konstitusjonelle egenskaper, den aktuelle relasjonen, og aktuell kontekst. Hos Izard's utvalg var skyld hyppigst koblet til tristhet, etterfulgt av frykt (Ibid). Izard antar at skyld utløses av et signal om tilbaketrekking av viktige andres kjærlighet. Han beskriver videre at skyld hyppigere kobles til tristhet dersom denne tilbaketrekkingen assosieres med ensomhet og fravær av glede/interesse, mens skyld-frykt kobling assosieres med å bli stående igjen mer sårbar for skade/fare. På bakgrunn av dette argumenterer Izard for at koblingen mellom frykt og skyld primært oppstår når tap av en kjærlig relasjon, eller trussel om dette, oppleves som tap av beskyttelse/omsorg (Ibid). I lys av dette, kan økt sensitivitet for koblingen frykt-skyld hos pasientene i denne studien forstås som en opplevelse av sårbarhet på grunn av potensielt tap av omsorg. Dette er igjen en indikasjon på at tidlig tilknytning kan være kilde til utvalgets symptomutvikling. Et ytterligere aspekt ved skyld-frykt tema i pasientenes beskrivelse, er at de forsøker å bli kvitt denne følesestilstanden ved å bli sint på seg selv; "*blir veldig selvkritisk*", "*riste den av meg*", "*snakke alvor med meg selv*", "*prøver å motvirke irritasjon(innadrettet)*". Maher (1966) finner også dette trekket ved koblingen skyld-frykt: Den ser ut til å føre individet i søking etter straff. Ved at skyldfølelsen for pasientene i denne studien har fått en "føre-var" funksjon, er det imidlertid vanskelig å straffe seg bort fra den: "*Den vonde skyldklumpen sitter*", "*Greier ikke å bli kvitt den*", eller "*Det blir alltid noe igjen*".

Både i Tomkins scriptteorier, og en rekke komparative og basafysiologiske studier, fremheves frykt som den mest presserende affekten i menneskets evolusjonshistorie, nettopp ved dens funksjon å sikre overlevelse (LeDoux, 2000; Jaak Panksepp, 1998; Tomkins, 1991; Van der Kolk, 1994). I Tomkins beskrivelser av affekter som psykologisk lim, kan frykt beskrives som ”superlim”. Den gir umiddelbar forsterking til assosiasjonen mellom ytre stimuli og indre respons, og med dette binder det også sammen de overlappende intrapsykiske affektsekvensene knyttet til aktuell erfaring. Denne egenskapen gjør at frykt har en sterk generaliserende effekt, og kan antas å være sentral i enhver psykologisk forstørring av kjernescript. Begrepet ”lim”, kan imidlertid være misvisende, da sterk frykt nettopp kan føre til manglende sammenheng i selvopplevelse. Dette er beskrevet nevrofysiologisk blant annet som split mellom læring på et assosiativt, subcortikalt, og presemantisk nivå, kalt ”low road”, og integrering av denne aktiveringen på høyere cortikale nivå av representasjon via perseptuelle represenatsjoner, språklige symbol, og refleksive selvbilder (Barrett, et al., 2007; Frosch, 1995; Lane, 2008; Lane & Schwartz, 1987; LeDoux, 2000; Monsen, 2005; Panksepp, 2007; Wagner & Born, 2008). I moderne intersubjektive dynamiske tilnæringer, inklusiv aktuell affektteori, antas empatisk og stabil responsivitet fra barnets tilknytningsperson som nødvendig for integrering av sensorisk aktivering i symbolske representasjoener av dette (Solbakken, et al., 2010; Stolorow, 1992). Manglende stabil tilknytning i barnets tidlige intense og somatosensoriske affekttilstander, kan altså føre til svikt i integrering av realitet og fantasi, kropp og symbol, samt nyansering av seg selv/andre som god vs vond. Dette innebærer svekket affekt integrering – og differensiering. Gitt omsorgsgivers viktige rolle for barnets selvtilstand, kan det antas at dersom denne svikter, vil frykten kunne hemme de overnevnte integrasjonsprosessene og føre til splitt mellom for eksempel kroppslige signal og mental representasjoner i spesifikke affektive tilstander. En automatisert kobling mellom skyld og frykt før barnet har utviklet evne til selvrefleksjon, kan tenkes å forstyrre integrering av skyld på samme måte. Maladaptive scriptsekvenser og håndteringsstrategier i identifiserte kjernescript, impliserer altså ikke bevisste valg fra en aktør, men antas tvert imot å være resultat av affektfenomenologiske skriptkvaliteter som oppstår på dette presemantisk og prerefleksive nivået. Flere av pasientene beskriver nettopp affektsekvenser som om de har blitt et objekt for sine automatiserte organiserende prisnipp. En av disse er ”Lise”, som de andre, beskriver også hun sterk frykt for å ”ikke strekke til”. Det at hun ikke strekker til forklarer hun med å ”ha tatt på seg for mye”. Denne naturlige årsak-virknings sekvensen virker imidlertid ikke å føre til adaptive konsekvenser for Lise. Tvert imot fører dette til et

automatisk forsøk på å redusere utilstrekkelighetsfølelsen ved å ta på seg enda mer: ”*øve mer*”, ”*lese mer*”, ”*stå opp enda tidligere*”. Hun sier selv at hun stiller veldig høye krav til seg selv på alle områder, men det kan virke som hun bare har et reflektert forhold til sluttproduktet av denne sekvensen: ”*Jeg er veldig selvkritisk, forhåpentligvis ikke selvutslettende*”. Affektive koblinger som førte til vellykket tilpasning på et tidlig stadie, kan altså tenkes å være kilde til ubevisste og generalisert organiserende prinsipp, som fører til umoden og overdrevet skyldproblematikk, på et senere stadie. Basert på foreliggende datamateriale er det ikke mulig å si noe om årsakssammenhenger for dette utvalget. Men en umoden lojalitet og overdrevet tilpasning synes som et felles sårbarhetstrekk ved affektdynamikk hos samtlige pasienter. De reagerer i stor grad automatisk utfra hensyn til konsekvenser det får for relasjon til andre. Både i beskrivelser av scener, og beskrivelser av kvaliteter ved egen affektintegrering, får andre personer ofte figur og de mister seg selv som fokus. En slik egodynamikk sammenfaller godt med Winnicott`s (1960) beskrivelse av ”Falskt Selv”, og McDougalls (1989; 2003) videreføring av dette begrepet. Som ”Lise”, beskriver flere av pasientene tydelig hvordan de stadig aktiveres inn i de samme maladaptive affektsekvensene i forsøk på å opprettholde en forventning til seg selv, og unngå skyldfølelse (Appendix 3). Den dårlige toleransen for affekter som aktiveres i dette fører videre til automatiske ureflekterte håndteringsforsøk som forsterker den utløsende årsak til, eller frykt for, skyldfølelse. Hos Tomkins, og i Affektbevissthetsmodellens beskrives slike repiterende selvorganiserende script, som forsøk på å snu en ”dårlig scene” til en ”god”, eller et forsøk på å konsekvent unngå den ”dårlige” scenen. Den ”gode scenen ” kan forstås som en representasjon av optimal intersubjektivitet i tilknytningsrelasjon, og den vonde scenen en svekkelse, tilbaketrekning, eller ødeleggelse av denne (Monsen 2005; Tomkins 1995a). Repetisjonstrangen, eller rigiditeten, som McDougall benevner det, kan forstås som at individet ikke er istand til å integrere den affektive konflikten og ubehaget som oppstår i å måtte oppgi den ”gode scenen”. Han/hun styres dermed av behovet for å snu den ”vonde scenen”, eller opprettholde den ”gode scenen”. Tomkins og Affektbevissthetsmodellens anvendelse av scriptformasjonsbegreper er på dette punkt sammenfallende både med Winnicotts beskrivelse av ”falskt selv”, og McDougalls vektlegging av rigide selvbilder. Ved at pasientene i dette utvalget både er hyperberedt på frykt, og synes å være ureflektert drevet av skyldfølelse i sine relasjoner til andre, kan kanskje en felles bakenforliggende separasjonsangst problematikk foreslås for dette utvalget. En mulig hypotese er at deres frykt for ikke å strekke til har blitt et så gjennomgripende dynamisk organiseringsprinsipp fordi ”strekke til”

er eneste måte å opprettholde selvet på, da forstått som ”det falske selvet”. Et kognisjonsstyrt selv, vil ikke ha kapasitet til å integrere affekter som utfordrer ”tilstrekkelighetsbildet”.

Affektive signal som truer selvbildet kan være assosiert med selvtap på et basalt og prerefleksivt nivå. Dette kan antas å øke sensitivitet nettopp for signal som indikerer at de *ikke* strekker til, uten at individet selv er seg bevisst dette. Nettopp fryktens ”bedre føre var enn etter snar” funksjon, synes å være et prinsipp som gjør pasientene i dette utvalget hypersensitiv for skyldfølelse assosiert til eget selvbilde.

#### 4.2.5 Når ”det falske selvet” gjør vondt

Utvalget som studeres er selektert på bakgrunn av diagnostisk kriterier for somatoform smertelidelse. Her beskrives vedvarende, alvorlig, og plagsom smerte, som antas å inntreffe i forbindelse med følelsesmessige konflikter, eller psykososiale problemer, og hvor dette er så omfattende at det oppfattes som hovedårsak. Smertene må videre ikke inntreffe under forløpet av depressive lidelser eller schizofreni (F45. 4, ICD-10, 1999). De diagnostiske beskrivelsene forsøker altså ikke å utdype, eller differensiere antatte bakenforliggende følelsesmessige konflikter ved dette utvalget sammenlignet med andre psykiske lidelser. Og som beskrevet innledningsvis er det stor uklarhet på feltet nettopp i forhold til hvordan etiologiske overlapp mellom denne og andre diagnosegrupper skal forstås og behandles, både i forskning og klinikk (Sifneos 1996; Acklin & Alexander 1988; Taylor 2003; Kirmayer 1994; 2003; Bass 1995; Malt 2003). Denne studiens formål var å lære mer om hva som kjennetegner disse pasientenes subjektive, følelsesmessige opplevelseskvaliteter, utover det som allerede beskrives per diagnostiske kriterier. Valget av affektintegrering som analytisk fokus, begrunnes både i overnevnte diagnostiske antydninger, og foreliggende kunnskapssituasjon, som fremhever dette aspektet ved lidelsen. Også i denne studien ble det funnet en tydelig sammenheng mellom pasientenes beskrivelser av affektive konflikter og beskrivelser av somatiske smertemarkører. ”*Spinning, spenner meg, strammer meg, vondt, Smerte, knyter meg, stiv, hodepine, og migren*”, er eksempel på hvordan affekt kjennes, virker, håndteres, uttrykkes, eller undertrykkes hos pasientene i dette utvalget. Slike markører var også en del av den dynamiske sekvensen i samtlige kjernescript. På bakgrunn av kjernescriptenes repetetative og presserende kvalitet, virker det derfor å være grunnlag for å argumentere for at pasientenes smerter ikke representerer tilfeldige affektreguleringsstrategier, men skyldes konsekvente og typiske måter de håndterer aktivering av spesifikke affektive konflikter. Skyldfølelse er identifisert med flest somatiske smertebeskrivelser. Beskrivelsene er

imidlertid relatert til generaliserte psykologiske tema: følelse av å ikke strekke til, ikke innfri andres/egne forventninger, eller forsøk på å unngå, eller reparere en slik tilstand. Og det er grunn til å anta at smertene ikke er en egenskap ved aktivering av skyldfølelse per se, men at det skyldes de generaliserte affektive konfliktene som er assosiert med aktivering av skyldfølelse for dette utvalget. Dette støttes ytterligere av at skyldfølelse i noen situasjoner også er adaptivt integrert, uten beskrivelse av somatiske belastninger eller smerter. Ved adaptiv affektintegrering antas nevrobiologiske modningsprosesser å interagere med intersubjektive mekanismer på en slik måte at affektaktivering går fra å være somatiske udifferensierte tilstander, til å integreres i komplekse ideoaffektive egostrukturer som differensierte signalgivende og adaptivt motiverende responser til individets interpersonlige kontekst (Barrett, et al., 2007; Gaddini, 1974; C. E. Izard, 2007; Carroll E Izard, 2007; Krystal, 1974; R. D. Lane & Schwartz, 1987; J T Mosen, 2005; J. T. Mosen & Mosen, 1999; Solbakken, et al., 2010; Silvan S. Tomkins, 1981; Tomkins, 1992). Adaptiv affektintegrering antas å være kjennetegnet ved å integrere basalfysiologisk aktiveringstilstand og tilhørende symbolske representasjoner, som dermed lar seg uttrykke og kommunisere gjennom emosjonelt uttrykk og verbalt språk(Ibid). Dette gir individet opplevelse av økt handlingskraft, økt forutsigbarhet, og større sammenheng mellom den indre og ytre opplevelsesverden. Slik kan egne tilstander blir meningsfulle både for en selv og andre(Mosen 1990, s. 31). Når dette utvalget beskriver kroppslige smerter som typisk konsekvens av egenskaper ved affektintegrering, kan dette skyldes maladaptive mekanismer på flere utviklings – og integreringsnivå. Det er imidlertid en rekke faktorer ved foreliggende funn som tyder på at utvalget kjennetegnes ved å ha oppnådd i det minste et moderat nivå både av affektdifferensiering – og integrering: Det er få beskrivelser av umiddelbare brudd i selvopplevelse, eller umiddelbare brudd med oppmerksomhet for affekt, samt få beskrivelser av umiddelbar overveldelse ved affektaktivering. Samtlige pasienter i utvalget kjennetegnes ved en utbredt kofliktorganisering, hvor affekter også er mer, eller mindre differensiert på oppmerksomhetsnivå. Som nevnt tidligere antas derfor smertebeskrivelsene å være knyttet til konfliktfull toleranse for - og håndtering av affekt på et høyere integreringsnivå enn hypoteser om generelt manglende desomatisert affektaktivering (Taylor 2003; Sifneos 1974; Nemiah; 2000; Jones 1995). Dette kan knyttes til gjennomgått empiri vedrørende skyldfølelsens fenomenologi. Dersom skyldfølelse oppstår først der ømhet og omsorg kan trekkes tilbake, kan det argumenteres for at utvikling av overgeneralisert skyldfølelse forutsetter at det er oppnådd en viss grad av trygg tilknytning i pasientenes tidlige tilknytningshistorie. Koblingen

mellom skyld og frykt kan videre antas å være assosiert med gjentatte signal om potensielt tap av både omsorg og beskyttelse i tilknytningsrelasjon (Izard 1991). Teorier som antar prosjiseringsmekanismer, hvor affektaktivering er fullstendig utilgjengelig for individets refleksive fungering, kan kanskje være mer representativ for pasienter med en alvorligere tilknytningshistorikk. Pasientene i dette utvalget virker å ha en bedre integreringsprofil en skissert i disse teoriene. Samtlige evner å uttrykke en sammenhengende verbal beskrivelse av egne affektintegreringskvaliteter. Disse beskrivelsene er imidlertid preget av konsekvent og sterk kontroll av aktiverte affektive signal. På bakgrunn av gjennomgåtte beskrivelser av mulige sammenhenger mellom separasjonsangst og diskrepans i selvbylde, synes derfor en integreringspatologi i tråd med utvikling av et "falskt Selv"(Winnicott, 1960a/b; McDougall, 1984a; 1989), å være en mer representativ hypotese for dette utvalget.

### **4.3 Begrensninger ved studien**

Det er store begrensninger i denne studiens representativitet og generaliserbarhet med hensyn til populasjonen utvalget er trukket fra. Dette skyldes både utvalgets begrensede antall pasienter, og det faktum at utvalget er selektert med kriteriet: fravær av komorbide lidelser, mens nettopp høy komorbiditet kjennetegner tilstandsbildet for pasienter med somatoform smertelidelse(Kirmayer 2003; Malt 2003; Taylor 2009). Disse begrensningene er imidlertid bevisste valg gjort med hensyn til studiens formål. Ønsket var ikke å generere bredt generaliserbare funn, men foreta en inngående eksplorering av affektintegrering, som kunne belyse sammenhenger mellom psykosomatiske smerter og differensierte affektive prosesser. Som nevnt tidligere blir også "rene" diagnosegrupper anbefalt i studier av somatiske lidelser (Sifneos 1996; Acklin & Alexnader 1988). En svakhet knyttet til validering av foreliggende funn, er mangel på komparative psykometriske mål. Foruten aktuelle diagnostiske kriterier, og pasientenes egne smertebeskrivelser, er det lite grunnlag for å vurderer validiteten til de affektspesifikke begrepene som er anvendt i analysene. Ved å studere utvalget med utgangspunkt i allerede operasjonaliserte teoretisk antagelser, som gitt ved ABM, risikeres viktig informasjon om utvalgets affektdynamikk å forbli uoppdaget. Inkludering av ulike psykometriske mål, ville redusert risikoen for dette, og samtidig økt potensialet for å gjøre valide analytiske vurderinger og tolkninger. Ulike svakheter assosiert med aktuell metode, og anvendelse av denne, strekker seg fra personlige begrensninger i transkripsjon, skåringer, notasjoner, og grundighet i analyser, til kontekstuelle rammebegrensninger som at ABI

allerede var gjennomført og dermed ikke kunne utdypes. Det allerede innsamlede materialet innebar en rekke begrensninger med hensyn til potensialet for analyse. Blant annet anses det som en graderende svakhet at avsky og forakt ikke er inkludert. Disse affektene er antatt å være kilde til viktig klinisk informasjon. Tomkins (1995a) beskriver for eksempel hvordan avsky særlig synes å være relatert til alvorligere affektkonflikter og avspaltet affekt. Validiteten i beskrivelser av utvalgets integreringsnivå er derfor svekket både med hensyn til total affektintegrering, og identifiserte kjernescript. Det er også mangelfull utspørring om pasientenes forståelse av affketenes signalfunksjon. I ABM er dette et sentralt aspekt ved symbolsk integrering av affekt (Monsen 1999; 2005, Solbakken 2010). Dårlig utforskning av dette aspektet reduserer innsikt både i høyere nivå av symbolsk representasjon, samt hvordan eventuelle variasjoner i dette samvarierer med kvaliteter på mer umodne integreringsnivå. På bakgrunn av gjennomgått teori knyttet til antatte mekanismer i utvikling av psykosomatiske lidelser, synes også nettopp dette aspektet å være sentralt. Og begrenset informasjon om pasientenes symbolske representasjoner reduserer dermed sammenligningspotensialet i forhold til gjennomgåtte dynamiske teorier.

## **4.4 Mulige implikasjoner**

### **4.4.1 Videre forskning og kliniske utfordringer**

Til tross for overnevnte begrensninger ved studien, har resultat fra gjennomførte analyser gitt utdypende innsikt i *mulige* mekanismer bak utviklingen av psykosomatiske symptom for dette utvalget. Og det antas videre at analyser av integreringskvaliteter for differensierte affekter er en fruktbar tilnærming også for en større studie. Trolig vil en tilsvarende studie av affektintegrering og scriptidentifikasjon, også mellom overlappende differensialdiagnostiske grupper, kunne bidra til nyttige avklaringer på feltet. Det er beskrevet store utfordringer knyttet til den psykosomatiske pasientgruppen, både diagnostisk – teoretisk og terapeutisk. Basert på denne studiens hovedfunn synes pasientenes affektorganisering, og de presserende dynamiske prinsipp som ligger til grunn for dette, å være viktig fokus i forskning så vel som behandling. Et viktig funn i så måte er at det ikke virker tilstrekkelig å operere med endimensjonelle begrep for affektprosesser, f.eks. dårlig-god affektintegrering/symboliserings evne, men at ulike affekter kan være mer, eller mindre integrert, og dermed mer, eller mindre tilgjengelig for symbolsk representasjon. På bakgrunn av gjennomførte analyser kan det

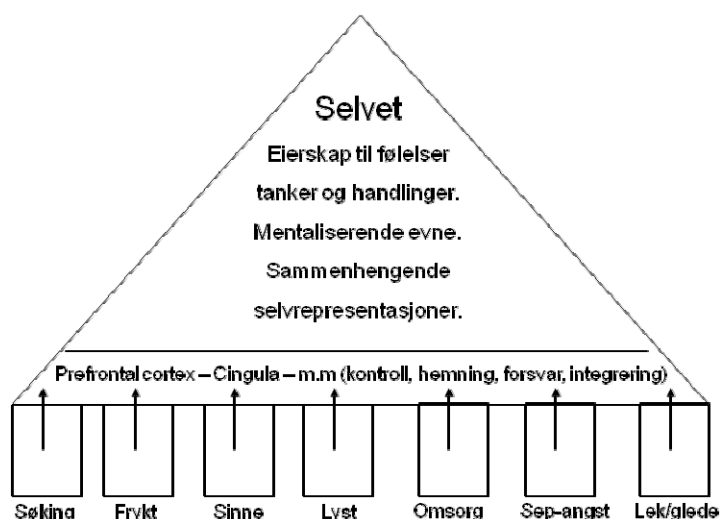
argumenteres for at både implisitte og eksplisitte aktiveringskvaliteter ved affektintegrering (Frosch, 1995; Lane, 2008; Lane & Schwartz, 1987) er best tilgjengelig via studie av *differensiert* affektintegrering. Affektbevissthetsmodellen muliggjør dette, og evner å integrere det dynamiske fokuset på symbolets - og symptomets innhold, med nyere kunnskap om basalfysiologiske affektprosesser. Den ideografiske scripttilnærmingen ivaretar også individets unike livshistorie, og unngår å løsrive symptomet fra sin intersubjektive og meningsfulle sammenheng. Pasientens subjektive opplevelse står i fokus. ABM synes slik å være et relevant bidrag også til terapeutiske utfordringer som beskrives i møte med denne pasientgruppen. På bakgrunn av gjennomgått drøfting, er det mulig å foreslå at en fryktgenerert splitting mellom genuine affektive signal og et kompensert kognisjonsstyrt ego, kan være noe av årsaken til disse utfordringene. Som referert tidligere preges denne pasientgruppen av høy drop-out og vedvarende lidelsestrykk. Dersom pasienten har utviklet et konsekvent og automatisert kognitivt forsvar mot uintegrerte affekter basert på prisnippet; separasjons-angst, kan det tenkes at dette forsvaret initialt vil aktiveres og forsterkes ytterligere imøte med en empatisk inntonet terapeut. Etablering av en god terapeutisk allianse må dermed vektlegges som hovedfokus i behandlingen, og trolig kunne ta lengre tid enn forventet ut fra pasientens høye kognitive funksjonsnivå. Etablering av allianse, og videre behandling synes videre å være avhengig av terapeutens evne til vedvarende empatisk inntonet intersubjektivitet (Beebe & Lachmann, 1988;2002; 2003; Hansen, 2000; Hersoug, et al., 2009; Stern, 2004). Ikke bare må den som skal hjelpe ”finne pasienten der han/hun er” (Kierkegaard 1859), men pasienten trenger selv stabil affektiv speiling over tid, for å finne seg selv der han/hun er. Her er det imidlertid fristende å kommentere på bjelken i eget øye, før man skal ta flisen ut av andres. Dersom teoretiske begrep, behandlingsmodeller, eller terapeuten selv, ikke vier oppmerksomhet til, eller evner å differensiere affektive signal, kan det trolig hemme den terapeutiske utviklingen. Som beskrevet innledningsvis er det en rekke forskere på feltet som mener det aktuelle diagnosesystemet forsterker både pasientens og behandlerens insensitivitet for den affektive dynamikken (Adler, 2007; Aronoff, 2003; Dworkin, 1992; Kirmayer, et al., 2003; Kirmayer, et al., 1994; Pennebaker & Watson, 1991). Resultater fra denne studien, og foreslåtte måter å forstå disse på, synes å kunne støtte referert litteratur som problematiserer en egen diagnosekategori for psykosomatiske lidelser. På bakgrunn av foreslåtte mekanismer som svikt i optimal affektresponsivitet, separasjons-angst, vedvarende skyld-frykt problematikk, kompensert kognitiv og rigid egoutvikling, kan det argumenteres for at somatoform smertelidelse heller bør klassifiseres innenfor



personlighetspatologien. Som for personlighetsforstyrrelsene er det grunn til å anta tidlig tilknytningsproblematikk med påfølgende konsekvenser for grunnleggende egoutvikling. Ved at pasientenes patologi ligger i behovet for ”å strekke til”, synes det imidlertid ikke å bli oppfattet som personlighetspatologi før smertesyntomene fremtrer. Til tross for det prososiale aspektet ved lidelsen, er pasientenes eget lidelsestrykk gjerne høyt og vedvarende (Se Appendix 1), og kan føre til langvarig funksjonsnedsettelse blant annet i form av sykemelding (Aronoff, 2003; Bruusgaard & Eriksen, 1997; Kirmayer, et al., 2003; SSB, 2002). Nylige statistiske rapporter viser dessverre at smertelidelser også oppstår i stadig yngre aldersgrupper (SSB, 2002). Ved å forstå lidelsene i lys av personlighetspsykologien, kunne en kanskje i større grad imøtekomme fagfeltets anbefaling om at disse pasientene trenger langvarig trygging i en stabilt empatisk responderende relasjon for at maladaptive strukturer kan bevisstgjøres og reorganiseres (McDougall 1984, 1989; Basch, 1983; Elliot, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Frosch, 1995; Monsen & Monsen, 1999; Stolorow 1992; Stolorow, et al., 1987; Sullivan, et al., 1953; Wachtel, 2008).

## 5 Avslutning

I forlengelsen av gjennomgatte teoretiske og kliniske implikasjoner, synes spørsmål knyttet til skyldfølelsens fenomenologi, og dens plassering i personlighetspsykologien, å være sentralt. Er skyldfølelse en scriptkonstruert konsekvens av, eller unik affektiv bestanddel av separasjonsangst? Fremtredende forskere og klinikere innenfor personlighetsfeltet argumenterer nettopp for å inkludere affektdynamiske kvaliteter og konsekvenser av separasjonsangst i en revidering av diagnosesystemet. Foreliggende teorinøytrale system kritiseres for å svekke, heller enn fremme presis og fruktbar diagnostisering (Bass & Murphy, 1995; Kirmayer, et al., 2003; 2004; McWilliams, 1994, 1999, 2004; Taylor, 2003; Wakefield, 1999). Basert på nye fremskritt i personlighetsforskningen, blant annet grunnet integrering av tilknytningsteori og nyere nevrobiologi (Panksepp 1998; 2007; Fonagy, 2004; Fonagy & Target, 1997), foreslår Sigmund Karterud (S. Karterud, personlig kommunikasjon, 02. februar, 2010) en revidering av dagens diagnosesystem mot en flerdimensjonal normalpsykologisk personlighetsmodell (Figur 5). Også Karterud inkluderer separasjonsangst som et grunnleggende affektdifferensiert selvorganiseringsprinsipp .



**Figur 5:** Foreslått personlighetsmodell som integrerer konstitusjonelle og affektspesifikke egenskaper med overordnet selvorganisering (S.Karterud, personlig kommunikasjon, 02. februar, 2010).

Modellen fremhever differensiert affekt som grunnleggende konstitusjonelt og intersubjektivt utgangspunkt for individets videre utvikling. Karterud benevner andre basale affekter enn i denne studien, men illustrerer hvordan ulike kvaliteter ved differensiert affektintegrering vil

interagere både med konstitusjonelle nevrofysiologiske betingelser og omgivelsene, og hvordan dette videre vil påvirke grunnlaget for en refleksiv og sammenhengende selvopplevelse. Resultat fra analyser av affektintegrering for utvalget i denne studien, indikerer grunnleggende personlighetsdynamikk som sentral i utvikling og opprettholdelse av psykosomatiske lidelser. Og på bakgrunn av gjennomgått teori og empiri, samt drøfting av dette, synes det belegg for å argumentere for at psykosomatiske lidelser kunne blitt bedre forstått og behandlet innenfor en personlighetspsykologisk tilnærming. Ytterligere studier av affektintegrering, med utgangspunkt i differensiert affektteori, synes å være en fruktbar vei for nærmere avklaringer knyttet til dette. En ønskelig oppfølgingsstudie med hensyn til ubesvarte spørsmål fra denne studiens analyser, ville være å studere forholdet mellom separasjonsangst, skyldfølelse og frykt i et større utvalg. Er patologisk skyldsensitivitet gjennomgående assosiert med separasjonsangst? Og er det i så fall forskjeller i psykologiske tema og tidlig intersubjektive erfaringer assosiert med ulike affektive nyanser av separasjonsangst? Videre ville en tilsvarende studie av total affektintegrering på tvers av ulike overlappende diagnosegrupper trolig kunne bidra til større klarhet i etiologiske likheter og ulikheter knyttet til personlighetsdynamikk assosiert med psykosomatiske lidelser.

# Referanser

- Acklin, M. W., & Alexander, G. (1988). Alexithymia and somatization: A Rorschach study of four psychosomatic groups. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(6), 343-350.
- Adler, H. M. (2007). Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship: An emerging dialogue. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 280-285.
- Alexander, F. (1943). Fundamental concepts of psychosomatic research: Psychogenesis, conversion, Specificity. *Psychosomatic Medicine*, 5(3), 205-210.
- Alexander, F. (1962). Development of psychosomatic-medicine. *Psychosomatic Medicine*, 24(1), 13-16
- APA. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: *DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Apfel, R. J., & Sifneos, P. E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32(14), 180-191.
- Aronoff, G. M. (2003). Approach to the patient with chronic pain. I: M.A. Samuels, & S. K. Feske (Eds.), *Office Practice of Neurology (2. Ed.)* (1390-1395). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Astrup, N. (2009). *Vil ta makt fra fastlegene*. Lastet ned: 08.08.09, 2009, fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3207393.ece>
- Ausubel, D. P. (1955). Relationships between shame and guilt in the socializing process. *Psychological Review*, 62, 378-390.
- Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373-403.
- Basch, M. F. (1983). Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 101-126.
- Basch, M. F. (1984). Introduction: The origins of motivation. *Emotions & Behavior Monographs*, 1(2), 39-52.
- Bass, C., & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: Syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(4), 403-427.

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187-211.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions*. London: Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2003). The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39(3), 379-409.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object representations. *Psychoanalytic Psychology*, 5(4), 305-337
- Bion, W. R. (1962). Learning from experience. *Psychoanalytic electronic publishing*. Lastet ned 14.01.2010, fra: <http://www.pep-web.org/document.php?id=zbk.003.0001a>
- Bion, W. R. (1962). The Psycho-Analytic Study of Thinking .2. A Theory of Thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43(4-5), 306-310.
- Bion, W. R. (1984). *Transformations*. London: Karnac.
- Block, J. H., & Gjerde, P. F. (1991). Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year-old. A prospective studt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(5), 726-738.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy: Where are we and where do we go from here? In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (419-449). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *Counseling Psychologist*, 11(1), 35-42.
- Bouchard, M. A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L. M., Schachter, A., Stein, H., (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: thematic analysis and code development*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Branco, A. U., & Valsiner, J. (1997). Changing methodologies: A co-constructivist study of goal orientations in social interactions. *Psychology and Developing Societies*, 9(1), 35-64

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.
- Bruusgaard, D., & Eriksen, W. B. (1997). Plagsomt for pasienten, vanskelig for hjelpeapparatet og dyrt for samfunnet : Evaluering av sosial- og helsedepartementets program Trygd og rehabilitering *Rapport: Universitetet i Oslo, Seksjon for trygdemedisin. Bind 5*, Oslo: Universitetet i Oslo.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry, 17*(2), 151-172.
- Bunkan, B. H. (1996a). Kort psykosomatisk teori. I: B. H. Bunkan (Ed.), *Kropp, respirasjon og kroppsbygge: Ressursorientert kroppsundersøkelse og behandling* (20-32). Oslo: Gyldendal.
- Bunkan, B. H. (1996b). Smerter. In B. H. Bunkan (Ed.), *Kropp, respirasjon og kroppsbygge: Ressursorientert kroppsundersøkelse og behandling* (107-139). Oslo: Gyldendal.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*(9), 1127-1135
- Coggins, J., & Fox, J. R. (2009). A qualitative exploration of emotional inhibition: A basic emotions and developmental perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*(1), 55-76
- Crawford, V. M., & Valsiner, J. (2002). Phenomenon, methodology and interpretation in the study of meaning: American women constructing themselves as mothers and career workers. *Psychology and Developing Societies, 14*(1), 91-130
- Damasio, A. R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews, 26*(2-3), 83-86
- Darwin, C., & Ekman, P. (1998). *The expression of the emotions in man and animals*. Oxford: Oxford University Press.
- Demos, E. V. (1988). Affect and the development of the self: A new frontier. In A. Goldberg (Ed.), *Frontiers in self psychology* (27-53). Hillsdale, NJ, England: Analytic Press, Inc.
- Demos, E. V. (1995). *Exploring affect: The selected writings of Silvan S. Tomkins*. New York: Cambridge University Press

- Demos, V., & Kaplan, S. (1986). Motivation and affect reconsidered: Affect biographies of two infants. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 9(2), 147-221.
- Dworkin, S. F. (1992). Perspectives on psychogenic versus biogenic factors in orofacial and other pain states. *APS Journal*, 1(3), 172-180.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1971). *Love and hate: on the natural history of basic behaviour patterns*. London: Methuen.
- Ekman, P., Levenson, R. W., & Friesen, W. V. (1983). Autonomic nervous-system activity distinguishes among . *Science*, 221(4616), 1208-1210.
- Ekman, P., & Oster, H. (1979). Facial Expressions of Emotion. *Annual Review of Psychology*, 30(1), 527-554
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). Client micro processes: What process-experimental therapists listen for. I: R. Elliot, J. C. Watson, R. N. Goldman & L. S. Greenberg (Eds.), *Learning emotion-focused therapy: The process-experimental approach to change* (53-71). Washington: American Psychological Association.
- Emde, R. N. (1988). Development terminable and interminable: I. Innate and motivational factors from infancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 69(1), 23-42.
- Engel, G. L. (1967). The concept of psychosomatic disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(1), 3-9.
- Faleide, A. O. (1990). Teoriar og modellar. I: A. O. Faleide (Ed.), *Psykosomatikk hos barn og ungdom: modellar, teoriar, tilfelle* (10-61). Oslo: Spartacus.
- First, M. B., Frances, A., & Pincus, H. J. (2002). *DSM-IV-TR handbook of differential diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Flavell, J. H. (1963). Basic properties of cognitive functioning. I: H.J.Flavell (Ed), *The developmental psychology of Jean Piaget*. (41-84). Princeton: Van Nostrand.
- Fonagy, P. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality .1. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, (77), 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700

- Fonagy, P., & Target, M. (2007). Playing with reality: A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 917-937.
- Fontaine, J. R. J., Scherer, K. R., Roesch, E. B., & Ellsworth, P. C. (2007). The world of emotions is not two-dimensional. *Psychological Science*, 18(12), 1050-1057.
- Fox, J. R. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 276-302.
- Frosch, A. (1995). The preconceptual organization of emotion. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43(2), 423-447.
- Gaddini, R. (1974). Early psychosomatic symptom and tendency towards integration. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 23(1-6), 26-33.
- Gamsa, A. (1994). The role of psychological factors in chronic pain. A half century of study. *Pain*, 57(1), 5-15.
- Gergerly, G. (2004). The role of contingency detection in early affect-regulative interactions and in the development of different types of infant attachment. *Social Behaviour*, 13(468-78).
- Gjerde, P. F., Block, J., & Block, J. H. (1988). Depressive symptoms and personality during late adolescence. Gender differences in the externalization-internalization of symptom expression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4), 475-486.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155-181.
- Hansen, B. R. (2000). Psykoterapi som utviklingsprosess. Sentrale bidrag fra to utviklingspsykologiske kunnskapsfelt. I: A. Holte, M. H. Rønnestad & G. H. Nielsen (Eds.), *Psykoterapi og psykoterapeiveiledning: teori, empiri og praksis* (91-111). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hastings, P. D., Zahn-Waxler, C., Robinson, J., Usher, B., & Bridges, D. (2000). The development of concern for others in children with behavior problems. *Developmental Psychology*, 36(5), 531-546.
- Haugsgjerd, S. (1990a). Kroppens språk. In S. Haugsgjerd (Ed.), *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. (263-289). Oslo: Pax.
- Haugsgjerd, S. (1990b). Nevrotiske symptomer. In S. Haugsgjerd (Ed.), *Lidelsens karakter i ny psykiatri* (51-70). Oslo: Pax.



- Heiberg, A. (1977). Alexithymia: Inherited trait, study of twins. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 221-225.
- Heiberg, A. N., & Heiberg, A. (1978). Possible genetic contribution to the alexithymia trait.. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 30(3-4), 205-210.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Havik, O., von der Lippe, A., & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(2)
- Holinger, P. C. (2009). Winnicott, Tomkins, and the psychology of affect. *Clinical Social Work Journal*, 37(2), 155-162
- Horowitz, L. M., Turan, B., Wilson, K. R., & Zolotsev, P. (2008). Interpersonal theory and the measurement of interpersonal constructs. I: G. J. Boyle, G. Matthews & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2: Personality measurement and testing*, (420-439). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Haavind, H. (2000). *Kjønn og fortolkende metode: metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- ICD-10. (1999). *ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlag.
- Izard, C. (2009). Emotion theory and research: Highlights, Unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review of Psychology*, 60, 1-25.
- Izard, C., Stark, K., Trentacosta, C., & Schultz, D. (2008). Beyond Emotion Regulation: Emotion Utilization and Adaptive Functioning. *Child Development Perspectives*, 2(3), 156-163.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 100(1), 68-90
- Izard, C. E. (2007a). Basic Emotions, Natural Kinds, Emotion Schemas, and a New Paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 260-280

- Izard, C. E. (2007b). Levels of emotion and levels of consciousness. *Behavioral and Brain Sciences*, 30(1), 96
- Jonas, B. S., & Lando, J. F. (2000). Negative Affect as a Prospective Risk Factor for Hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62(2), 188-196.
- Jones, J. M. (1995). *Affects as process: An inquiry into the centrality of affect in psychological life*. Hillsdale, NJ: Analytical Press.
- Jones, J. M. (1995). *Affects as process: an inquiry into the centrality of affect in psychological life*. Hillsdale, N: Analytic Press.
- Karterud, S., Monsen, J. T., Skårderud, F., & Kohut, H. (1997). *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal.
- Katz, P., & Zigler, E. (1967). Self-image disparity: A developmental approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(2), 186-195
- Keinanen, M. (2000). Internalization and symbolization in the process of psychoanalytic psychotherapy: A case study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(5), 347-354.
- Kellner, R. (1994). Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(1-2), 4-24.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kierkegaard, S. (1849). Sygdommen til Døden. *Samlede Værker*, Lastet ned 02. 02. 2010, fra:[http://www.library.nlx.com/xtf/view?docId=kierkegaard\\_da/kierkegaard\\_da.00.xml;chunk.id=div.kierk.pmpreface.1;toc.depth=1;toc.id=div.kierk.pmpreface.1;brand=default&fragment\\_id=](http://www.library.nlx.com/xtf/view?docId=kierkegaard_da/kierkegaard_da.00.xml;chunk.id=div.kierk.pmpreface.1;toc.depth=1;toc.id=div.kierk.pmpreface.1;brand=default&fragment_id=)
- Kierkegaard, S. (1859). *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed: en ligefrem Meddelelse : Rapport til Historien*. København: Reitzel.
- Kierkegaard, S. (1981). *Begrebet Angest* (2. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Kirmayer, L. J., Looper, K. J., & Taillefer, S. (2003). Somatoform disorders. In M. Hersen & S. M. Turner (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (4. ed), (420-475). Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Kapusta, M. A. (1988). Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 145(8), 950-954.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 125-136.

- Kirmayer, L. J., Young, A., & Robbins, J. M. (1994). Symptom Attribution in Cultural-Perspective. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 39(10), 584-595.
- Klein, M. (1930). The Importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego. *International Journal of Psychoanalysis*, 11, 24-39.
- Klein, M. (1958). On the development of mental functioning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39(2-4), 84-90.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Koòs, O., & Gergerly, G. (2001). A contingency-based approach to the etiology of disorganized attachment: The flickering switch hypothesis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(397-410).
- Kopp, W., Kassing, S., Helle, M., Auckenthaler, A., & Studt, H. H. (2002). Importance of the therapeutic alliance experience for the differential psychotherapeutic indication. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52(3-4), 173-178.
- Krystal, H. (1974). The genetic development of affects and affect regression. *The Annual of Psychoanalysis*, 2, 98-126.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Lane, R. D. (2008). Neural substrates of implicit and explicit emotional processes: A unifying framework for psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 70(2), 214-231.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion Circuits in the Brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23(1), 155-184
- Lerner, R. M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3 ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Levenson, R. W., Ekman, P., & Friesen, W. V. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous-system activity. *Psychophysiology*, 27(4), 363-384.

- Levy, D. M. (1960). The infant's earliest memory of inoculation: A contribution to public health procedures. *Journal of Genetic Psychology* 96, 3-46.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (1992). *Self and motivational systems: toward a theory of psychoanalytic technique*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lundeberg, T., & Ekholm, J. (2002). Pain: From periphery to brain. *Disability and Rehabilitation*, 24(8), 402-406
- Magni, G., Caldieron, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey, H. (1990). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey data. *Pain*, 43(3), 299-307.
- Magni, G., Marchetti, M., Moreschi, C., Merskey, H., & et al. (1993). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination: I. Epidemiologic follow-up study. *Pain*, 53(2), 163-168.
- Maher, B. A. (1966). *Principles of psychopathology : an experimental approach*. New York: McGraw-Hill.
- Maher, B. A. (1966). *Principles of psychopathology: an experimental approach*. New York: McGraw-Hill.
- Malt, U. F. (2002). Kropp eller sjel - et likeverdige samspill?: Forståelsen av psykosomatiske lidelser gjennom historien (s.127-140). Oslo: Transit.
- Malt, U. F. (2003). Psykosomatiske lidelser. I: U. F. Malt, N. Retterstøl & A. A. Dahl (Ed.), *Lærebok i psykiatri* (2 ed), (403-449). Oslo: Gyldendal
- Mandler, G. (1990). William James, and the construction of emotion. *Psychological Science*, 1(3), 179-180
- McCullough, L. (2003). *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia. A psychoanalytical viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38(1-4), 81-90.
- McDougall, J. (1984a). The dis-affected patient. Reflections on affect pathology. *Psychoanalytic Quarterly*, 53(3), 386-409.
- McDougall, J. (1984b). On Psychosomatic Vulnerability. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14(2), 123-132.
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body: a psychoanalytic approach to psychosomatic illness* (1. ed.). New York: Norton.

- McDougall, J. (1990). *Kroppens teatre: en psykoanalytisk undersøgelse af psykosomatiske sygdomme*. København: Hans Reitzel.
- McDougall, J. (2003). *Donald Winnicott the man: reflections and recollections*. London: Karnac books.
- McDougall, J., Coen, S. J., Burgin, D., Hanly, C., & Montagna, P. (2000). Affect, somatisation and symbolisation. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 159-161.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Mead, M. (1950). Some anthropological considerations concerning guilt. I: M. L. Reymert (Ed.), *Feelings and emotions* (362-373). New York: McGraw-Hill.
- Merskey, H. (2007). The Taxonomy of Pain. *Medical Clinics of North America*, 91(1), 13-20.
- Merskey, H. (2008). Taxonomy and Classification of Chronic Pain Syndromes. In T. B. Honorio, M.D, P. R. James, L. W. Christopher, C. T. Dennis, Ph.D & E. A. Charles (Ed.), *Raj's Practical Management of Pain (4. Ed)* (13-18). Philadelphia: Mosby.
- Merskey, H., & Spear, F. G. (1967). The concept of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(1), 59-67.
- Miller, A. (1999). *Barneskjebner: tre foredrag om narsissisme og psykoanalyse*. Oslo: Gyldendal.
- Mirdal, G. M. (1990). *Psykosomatik: sårbarhed, stress og sygdom* (1. ed.). København: Munksgaard.
- Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P. E., & Nielsen, G. H. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(4), 237-244.
- Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. (1995). Personality Disorders: Changes and Stability after Intensive Psychotherapy Focusing on Affect Consciousness. *Psychotherapy Research*, 5(1), 33 - 48.
- Monsen, J. T. (2005). Selvpsykologi og nyere affektteori. I: S. Karterud & J. Monsen (Ed.), *Selv Psykologi, Utviklingen etter kohut* (5 ed), (90-136). Oslo: Gyldendal.

- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgard, T., & Odegard, P. (1996). Affects and affect consciousness: Initial experiences with the assessment of affect integration. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(3), 238-249.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins's affect- and script theory within the framework of self psychology. *Pluralism in self psychology: Progress in self psychology*, 15, 287-306.
- Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & et al. (1995). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5(1), 33-48.
- Monsen, K., & Havik, O. E. (2001). Psychological functioning and bodily conditions in patients with pain disorder associated with psychological factors. *British Journal of Medical Psychology*, 74(2), 183-195.
- Monsen, K., & Monsen, J. T. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(3), 257-269
- Monsen, K., Monsen, J. T., Svartberg, M., & Havik, O. E. (2002). Chronic pain patients: Patterns of change in interpersonal problems, pain intensity, and depression-anxiety. *Psychotherapy Research*, 12(3), 339-354
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211-250.
- Moscovici, S. (1998). Social consciousness and its history. *Culture & Psychology*, 4(3), 411-429.
- Muller, J., Buhner, M., Ziegler, M., & Sahin, L. (2008). Are alexithymia, ambivalence over emotional expression, and social insecurity overlapping constructs? *Journal of Psychosomatic Research*, 64(3)
- Nemiah, J. C. (1977a). Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 199-206.
- Nemiah, J. C. (2000). A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 299-303.
- Nerdrum, P., & Rønnestad, M. H. (2004). Changes in Therapists' Conceptualization and Practice of Therapy Following Empathy Training. *The Clinical Supervisor*, 22(2), 37 - 61.

- Nielsen, C. S., Stubhaug, A., Price, D. D., Vassend, O., Czajkowski, N., & Harris, J. R. (2008). Individual differences in pain sensitivity: Genetic and environmental contributions. *Pain, 136*(12), 21-29
- Noyes, R., Jr., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Stout, L. R., Muller, B. A., & Longley, S. L. (2001). Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, 42*(4), 320-329.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Ambèuhl, H. (2005). *How psychotherapists develop: a study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2007). Neurologizing the Psychology of Affects How Appraisal-Based Constructivism and Basic Emotion Theory Can Coexist. [Review]. *Perspectives on Psychological Science, 2*(3), 281-296.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and depression. Distinct or overlapping constructs. *Comprehensive Psychiatry, 32*(5), 387-394.
- Pennebaker, J. W., & Watson, D. (1991). The psychology of somatic symptoms. In L. J. Kirmayer & J. M. Robbins (Ed.), *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives* (21-35). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Poole, G. D., & Craig, K. D. (1992). Judgments of genuine, suppressed, and faked facial expressions of pain. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(5), 797-805.
- Postle, B. R. (2006). Working memory as an emergent property of the mind and brain. *Neuroscience, 139*(1), 23-38
- Regjeringen. (2010a). *Ekspertgrupperapport: Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings - og nærværsreform*. Regjeringen.no . Lastet ned 03.02.10, fra: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2010/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform.html?id=592648](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter_planer/rapporter/2010/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform.html?id=592648)
- Regjeringen. (2010b). *Pressemelding Nr. 015-10* , Lastet ned 03. 02. 2010, fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/pressemeldinger/2010/Ekspertgruppe-foreslar-flere-tiltak-for-a-redusere-sykefravaret.html?id=592668>
- Rief, W., Hessel, A., & Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine, 63*(4), 595-602.

- Rosenman, R., & Swan, G. (1988). Some relationships of contrasting emotions to cardiovascular disorders. *Stress Medicine*, 4(1), 27-32.
- Rosenman, R. H. (1993). Relationships of the type A behavior pattern with coronary heart disease. I: L. Goldberger & S. Breznitz (Ed.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2. Ed), (449-476), New York: Free Press
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. The core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10(3), 134-144.
- Sanders, K. (2006). Meltzer and the influence of Bion. *British Journal of Psychotherapy*, 22(3), 347-362.
- Saugen, E., Hallen, J., Høigård, Bjørklund, U., Vollestad, N. K., & Seierstad, O. M. (1994). Kan prosesser knyttet til muskeltretthet forklare utvikling av kronisk smerte? . *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 114, 1195-1198.
- Sedgwick, E. K., & Frank, A. (1995). Shame in the Cybernetic Fold: Reading Silvan Tomkins. *Critical Inquiry*, 21(2), 496-522.
- Selye, H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal: Acta
- Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 37-44.
- Sifneos, P. (2002). The management of the alexithymic individual: Comorbidity, politics and crime. *Psichiatriki*, 13(4), 265-275.
- Sifneos, P. E. (1974). Reconsideration of psychodynamic mechanisms in psychosomatic symptomformation, in view of recent clinical observations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24(2-3), 151-155.
- Sifneos, P. E. (1991). Affect, Emotional Conflict, and Deficit - an Overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(3), 116-122.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. *The American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl), 137-142.
- Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F. H. (1977). The phenomenon of "alexithymia": Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 47-57.
- Smith, A. J. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 1, 39-54.



- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2010). *Affect Integration and Reflective Function: Clarification of Central Conceptual Issues*. Upublisert manuskript, antatt for publikasjon i: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.*, Oslo.
- Sporns, O., Tononi, G., & Edelman, G. M. (2000). Connectivity and complexity: the relationship between neuroanatomy and brain dynamics. *Neural Networks*, 13(8-9), 909-922.
- Sporns, O., Tononi, G., & Edelman, G. M. (2002). Theoretical neuroanatomy and the connectivity of the cerebral cortex. *Behavioural Brain Research*, 135(1-2), 69-74.
- SSB. (2002). Sosiale indikatorer 1980-2002: Går vi vanskeligere tider i møte? *Samfunnsspeilet*, nr. 4-5, 2002, Lastet ned 08.10. 2010, fra: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200204/13/index.html>
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant : a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in Psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stern, S. (2002). The self as a relational structure , A dialogue with multiple-self theory. [Article]. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(5), 693-714.
- Stolorow, R. D. (1992). Closing the gap between theory and practice with better psychoanalytic theory. *Psychotherapy*, 29(2), 159-166.
- Stolorow, R. D. (1995). An intersubjective view of self psychology. *Psychoanalytic Dialogues*, 5(3), 393-399.
- Stolorow, R. D. (2002). From drive to affectivity: Contextualizing psychological life. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(5), 678-685
- Stolorow, R. D. (2005). The Contextuality of Emotional Experience. *Psychoanalytic Psychology*, 22(1), 101-106
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale: Analytic Press
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale: Analytic Press
- Stoltenberg, J. (2009). *Lavere Sykefravær*, Jensstoltenberg.no, Lastet ned 19.09.2009, fra: [http://jensstoltenberg.no/-/bulletin/show/488306\\_lavere-sykefravaer?ref=mst](http://jensstoltenberg.no/-/bulletin/show/488306_lavere-sykefravaer?ref=mst)
- Sullivan, H. S., Perry, H. S., & Gawel, M. L. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

- Szasz, T. S. (1957). A contribution to the psychology of bodily feelings. *Psychoanalytic Quarterly*, 26(1), 25-49.
- Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison: International Universities Press.
- Taylor, G. J. (2003). Somatization and conversion: distinct or overlapping constructs? *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 31(3), 487-508.
- Taylor, S. E. (1999). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Taylor, S. E. (2009). *Health psychology* (7. ed.), Los Angeles: McGraw-Hill.
- Tibon, S., Weinberger, Y., Handelzalts, J. E., & Porcelli, P. (2005). Construct validation of the Rorschach reality-fantasy scale in alexithymia. *Psychoanalytic Psychology*, 22(4),
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect Imagery Consciousness: The positive affects*. (Vol. 1). New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1981). The quest for primary motives: Biography and autobiography of an idea. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(2), 306-329
- Tomkins, S. S. (1990). Revisions in script theory -1990. I: E. V. Demos (Ed.), *Exploring affect : the selected writings of Silvan S. Tomkins* (389-396). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. S. (1991). *The negative affects: anger and fear* (Vol. 3). New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1992). *Cognition: duplication and transformation of information* (Vol. 4). New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1995a). Script theory. I: E. V. Demos (Ed.), *Exploring Affect. The selected writings of Silvan S. Tomkins*. (312-388). New York: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. S. (1995b). The varieties of shame and its magnification. I: E. V. Demos (Ed.), *Exploring Affect. The selected writings of Silvan Tomkins* (pp. 397-410). New York: University of Cambridge Press.
- Tomkins, S. S., & Demos, E. V. (1995). *Exploring affect: the selected writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. S., & Izard, C. E. (1966). *Affect, cognition, and personality: empirical studies*. London: Tavistock.
- Tomkins, S. S., & Karon, B. P. (2008). *Affect imagery consciousness: the complete edition, Bind 1*. (Vol. 1, 2). New York: Springer Publishing Company.

- Valsiner, J. (1984). Two alternative epistemological frameworks in psychology: The typological and variational modes of thinking. *Journal of Mind and Behaviour*, 5(4), 449-470
- Van der Kolk, B. A. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- Vassend, O., Krogstad, B. S., & Dahl, B. L. (1995). Negative affectivity, somatic complaints, and symptoms of temporomandibular disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(7), 889-899
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wagner, U., & Born, J. (2008). Memory consolidation during sleep: Interactive effects of sleep stages and HPA regulation. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 11(1), 28-41
- Wakefield, J. C. (1999). The concept of disorder as a foundation for the DSM's theory-neutral nosology: response to Follette and Houts, part 2. *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 1001-1027
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 239-247.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13-24
- Waller, E., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2004). Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 200-209
- Watson, D. (1982). Neurotic tendencies among chronic pain patients: an MMPI item analysis. *Pain*, 14(4), 365-385.
- Weigert, E. (1963). The role of sympathy in the psychotherapeutic process. *Pastoral Psychology*, 14(3), 35-48.
- Weigert, E. (1970). *The courage to love; selected papers of Edith Weigert*. New Haven,: Yale University Press.
- Weininger, O. (1984). *The clinical psychology of Melanie Klein*. Springfield, Illinois: Thomas Publisher.

- Wilkinson, S. V., Neary, M. T., Jones, R. O., & Sunstein, K. F. (1994). The neuroanatomy of pain. *Clinical Pediatrics, 11*(1), 1-13.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional Objects and Transitional Phenomena a Study of the First Not-Me Possession. *International Journal of Psychoanalysis, 34*, 89-97.
- Winnicott, D. W. (1960a). Ego Distortion in terms of time and false self. *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (140-152). New York: International University Press.
- Winnicott, D. W. (1960b). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis, 41*(6), 585-595.
- Winnicott, D. W. (1963). From dependence towards independence in the development of the individual, the maturational processes and the facilitating environment: *Studies in the theory of emotional development*, (83-92). New York: International Universities Press.
- Wærsted, M., & Westgaard, R. H. (1994). Psykogen muskelaktivitet som risikofaktor for muskelsmerte. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 114*(7), (807-810).
- Zahn-Waxler, C. (2000). The development of empathy, guilt, and internalization of distress: Implications for gender differences in internalizing and externalizing problems. I: R. J. Davidson (Ed.), *Anxiety, Depression, and Emotion* (222-265).
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology, 12*(3), 443-466.
- Zahn-Waxler, C., Kochanska, G., Krupnick, J., & McKnew, D. (1990). Patterns of guilt in children of depressed and well mothers. *Developmental Psychology, 26*(1), 51-59.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology, 28*(1), 126-136.

## Appendix 1: Somatiske plager

Appendix 1 Inneholder pasientenes egne beskrivelser av ”hovedproblem”, samt hvor lenge dette har vedvart. Anonymiserte navn er i samsvar med eksempler i oppgaveteksten.

	<b>Beskrivelser av hovedproblem.</b>	<b>Varighet</b>
Olaug	<i>Smerter i nakke, skulder, armer, stivhet i ryggen. Migrene, spenningshodepine.</i>	30 år
Kristin	<i>Smerter i nakken, skuldre, egentlig muskelsmerter periodevis i hele kroppen. Stivhet i hele kroppen</i>	5 år
Hilda	<i>Konstante smerter, press, trykk og bevegelse i hodet. Vanligvis bedre om morgenen enn om kvelden. Det øker så utover dagen. Alt forsvinner når jeg legger meg ned.</i>	13 år
Lise	<i>Sterke smerter i nakke og skuldre, delvis også i kjeve-regionen. Dette gir meg hodepine. Har hodepine 1 - 6 dager i uka.</i>	2 år
Tor	<i>Muskulatur rundt nakke, hode (øvre del av ryggen) stivner ved for stor belastning på jobb eller i heimen. Har alltid behov for at ting går fremover, ønsker å tenke positivt, men når ting som jeg ikke kan gjøre noe med blir stående midt i min vei blir tankene fort for mange og det tørner seg opp. Når jeg stivner kommer negative tanker som prøver å holde meg nede</i>	1 år
Anne	<i>Stivhet og vondt i muskler og ledd fra nakke og ned. Jeg har ikke klart og funnet ut hva grunnen kan være, men jeg har lett for å stramme meg.</i>	13 år
Berit	<i>Muskelsmerter- nakke, skuldre og seteregionen</i>	15 år

## Appendix 2: Kjernescript identifikasjon

”Får nesten dårlig samvittighet for at en har det godt” (”Berit”)

Eksempel på utdrag fra ABI i identifisert kjernescript.

**Dynamiske tegn:** Kobling(X), Brudd (≠), Konflikt (↓), Sekvens (→), Brudd i form av Overveldelse (≠ O),  
**Forkortelser:** Kroppslig (K), Mentalt (M), Virkning (V), Håndtering (H), Typisk Uttrykk (TU)

Scener:	Oppmerksomhet:	Toleranse:	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
<p>SKYLD:</p> <p>”Det har jeg veldig mye. Kanskje for mye.”</p> <p>1) Når mor lå dårlig og hun ringte og ville jeg skulle komme.</p> <p>2) Når jeg glemmer avtaler, eller forsover meg.</p> <p>3) Når jeg har gjort noe galt.</p> <p>4) Når det er mange som forventer noe.</p> <p>REDSSEL:</p> <p>1) Redd for å bli innestengt i heiser, etter en heis-stopp-episode. →</p> <p>2) Når sønnen fester.</p> <p>3) Hoggorm.</p> <p>GLEDE:</p> <p>1) Når jeg sitter alene og har det stilt/fredelig rundt meg</p> <p>2) Når det går bra for ungene/ barnebarna.</p>	<p>SKYLD:</p> <p>K: <i>Vond</i></p> <p>M: <i>Tenker en del.</i></p> <p>REDSSEL:</p> <p>Scene1: Heisstopp ↓ K: <i>Snørte seg, tåkete syn, holdt på å bevsime, kald, skjelven, anspent.</i></p> <p>M: <i>Panikk, kaos, tenker det verste.</i> X Sinne</p> <p>GLEDE:</p> <p>K: <i>God, Avslappet, Ruser</i></p> <p>M: <i>God, (Bekrefter Lett, Lys)</i></p>	<p>SKYLD X REDSEL ≠ GLEDE</p> <p>SKYLD : V: ↓ <i>Vond murring, må rettes opp.</i> X REDSSEL: V: ≠ O <i>Gruer meg, får nesten ikke sove. Evt drevet i situasjon.</i></p> <p>H: ↓ <i>Skjerper meg, Prøver å finne en løsning, Prøver alt, Overdrevet kontroll.</i> ↓ <i>Prøve å få bort følelsen, knyter meg.</i></p> <p>GLEDE V: <i>God følelse, gir energi. Vil ha det.</i> X REDSSEL, SKYLD <i>”Bekymrer meg. Redd den ikke skal vare, Kanskje har ikke jeg rett til å ha det godt? Veldig viktig at alle andre også har det bra.</i></p> <p>≠ <i>Får nesten dårlig samvittighet for at en har det godt.</i> ↓ SKYLD H: ↓ <i>Spenner meg.</i></p> <p>Signalfunksjon: Skyld: <i>skjerper meg.</i> Glede: <i>gir energi.</i></p>	<p>SKYLD :</p> <p>Vedståthet: ≠</p> <p>Tror andre forstår at hun har skyldfølelse uten å vise det X Blir irritert og manglende forståelse. Føler meg dratt mellom her og der.</p> <p>REDSSEL:</p> <p>Vedståthet: ↓</p> <p>Redsel kan hun vise til noen, men knyter seg for å virke rolig, få bort følelsen, eller for å unngå å vise helt.</p> <p>TU: <i>Strammer meg, Evt Kaldsvette, forsterstilling, bevsime.</i></p> <p>GLEDE:</p> <p>V: ↓ Kan vise på andres vegne, men vanskelig på egne vegne.</p> <p>”Føler at dem ikke unner meg glede. Har fått tilbakemeldinger som; ”Du verden så ovenpå.. Bare vent så..” Skummelt. X SKYLD, REDSEL Frykter andres misunnelse, og at følelsen skal forsvinne.</p>	<p>SKYLD:</p> <p>Vedståthet: ≠</p> <p>Beskriver heller situasjonen.</p> <p>TU: <i>Stressa, Beklager at jeg ikke kom.</i></p> <p>REDSSEL:</p> <p>Vedståthet: ↓</p> <p>Kan si det til noen i ettertid. Men ”noen vil du ikke belemre.. Kanskje vil det ikke bli forstått.” X skyld</p> <p>TU: <i>”Jeg var så redd at jeg bevsimte, skal lenge etterpå.”</i></p> <p>GLEDE:</p> <p>V: ↓ <i>Greit på andres vegne.</i></p> <p>TU: Beskriver hendelsen.</p>

## Appendix 3: "Annes" Kjernescript.

Den vonde sirkelen: " Mener selv jeg ikke strekker til".

<u>SCENE:</u>	<u>AFFEKT:</u>	<u>OPPMRK.:</u>	<u>TOLERANSE:</u>	<u>UTTRYKK:</u>
<b>Når jeg/andre ikke strekker til/skuffer.</b>	<b>Trist / Fortvila</b>	Tung, Tom, <u>Vondt.</u>	<b>Trist/Fortvila:</b> V: Makteløs, orker ikke, blir sittende.	<b>Tristhet:</b> ≠ Stenger følelsen inne ved å <u>stramme og spenne kroppen.</u>
- Ikke får fullført husarbeid pg. Vond kropp.	X	↓	H: ⇕ Prøver å riste av meg følelsen.	
- Brudd på avtaler/besøk	<b>Sinne</b>	Oppkavet, Varm,	<b>X</b>	X
- Tillitsbrudd.	X	Hissig, <u>Anspent</u>	<b>Sinne:</b> Iritert på seg selv, og andre.	<b>Sinne:</b> ⇕
- vært sint på ungene.	<b>Skyld</b>	X	V: spontant hissig,	TU: kort, hevet stemme. "iriterende"
		Uro, <u>Vondt,</u>	H: ⇕	
		Håpløshet, Makteløshet.	"Savner en måte å håndtere det på. Det er jeg selv som får det verst"	X
			<b>X</b> <b>Skyld</b> V: <u>Vondt</u> ,Urolig, Tom, Tung, Makteløs	<b>Skyld:</b> ⇕
			H: ⇕ Prøver å rette opp, eller unngå situasjon for å bli kvitt følelsen. Men noe blir igjen.	TU: <u>vondt,</u> "dårlig samvittighet" ( i ettertid).
			↓	<b>X</b> <b>Skyld, Trist,</b>
				<b>TU: ≠</b> <u>Spenner meg,</u> <u>Strammer</u> <u>ansiktet,</u>
				←
			<b>Skyld X Trist</b>	
			⇕	
			<u>Vondt,</u> Makteløs	
			<b>"Strekker ikke til"</b>	
		←		