

Generalisert Angst Lidelse og Affektbevissthet

En kvalitativ studie av affektiv organisering

Tonje Pedersen



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2010

SAMMENDRAG

Forfatter: Tonje Pedersen

Tittel: Generalisert Angst Lidelse og Affektbevissthet- En kvalitativ undersøkelse av affektiv organisering

Veileder: Jon T. Monsen.

Denne studien har hatt som mål å se på hvordan affekter er organisert hos pasienter med Generalisert angst lidelse (GAD). Siden affektorganisering er et komplekst felt og det har blitt utført lite forskning på dette og GAD, ble det vurdert dit hen at en kvalitativ tilnærming kunne være fruktbar. Studien er gjort med utgangspunkt i Affektbevissthetsmodellen som omhandler individers organisering av affektive opplevelser. Man tenker seg at affekter er sentrale som et informasjonelt og motivasjonelt system og man er opptatt av hvordan affekter er dynamisk organisert i en intersubjektivt dannet struktur. Affektbevissthets begrepet er operasjonaliseringen av affektorganisering og beskriver det gjensidige forholdet mellom aktivering av basale affekter og individets kapasitet til å bevisst persipere, reflektere omkring og uttrykke disse affektene. Modellen undersøker hvordan ni differensielle affekter.

Det er blitt foretatt en tre stegs analyse av informasjon innsamlet gjennom det semistrukturerte Affektbevissthetsintervjuet. Alle analyser er gjennomført i tråd med prinsipper for tematisk analyse. Først ble det dannet skript på hver enkelt affekt basert på Tomkins skriptteori. Deretter er det blitt identifisert individets mest presserende og uløselige problem identifisert gjennom et kjerneskipt. Et kjerneskipt antas å være individets forsøk på å løse dette problemet. Tilslutt ble det foretatt en sammenligning på tvers av de åtte kjerneskiptene.

Det ble funnet at alle kjerneskiptene i dette utvalget var sterkt preget av at pasientene blandet sammen opplevelsen av affekter, da særlig skam, redsel og tristhet, men også sinne, interesse og skyld. Denne sammenblandingen ble funnet i pasientenes evne til å identifisere, håndtere og uttrykke disse affektene. Dette hevdes å føre til et individ som

mangler følelse av meningsfylt sammenheng i de fysiologiske og kognitive signalene de opplever. En annen karakteristikk ved dette materialet var at pasientene bar preg av sterk aktivering og i noen tilfeller sterk overveldelse. Det antas at når affektene overvelder personen gjør det at deres kapasitet til å reflektere omkring den blir redusert. I tillegg utviste denne gruppen en konfliktunngående profil, der de behagelige affektene var bedre integrert enn de ubehagelige. Det å unngå ubehagelige affekter antas å ha en rekke negative konsekvenser for individet fordi de ikke får tatt inn over seg det nyttige informasjonelle og motivasjonelle som disse affektene kan gi individet. Undersøkelsen viste også at det var to undergrupper som utkrystalliserte seg. En gruppe benyttet seg av en form for aktiv unngåelse, noe som gav brudd i den affektive opplevelsen, mens den andre gruppen utviste en beredskap for å bli utsatt for ydmykelse fra andre når de viste sine affekter, noe som gjorde at affektive opplevelser ble forbundet med skam og frykt. Implikasjoner av slike former for affektintegrasjon er blitt diskutert i henhold til relevante teorier på psykopatologi og GAD, samt at resultatene har blitt diskutert opp i mot annen forskning på feltet.

Innhold

| | |
|--|----|
| 1. Innledning | 1 |
| 1.1 Affektbevissthetsmodellen..... | 7 |
| 1.2 Silvan Tomkins Affekt Teori..... | 10 |
| 1.2.1 Skript teori..... | 11 |
| 1.2.2 Kjerneskipt..... | 11 |
| 1.3 Generalisert angst lidelse og affekt..... | 13 |
| 2. Metode | 18 |
| 2.1. Deltagere..... | 18 |
| 2.2 Analysen..... | 18 |
| 2.3 Metodologiske hensyn..... | 23 |
| 3. Resultat | 25 |
| 3.1. De kvantitative indikatorer..... | 25 |
| 3.2 Likheter på tvers av kjerneskiptene..... | 28 |
| 3.2.1 Affektene inkludert i kjerneskiptene..... | 28 |
| 3.2.2 Sterk intensitet i opplevelse..... | 30 |
| 3.3. Tendenser i materialet..... | 32 |
| 3.3.1 Aktiv unngåelse..... | 32 |
| 3.3.2 Beredskap for ydmykelse..... | 33 |
| 4. Diskusjon | 38 |
| 4.1 Sammenblanding og utydelig opplevelse av affekter..... | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2 Sterk intensitet i opplevelse..... | 39 |
| 4.3 Affektene inkludert i kjerneskriftene..... | 39 |
| 4.4 Kvantitative indikatorer..... | 40 |
| 4.5 Tendensene i materialet: To hovedformer for affektintegrering..... | 42 |
| 4.6 Resultatene sett i sammenheng med annen forskning..... | 45 |
| 5. Avslutning..... | 49 |
| Kildeliste..... | 51 |
| Appendix 1..... | 60 |
| Appendix 2..... | 61 |

1. Innledning

Pasienter med generalisert angst lidelse (GAD) karakteriseres av en vedvarende angst som ikke er begrenset til spesielle situasjoner eller omstendigheter. Deres mest fremtredende klager er over nervøsitet, skjelving, muskelspenninger, svimmelhet, maveproblemer og en rekke andre fysiologiske responser. De er også ofte redde for at de selv eller noen i deres omgangskrets skal bli syke eller komme ut for en ulykke (F41.1. ICD-10, 2006). Det er enighet rundt bekymring som nøkkelsymptomet ved denne lidelsen (Portman, 2009). Menneskets evne til å planlegge for fremtiden blir for disse menneskene en kilde til angst, i stedet for en konstruktiv problemløsningsstrategi (Hazlett-Stevens, 2008). De som lider av GAD beskriver seg selv som alltid nervøse og som at de ser på verden som er farlig sted. De kan ofte ikke huske at de noen gang ikke har følt seg slik (Marten et al., 1993). Henning, Turk, Mennin, Fresco and Heimberg (2007) fant at den var assosiert med alvorlig dysfunksjon i blant annet romantiske forhold, selvtillit, jobb, sosial fungering og familieliv. De utvikler også ofte muskel spenninger og får søvn- og konsentrasjonsproblemer (Hazlett-Stevens, 2008). De som lider av GAD anser også at de har dårlig helse (Katon et al., 1990) og det har blitt funnet at de er overforbrukere av primær helse tjenesten (Maier et al., 2000; Roy-Byrne & Katon, 1997). GAD er også en sterk prediktor for mangel på, og i noen tilfeller fravær av, nære relasjoner (Sanderson, Wetzler, Beck, & Betz, 1994). De bekymrer seg for en rekk domener i livet som familie, jobb, penger, helse og prestasjoner (Deffenbacher and Suinn, 1987). Bekymringene deres er i større grad enn andre engstelige individer ikke i proporsjon til situasjonen (Pollack et al., 2006), er ofte usannsynlige og omhandler oftere fjerne hendelser (Dugas et al., 1998).

Mykletun (2009) rapporterer en livstidsprevalens på mellom 2,0 og 5,7 for generalisert angst lidelse i de studiene de har undersøkt. Prognosen for lidelsen er dårlig (Kessler, Keller, & Wittchen, 2001), og gjennomsnittelig alder for debut er 21 år. Man har estimert at episoder av sykdommen kan ha en gjennomsnittelig varighet på 20 år (Yonkers, Warshaw, Massion, & Keller, 1996). De fleste pasienter med en primær angstlidelse møter også kriteriene for minst en affektiv lidelse til (Brown & Barlow,

1992; Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001). Slik komorbiditet er særlig prevalent i GAD med rater så høye som 45 % og helt opp til 98 % (Goisman, Goldenberg, Vasile, & Keller, 1995). De mest vanlige komorbide lidelsene er sosial fobi, depressive lidelser og spesifikk fobi (Brown, Campbell, et al., 2001; Wittchen et al., 1994; Yonkers, Warshaw, Massion, & Keller, 1996). Det finnes også indikasjoner på at bekymring er en assosiert karakteristikk ved 40 % til 60 % av alle de andre angst lidelsene (Barlow, 1988), noe som understreker at en forståelse av bekymring som fenomen er viktig ikke bare for innsikt i GAD.

1.1 Affektbevissthetsmodellen

I denne studien er det blitt benyttet Affektbevissthetsmodellen utviklet av Monsen og kolleger (Monsen, Ødegård, & Melgård, 1989; Monsen, Odland, Faugli, Daae & Eilertsen, 1995a and 1995b; Monsen, Eilertsen, Melgård, & Ødegård, 1996; & Solbakken, Sandvik-Hansen & Monsen, 2010) for å undersøke pasienter med GAD. Dette er en modell basert på en integrasjon av flere teoretiske perspektiver på affekt og emosjon, da i hovedsak Tomkins affekt- og skript teori (Tomkins, 1962; 1963; 1995a, 1995b, 1995c; 2008a, 2008b) og differensiell emosjons teori (Izard, 1977; 1991; 2007; 2009). Moderne selv- psykologiske teorier er også sentrale (Stolorow, Brandschaft, and Atwood 1995; Stolorow and Atwood, 1992; Basch 1983).

Affektbevissthetsmodellen omhandler individers organisering av affektive opplevelser. Man tenker seg at affekter er sentrale som et informasjonelt og motivasjonelt system og man er opptatt av ikke bare hvilke affekter som er aktivert til en hver tid, men av hvordan affekter er organisert i en intersubjektivt dannet struktur. Monsen mener at nøkkelen til å forstå mennesker er å se på hvordan affekter er strukturert i henhold til invariante organiserende prinsipper. Det å ha god integrering av affekt antas å ha en adaptiv funksjon i å organisere selv- opplevelsen og for evnen til å representere seg selv interpersonlig. Dette fordi affekter er sentrale i å signalisere meningsfull informasjon om individets tilstand og motivasjon, for selv avgrensning, for ens kontakt med ens følelse av selv og for å reorganisere individets struktur. En god evne til dette vil dermed være med på å gi individet en opplevelse av sammenheng og

forutsigbarhet, samtidig som det gir tilstrekkelig med fleksibilitet til å kunne endre seg i møte med nye erfaringer (Monsen, 1997). I sitt arbeid skiller han mellom begrepene affektorganisering og affektbevissthet (Monsen & Monsen, upublisert manuskript). Affektbevissthets begrepet er operasjonaliseringen av affektorganisering og er et konsept som beskriver det gjensidige forholdet mellom aktivering av basale affekter og individets kapasitet til å bevisst persipere, reflektere omkring og uttrykke disse affektene (Monsen, Ødegård and Melgård, 1989).

Begrepene affekt, følelse og emosjon brukes ofte om hverandre og Monsen (1997) har anvendt Basch (1983) sin differensiering. Han definerer affekter som medfødte, somatiske reaksjoner som er uavhengig av kognisjon, mens begrepet følelser brukes om en persons bevissthet omkring disse basale affektene. Emosjoner hevder han er en mer kompleks, organisert tilstand som inneholder kognitive vurderinger, handlings tendenser og somatiske reaksjons mønstre.

Monsen (1997) er inspirert av Silvan Tomkins tanker om affekter som det primære motivasjonssystemet. Han mente at affekters forsterkende egenskaper er det som gjør at noe får betydning for individet (Tomkins & Demos, 1995). Affektsystemet er fleksibelt i det at det kan aktiveres av både minner, direkte stimuli og av mentale representasjoner, og til forskjell fra drifter krever de ikke periodisk tilfredsstillelse eller er tidsavgrensede (Monsen, 1997). Det er fra affekter at drifter får den nødvendige kvaliteten som gjør at noe oppleves som presserende for individet. Tomkins eksemplifiserer dette gjennom å vise til at seksualdriften lett kan hindres eller svekkes av affekter som skam eller kjedsomhet (Tomkins & Demos, 1995).

Monsen (Personlig kommunikasjon, 10. september, 2009) er også inspirert av den nevrobiologiske forskningen til LeDoux (1999). Han har funnet at det er to nevrane baner i hjernen som igangsetter frykt responser. Den ene banen, kalt "the low road", går fra thalamus og direkte til amygdala, en celleansamling som er ansvarlig for å lagre fryktinduserende stimuli og frykt responser. Den andre banen, "the high road", går fra thalamus via neokorteks og derifra til amygdala. Den første banen prosesserer stimuli raskt og anses som adaptiv for individets overlevelse. Den reagerer hurtig på

truende stimuli, og får individet unna en potensielt farlig situasjon. Den andre nevrane banen er tregere, men prosesserer stimuli mer omfattende enn den raskere banen. Den vurderer situasjonen og kan modifisere frykt responsen som den raske banen har satt i gang dersom den finner at den feilbedømte risikoen. Sansestimuli går altså direkte til en følelsesmessig analyse, raskere enn de går til de kognitive strukturene i korteks. Selv om det er for tidlig å konkludere at dette gjelder for alle emosjoner, illustrerer dette hvordan affekter er sentrale som et informasjonelt og motivasjonelt system som er essensielle for menneskelig fungering. Det viser også hvordan affektive signaler kan formidles utenfor de høyere, mer bevisste delene av hjernen. Dette kan tas til inntekt for et større fokus på affekter i forskningen.

Det antas at samhandlingsmønstre mellom barn og betydningsfulle andre former organiseringen av det affektive, og at denne organiseringen automatiseres stadig mer ettersom barnet utvikler seg (Monsen, 1997). Dette baseres på en mengde forskning som viser hvordan emosjonell interagering med omsorgsgiver virker inn regulerende på opplevelse og atferd, eksempelvis forskningen om sosial referering (Emde, 1983), emosjonell tilgjengelighet og utforskningsatferd (Sorce & Emde, 1981) og studiene av affektiv inntonning (Stern, 1985). Monsen (1997) mener at dersom omgivelsene ikke reagerer adekvat på barnet vil de affektive opplevelsene kunne virke inn forstyrrende fordi denne biologiske gitte funksjonen ikke blir integrert med kognitive og symbolske nivåer. Barnet vil i stedet stabilisere en selvopplevelse som ikke er i overensstemmelse med det affektive innholdet og dermed blir affektene en kilde til forvirring, utydelighet og usikkerhet.

Når betydningsfulle andre ikke tilpasser seg barnet, må barnet modifisere seg selv til den andres organisering av opplevelser. Dette vil kunne gi en virkelighetsoppfatning som er hentet utenfor individet. Det hevdes at indre konflikter og undertrykking av affekter kan følge av en slik affektiv organisering, samtidig som det skaper en sårbarhet for retraumatisering fordi barnet utvikler egenskaper som kan utløse negative reaksjoner fra andre. Et affekt- dissosierende forsvar vil gjøre av man får en svikt i evnen til å utløse bekreftende responser fra andre. Når man ikke kan interagere med andre på en måte som virker genuint affektivt tilstede eller når man utvikler

egenskaper basert på erfaringer av neglisjering, ugyldiggjøring eller latterliggjøring vil den sosiale støtten som er viktig for psykisk helse kunne bli mangelfull eller fraværende. De vil få problemer med å utløse responser fra andre som kan være med på å korrigere de skriptene de har dannet seg, og virker heller inn i en videre konsolidering av skriptene gjennom at personen retraumatiseres fordi andre trekker seg fra dem, ikke bekrefter dem og så videre.

Monsen (1997) mener altså at psykiske forstyrrelser opprinnelig er en form for tilpasning som gjøres for å sikre tilknytning til omsorgspersonen. Barnet fortrenger eller oppgir sin virkelighet for å bevare forelderens virkelighet, noe som vil virke positivt inn på omsorgspersonen og i forlengelsen av dette gjøre det bedre for barnet. Denne avspalting av egen virkelighet opprettholdes blant annet av barnets idealisering av forelderens (Kohut, 1971). Hvis man i tillegg tenker seg at barnets selvbilde er i et refleksiivt forhold til foreldrenes selvbilde ser man at en avidealisering av forelderens også vil true barnets eget selvbilde. I terapien blir det dermed vektlagt at pasienten skal komme i kontakt med og danne seg begreper om affektive opplevelser og at det skjer en endring av affekt strukturen på basis av innsikt (Monsen, 1997).

1.2 Silvan Tomkins Affekt teori

Monsen er i stor grad inspirert av Silvan Tomkins bidrag til affektteori. Han hevder at han belyser mer enn noen annen viktigheten av affekt som en måte å forstå mennesket på. Samtidig gir han en modell for å klargjøre hva man mener med begrepet psykisk struktur (Monsen, 1997). Tomkins mente affektsystemet var et av flere interagerende systemer, der også driftsystemet, motivasjonssystemet og det kognitive systemet inngikk. Han så på kognisjon og affekt som separate, men interaktive. Affekter hadde primært som oppgave å forsterke informasjon, mens kognisjon hadde kraft til å bearbeide eller omforme informasjon. Interaksjonen mellom disse nedfeller seg som ideo affektive strukturer som gir grunnlaget for personens personlighet gjennom sin påvirkning av hva personen er var for, og hvordan vedkommende bearbeider den informasjonen.

Sentralt for denne teorien er antagelsen om at affekter fungerer som et slags psykisk lim. I henhold til Tomkins vil det raskt etableres en forbindelse mellom den utløsende hendelsen og affekten som aktiveres. Han illustrerer dette gjennom å vise til at den samme følelsen oppleves forskjellig avhengig av hva den aktiveres av. Affekter er analoge forsterkere ("amplifiers") som gir organismen opplevelsen av at noe er presserende ("urgency"). For ham er en affekt et korrelert respons sett fra kroppen som spiller sammen for å produsere en analog av den spesifikke gradienten eller intensiteten av stimulering som påvirker organismen. Dette "presset" som organismen opplever får det til å bry seg om hva som skjer. Dermed amplifiserer affektene situasjoner slik at gode ting blir enda bedre, og dårlige ting blir enda verre.

1.2.1 Skript teori

Tomkins mente at affekter organiseres som scener og skript. Skript teori, som en personlighetsteori, antar at den basale analyse enheten for å forstå en person er scenene og relasjonene mellom disse. En scene er definert som en hendelse med en persipert begynnelse og slutt, som inkluderer minst en affekt og minst ett objekt som hører til den affekten. Relasjonen mellom disse scenene bestemmes av sett av regler som han kalte for skript. Hovedforskjellen mellom dette og skjema begrepet er fokuset på affekter. Noen av disse skriptene er medfødt, men de fleste er både medfødte og tilegnede. De er regler for hvordan individet skal tolke, evaluere, predikere, produsere og kontrollere scener. De er i varierende grad komplette og korrekte, og på grunn av dette er de også stadig i forandring (Tomkins & Demos, 1995). Opplevelser er i utgangspunktet basisen for skriptene, men senere blir de delvis stabilisert som invariante, organiserende prinsipper som vil forme persepsjoner, selv opplevelser og interpersonlige atferd. Monsen (1997) mener dette er gode kliniske og virkelighetsnære begreper, samtidig som de tydeliggjør distinksjonen mellom innhold og struktur.

1.2.2 Kjerneskipt

Kjernesener er en eller flere scener der en veldig god scene snus til å bli veldig dårlig. Et kjerneskipt er et skript som forsøker å reversere denne kjernesenen, slik at den

atter en gang blir god. Dette lykkes skriptet bare delvis og midlertidig i å få til, og det blir dermed fulgt av en tilsynelatende repetisjon av kjernes scenen der den igjen blir dårlig (Tomkins & Demos, 1995). Barnet utvikler altså dette kjernes skriptet i et forsøk på å forberede seg på skiftet fra godt til vondt før det kommer og for å forsøke å løse individets mest presserende og uløselige problem (Monsen, 1997).

Det er når individet ikke avstår fra eller sørger over det de har tapt at det oppstår et kjernes skript som er overveldende forførende i sitt løfte om å gjøre den gode scenen god igjen. De er involvert i ”*et idealisert forsvar mot idealiserte trusler mot idealiserte paradiser*” (Tomkins & Demos, 1995, s. 377), noe som forklarer deres makt over individet. Det er den intenst forførende delen av den gode scenen som understøtter uutholdeligheten i dets tap, og som driver videre forsøket på å reversere den nå dårlige scenen. Det er det truende, forurensende eller forvirrende i den dårlige scenen som forstørrer ineffektiviteten til skriptet og den håpløsheten som kommer ut i fra forsøket på å gjenvinne den gode scenen.

Kjernes skriptene er også stadig utforskende i sin søken etter å løse individets mest presserende problem. Dermed blir de stadig mer generaliserte, kontra vanlige skript som blir mer spesifiserte og differensierte etter hvert som individet utvikler sitt erfaringsgrunnlag. Fordi skiftet fra god til vond scene er så alt omgripende for personen vil alle dennes kapasiteter settes inn i å forsøke å forstå hva som har skjedd, hvorfor dette har skjedd, hva som kunne ha forhindre det og hva som kan forhindre at det skjer igjen. For hver mulige årsak er det en rekke mulige responser individet er nødt til å ta stilling til, og fordi årsakene kan være så komplekse blir også respons repertoaret enormt. Dette gjør at individet oppslukes i en evig jakt på den endelige løsningen på problemet.

Fordi individet stadig blir eksponert for den forurensede kjernes scenen via analog formasjon (det vil si en påvisning av likheter i forskjellige situasjoner) blir kjernes skriptet stadig utvidet. Det antas også at det er enklere og mer ubevisst å påvise likheter i en situasjon enn det er å påvise varianter, det vil si forandringer i noe som i sin kjerne er det samme. Derfor vil analoger vokse raskere enn varianter (Tomkins &

Demos, 1995). Kjerneskriptet vil også kunne raskt absorbere og nøytralisere informasjon som ikke stemmer overens med sitt innhold, for eksempel vil en som får ros devaluere denne rosen på forskjellige måter (Monsen, 1997). Idet kjerneskriptet møter stadig mer fjerne derivat scener og blir modifisert, vil også relasjonen mellom kjerneskriptet og de multiple opphavs scenene bli stadig mer kompleks. Der andre skript kan bli løsrevet fra sin opprinnelseskilde er kjerneskriptene avhengig av resiprokal magnifikasjon. Det er gjennom den intense kjernescenens forsterkning og den like negativt forsterkende gjentakelsen av at den behagelige scenen snus til noe negativt som validerer kjerneskriptet.

Tomkins (1995) mener innsikts terapi så ofte mislykkes i å kurere pasienter fordi ingen innsikt i hva som har skjedd i pasientens fortid vil gjøre denne bevisst sine analoger før de har blitt konstruert. Han mener at det man kan oppnå er en øket selv bevissthet som gjør at man kan forstå i etterkant at man har konstruert en ny analog til ens kjerneskript. Da vil pasienten bare være deprimert i seks minutter i stedet for seks måneder.

1.3 Generalisert angst lidelse og affekt

Selv om angst har vært et sentralt tema for mange psykodynamiske tenkere (Horney, 1950; Sullivan, 1953; Fairbairn, 1952; Klein, 1975; i Crits- Christoph, 1996) finner man svært lite forskning på affekt og GAD spesifikt. En studie har fokusert spesifikt på GAD og affektbevissthet. Levy Berg, Sandell & Sandahl (2009) fant at pasienter med GAD hadde en god effekt av en psykodynamisk kroppsterapi utviklet av Monsen og Monsen (1991; 2000). Denne formen for terapi integrerer psykomotorisk fysioterapi (Thornquist & Bunkan, 1995) og affektbevissthetsbehandling (J. T. Monsen & Monsen, 2000). Pasientene som fikk denne behandlingen viste en større bedring i generelt psykologisk ubehag enn gruppen som fikk vanlig psykoterapeutisk intervensjon, noe som støtter en antagelse om at et affektperspektiv er nyttig i forhold til denne lidelsen.

Det er også slik at GAD er en diagnose som har gjennomgått revideringer og diskusjoner omkring dens validitet. Dermed så har forskningen blitt hengende noe igjen (Portman, 2009). Det er imidlertid blitt enighet mellom klinikere og forskere angående diagnosens nøkkelsymptomer (Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001; Starcevic & Bogojevic, 1999), selv om det fortsatt er noen som betviler dens validitet (Tyrer & Baldwin, 2006). Hovedfokuset i den forskningen som gjøres er imidlertid rettet mot en kognitiv forståelse av lidelsen. Informasjonsprosesserings teori (Mennin, Heimberg, & Turk, 2004) legger vekt på automatiske kognitive prosesser som er selektivt rettet mot å legge merke til og tolke trussel. Fra dette perspektivet forstås GAD som en informasjons prosesserings stil som er rettet mot truende stimuli og tolkningen av disse, og det er også funnet evidens for en slik bias i fortolkning av truende materiale (Bradley, Mogg, White, Groom, & Bono, 1999). En av de mest anerkjente på det kognitive feltet er Borkovec (2004) som mener at pasienter med GAD bruker bekymring som en kognitiv unngåelses strategi for å la være å tenke på emosjonelt materiale. Han finner at bekymring er mer karakterisert av auditivt materiale enn av visuelle kvaliteter, og han mener bekymring da hjelper pasientene til å unngå de mer emosjonelt fremkallende forestillings bildene. Han finner og at bekymring fasiliterer undertrykkelsen av somatisk angst og aktivering av det sympatiske nervesystemet. På samme måte som Affektbevissthetsmodellen antar han at de dermed ikke får eksponering for viktig intern og miljømessig informasjon. Fokuset er imidlertid på kognitive prosesser, mens vi antar at affekter påvirker kognisjoner og handling kontinuerlig og interaktivt.

I senere tid er det også blitt erkjent at det trengs en utvidet forståelse av lidelsen, da studier finner at cirka 30-40 % av GAD pasienter ikke responderer til kognitiv og atferdsmessig behandling. I tillegg ser ikke bedringen ut til å være konsistent siden de aller fleste fortsatt har symptomatikk når man følger opp over lengre tid (Durham, MacDonald, Power, & Major, 2003; Newman, 2000). Det er også blitt utviklet behandlingsmodeller som har mer emosjonelle (Mennin, 2004), integrative (Portman, 2009; Wolfe, 2005) og dynamiske (Crits-Christoph, Connolly, Azarian, Crits-Christoph, & Shappell, 1996) tilnærminger, noe som kan ses som en indikator på at

feltet er i ferd med å endres, og at det erkjennes at den foreløpige forståelsen har noen begrensninger.

Det er også noen spesifikke funn som støtter opp under at man burde utvide tilnærmingen til GAD. Borkovec, Robinson, Pruzinsky and DePree (1983) fant at bekymringene til pasientene oftest omhandlet interpersonlige tema og Breitholtz, Johansson & Ost (1999) fant at den mest vanlige bekymringen omhandlet faktiske eller potensielle konflikter med andre. I tillegg fant Lichtenstein & Cassidy (1991) at GAD pasienter ser ut til å ha mer usikker/konfliktfull tilknytning i barndom enn de uten GAD, samt at Roemer, Molina, Brett and Borkovec (1996) fant at de rapporterer i større grad traumatiske hendelser. Roemer (1996) fant også at selv om de har en større frekvens av traumatiske hendelser, bekymrer de seg mindre om disse hendelsene enn ikke- engstelige subjekter. Dette har hun tatt som en mulig indikasjon på at GAD pasienter bruker bekymring for å unngå å tenke på traumatiske hendelser. Dette er tentative studier som ikke beviser noen årsak- virkning sammenheng, men som underbygger behovet for et større fokus på interpersonlige tema, tilknytningsmønstre og prosessering av emosjonelt materiale (Crits-Christoph, et al., 1996; Newman et al., 1999). Starcevic (2005) mener også at det er viktig at man fokuserer på *hvordan* de som lider av GAD bekymrer seg, og ikke bare på *innholdet* i bekymringene.

Det finnes teoretiske antagelser om affektens relevans i forhold til generalisert angst, for eksempel i form av modeller om biologiske og psykologiske sårbarheter for negativ affekt som i kombinasjon med negative livs hendelser gir seg utslag i psykopatologi (Barlow, 2000), men det som savnes er forskning på deres spesifikke organisering, for eksempel hvordan de forskjellige affektene er symbolsk representert. Douglas Mennin er den i dagens forskning som har det mest uttalte fokuset på å forske på GAD og emosjonell strukturering. Han er, i tråd med Starcevic (2005), mer fokusert på å undersøke hvorfor GAD pasienter bekymrer seg, og mindre på innholdet i deres bekymring. Hans teoretiske bakgrunn kommer fra emosjonsteori (Ekman & Davidson, 1994), emosjonsregulerings forskning (Gross, 2007), affektiv nevrovitenskap (LeDoux, 1999), og emosjons fokuserte tilnærminger (Greenberg, 2002). Basert på dette har han og hans kolleger utviklet en modell som sikter seg inn på

emosjonsregulering som nøkkelen til å forstå lidelsen. Han hevder at GAD pasienter har problemer med å forstå sine emosjonelle opplevelser, at de er mer emosjonelt sensitive og at de har få evner til å modulere emosjonelle tilstander (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005). De mener at dette fører til forsøk på å undertrykke eller kontrollere emosjonelle opplevelser fordi pasientene føler at emosjoner er aversive og at de derfor trenger å kontrollere dem (Mennin, 2004).

Mennin og hans kolleger (2005) fant at studenter med selv rapporterte nivåer av GAD symptomer hadde mer intense opplevelser av emosjoner, en dårligere forståelse av de, en øket reaktivitet i forbindelse med emosjonell opplevelser og en nedsatt evne til å trøste seg selv etter negative emosjoner, sammenlignet med en kontroll gruppe. Dette ble bekreftet av en studie nummer 2 med kliniske pasienter. I en stor studie (Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker, & Mennin, 2006) fant de også at emosjonsregulerings forstyrrelser var assosiert med kronisk bekymring og en analog GAD status. De fant forstyrrelser i emosjonell klarhet, aksept av emosjoner, evne til målrettet atferd under stress, impuls kontroll og tilgang til effektive regulerings strategier. Samtidig har Mennin problemer med å finne resultater som er fullt ut konsistent med hans modell, da en nyere studie viste at de med GAD ikke viste dårligere emosjonell differensiering og var i stand til å bruke emosjons regulering i større grad enn kontrollgruppen (Decker, Turk, Hess, & Murray, 2008), og en annen studie viste at pasienter med GAD skåret signifikant høyere enn kontroll gruppen på emosjonell bevissthet (Novick-Kline, Turk, Mennin, Hoyt, & Gallagher, 2005).

Det er mange paralleller mellom Mennins sin modell og affektbevissthet, særlig da fokuset på evne til å identifisere, forstå og håndtere emosjoner. Det er imidlertid en rekke metodologiske og teoretiske forskjeller som kan være med på å belyse hvorfor han har problemer med å finne konsistente resultater. Dette vil utdypes videre i diskusjonsdelen av denne oppgaven.

Siden affektorganisering er et komplekst felt og det er blitt gjort lite forskning på affekt og GAD spesifikt, ble det vurdert dit hen at en eksplorerende og begrepsavklarende tilnærming kan være fruktbar. En kvalitativ studie kan gi rikelig

med informasjon som kan være med på å teste den eksterne validiteten til de eksisterende begrepene man har, samtidig som den kan belyse nye områder av interesse. Affektbevissthets modellen begrunner at affekter er sentrale, men tar et steg videre og ønsker å undersøke hvordan de forskjellige affektene er strukturert i et individ, både med tanke på hvordan pasienter identifiserer affekter, hvordan de opplever dem, hva de gjør med affektive inntrykk og om og hvordan de uttrykkes. Dens styrke ligger i hvordan organisering undersøkes på hver enkelt affekt og det faktum at man får tilgang til pasientenes idiosynkratiske organisering.

2. Metode

Denne studien er en del av en stor Norsk multisenter studie på prosess og utkom i psykoterapi. Etisk godkjenning er blitt gitt av Regional Etisk Komité for helseforskning før datainnsamling har skjedd. Deltagerne i studien har underskrevet på et informert samtykke. Pasienter fra flere distriktpsikiatriske sentre ble intervjuet med Affektbevissthetsintervjuet (ABI) ved begynnelsen av terapi. Diagnose og komorbiditet ble vurdert gjennom kliniske diagnostiske intervju (SCID I og SCID II) utført av kliniske psykologer.

2.1 Deltagere

Dette utvalget består av åtte respondenter, hvorav syv kvinner og en mann med Generalisert angst lidelse (F41.1, ICD-10). Aldersspredningen var fra 29-50 år. To hadde unversitetsutdannelse, to hadde yrkesskole, to hadde videregående utdannelse og en hadde folkeskole. Tre var i lønnet arbeid, to var under attføring, en var sykemeldt og en var arbeidsløs.

Av disse hadde 3 komorbid sosial fobi, 1 hadde panikkforstyrrelse og 2 hadde spesifikk fobi. 2 av respondentene hadde to komorbide lidelser, da en med panikkforstyrrelse og sosial fobi og en med paranoid personlighetsforstyrrelse og panikkforstyrrelse.

2.2 Analysen

Analysen er blitt utført i henhold til metoden tematisk analyse som vist av Braun og Clarke (2006). Det er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønster i et datasett. I denne studien fulgte analysen tre faser. Først ble det gjennomført analyser på enkelt affekt nivå for hver pasient, deretter ble det gjennomført en identifisering av kjernescript for hver pasient, og til slutt ble det gjort en sammenligning av alle pasientenes affektive organisering..

De åtte respondentene ble intervjuet med Affektbevissthetsintervjuet (ABI) av kliniske psykologer. Monsen et al. (1989) utviklet dette semistrukturerte intervjuet og en tilhørende skåringskala for å utforske aspekter ved affekt integrasjon.

Affektbevissthet ble definert som grader av:

- **Oppmerksomhet:** personens evne til å gjenkjenne og legge merke til sine egne affektive reaksjoner.
- **Toleranse:** evnen til å la selvet påvirkes av affektene.
- **Emosjonell ekspressivitet:** evnen til å utvise klare og nyanserte affekt uttrykk.
- **Begrepsmessig ekspressivitet:** evnen til å artikulere dem.

For å få svar som kan skåres etter skalaen stilles det visse standardiserte spørsmål. Intervjuer kan imidlertid stille klargjørende og utdypende spørsmål avhengig av pasientens svar. I tabell 1 finner man typiske spørsmål som stilles til hvert av aspektene.

Tabell 1

Typiske Spørsmål til de Enkelte Aspektene:

| Oppmerksomhet | Toleranse | Emosjonell ekspressivitet | Begrepsmessig ekspressivitet |
|----------------------------------|---|--|--|
| Hvordan kjenner du at du er....? | Hvordan virker denne følelsen på deg? Hva gjør du med den? Tror du den kan fortelle deg noe av betydning? | Hva føler du om å vise andre at du er....? Hva tror du hadde skjedd dersom du fortalte at du var....? | Hva føler du om å fortelle andre at du er....? Hvordan forteller du andre at du er....? |

Informantene blir spurt om hver disse fire aspektene på ni affekter: Interesse/iver, behag/glede, frykt/engstelig, sinne/irritasjon, skam/sjenert, tristhet/fortvilelse, misunnelse/sjalusi, skyldfølelse/dårlig samvittighet og ømhet/hengivenhet. Det diskuteres fortsatt hvilke affekter som er basale, men Affektbevissthetsmodellen baserer seg på Izards (1991) utredninger på dette området. To affekter, avsky og forakt, har blitt lagt til modellen på et senere tidspunkt enn gjennomført datainnsamling for denne studien. For hver av de ni affektene spør intervjuer om scener hvor pasienten har opplevd den enkelte affekt (for eksempel iver). Med utgangspunkt i denne scenen/scenene spør intervjuer videre standardiserte spørsmål til hver enkelt affekt (se tabell 1 ovenfor). Dersom pasienten ikke evner å svare på ett eller flere av funksjonene (for eksempel hvis de svarer at de aldri har uttrykt sinne), spørres det etter hypotetiske tilfeller (for eksempel "Hva tror du hadde skjedd dersom du hadde....."). Dette kodes som Antagelses spørsmål i analysene og forkortes som en A i skriptskjemaene.

Intervjuene ble videotapet og deretter transkribert av sekretærer som ble instruert til å ikke inkludere nonverbale uttrykk som for eksempel sukk og pauser.

Svarene på hvert aspekt ble vurdert på en empirisk validert og reliabilitetstestet skåringsnøkkel for kvantifisering av kvalitativt material fra ABI (Monsen et al 2008). Denne skalaen går fra 1 til 9, der 9 er høyeste skåre. Skåre på 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 under fem indikerer en patologisk eller konfliktfylt fungering på det aspektet. Disse skårene ble brukt som en indikator når man så etter kjerneskipt innhold.

ABI gir informasjon både på innhold og på struktur nivå (med andre ord på nivå for organiserende prinsipper). Dette gjør at man kan identifisere skript og kjerneskipt basert på svarene pasienten gir. Kjerneskipt identifikasjonen skjer i to stadier. Først identifiserer man strukturen på hver enkelt affekt, og deretter identifiserer man personens mest presserende og uløselige problem på tvers av disse ni enkeltskiptene. Analysen av enkeltskiptene begynner gjennom at man nøye leser igjennom intervjuene. Man trekker så ut nøkkelord fra intervjuet som plasseres i et Affektbevissthetsskjema. Et nøkkelord defineres som essensen av pasientens svar på ABI spørsmålet og er så nært pasientens egen selvbeskrivelse som mulig. Dette gjøres når flere av elementene i intervjuet representerer analoge meninger. Disse nøkkelordene blir organisert i bolker avhengig av de hvem av de fem aspektene de hører inn under av Scener, Oppmerksomhet, Toleranse, Emosjonell ekspressivitet og Begrepsmessig ekspressivitet. Parallelt med dette ble det skrevet notater som beskrev det tematiske innholdet i intervjuet. I appendix 1 gis et eksempel på et slikt skjema på en enkelt affekt.

I både enkeltskiptene og i kjerneskiptene identifiserer man forskjellige problematiske strukturorganiseringer og det er blitt konstruert tegn for å representere ulike dynamiske kvaliteter. I Tabell 2 ses tegnene som er brukt i den skjematiske fremstillingen av skript og kjerneskipt.

 Tabell 2
Tegnene brukt i skript

| | | | | |
|-------------|----------|------------|----------------|------------|
| Konflikt: ↑ | Brudd: ≠ | Kobling: X | Fusjonering: ∞ | Sekvens: ↓ |
|-------------|----------|------------|----------------|------------|

En konflikt er definert som å inntreffe når to meningsenheter representerer konfliktfylt innhold, med andre ord at man forsøker å unngå sensasjonene eller virkningen av affekter, eller prøver å forvrengte eller skjule uttrykket. Bruddtegnet settes når opplevelsen av en affekt blir brutt enten gjennom at en annen affekt blir figur, eller gjennom forskjellige defensive strategier. Dette omhandler å miste sammenhengen i opplevelse. I arbeidet med denne studien ble det lagt til en variasjon i denne koden: ≠O, som representerer Brudd ved overveldelse. Dette tegnet ble satt når pasienten beskriver ”tomhet”, eller ”drevethet”. En kobling er når to eller flere affekter er koblet på en måte der opplevelsen av en affekt er blandet med en annen affekt. For eksempel i kjerneskriftet til ABI 5 er det slik at når pasienten opplever frykt så er den koblet på en sterk skyldfølelse fordi hun ikke vil utsette sine nære for bekymringer og bry med sin unaturlige redsel, og en skamfølelse fordi hun trenger mer enn andre mennesker for å takle redselen sin. Under arbeidet med disse hovedoppgavene ble det ble også lagt til tegnet Fusjon. Fusjonering av affekter skjer når pasienten ikke skiller mellom affektene. Et eksempel er ABI 2. Der ser man at pasienten beskriver helt identiske kriterier når hun svarer på hvordan hun kjenner at hun er skamfull og hvordan hun kjenner at hun er redd. Rasjonalen for denne skjematisk organiseringen av materialet er at det gir en oversiktlig og sammenfattet versjon av intervjuet som vil lette et søk etter viktige mønstre.

Identifiseringen av et kjerneskrift involverer en sammenligning av alle ni enkeltskriptene med tanke på hvor problematiske de er. De blir skjematisk fremstilt etter samme prinsipper som enkeltskriptene. Gjennomgående scener, affekter og mønstre for affektorganisering som indikerer repeterende og ineffektive selv validerende strategier vil være retningsgivende prinsipper i denne identifiseringen. Det

samme vil skårene som er oppnådd på hver enkelt affekt (Monsen & Monsen, upublisert manuskript) og de notatene man har skrevet seg underveis. Det man leter etter er hvilke affekter, aspekter eller mønstre for affektorganiseringen hos individet som representerer deres mest presserende og uløselige problem. Tomkins har utviklet tre hovedkriterier for utvelgelse av affekter og scener for kjerneskrift identifikasjon. For det første understreker han at man ser etter den eller de affektene som oppleves som mest intens og mest vedvarende for pasienten, sett gjennom aktiveringskvalitet, sceniske kvaliteter og koblingskraft til andre affekter. Dernest understreker han hva som oppleves som den bratteste aktiveringsendringen i denne affekten, for eksempel ukontrollert spenning eller avbrutt affekt. Det tredje kriteriet omhandler hva som er den mest typiske repeterende sporet av konfliktfylte intrapsykiske sekvenser (Tomkins, 1995d). Det ses ikke etter ressurser, men individets mest presserende problem. Variasjon og mangfold rundt dette er imidlertid ivaretatt når man gjennomførte enkelskrift analysene. Kjerneskriftet kan manifestere seg på mange forskjellige måter, for eksempel kan en person vise seg å ha problematikk hovedsakelig i det ekspressive eller i håndteringen av affekten, mens andre kan ha store problemer med å kjenne hvilke affekter de til en hver tid opplever. Dette kan gjelde for spesifikke affekter eller for alle. Kommentarer som forklarte kjerneskriftet i detalj ble skrevet til hver pasient. (I appendix finnes de åtte kjerneskriftene).

I etterkant av identifiseringen av kjerneskrift på enkeltindivid nivå ble materialet videre undersøkt for mulige gjentakende temaer på tvers av alle pasientene. Kjerneskriftene ble analysert med forskjellige farger for potensielle koder. Disse ble videre sammenfattet under temaer.

2.3 Metodologiske hensyn

Det var bare en person i dette utvalget som hadde en ren GAD diagnose. Dette taler for studiets eksterne validitet, da det er funnet at mellom 48 % og 98 % av de med GAD har en komorbid lidelse (Goisman, Goldenberg, Vasile, & Keller, 1995). Det ble også funnet at de mest vanlige komorbide lidelsene var sosial fobi og spesifikk fobi, noe

som er i samsvar med forskningen på GAD og komorbiditet (Brown, Campbell, et al., 2001; Wittchen et al., 1994; Yonkers, Warshaw, et al., 1996).

Med en semistrukturert tilnærming så kan også det bli noen forskjeller i mengden data som er innsamlet på hvert intervju. Dette kom av at noen av terapeutene stilte flere oppfølgingsspørsmål enn andre. Det antas imidlertid at dette ikke hadde større påvirkning på kjerneskipt identifikasjon. Grunnen til det er at de store mengdene med informasjon som ble innsamlet med intervjuet gjorde at individenes problematikk ofte kom tydelig frem over flere ulike affekter.

Det er også slik at metoden for skjematisk fremstilling av skript og kjerneskipt er under utvikling, og det kan forekomme noen endringer i måten skript blir laget på i fremtiden, eller at det legges til andre tegn/begreper etter hvert. Det kan imidlertid nevnes at tre av kjerneskiptene i denne studien har oppnådd konsensus i en gruppe bestående av flere hovedoppgave gruppemedlemmer og under veiledning av Jon T. Monsen.

3. Resultat

Forskningsspørsmålene i denne studien blir (1) å undersøke affektorganisering hos et utvalg GAD pasienter, (2) å undersøke om det er noen affekter og /eller integrasjonsaspekter skiller seg ut for denne gruppen og (3) om man kan finne mønstre for gjentakende affektorganisering, eller om det er variasjon som karakteriserer utvalget.

3.1 De kvantitative indikatorer

Dette utvalget har en gjennomsnittelig global affektbevissthets skåre på 3,8. De intervjuene som er henholdsvis lavest og høyest er ABI 5 med en skåre på 3,28 og ABI 6 med 5,08. Blant enkeltaffektene får sjalusi/misunnelse, tristhet/fortvilelse og redd/engstelig lavest gjennomsnittelig skårer. De behagelige affektene ligger opp mot det teoretiske normalnivået med en gjennomsnittelig skåre på 4,86, mens de ubehagelige affektene ligger på 3,28. Gjennomsnittsnivået i denne gruppen indikerer en konfliktunngående profil, ved at de behagelige affektene er bedre integrert enn de ubehagelige. Gruppen har også en noe lavere integrert interesse, der denne har en noe lavere skåre enn de to andre behagelige affektene.

Av integrasjonsaspektene er det Begrepsmessig ekspressivitet som kommer ut med lavest gjennomsnittelig skåre for hele utvalget med 3,2 (spredning 2,57 - 4,56). Dernest kommer Emosjonell ekspressivitet med 3,5 (spredning 2,78 - 5,44), så Toleranse med 3,8 (spredning 2,78 - 4,89) og høyest integrert er Oppmerksomhet med 4,7 (spredning 3,89 - 5,56). Dette mønsteret tilsier at denne gruppen pasienter har en teoretisk sett normal eller god nok tilgang å kunne identifisere og skille mellom affekter, mens de har et mer problematisk forhold til å la affektene virke på seg, til å ta inn over seg informasjonen i affekten, til å la seg motivere til hensiktsmessig handling og til å uttrykke de.

Når man ser videre på enkeltindividene er det en del variasjon med tanke på hvilke affekter som skårer lavest. Av de åtte informantene finner man tre som har

tristhet/fortvilelse som lavest integrerte affekt, at to har skyld/dårlig samvittighet, to har sjalusi/misunnelse og en har frykt/engstelig. Siden det ofte er små marginer som skiller de lavest skårende affektene i dette utvalget ble det valgt å trekke ut hvilke affekter som var informantenes tre lavest skårende affekter (se Tabell 3). Da finner man at skam/sjenert og sjalusi/misunnelse ses som en av de lavest skårende affektene seks ganger blant de åtte informantene, fem informanter har med frykt/engstelig, tre har tristhet/fortvilelse, skyld/dårlig samvittighet og sinne/irritasjon, mens det er en informant som har en positiv affekt med som en av de tre laveste, da interesse.

Tabell 3

Informantenes tre Lavest Skårende Affekter

| ABI 1 | ABI 2 | ABI 3 | ABI 4 | ABI 5 | ABI 6 | ABI 7 | ABI 8 |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Tristhet | Tristhet | | | Tristhet | | Tristhet | Tristhet |
| Sjalusi | | Sjalusi | Sjalusi | Sjalusi | Sjalusi | | Sjalusi |
| Skam | Skam | Skam | | Skam | Skam | | Skam |
| Angst | Angst | | Angst | | | Angst | Angst |
| | Sinne | | | | | Sinne | |
| | | Skyld | Skyld | | Skyld | | |
| | | | | Interesse | | | |

Når det kommer til å identifisere kjerneskrift er skårene det første man går til for å få en indikasjon på hvilke områder som er mest problematiske for pasienten. Det ble imidlertid slik at det i dette utvalget ikke var full overensstemmelse mellom de affektene som ble inkludert i kjerneskriftet og de affektene som hadde lavest skåre. Dette skjedde fordi det ofte var små marginer som skilte de laveste affekten fra hverandre i denne gruppen. Et eksempel på dette kan ses i skårene til ABI 2. Der finner man at de fire laveste skårene ser slik ut.

Tabell 4

Eksempel på Skåringsdistribusjon hos en Pasient

| ABI 2 | opp | Tol | emo | beg | Gj.snitt |
|--------------|------|------|------|------|----------|
| Interesse | 5 | 5 | 4 | 5 | 4,75 |
| Glede | 5 | 4 | 5 | 5 | 4,75 |
| Angst | 4 | 2 | 2 | 3 | 2,75 |
| Sinne | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Skam | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 |
| Tristhet | 5 | 2 | 3 | 3 | 3,25 |
| Sjalusi | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| Skyld | 5 | 3 | 4 | 5 | 4,25 |
| Ømhet | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 |
| Gj.snitt | 4,44 | 3,22 | 3,11 | 3,78 | 3,64 |

Her er det ett poeng som skiller de fire laveste skårene, noe som ikke kan anses som avgjørende i forhold til å skille ut angst som en affekt av større vesentlighet enn noen av de andre hos denne personen. En må vurdere kompleksiteten og ladningen i den enkelte affekt å se om den skal inkluderes i kjerneskriftet. Selv om en pasient kan ha en rimelig god tilgang en viss affekt, kan den allikevel være så konfliktfylt og sammenblandet på noen av de andre aspektene at den skal med i kjerneskriftet. Det som derimot hadde vært interessant å undersøke er om dette mønsteret (der

ubehagelige affekter er generelt sett like lave på skårer) er spesifikt for denne pasientgruppen.

3.2 Likheter på tvers av kjerneskriptene

Med det semistrukturerte intervjuet som er blitt brukt i denne studien finner man stor variasjon i redegjørelsene pasientene kommer med. Hvert enkelt individ synes å ha en personlig og subjektiv historie til hver affekt. Allikevel finnes noen likheter på tvers av kjerneskriptene. Pasientene utviser i stor grad sammenblanding av forskjellige affekter, noen likheter i temaene de tar opp under visse affekter, samt at de har meget intense affektive opplevelser. I appendix 2 finnes alle kjerneskriptene.

3.2.1 Affektene inkludert i kjerneskriptene

Når man ser på hvilke affekter som er inkludert i kjerneskriptene finner man at alle åtte har med redsel, at syv har med tristhet, fem har med skam, samt at to stykker har skyld. Det er kun to kjerneskript som avviker fra dette gjennom å ha med andre affekter (da henholdsvis sinne og interesse), men også disse har med to av de fire sentrale affektene man ser i de andre kjerneskriptene (se appendix for kjerneskript).¹ Felles for alle kjerneskriptene er at opplevelsen av en affekt er sterkt blandet sammen med opplevelsen av en annen. Denne sammenblandingen finner man i alle de fire integrasjonsaspektene Oppmerksomhet, Toleranse, Emosjonell ekspressivitet og Begrepsmessig ekspressivitet. Hvordan dette manifesterer seg vil utdypes nærmere i redegjørelsen for de to mønstrene for affektintegrasjon som er observert i dette materialet. Noen affekter er fusjonert med hverandre (de er uløselig knyttet til hverandre og pasienten kan ikke skille mellom de), mens andre er koblet på hverandre (for eksempel ved at en affekt alltid følger opplevelsen av en annen). Hos noen kan man finne begge disse formene for organisering. I ABI 3 ses et eksempel på en kobling mellom tristhet og redsel:

¹ Årsaken til at den lavt integrerte affekten sjalusi/misunnelse ikke er med i noen kjerneskript vil diskuteres senere i oppgaven.

T: Hvordan kjenner du at du blir trist?

P: Tankefull. Tenker i katastrofer. Forsøker å dempe F fordi den beveger angsten min.

To av kjerneskiptene har en noe annerledes sammensetning enn de seks andre, der den ene har med interesse, og den andre sinne. Det man allikevel kan se er en problematisk sammenkobling av en utløsende affekt med redsel for hva andre skal synes og for å selv ta feil, enten gjennom sin interesse eller gjennom å vise sinne. Denne formen for redsel er på sin side koblet med andre affekter som gjør opplevelsen enda mer komplisert. Man ser dermed også her at udifferensiert forhold til to sammenblandede affekter var et sentralt problem.

Når man ser på de tre vanligste affektene som er inkludert i kjerneskiptene (skam, redsel og tristhet) er det noen likheter som melder seg. Ikke overraskende er redselen i de fleste intervjuene preget av en veldig sterke kvaliteter hos alle respondentene, med en noe overvekt av kroppslige beskrivelser. Slik beskriver en respondent sin redsel (ABI 8):

Klarer ikke å puste pga hjertebank. Skjelven. Puster med munnen, kort. Jeg tenker hele tiden på samme..... Fluktmuligheter.

I alle kjerneskiptene ser man også at redselen er koblet på eller fusjonert med andre affekter. Hvordan dette spesifikt manifesterer seg er veldig individuelt. Noen blir redd når de er skamfulle, noen blir redde når de er triste mens andre blir skamfulle når de er redde. Disse spesifikke manifestasjonene er svært varierte og kan hentes i den idiosynkratiske redegjørelsen til enkeltindividet.

For de fem som har med skam i kjerneskiptet sitt ser man at den er aktivert av sosiale situasjoner. Dette ses også for den relaterte affekten skyld. I fire av kjerneskiptene er skam enten koblet eller fusjonert med redsel, mens i et er det slik at skam virker inn i de to andre affektene og fusjonerer de med hverandre. Av disse fem kjerneskiptene så har fire tilsynelatende mest problematikk med det å skulle uttrykke skam til andre mennesker.

Hos de pasientene hvor tristhet inngår i kjerneskriftet preges affektintegrasjonen av en overveldet form for negativ tankegang som er fokusert rundt at de ikke duger, at de blir grublete, pessimistiske, apatiske eller destruktive. Her er det større variasjon i hvilket av integrasjons aspektene affekten påvirker, og man ser den i både Oppmerksomhet, Toleranse og Ekspressivitets aspektene. Det ser ut til at denne affekten har svært ødeleggende effekt på pasientene fordi den fremstår som drevet, og som at den har langvarige og svært negative effekter på livet til individene. ABI 8 har et eksempel på hvordan tristhet virker inn på henne:

Blir deprimert. Grubler mye. Blir destruktiv i tankegangen - tenker i onde sirkler. Alt blir veldig negativt.

ABI 6 og ABI 2 forteller om sin tristhet slik:

Lite tiltakslyst eller overskudd, noe er rart, konsentrasjons problemer. Negative tanker om fortiden og fremtiden, pessimistisk, grublete og filosofisk. Bruker all energi.

Ser vel i grunnen bare negativt på all ting. Ikke noen lysning. En kan bli så trist at en har lyst til å ta livet sitt, ikke ta livet sitt, men at det hadde kanskje vært best om en ikke hadde levd, og....at en aldri var født. Du blir oppgitt liksom, og setter deg ned.

Hvordan dette virker inn i organiseringen av kjerneskriftet er igjen meget forskjellig fra individ til individ, men tematikken synes å reflektere en lite hensiktsmessig, nærmest depressiv form for overveldelse.

3.2.2 Sterk intensitet i opplevelse

En annen kvalitet ved materialet til dette utvalget er at de er preget av beskrivelser av sterk intensitet i de aktuelle kjerneskrifts affektene. De beskriver kroppslige og meget kraftige kriterier for affektoplevelse. Det er naturlig at affekter som redsel og skam vekker sterke fysiologiske og psykologiske reaksjoner, og det er kanskje også forventet med tanke på at individene i gruppen fyller kriteriene for en GAD diagnose. Men det som kommer meget tydelig frem er hvordan denne til tider voldsomme aktiveringen hemmer pasientenes evne til å bruke og handle effektivt til affekten. Flere

av pasientene går over i en regelrett form for overveldelse og bryter dermed med opplevelsen av affekten, enten i form av at kroppslig reaksjoner kommer i forgrunnen eller ved at de blir lammet. Slik beskriver ABI 3 og ABI 2 hvordan de kjenner sin redsel:

Fysiske symptomer med hjertebank, pulsen øker veldig, selv når jeg ligger i ro, eller våkner om natten og har drømt (...) men mest diaré, krampe i korsryggen helt nederst, og sånn vondt i magen da.

Noen ganger så kan en jo miste både munn og mæle (...) Andre ganger så kan du bli skjelven og ekkel (...) Nei, altså, du blir helt stum og får ikke sagt et ord. Hvis det er noen som sier noe, så får du ikke forsvart deg, for du blir helt sånn lamma, liksom. Helt sånn.....apatisk.

Denne formen for overveldelse finner man i alle intervjuene, også hos de som har en noe bedre håndtering enn andre. Noen informanter kan til tider handle på en adaptiv måte, for eksempel ABI 1 som kan søke andre og forsøke å finne en løsning. Men hun beskriver tegn på overveldelse når skyld aktiveres ved at hun er rastløs, lukker seg ute, legger seg, gjemmer seg og føler et sterkt behov for å gå ut og spille pengespill. Dette er et eksempel på hvordan en person til tider kan handle noenlunde adaptivt, men der man også ser at tendensen til overveldelse i form av å være drevet til utagering er tilstede. Det er også nærliggende å tro at det er denne overveldelsen som er den vanligste beredskapen til denne pasienten. Denne formen for overveldelse ses spesielt i redsel og skam, men også i tristheten når den er depressivt drevet og overveldet som i dette materialet.

Oppsummert ser man altså at individene har en konfliktunngående profil som manifesterer seg ved at de behagelige affektene er bedre integrert enn de ubehagelige. Kjerneskriftene preges av at de sentrale affektene redsel, skam og tristhet er på forskjellige måter blandet sammen, enten gjennom fusjonering der affektene ikke skilles fra hverandre, eller gjennom koblinger der affekter opptrer sammen, men med noe form for atskillelse. Videre ser man at de har en generell tendens til sterke affektive opplevelser som hos noen er så kraftig at den fører til en overveldelse.

3.3 Tendenser i materialet

Den kvalitative analysen på tvers av alle kjerneskriftene avdekket at materialet deler seg inn i to hovedmønstre for affektorganisering. Man ser for det første at fire av intervjuene er mer preget av problematikk i de aspektene som har med opplevelsen av affekt å gjøre (med andre ord i Oppmerksomhet og Toleranse aspektene), mens fire manifesterer mer problematikk i forhold til det å uttrykke affekter (i Emosjonell og Begrepsmessig Ekspressivitets aspektene). Disse spesifikke mønstrene er karakterisert av aktiv unngåelse av affekt for den ene undergruppen, og beredskap for ydmykelse for den andre.

3.3.1 Aktiv unngåelse

Den første gruppen var de informantene som manifesterte problematikk hovedsakelig i Oppmerksomhet og Toleranse aspektene. De kan synes å ha en tendens til å benytte seg av en form for aktiv unngåelse i sin håndtering av affekter. Denne tendensen ses i ABI 1, 4, 5 og 7 (i appendix er den aktuelle tendensen satt i kursiv i kjerneskriftene). I disse kjerneskriftene ser man hvordan informantene benytter seg av forskjellige former for aktiv avsporing som for eksempel trening, pengespill, gå å legge seg, TV, unngåelse av mennesker og aktuelle situasjoner for å dempe virkningen av affekten. Flere av disse pasientene sier selv at de forsøker å unngå affekten og skyve den vekk. Dette svarer ABI 1 når hun blir spurt om hva hun gjør med tristheten sin:

Gjemme meg. Da går jeg og legger meg. Jeg kan ta med meg lommeboka og gå på bingo, sitte der. Lukke meg helt ute fra andre og bruke penger. Eller at jeg går ut.

Noen bruker av og til en mer tankemessig distrahering hvor de beskriver at de går inn i en tilstand hvor de ikke gidder å snakke, høre eller se, eller at de skyver tankene vekk. Andre ganger bruker de mer fysiske strategier som trening, husarbeid eller at de går ut for å se andre mennesker (men de tar ikke kontakt med noen, poenget er kun å *se* andre). Denne unngåelsen kan man se virker dårlig inn på deres evne til å oppleve affektene, skille de fra hverandre og nyttegjøre seg av dem. De går i stedet over i en

tilstand der deres opplevelse av affektive arousal signaler blir oversett, mens det fysiologisk er slik at kroppen fortsetter å sende affektive signaler (LeDoux, 1999).

For denne gruppen er det større heterogenitet i affektene som er inkludert i kjerneskriptet enn det er for den andre undergruppen. Her ses interesse i ett og sinne i et annet, men begge disse har to av de mest vanlige affektene i kjerneskriptet (da skam, redsel eller tristhet). De to andre kjerneskriptene består av forskjellige konstellasjoner av henholdsvis skyld, tristhet og redsel, og skam, redsel og tristhet. Det som karakteriserer denne gruppen er altså problematikk med å differensiere affektene og tydelig kjenne på virkningen av de.

3.3.2 Beredskap for ydmykelse

Den andre tendensen som ses i materialet er hos de kjerneskriptene som utviser problematikk hovedsakelig i de to Ekspressive aspektene (ABI 2,3,6 og 8). De har en beredskap for ydmykelse fra andre (i kjerneskriptene i appendix er den aktuelle tendensen understreket). De har en antagelse om at andre mennesker vil reagere på deres uttrykk av affekter med å bevisst gå inn for å latterliggjøre dem og bruke deres svakhet mot dem. Her en noen eksempler fra ABI 6, 2 og 3 på hva de har svart under Emosjonell eller Begrepsmessig ekspressivitet:

(Redsel) Jeg føler vel at det... kanskje i større grad enn noen annen følelse, på en måte, å utlevere meg selv (...) Og når man viser svakhet. Viser det at andre får vite det, så, nei, da vet de liksom noe... mine svakheter, som de kan... utnytte, liksom, mot meg.

(Tristhet) Så er det ikke så veldig festlig å vise at en er trist. At de skal kunne kose seg over det at jeg har problemer.

(Tristhet) Er flaut, føler at er uten forsvar. Redd for å virke svak, patetisk, sytete.

Alle informantene i denne undergruppen har mer eller mindre av denne forventningen også i de behagelige affektene, noe som understreker denne beredskapens gjennomgripende og ødeleggende effekt på individene. Det er ikke like sterk

beredskap i de behagelige affektene som i de ubehagelige, men alle informantene har et mer eller mindre komplisert forhold til også det behagelige aspektet av følelseslivet. Her er et eksempel på dette tatt ifra ABI 323 der hun blir spurt om hun kan vise glede:

Til noen folk kan jeg vise det, andre ikke. Jeg har på følelsen at de ville bare drept gleden. Kanskje de hadde blitt litt misunnelig.

I denne undergruppen er det likhet i affektene inkludert i kjerneskriptene der alle har forskjellige sammensetninger av skam, redsel og tristhet. Dette ser man også på scenene som nevnes. Den gruppen som har en beredskap for ydmykelse nevner til stor grad sosiale situasjoner, mens den andre gruppen har mer variasjon i sine scener. Beredskapen for ydmykelse som man finner i Ekspressivitets aspektene virker inn i disse pasientenes evne til å kjenne på og tolerere disse affektene. Den gjør at det kobles på en sterk skam og en redsel for å bli ydmyket, sett ned på og latterliggjort når de opplever ubehagelige, og i deres syn svake, affekter. Denne antagelsen gjør altså at pasientens opplevelse og håndtering blir forkludret av opplevelser av mindreverd og frykt, samtidig som personen får et svært høyt aktiveringsnivå og ofte også blir overveldet. Effekten av dette er at pasientens evne til å nyttegjøre seg affekten svekkes, og i flere tilfeller brytes affektoplevelsen totalt. For eksempel så forteller ABI 8 hvordan hun blir forferdelig redd for at andre skal bruke hennes svakhet mot henne. Derfor er oppmerksomhets kriteriene hun beskriver preget av en panikkaktige redsel for å ikke klare å holde frykten sin under kontroll. Her ser man altså hvordan en beredskap i domenet som omhandler å uttrykke affekter (*"De hadde sett på det som et svakhetstegn, kunne bruke det mot meg"*) virker inn i hvordan hun opplever sin egen redsel (*"Klarer ikke puste. Tenker hele tiden på fluktmuligheter"*), i hvordan den virker på henne (*"Redd hjertebanken skal forsterke seg, for at skal bli så skjelven at jeg ikke skal klare å holde meg oppreist"*), og hva den får henne til å gjøre (*"Prøver å holde kontroll ved å tenke at det er alltid fluktmuligheter"*).

Det er også en interpersonlig redsel hos gruppen med aktiv unngåelse, men da er de redd for hva andre skal synes og for at andre skal bli såret, og dermed manifesterer de ikke denne interpersonlige mistenksomheten omkring at andre skal bevisst gå etter

dem og ydmyke dem. Denne beredskapen når det gjelder å vise skam, redsel og tristhet til andre mennesker er det som er den primære drivkraften i kjerneskriftet og virker forstyrrende inn i Oppmerksomheten og Toleransen, kontra den andre grupperingen som utviser en problematikk primært i Toleransen. På samme måte ser man at de med beredskap for ydmykelse også utviser en form for unngåelse av affektive situasjoner, men det er noen kvalitative forskjeller på denne formen for unngåelse kontra gruppen med den aktive unngåelsen. Dette er for det første på bakgrunn av at informantene i gruppen med beredskap for ydmykelse ikke beskriver like ofte slike forsøk på å unngå, men også i det at det ikke kan spores det samme *aktive* forsøket på å finne noe som kan avspore fra affekten. Det vil si at de utviser tilbaketreking, men man finner ikke den samme evidensen for at de bevisst går inn for å la vær å kjenne på affektene gjennom å bruke forskjellige strategier. Man kan altså skille mellom et aktivt forsøk på unngåelse av affekt, og en mer passiv unngåelse der personen kun trekker seg tilbake.

Eksempel på aktiv unngåelse av affekt fra ABI 5:

Jeg prøver noen av teknikkene jeg har lært (...) Gjør husarbeid. Og er det ingenting som virker så tar jeg en tablett. For jeg orker ikke gå sånn.

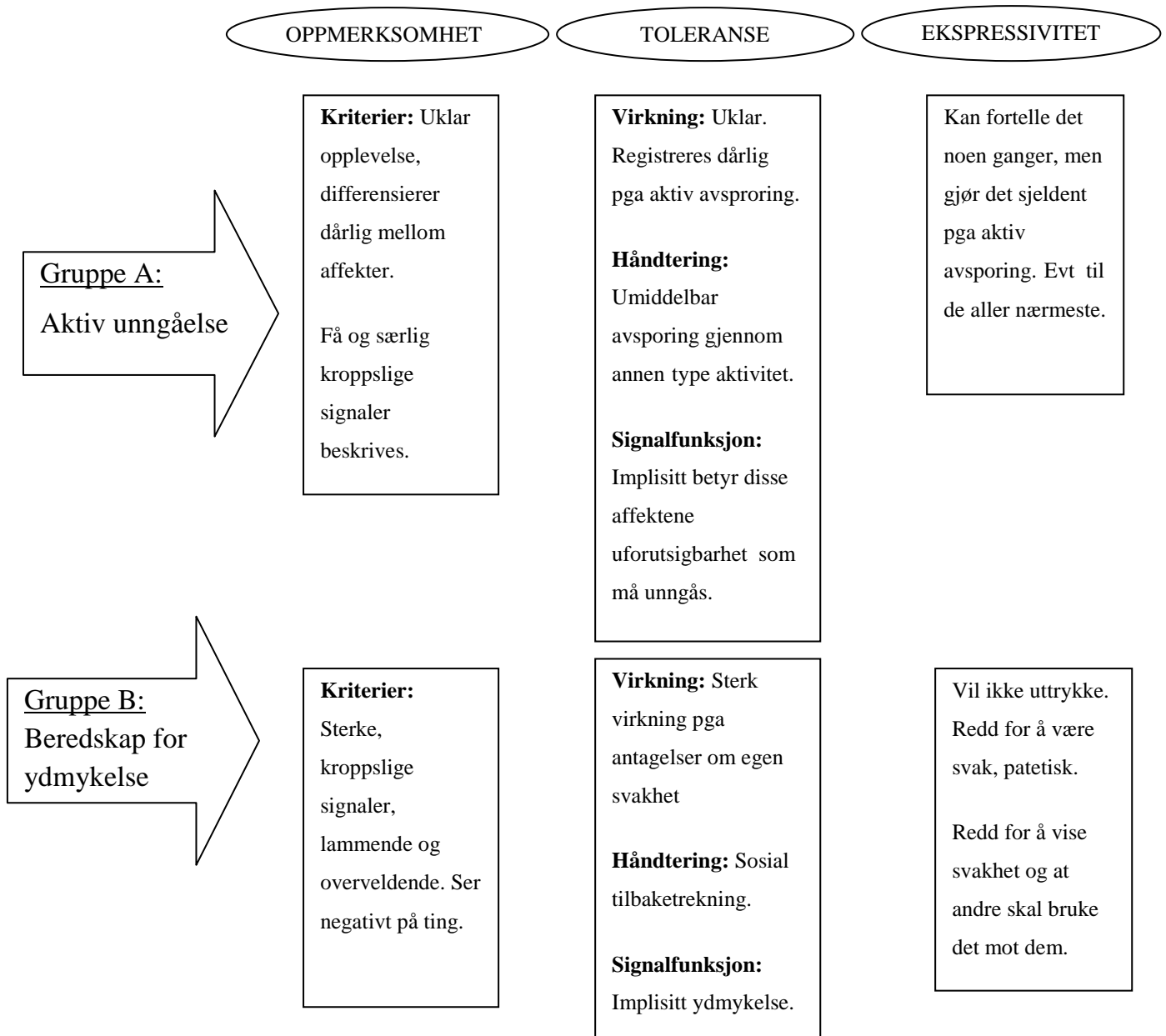
Eksempel på en mer passiv unngåelse fra ABI 2:

Jeg kan mange ganger føle meg sjenert bare av å møte folk på gata. Hvis ikke jeg kjenner de veldig godt, da, så kan det være ekkelt, noen ganger(...)Den får meg til å bli sky og trekke meg vekk.

Her ser man hvordan den første formen for unngåelse er preget av et aktivt forsøk på å finne aktiviteter som kan avspore fra opplevelsen av affekten, mens det andre eksempelet er preget av at personen trekker seg fra situasjonen. I Figur 1 ses en skjematisk fremstilling av de to tendensene.

TENDENSENE I MATERIALET:

Aktiv unngåelse og beredskap for ydmykelse i skam, redsel og tristhet



Figur 1. Illustrasjon av de to Tendensene

Oppsummert ser man altså at materialet deler seg inn i to, der den ene gruppen benytter seg aktivt av strategier for å forhindre å oppleve affektene. Denne gruppen har en noe større variasjon i affekter inkludert i kjerneskriftet og i scenene de beskriver

enn gruppen med beredskap for ydmykelse. For den andre undergruppen er det å vise de ubehagelige affektene skam, redsel og tristhet forbundet med å bli sett på som svak og patetisk. Dermed blir opplevelsen av de affektene som er forbundet med denne beredskapen smeltet sammen med opplevelsen av mindreverd og frykt for andres utnyttelse. Dette virker sekundært inn i Oppmerksomheten og Toleransen og gjør opplevelsen av affektene utydelig, og virkningen og håndteringen mangelfull.

4. Diskusjon

I denne studien ble det funnet likheter både på tvers av og innad i utvalget. I den neste seksjonen vil det diskuteres noen av implikasjonene av dette.

4.1 Sammenblanding og utydelig opplevelse av affekter

Man finner at alle skriptene er sterkt preget av sammenblandede affekter, da særlig skam, redsel og tristhet, men også sinne, interesse og skyld. Denne sammenblandingen ses i alle de fire integrasjonsaspektene Oppmersomhet, Toleranse, Emosjonell og Begrepsmessig ekspressivitet. Dette betyr at i det en affekt aktiveres i individet vil det signalisere aktiveringen av en annen affekt, med sine tilhørende kvaliteter. Dette antas å føre til en person som mangler følelse av kontinuitet og meningsfylt sammenheng i de fysiologiske og kognitive signalene de opplever. Affektene blir en utydelig masse av sterke, og av og til motsigende, signaler i stedet for en tydelig kilde til informasjon (Monsen, 1997). Videre kan man tenke seg at den fritt flytende angsten GAD pasienter opplever kan være en konsekvens av denne uklare selv opplevelsen. Dersom de lever i en verden der de ikke kan lese sine egne interne signaler og der de ikke kan utskille klart hva de ønsker og hvordan de skal få gjennomført det, kan det tenkes at det vil føre til en slags vigilant tilstand. Dette fordi organismen på et grunnleggende arousal nivå signaliserer at det er noe i omgivelsene som er av relevans, mens de selv ikke er i stand til å skille klart ut hva dette relevante er. Er det noe jeg skal være redd for? Er det noe jeg må passe meg for å ikke gjøre? Er noen i ferd med å tråkke over mine grenser? Når pasienten ikke kan svare på slike eller tilsvarende spørsmål som kan være relevante for den situasjonen de er i, vil løsningen muligens kunne være å bekymre seg for å dempe følelsen av usikkerhet og uforutsigbarhet som nødvendigvis vil følge en slik uklarhet. Ifølge Borkovecs (2004) teori er bekymring en strategi for å distansere seg fra emosjonelt materiale, og dette er ikke uoverensstemmende med en affektbevissthetstankegang. Vi tar det imidlertid et steg videre gjennom å identifisere det emosjonelle materialet de distanserer seg fra som den ubehagelige følelsen av uklar selvopplevelse som følger av en

sammenblanding av skam, redsel og tristhet i de forskjellige integrasjonsaspektene. Dermed blir sammenhengen som bekymringen oppstår i klarere.

4.2 Sterk intensitet i opplevelse

En annen ting som karakteriserer disse intervjuene er at pasientene er preget av sterk aktivering og i noen tilfeller sterk overveldelse. Kriteriene de beskriver på Oppmerksomhets aspektet er preget av kroppslige symptomer som kramper, nervøs mage og hjertebank. Når affektene overmannen personen på denne måten gjør det at deres kapasitet til å prosessere affekten og deres evne til å handle adekvat i forhold til den blir redusert. Affekten blir farlig for dem fordi de mister sin evne til å kontrollere, predikere, symbolisere og fantasere omkring det som skjer med dem. Den tar i stedet over individet og gjør de til hjelpeløse tilskuere til hva som skjer med dem. Den truer dermed fornemmelsen av et ”jeg” som opplevende instans. Informasjonssignalet de får fra affekten er ikke et nyttig bidrag til meningsfull informasjon om selvet, men en truende opplevelse av å være identisk med affekten og av at de mister reflektorisk evne (J. Monsen, personlig kommunikasjon, 22 januar, 2010). Også dette kan tolkes som et bidrag til en vigilant tilstand som motiverer de for bekymring og fysiologisk tensjon. De blir redde for affektene sine som følge av denne sterke aktiveringen, og har svært negative assosiasjoner til affektive opplevelser på grunn av opplevelsen av manglende kontroll og sterke fysiske symptomer.

4.3 Affektene inkludert i kjerneskriftene

En av fordelene med Affektbevissthetsmodellen er at den ikke på forhånd antar at det er visse affekter som er av større relevans enn andre. Den undersøker de behagelige og ubehagelige affektene på lik linje, og utelukker ikke at også de behagelige affektene kan være problematiske for individer. Dette ble også bekreftet i denne studien, der man fant en pasient med en svært problematisk organisert interesse. Som en del av den kvalitative prosessen er det allikevel drøftet hvorvidt identifiseringen av visse affekter kan ha vært påvirket av forutinntatthet fra undersøkernes side. Det vil bli diskutert særlig frykt/engstelse og misunnelse/sjalusi.

At redsel inkluderes stemmer overens med en teoretisk antagelse om at den er sentral på bakgrunn av pasientgruppens symptomatiske fremstilling, men det kan ikke utelukkes at det i identifikasjonen av kjerneskiptene har vært en bias mot å inkludere redsel på grunn av dette. Det er i midlertidig slik at undersøger har hatt en hypotese underveis om at patologisk redsel muligens kan være en konsekvens av en problematisk strukturorganisering. Det ble i midlertidig bekreftet underveis at redsel er en del av kjernen i disse pasientenes problemer fordi den er veldig til stede i pasientenes liv, meget sterkt aktiverende og koblet på andre problematiske affekter.

Det som også kan diskuteres er det faktum at affekten misunnelse/sjalusi, som kommer svært dårlig ut skåringsmessig, ikke er inkludert i noen av skriptene. Enkeltskiptene på sjalusi vitner om at det er en affekt som er lite vedstått, da den har en svært negativt ladet sosial og kulturell betydning (blant annet er det den eneste av modellens affekter som er en dødssynd). De fleste vil ikke vedstå seg at de er særlig sjalu eller misunnelig. Man ser hvordan affekten blir avspaltet, og dersom den kommer til overflaten blir den veldig konvensjonelt/sosialt ønskelig behandlet. Dermed får de lave skårer, men måten enkeltskiptene fremstår på er ikke ladet med henhold til problematiske koblinger, innhold og andre konflikter på samme måte som de andre affektene. De bærer mer preg av en ren avspalting uten videre komplikasjoner. Misunnelse/sjalusi er en affekt som omhandler det å føle seg berettiget og inkludert, og det kan også tenkes at en avspalting av denne er en konsekvens av pasientenes mindreverdighetsfølelse (med andre ord en konsekvens av kjerneskiptene deres). Det er mulig at så lenge de føler sterk skam knyttet til selvopplevelse så er det vanskelig for dem å kjenne på at de er verdig til kreve rettigheter eller til å bli inkludert. Dette kunne være interessant å utforske videre.

4.4 Kvantitative indikatorer

Skåringsmessig ser man at denne gruppen ligger lavere på gjennomsnittelig skåre (3,8) enn den teoretisk sett gjennomsnittelige person som ligger på cirka 5. Det er i midlertid tydelig i denne studien at en global affektbevissthets skåre må ses i sammenheng med profilene til pasientene. Denne gruppen utviser en tydelig

konfliktunngående profil, der de behagelige affektene er bedre integrert enn de ubehagelige. En global affektbevissthets skåre kan derfor maskere en dårlig fungering på grunn av de høye resultatene de kan få på de behagelige affektene.

Teoretisk sett vil det å unngå ubehagelige affekter ha en rekke negative konsekvenser for individet fordi de ikke får tatt inn over seg informasjonen og den motivasjonelle beredskapen som disse affektene kan gi individet. For eksempel dersom man unngår å kjenne på sinne ville det kunne innebære at man får problemer med å sette grenser for seg selv og andre. Hvis man ikke kjenner på og lar seg bevege av tristhet vil man ha problemer med å sørge over tap, og med å endre sine mentale kart. På den andre siden er det også viktig å merke seg at denne profiltypen også viser individet ressurser. Dette fordi det er svært viktig for et individ at det er i stand til å føle glede, interesse og ømhet i møte med forskjellige former for livsutfordringer. Det er blant annet vanskelig å tenke seg at en person som ikke kan føle ømhet kan ha nære relasjoner til andre. Dette igjen er noe man vet er en sentral beskyttelsesfaktor for psykisk helse (Izard, 1960, Monsen, 1997).

Man ser også at gruppen har en lavere skåre på interesse enn de andre behagelige affektene. Dette kan muligens attribueres til det faktum at det ofte nevnes sosiale sammenhenger på denne affekten, og sjeldnere solitære interesser. Interesse handler for disse pasientene som oftest om det å diskutere med andre, jobbe med andre, hjelpe andre og lignende. Som det har blitt forklart i resultatdelen så har denne pasientgruppen et noe komplisert forhold til det interpersonlige som kan forklare denne lavere skåren. Så å si alle pasientene i utvalget fortalte om en form for interpersonlig redsel eller sensitivitet, mens antagelsene som lå til grunn for den sensitiviteten var annerledes for de to tendensene som har blitt observert. Mens gruppen med beredskap for yndykelse var redd for at andre skulle gå etter dem og ta dem for deres svakhet eller bruke det mot dem, så var gruppen med aktiv unngåelse mer redd for å dumme seg ut eller for å såre andre/overreagere. Denne interpersonlige sensitiviteten hos utvalget virker å ha påvirket integrasjonen av interesse.

4.5 Tendensene i materialet: To hovedformer for affektintegrering

Undersøkelsen av materialet viste at det var to undergrupper som utkrystalliserte seg. En gruppe benyttet seg av en form for aktiv unngåelse i møte med affektive opplevelser, mens den andre gruppen utviste en beredskap for ydmykelse. Det er interessant hvordan den formen for unngåelse man finner her er preget av spesifikke lærte strategier, og ikke bare en ren unnvikelse. Det er adaptivt å redusere redsel og skam, men måten det blir gjort på er det som bestemmer om det blir patologisk eller ikke (J. Monsen, personlig kommunikasjon, 16 april, 2010). I dette tilfellet får ikke pasientene prosessert affektene fullt ut, og vil dermed heller ikke kunne reagere på en måte som vil gi langvarige reduksjon av slike affekter. Unngåelsen virker slik at skam, redsel og tristhet knapt registreres gjennom at pasienten bryter med affekten gjennom aktiv avsproring eller tilbaketrekning. Denne avsproringen reduserer opplevelsene av skam, redsel og angst midlertidig, men i det lange løp gjentas problemet gjennom at affektene forblir utilfredsstilt og konfliktfylt. Kjerneskriftet blir et uforløst og ufullstendig forsøk på å gjøre den vonde scenen god igjen (Tomkins & Demos, 1995).

Fordi pasientene unngår full prosesseringen av affektene blir ikke den biologisk gitte affektive funksjonen i samsvar med kognitive og symbolske integrasjonsnivåer. Monsen (1997) har hevdet at uten den symbolske bearbeidingen av disse signalene så vil dette kunne virke inn på deres evne til å oppleve seg selv som sammenhengende, det vil si at reaksjonene gir mening. Selvrepresentasjonen deres blir basert på noe som går på tvers av affektkjernen i selvet og de opplever frustrasjon og forvirring fordi de to prosesseringsorganene følelser og tenkning ikke er i samstemt form. Dette er også noe som muligens kan forklare den fritt flytende angsten som disse pasientene går i. Mens opplevelsen av affektiv arousal ikke gis form som meningsbærende signal, fortsetter kroppen å sende affektive signaler via de mer basale hjernestrukturer som amygdala (LeDoux, 1999). Ifølge Tomkins (1995) vil denne aktiveringen oppleves av pasientene som et trykk, det vil si et signal om at noe er presserende. Uten at det affektive innholdet blir konseptuelt prosessert vil virkningen av affekten bli uklar og pasienten vil ikke kunne bearbeide det, respondere adekvat og dermed modifisere dette

trykket. I stedet går de inn i en opplevelse av at noe er presserende, men der deres sterke evne til å undertrykke denne opplevelsen på de høyere nivåene gjør at denne opplevelsen forblir udifferensiert og utilfredstilt. Det kan tenkes at bekymringen de utviser er en konsekvens av denne udifferensierte opplevelsen av at noe er presserende. De ender opp med å konstant bekymre seg i stedet for å oversette det affektive signalet til språk og bruke det kommunikativt. Dette kan også muligens forklare deres mange fysiologiske tensjons symptomer. I respons til en opplevelse av at noe er presserende aktiverer de dypere hjernestrukturer kroppen i forberedelse til dette mulige relevante. Uten adekvat modifisering fra høyere hjernestrukturer opprettholdes denne aktiveringen i konstant beredskap i forhold til hva som muligens kan komme.

Dette kan bidra til å kaste lys over et sentralt problem for de som bedriver atferdsmessig og kognitiv terapi med GAD pasienter. Disse pasientene utviser ofte ikke den fobiske, atferdsmessige unngåelsen som er vanlig for andre angsttilstander (Butler, Gelder, Hibbert, Cullington, & Klimes, 1987). Dermed blir eksponeringstreningen som er en sentral del av denne typen behandling problematisk. Resultatene fra denne studien viser imidlertid at lidelsen er karakterisert av unngåelse, men i stedet for å unngå eksterne situasjoner på grunn av deres aversive egenskaper, så unngår disse pasientene affekter. Det kan altså virke som om fokuset for disse pasientene burde være eksponering for affekter, og ikke eksponering for fryktede situasjoner.

Den andre grupperingen som ble funnet i denne studien var de som utviste en sterk beredskap for ydmykelse. Denne problematikken i de ekspressive aspektene virket inn i Oppmerksomheten og Toleransen og forstyrret en tydelig opplevelse og virkning av skam, redsel og tristhet. I sosiale situasjoner blir disse affektene et illevarslende signal om en potensiell interpersonlig katastrofe fordi konsekvensen av å vise disse ble at andre ville bruke deres svakhet mot dem. Derfor ble opplevelser av slike affekter blandet med en skamfylt og redselsfylt antagelse om deres svakhet og andres ondsinnete hensikter. Redsel ble koblet med skam fordi de skammet seg over sin

redsel som gjorde dem svake og patetiske, og samtidig ble skam ble forbundet med en redsel fordi de ble redde for hva andre skulle gjøre mot dem. I deres tilfelle er den gode scenen (det å bli sett og bekreftet på sine affektive opplevelser) blitt snudd til noe vondt (å vise den affektive opplevelsen innebærer å bli møtt med ydmykelse og latterliggjøring). De utvikler derfor et kjerneskript for å forberede seg på skiftet fra godt til vondt før det kommer, og dermed muligens kunne redusere sjansen for at det skjer igjen, eller for å redusere negativ affekt i forbindelse med det.

Denne interpersonlige problematikken vi finner her er i overensstemmelse med forskningen til Borkovec (2004) som finner at GAD pasienter har større interpersonlige problemer enn for eksempel et utvalg sammensatt av forskjellige psykiatriske diagnoser. Han hevder GAD pasienter bruker så mye kapasitet på å beskytte seg selv mot potensielle trusler fra andre at de ikke har igjen kapasitet til å være oppmerksom på og prosessere informasjon når det kommer til sine egne interpersonlige responser. Derfor lærer de ikke hvordan relatere seg til andre og repeterer i stedet disse maladaptive mønstrene for sosial fungering. Igjen er ikke dette i uoverensstemmelse med en affektbevissthetstankegang, men fokuset på affektiv organisering gir et bredere perspektiv enn man får ved å bare fokusere på informasjonsprosessering. Affektbevissthetsmodellen finner denne interpersonlige beredskapen, men kan også redegjøre for dens idiosynkratiske manifestasjon og de spesifikke konsekvenser for pasientenes fungering gjennom å spesifikt vise til hvordan denne formen for organisering (beredskap for ydmykelse) virker inn i andre domener (da gjennom å overvelde pasientens affektive opplevelse med frykt og skam i forlengelsen av denne antagelsen).

Ikke alle pasientene konkret rapporterte mulige formative scener fra deres oppvekstvilkår, men det kan med rimelighet antas at denne formen for affektorganisering er basert på et samhandlingsmønster mellom individet og betydningsfulle andre. Denne mistenksomheten ovenfor andre kan vanskelig tenkes å være dannet i annet enn i relasjon med andre. Dette mønsteret synes å ha svært omfattende effekter på livet til disse pasientene fordi de trekker seg fra visse aspekter ved interaksjon med andre personer. Sentralt i deres beredskap er en sterk redsel og

skamfølelse for at andre skal le av dem, more seg på deres bekostning og prøve å bruke deres svakhet mot dem. Med slike kjerneskipt får de vanskeligheter med å komme i kontakt med andre, og fordi de trekker seg fra andre vil kjerneskiptet bli forsterket gjennom at andre trekker seg fra dem. Tilbaketrekningen gjør at de ikke utløser reaksjoner fra andre som vil kunne avkrefte deres kjerneskipt, men skaper i stedet nye analoger til et skript med en emosjonelt ladet konklusjon om at de er uelskelige, sosialt inkompetente, patetiske og mindreverdige. I tillegg vil kjerneskiptet tendere til å absorbere og nøytralisere informasjon som ikke stemmer overens med dets ideo- affektive struktur (det vil si strukturen der kognisjon og affekt interagerer og danner grunnlaget for personens personlighet gjennom hva de er var for). Gjennom dannelsen av stadig nye analoger, det vil si søking og påvisning av likheter, vil denne beredskapen enklere bidra til en informasjonsbearbeiding som nøytraliserer motstridende informasjon enn den tar til seg og assimilerer informasjon som kunne avkrefte det. Denne interpersonlige beredskapen indikerer også teoretisk sett at de har opprettet en virkelighets oppfatning og et oppmerksomhetsfokus som kretser rundt andres opplevelsesverden. I tråd med affektbevissthetsteori vil dette kunne bidra til å gi sviktende selvoppmerksomhet, mangelfull integrasjon av affekter og bilder av selv og andre, manglende følelse av sammenheng, konstant usikkerhet, tvil om egen erfaringer og en utvikling av en dramatisk fantasi (Monsen, 1997).

4.6 Resultatene sett i sammenheng med annen forskning

Resultatene fra denne studien kan muligens være med på å forklare de inkonsistente resultatene Mennins har i sin forskning på GAD og emosjonsregulering. Hans modell gikk ut på at GAD pasienter har sterkere emosjonell intensitet, dårligere emosjonsregulering og dårligere forståelse av emosjonelle opplevelser. Noen studier støtter hans antagelser (Mennin, et al., 2005; Salters-Pedneault, et al., 2006), mens andre studier finner at GAD pasienter har flere emosjonsregulerings strategier enn kontrollgrupper (Decker, et al., 2008) samt at de har mer emosjonell bevissthet (Novick-Kline, et al., 2005). Når dette ses i lys av funnene i denne studien så ser man at det er mulig at det finnes undergrupperinger av GAD pasienter der noen har relativt

normal emosjonell bevissthet (i vår studie da representert som normal eller god nok Oppmerksomhet), men plages av dårlig forståelse av affekt (da i vår studie gjennom negative antagelser om sosiale konsekvenser av affektekspressivitet). Andre igjen har problemer med emosjonsregulering (da representert i vår studie som dårlig Toleranse av affekten, for eksempel gjennom aktiv unngåelse). Gjennom å anerkjenne at slik heterogenitet kan eksistere så vil slike funn ikke tolkes som en avkrefting av modellen, men en videreutvikling av den.

Det er også en rekke metodologiske hensyn som kan utbedres av Mennin. For det første bruker han selv rapportering. Dette reiser spørsmål omkring hvor god selvinnsikt respondentene har, og dette er kanskje en særlig relevant problemstilling hos pasienter med en affektiv lidelse. Det er blitt stilt spørsmål omkring GAD pasienters selvtillit omkring sin egen affektdifferensiering (Novick-Kline, et al., 2005), og man kan også generelt stille spørsmål til deres evne til å korrekt reflektere omkring affektive prosesser per se. Han utelater dessuten ofte å undersøke positive affekter i sine studier. Dette vil være lite hensiktsmessig da det kan argumenteres for at det er like viktig og kanskje enda viktigere å ha et godt integrert forhold til de behagelige affektene som til de ubehagelige. Man kan for eksempel forestille seg en person som ikke kan vedstå seg eller kjenne på ømhet. Dette ville kunne få langt større negative konsekvenser for individet enn det ville vært om opplevelsene primært er begrenset på affektene skam, redsel eller sinne. De behagelige affektene er sentrale for relasjoner til andre og for subjektivt velbehag og bør ikke utelates ved undersøkelser av affektorganisering.

Et annet problem er målene han bruker på emosjonelle prosesser. Ofte defineres ikke nærmere hvilken affekt de spør etter (for eksempel så kan spørsmålene være av typen "When I get upset I try to think about positive things"). Det er rimelig å anta at svarene på spørsmålene ville vært forskjellig avhengig av om pasienten tenkte på skam, sinne eller redsel når hun eller han tenkte på betydningen av ordet "upset". Det er også noe man kan finne i denne studien, der det er stor variasjon i grad av Oppmerksomhet, Toleranse og Ekspressivitet avhengig av hvilken affekt pasienten tenker på. Noen kan ha en godt integrert skam, mens redsel er konfliktfylt og problematisk organisert, men

begge disse kan gå inn under generelle ord som ”upset”. Vi mener at det er sannsynlig at pasienter med GAD er forskjellig med hensyn til hvilke affekter de er gode eller dårlige på å regulere, og også at strategiene de bruker for å regulerer hver affekt kan være forskjellig. En tilnærming som benytter seg av for generelle begreper og ikke spesifiserer nok hvilke affekter e undersøger vil kunne maskere disse viktige skillene innad i pasient gruppen. Det Mennin kan finne er at de har en feil i sin affektive organisering, men det er også noe som kan sies om populasjonen med psykisk sykdom generelt. Når operasjonaliseringene blir for generelle går man glipp av viktige forskjeller, noe som igjen reduserer forklaringsevne.

I feltet er det også grunnleggende forskjeller i den teoretiske antagelsen om hva en god emosjonsreguleringsstrategi er. For eksempel så ble resultatet fra Decker et al. studie ifra 2008 tolket til ikke å støtte Mennins sin modell fordi GAD tok i bruk flere strategier for regulering av negative emosjoner enn kontrollgruppen. For det første er det rimelig å anta at personer med affektive lidelser har flere emosjonsreguleringsstrategier på grunn av at de har et større behov for å regulere affektive opplevelser enn kontrollgrupper uten affektive lidelser. Sett fra et affektbevissthets perspektiv så vil heller ikke de strategiene som det ble vist at pasientene brukte bli tolket som gode affektintegrasjonsstrategier. Decker et al. (2008) fant at GAD unngikk i større grad situasjoner som kunne framkalle negative emosjoner, at de brukte i større grad distraksjon som strategi, at de brukte i større grad maskering av emosjoner, at de skjulte oftere emosjonene sine og at de brukte i større grad selv beroligende atferd enn kontroller. Distraksjon og maskering er strategier som i fra et affektbevissthetsperspektiv ville være med på å hindre pasienten i å nyttegjøre seg av affektens informasjonelle og motivasjonelle aspekter. Det er i visse tilfeller adaptivt å skjule og dempe affekter (som når man får en gave man ikke liker eller når man klarer å beholde roen i en krisesituasjon), men som en generell strategi for å håndtere affekter så vil ikke en slik holdning være hensiktsmessig fordi affekter ses som sentrale i å informere personen om relevante aspekter ved verden. Mennin ville med andre ord tolke aktiv unngåelse som funnet i denne studien som en god emosjonsreguleringsstrategi.

Med affektbevissthets integrering får man tak i pasientenes idiosynkratiske og differensierte måte å behandle spesifikke affektive opplevelser på. Dermed nyanseres bildet, samtidig som det ikke antas at det for eksempel bare er ubehagelige affekter som kan være nøkkelen til det som er problematisk for et individ, eller at et individ kan ha god emosjonell organisering på en affekt, men dårlig på en annen. Samtidig har den et fokus på hvordan affekter kan ses i sammenheng med hverandre. Dersom Mennin utvider de begrepene han bruker i sin tilnærming til å undersøke hver enkelt affekt, samtidig som han videreutvikler definisjonen av begrepet emosjonsregulering så vil det kunne tenkes at han vil få mer konsise og konsistente resultater.

AVSLUTNING

I denne studien ble det undersøkt hvordan ni differensielle affekter var strukturert i åtte individer med GAD. Alle kjerneskriftene i dette utvalget var sterkt preget av at affekter var sammeblandet, da særlig skam, redsel og tristhet. Denne sammenblandingen ble sett i både pasientenes evne til å identifisere, håndtere og uttrykke disse affektene. Denne manglende differensieringen antas å føre til en person som mangler følelse av kontinuitet og meningsfylt sammenheng fordi det affektive systemet ikke er i overenstemmelse med symbolske nivåer for integrasjon. Materialet var også preget av beskrivelser av sterk intensitet i affektive opplevelser, noe som antas å føre til en person som mister reflektorisk evne. I tillegg utviste de en konfliktunngående profil, der de behagelige affektene var bedre integrert enn de ubehagelige. Dette antas å ha negative konsekvenser for individet fordi de ikke får tatt inn over seg den informasjonen og den motivasjonelle som disse affektene kan gi individet. Undersøkelsen viste også at det var to undergrupper i materialet. En gruppe viste en form for aktiv unngåelse, noe som gav brudd i den affektive opplevelsen, mens den andre gruppen utviste en beredskap for å bli utsatt for ydmykelse fra andre ved affektive uttrykk som gjorde at affektive opplevelser ble forbundet med skam og frykt. Undersøkelsen med Affektbevissthetsmodellen har syntetisert å utbrodere hvordan pasienter med GAD har utviklet sitt sykdomsbilde gjennom å vise hvordan maladaptiv affektiv organisering virker inn og forkludrer pasientenes tilgang til viktig affektivt materiale på forskjellige måter. Videre vil denne dårlig differensierte affektive opplevelsen kunne være med på å motivere for bekymring og fysiologisk tensjon gjennom at kroppens signalsystem motiverer personen for handling, mens personen selv er i dårlig posisjon til å klart skille ut hva denne handlingsfornemmelsen skal være rettet mot.

For videre forskning kunne det være interessant å se på denne hypotesen i et større utvalg pasienter, samt at biologisk evidens ville være nødvendig for å fullt ut forstå denne lidelsen. Avslutningsvis vil det understrekes at med et utvalg bestående av kun 8 respondenter kan ikke funnene generaliseres. Jeg håper i stedet at de kan bidra til utforming av nye hypoteser og ny forskning på feltet GAD og affekter. Siden

bekymring er en assosiert karakteristikk ved 40-60 % av de andre angst lidelsene (Barlow, 1988) så understreker også det behovet for å undersøke dette videre.

Kildeliste

- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263. doi: 10.1037/0003-066x.55.11.1247
- Basch, M. F. (1983). Affect and the analyst. *Psychoanalytic Inquiry*, 3, 691-703.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., & Castonguay, L. G. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder With Integrations From Interpersonal and Experiential Therapies. *Focus*, 2(3), 392-401.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behav Res Ther*, 21(1), 9-16. doi: 0005-7967(83)90121-3 [pii]
- Bradley, B. P., Mogg, K., White, J., Groom, C., & Bono, J. D. (1999). Attentional bias for emotional faces in generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 267-278.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77 - 101.
- Breitholtz, E., Johansson, B., & Ost, L. G. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. A prospective approach. *Behav Res Ther*, 37(6), 533-544. doi: S0005-7967(98)00147-8 [pii]

-
- Brendan P Bradley, Karin Mogg, Jim White, Carla Groom, & Jo de Bono. (1999). Attentional bias for emotional faces in generalized anxiety disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38, 267-78.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *J Consult Clin Psychol*, 60(6), 835-844.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*, 110(4), 585-599.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. *J Abnorm Psychol*, 110(1), 49-58.
- Butler, G., Gelder, M., Hibbert, G., Cullington, A., & Klimes, I. (1987). Anxiety management: developing effective strategies. *Behav Res Ther*, 25(6), 517-522. doi: 0005-7967(87)90059-3 [pii]
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Azarian, K., Crits-Christoph, K., & Shappell, S. (1996). An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 418-430. doi: 10.1037/0033-3204.33.3.418
- Decker, M. L., Turk, C. L., Hess, B., & Murray, C. E. (2008). Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 485-494. doi: DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.04.002
- Deffenbacher, J. L., & Suinn, R. M. (1987). Generalized anxiety syndrome. In L. Michelson & L. M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment* (pp. 332-360). New York: Guilford.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rheume, J., Provencher, M., & Boisvert, J. M. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 12(3), 253-261. doi: S0887-6185(98)00013-9 [pii]

-
- Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine, 33*(03), 499-509. doi: doi:10.1017/S0033291702007079
- Ekman, P., & Davidson, R. J. (1994). *The Nature of emotion: fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Emde, R. N. (1983). The prerepresentational self and its affective core. *Psychoanal Study Child, 38*, 165-192.
- Goisman, R. M., Goldenberg, I., Vasile, R. G., & Keller, M. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Compr Psychiatry, 36*(4), 303-311. doi: S0010-440X(95)90076-4 [pii]
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Hazlett-Stevens, H. (2008). *Psychological approaches to generalized anxiety disorder : a clinician's guide to assessment and treatment*. New York: Springer.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety, 24*(5), 342-349. doi: 10.1002/da.20249
- Izard, C. E. (1960). Personality similarity, positive affect, and interpersonal attraction. *J Abnorm Soc Psychol, 61*, 484-485.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science, 2*, 260-280.

Izard, C. E. (2009). Emotion Theory and Research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review of Psychology*, *60*, 1-25.

Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Lipscomb, P., Russo, J., Wagner, E., et al. (1990). Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry*, *12*(6), 355-362.

Kessler, R. C., Keller, M. B., & Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*, *24*(1), 19-39.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self; a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press.

LeDoux, J. E. (1999). *The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life*. London: Phoenix.

Levy Berg, A., Sandell, R., & Sandahl, C. (2009). Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder: Evaluation of an integrative method. *Journal of Psychotherapy Integration*, *19*(1), 67-85. doi: 10.1037/a0015324

Lichtenstein, J. & Cassidy, J. (1991). *The Inventory of Adult Attachment: Validation of a new measure*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Research in Child Development, 1991.

Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatr Scand*, *101*(1), 29-36.

Marten, P. A., Brown, T. A., Barlow, D. H., Borkovec, T. D., Shear, M. K., & Lydiard, R. B. (1993). Evaluation of the ratings comprising the associated symptom criterion of DSM-III-R generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*, *181*(11), 676-682.

-
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(1), 17-29.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2004). *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice*. New York: Guilford Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther, 43*(10), 1281-1310. doi: S0005-7967(04)00232-3 [pii] 10.1016/j.brat.2004.08.008
- Monsen, J. T. (1997). *Selvpsykologi og nyere affektteori Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut (pp. S. 90-136)*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Monsen, K. (1991). *Psykodynamisk kroppsterapi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgard, T., & Ødegard, P. (1996). Affects and affect consciousness: Initial experiences with the assessment of affect integration. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*, 238-249.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect- and script theory within the framework of self psychology. In A. Goldberg (Ed.), *Pluralism in self psychology: Progress in self psychology*. Vol. 15. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (2000). *Affekter og affektbevissthet: et bidrag til integrerende psykoterapimodell Psykoterapi og psykoterapiveiledning: teori, empiri og praksis (pp. S. 71-90)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. *Identification of nuclear scripts based on the affect consciousness interview: A qualitative approach for capturing central organizing principles*. Upublisert manuskript.

Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. E. (1995a). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5, 33-48.

Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D.E. (1995b). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 256-268.

Monsen, J.T., Ødegård, P. & Melgård, T. (1989). Major psychological disorders and changes after intensive psychotherapy: Findings from the Tøyen Project, Oslo. *Psychoanalysis and psychotherapy*, 7, 171-180.

Monsen, J. T., Monsen, K., Solbakken, O. A., & Hansen, R. S. (2008). *The Affect Consciousness Interview (ACI) and the Affect Consciousness Scales (ACS): Instructions for the interview and rating*. Available from the Department of Psychology, University of Oslo.

Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*: Folkehelseinstituttet.

Newman, M. G. (2000). Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *J Consult Clin Psychol*, 68(4), 549-555.

Newman, M. G., Borkovec, T. D., Hope, D. A., Kozak, M. J., McNally, R. J., & Taylor, C. B. (1999). Future directions in the treatment of anxiety disorders: an examination of theory, basic science, public policy, psychotherapy research, clinical training, and practice. *J Clin Psychol*, 55(11), 1325-1345. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199911)55:11<1325::AID-JCLP2>3.0.CO;2-W [pii]

Novick-Kline, P., Turk, C. L., Mennin, D. S., Hoyt, E. A., & Gallagher, C. L. (2005). Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with

and without generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 19(5), 557-572. doi: S0887-6185(04)00058-1 [pii] 10.1016/j.janxdis.2004.06.001

Pollack, M. H., Simon, N. M., Zalta, A. K., Worthington, J. J., Hoge, E. A., Mick, E., et al. (2006). Olanzapine augmentation of fluoxetine for refractory generalized anxiety disorder: a placebo controlled study. *Biol Psychiatry*, 59(3), 211-215. doi: S0006-3223(05)00852-8 [pii] 10.1016/j.biopsych.2005.07.005

Portman, M. E. (2009). *Generalized anxiety disorder across the lifespan*. New York: Springer.

Roemer, L., Molina, S., Litz, B. T., & Borkovec, T. D. (1996). Preliminary investigation of the role of previous exposure to potentially traumatizing events in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 4(3), 134-138.

Roy-Byrne, P. P., & Katon, W. (1997). Generalized anxiety disorder in primary care: the precursor/modifier pathway to increased health care utilization. *J Clin Psychiatry*, 58 Suppl 3, 34-38; discussion 39-40.

Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of Broad Deficits in Emotion Regulation Associated with Chronic Worry and Generalized Anxiety Disorder. [10.1007/s10608-006-9055-4]. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 469-480.

Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T., & Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Res*, 51(2), 167-174.

Solbakken, O. A., Sandvik-Hansen, R, and Monsen, J. T. (2010). Affect Integration and Reflective Function: Clarification of Central Conceptual Issues. *Manuscript submitted to Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*.

Sorce, J. F., & Emde, R. N. (1981). Mother's presence is not enough: Effect of emotional availability on infant exploration. *Developmental Psychology*, 17(6), 737-745. doi: 10.1037/0012-1649.17.6.737

-
- Starcevic, V. (2005). Psychiatric comorbidity: concepts, controversies and alternatives. *Australas Psychiatry*, 13(4), 375-378. doi: APY2216 [pii] 10.1111/j.1440-1665.2005.02216.x
- Starcevic, V., & Bogojevic, G. (1999). The concept of generalized anxiety disorder: between the too narrow and too wide diagnostic criteria. *Psychopathology*, 32(1), 5-11. doi: psp32005 [pii]
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- 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. (1995). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Tomkins, S. S. (2008a). *Affect Imagery Consciousness: The complete edition. Volumes I and II*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. S. (2008b). *Affect Imagery Consciousness: The complete edition. Volumes III and IV*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. S., & Demos, E. V. (1995). *Exploring affect: the selected writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *Lancet*, 368(9553), 2156-2166. doi: S0140-6736(06)69865-6 [pii] 10.1016/S0140-6736(06)69865-6
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51(5), 355-364.

Wolfe, B. (2005). *Understanding and treating anxiety disorders : an integrative approach to healing the wounded self (1st ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.

World Health Organization (2006). *International Classification of Diseases, 10th revision*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., & Keller, M. B. (1996).

Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry*, 168(3), 308-313.

APPENDIX 1: Eksempel på enkelaffekt ABI-skåringsskjema

↑ (konflikt) ↓ (sekvens innen funksjon) → (sekvens over funksjoner) ≠ (brudd) X (kobling)

| Affekt: Tristhet | Oppmerksomhet | Toleranse | Emosjonell ekspressivitet | Begrepsmessig ekspressivitet |
|---|---|---|---|--|
| Scener: | | | | |
| Scene 1: | K | V | V | V |
| Fremtida, hva vil skje i fremtida. | Det er en klump i halsen. | ↓ | ↓ | ↓ |
| Og tanker om fortida. Blir det noe utav meg. | Også tårene som presser seg på. | Bare vondt | Jeg føler at jeg klarer det (å vise tristhet) stort sett, men ikke når det kommer til familie liksom. | Klarer det stort sett, ikke til familie, bare mannen min og tanta mi |
| Vil jeg bli frisk? Kommer jeg noen gang til å få barn? | ↓ Selv om jeg klarer å holde igjen veldig ofte. | H ≠ Gjemme meg. | Ikke mannen min og tanta mi. | TU |
| Scene 2: | M | Da går jeg og legger meg. | Og hvis det er riktig ille så kan jeg vise det for mamma. At nå er det ikke noe bra. | Ved å fortelle det |
| Penger...det at jeg ikke kan styre økonomien min...(Pasienten blir lei seg og gråter) | K/M Det at jeg begynner å grine at det er sårt. | jeg kan ta med meg lommeboka og gå på bingo, sitte der. Lukke meg helt ute fra andre og bruke penger. | → | |
| | | Eller at jeg går ut. | TU Ved å fortelle det | |
| | | | T: Hva med å gråte? K: Ikke nå lenger, jeg kunne det. | |
| | | S | T: Det er jo ikke så rart det, for du sier jo at ofte så ba hun deg om å ta deg sammen slutte å gråte, du ble kalt sippeguri... | |

APPENDIX 2: Kjerneskriptene

ABI 1

| Affekt: Scener: | Oppmerksomhet 4 | Toleranse 3 | Emosjonell ekspressivitet 2 | Begrepsmessig ekspressivitet 1 |
|---|---|--|--|---|
| <p>SKYLD S1: mannen min, hvis jeg bruker for mye penger som jeg ofte gjør S2: (Ift mor) Føler har betalt tilbake for at var slemt barn. Kommer opp innimellom allikevel.</p> <p>TRISTHET S1: tanker om framtiden, fortida, karriere, helse, om vil få barn og hvordan det vil gå. . S 2: at ikke kan styre økonomien sin</p> <p>REDESEL S1: Være alene hjemme. Får følelsen av å være forlatt. S2: Pusteproblemer hvis griner mye. Hyperventilerer. For da føler at ikke har kontroll. S5: Når mamma er ute å reiser. S6: Hun trodde at søster til mann hadde dødd</p> | <p>SKYLD ∞ TRIST X REDESEL</p> <p>SKYLD K: X Tristhet kjenner klump, går fort over i tristhet. →</p> <p>TRISTHET K: klump i halsen, tårene presser seg på. ↓ klarer å holde igjen veldig ofte. → K/M: begynner å grine, at det er sårt. →</p> <p>X</p> <p>REDESEL M: X Tristhet S2: det har kommet etter gråten S 5: Bekymrer meg veldig → K/M: X Skam S6: Sårt, tanker om at må være sterk gir kraftig redsel →</p> | <p>SKYLD ∞ TRIST X REDESEL</p> <p>V: X Tristhet Trist, blir stille, rastløs, H: ↓ Grine, blir stille, <i>drar til byen og er rastløs</i>, prøver å finne en løsning, <i>prøver å vinne penger tilbake</i></p> <p>TRISTHET V: Bare vondt, sårt H: ≠0 <i>Gjemme meg, legge meg, gå på bingo, lukke meg ute, pengebruk, gå ut.</i> Klarer å holde igjen ofte</p> <p>X</p> <p>REDESEL V: S1: <i>rastløs, må ut, se andre.</i> → S2: Føler at ikke har kontroll S5: vondt, stressa, bekymrer seg. S6: Sårt, redd, stillere el. Prater. H: ≠ S1: <i>trekker meg. Ute så unngår andre</i> → S5: får ikke roet seg før har snakket med henne. S6: blir stillere, eller begynner å prate, prøver å roe seg ned.. →</p> <p><i>Setter på TV som en trøst.</i></p> | <p>SKYLD V: Det har gått bra (klarer ikke å fortelle før det må ut). TU: ≠ blir stille og er rastløs ←</p> <p>TRISTHET V: ↓ stort sett, men ikke når det kommer til familie liksom. → TU: Ved å fortelle det. Kan ikke gråte lenger, ble kalt sippeguri. →</p> <p>REDESEL V: viser usikkerhet, og tror kan grine og. TU Stillere, eller prater, trekke seg, rastløs</p> | <p>SKYLD V: ↓ Klarer ikke å fortelle det før det må ut. ← Prøver å finne en løsning.</p> <p>TRISTHET V: ↓ Stort sett, ikke familie TU: Ved å fortelle det</p> <p>REDESEL V: ↓ Tror ikke det er så mange andre (enn mann) som vet om det. har fortalt mor, har vært greit helt til hun sier at, må du slutte å tulle da. X Tristhet jeg grein mye som jentunge hvis jeg var redd. Da fikk jeg høre; slutt med den grininga, ro deg ned.</p> |

ABI 2

| Affekt: Scener: | Oppmerksomhet | Toleranse | Emosjonell ekspressivitet | Begrepsmessig ekspressivitet |
|--|--|---|---|--|
| <p>SKAM</p> <p>S1: ↑ Sjenert føler jeg nesten bestandig. Ikke akkurat skamfull, for tenker at de er vel ikke bedre enn meg.</p> <p>S2: Kan være skamfull om har hatt dispuTT med personen.</p> <p>REDSEL</p> <p>S1: X Skam Gå på meg personlig: latterliggjøre meg, ha det gøy på min bekostning</p> <p>S2: Være aleine i mørket</p> <p>S3: Tanker om død, sykdom, hva som kan skje meg og mine</p> <p>S4: Gruer meg til ting</p> <p>TRISTHET</p> <p>S1: kritikk</p> <p>S2: at jeg ikke har familie, adopsjonen</p> <p>S3: tanken på sykdommer</p> | <p>SKAM ∞ REDSEL</p> <p>X TRISTHET</p> <p>↓ ≠O</p> <p>-----</p> <p>SKAM ∞ REDSEL</p> <p>K: ≠O skjelven, ekkel, varm, stum, lamma, forsvarsløs, apatisk.</p> <p>M: vil ikke prate, går omveier for å unngå.</p> <p>X Tristhet</p> <p>Negativ tankegang: "ikke verdt noe, duger ikke, best om hadde vært død"</p> <p>K/M: kan miste munn og mæle</p> <p>S2: holder meg vekk, →</p> <p>X</p> <p>TRISTHET</p> <p>K: ≠O lyst til å grine, automatisk spenner seg, tiltaksløs, vondt i brystet</p> <p>M: X Skam ser negativt på ting, at var best en aldri hadde vært født →</p> <p>K/M: oppgitt, setter deg ned</p> | <p>SKAM ∞ REDSEL</p> <p>X TRISTHET</p> <p>↓ ≠O</p> <p>-----</p> <p>SKAM ∞ REDSEL</p> <p>V: ≠O redd for å ikke vite hva en skal si. Ekkelt, negative tanker, spenninger/stiv i kroppen, lammet, apatisk, stum,</p> <p>H: sky, trekker seg, prøver å tenke " ta deg sammen, du er like bra som andre, ikke noe å være redd for"</p> <p>X</p> <p>TRISTHET</p> <p>V: X Skam ikke god, føler deg som en tufs</p> <p>negativ tankegang, tiltaksløs</p> <p>H: kan noen ganger snakke med noen. Andre ganger så er det bare tida til hjelp</p> | <p>SKAM X REDSEL</p> <p>X TRISTHET</p> <p>← →</p> <p>-----</p> <p>SKAM</p> <p>V: ↑ Flaut, vil skjule, kommer litt an på. Noen kan sikkert se det.</p> <p>M: X Redsel <u>Redd for at de skal le av meg.</u> "Du må ikke ha noen negative sider i dag". <u>De tror at du er inkompetent, dum.</u></p> <p>REDSEL</p> <p>V: X Skam Liker ikke. "Ingen andre viser at de er redde, bare meg. Alle er jo verdensmestere"</p> <p>TU: Folk kan sikkert se det for det ser jeg jo på andre. Ser væremate: oppfarende, stille.</p> <p>TRISTHET</p> <p>V: ↑ Til nære, når det er grunn for det. <u>Vil ikke at andre koser seg over at jeg har problemer.</u></p> <p>TU: de kan vel se det på meg, ansiktsuttrykk og mimikk</p> | <p>SKAM</p> <p>V: ↑ Til nære. <u>Noen vil se ned på meg pga det.</u> Er flink til å skjule fordi andre tror ikke jeg er beskjeden</p> <p>TU: "synes det er flaut, synes det er ekkelt".</p> <p>REDSEL</p> <p>V: ↑ Til de jeg stoler på, som er litt lik meg.</p> <p>X Skam Ektemannen sier "æsj, er det noe å være redd for".</p> <p>TU: "Dette er jeg nervøs og redd for."</p> <p>M: X Skam Noen ville kanskje forstått, <u>andre ville ha blåst av meg, sett på meg som sprø. At ikke var helt som en skulle være.</u> "det var vel ikke noe å bry seg om"</p> <p>TRISTHET</p> <p>V: ↑ Til nære, spør hva. På jobben så skal du være blid og opplagt</p> <p>TU: "dette synes jeg var fælt"</p> |

ABI 3

| Affekt: Scener: | Oppmerksomhet | Toleranse | Emosjonell ekspressivitet | Begrepsmessig ekspressivitet |
|--|--|--|--|---|
| <p>TRISTHET S1: I periode når jeg sliter S2: Makteløshet, ikke nå frem, finne løsninger, uten midler S3: Sykdom.</p> <p>REDSEL S1: Irrasjonelle reaksjonsmønstre, katastrofetanker. Både ift andre og selv. S2: For å være en belastning</p> <p>SKAM S1: sosiale situasjoner, mange mennesker, mange ukjente S2: Over meg selv S3: Over å ty til dårlige løsninger S5: Ting jeg gjør for å plage andre av sinne</p> | <p>TRIST X REDSEL X SKAM</p> <p>-----</p> <p>TRISTHET M: X REDSEL Tenker katastrofer. →</p> <p>S3: Sjekker seg selv for sykdommer</p> <p>X REDSEL K: Hjertebank, puls, nervøs mage, diaré Kramper i rygg Gele i beina</p> <p>X SKAM K: Blir vel anspent →</p> | <p>TRIST X REDSEL X SKAM</p> <p>-----</p> <p>TRISTHET V: Tankefull. H: X REDSEL Katastrofetanker Behandler F med musikk Forsøker å dempe F fordi den beveger angsten min</p> <p>X REDSEL V: ↑ Vet ikke hvor jeg skal gjøre av meg. Blir redd for å være alene. X SKYLD vil ikke ha gjentagelse av mors kultivering av bekymring, ble et grep. H: musikk, gå ut. Forsøkt å slappe av. Tenke på pusten. søker andre. S: å styre den sånn at den ikke blir destruktiv.</p> <p>X SKAM V: ↑ S1: bundet og kunstig Makteløs, anspent H: prøver å kjenne på F, får ikke gjort noe annet enn å innrømme feil eller skyld S: ingen betydning i seg selv, fått betydning ut ifra skapte behov</p> | <p>TRIST ∞ REDSEL X SKAM</p> <p>← →</p> <p>-----</p> <p>TRISTHET V: ↑ kommer an på, noen ganger så klarer ikke å skjule X SKAM Gjør meg bekymret noen ganger. <u>Er flaut, føler at er uten forsvar</u> X REDSEL <u>Redd for å virke svak, patetisk, sytete</u></p> <p>← ∞ →</p> <p>REDSEL V: Det er ikke noe problem, det synes automatisk X SKAM <u>Tar meg sammen når andre er der for ikke å gjøre det pinlig.</u> Jeg skal ikke være en belastning.</p> <p>vil ikke ha gjentagelse av mors kultivering av bekymring, ble et grep.</p> <p>TU: bekymret uttrykk</p> <p>← X →</p> <p>SKAM V: ↑ Indre følelse som ikke vises til andre</p> <p>TU: Hvis veldig observante kan se at dekker seg til eller er påpasselig</p> | <p>TRISTHET V: ↑ Uttrykker veldig sjeldent, kan til ektemann</p> <p>REDSEL V: ↑ vanskelig å snakke om fordi (mannsnavn) ikke finner ord for det.</p> <p>TU: redd for å være alene.</p> <p>SKAM V: ↑ Veldig vanskelig, knyttet til intime ting Kan si til mann og noen venninner.</p> <p>TU: bare at har alvorlig problem</p> |

ABI 4

| Affekt: Scener: | Oppmerksomhet | Toleranse | Emosjonell ekspressivitet | Begrepsmessig ekspressivitet |
|---|---|---|---|--|
| <p>SKAM S1: lese og snakke høyt S2: Når må rope at bussjåfør skal åpne bak</p> <p>REDSSEL S1: av og til redd når kjører bil S2: at har veldig mye følelse av å ikke ha lyst til å gjøre ting S4: at Ingjerd skal dø fra meg S5: prate høyt I sånne forsamlinger/møter</p> <p>TRISTHET S1; hvis jeg ikke var helt i form og ingjerd skal reise fra meg S2: har bestandig lengtet etter, helt fra jeg var bitteliten , at noen skulle bry seg om meg S3: mistet mamma lenge før hun døde, for hun var så trist og vi visste ikke hva det var. er mye tristhet I forhold til henne.</p> | <p>SKAM ∞ REDSEL ↓ TRISTHET ----- K: ≠ O X REDSSEL Gloheit, sikkert knall rød, skjelven I stemmen, dirrende, hjertebank Redsel: Anspent, klarer ikke slappe av, vondt I hodet mye, svett, skjelven, følelsen av at beina skal svikte. Skvetten</p> <p>M: X SELVFORAKT det er akkurat som jeg hater meg selv og stemmen min X SKAM Redsel: "Å nei, hvorfor tenker du så dumt". føler deg så mislykket at du har bare lyst å grave deg ned</p> <p>K/M: vondt inni meg → Redsel: Stressa, nummen</p> <p>TRISTHET M: Lei, trist, lyst til å grine noen ganger</p> | <p>SKAM V: ≠ O vemmelig, vondt inni meg, får meg til å føle meg som et null for at skal reagere som en tenåring, mindreverdigg X SINNE sinna på meg sjøl liker ikke den delen av meg H: <i>Stort sett unngår</i></p> <p>REDSSEL V: ikke greit, for jævlig, stressa, anspent X SKAM Føler deg mislykket, H: ↑ <i>Prøver å beherske seg, klarer ikke alltid</i> → S: X SKAM Forteller meg hvor feig jeg er</p> <p>TRISTHET V: ↓ <i>Noen ganger skyver de tankene vekk</i> <i>noen ganger har måttet gått fra jobb</i> H: <i>kunne trene før, fikk avreagert.</i> S1: Kan hende jeg ringer henne</p> | <p>SKAM V: ↑ Ikke godt når snakker med andre voksne og på jobbmøter ↓ vekker oppmerksomhet når du stotrer og stammer</p> <p>REDSSEL V: ↑ hvis er sliten på forhånd da klarer ikke å beherske meg så mye TU: S1:skvetten, kanskje sier at må ikke kjøre så nær, det kommer automatisk</p> <p>TRISTHET V; ↓ Ikke på jobb. mulig at de ser at det er noe for ingen møter blikket mitt <i>noen ganger så har jeg gått fordi jeg klarer det ikke, jeg begynner å grine</i> X SKAM kollega kom inn mens gråt. følte meg ganske dum. TU: vet ikke, kanskje virker nedrullet, sur, dårlig humør, stille</p> | <p>SKAM V: ≠ Forteller ikke det. kan si litt sånn fleipete til kjæreste</p> <p>REDSSEL V: ↑ "jeg forklarer ikke så mye assen jeg føler det kanskje" Prøver å beherske</p> <p>TRISTHET V: ↓ Jeg vet ikke om jeg hadde klart å si det, ikke på jobb. (kjæresten) kommer med sånne hjertesukk "å skulle ønske du kunne vært her lenger" A: <u>Jeg tror ikke de på jobben ville bry seg om det</u></p> |

ABI 5

| Affekt: Scener: | Oppmerksomhet 4 | Toleranse 3 | Emosjonell ekspressivitet 2 | Begrepsmessig ekspressivitet 1 |
|--|--|--|--|---|
| <p>INTERESSE S1: samfunnet kanskje</p> <p>S2: Ungdom.</p> <p>Det er ikke noe, det er ikke noe helt spesielt egentlig</p> <p>SKYLD S1: hvis jeg sier nei til å passe barnebarna mine.</p> <p>S2: hvis jeg har tenkt dumme tanker. Som for eksempel hvordan det ville være å bare flytte fra hele greia.</p> <p>Det hadde vært lettere å svare på hva som jeg ikke får dårlig samvittighet av.</p> <p>REDSSEL S1: for at det skal skje noe med ungene</p> <p>S2: Jeg er redd når jeg skal prate med første mannen min, hvis jeg står oppi noe som kan bli en scene, og jeg ikke er aleine med</p> | <p>INTERESSE ↓ SKYLD X REDSSEL</p> <p>-----</p> <p>INTERESSE K: Hjertet banker fortere, adrenalinet fyker rundt i kroppen min. M: Jeg prater mye. Snakker mange ganger før jeg tenker</p> <p>SKYLD M: X Redsel Går og tenker på det. Redd for å såre noen, for at ikke de skal synes er snill. For å lage trøbbel for noen.</p> <p>REDSSEL K: Puster kjapt</p> | <p>INTERESSE ↓ SKYLD X REDSEL ← →</p> <p>-----</p> <p>INTERESSE V: X Redsel Det er ikke noe gøy, fordi etterpå så er helt utblåst. Syns det er moro, men når er ferdig så er redd. Trur det går på hva andre synes om meg og mine meninger. Følte at prata litt rundt meg sjæl. At ikke burde vært så skråsikker. H: Kan ofte bli urolig etterpå. Ha behov for medisin for eksempel. S: gir meg ikke noe livsgnist</p> <p>SKYLD V: X Redsel Redd for at ikke de skal synes at er snill. For å lage trøbbel for noen. S1: tør ikke si nei, det orker jeg ikke, så veldig mye. S: X Skam Sier ja, ikke bare for dårlig samvittighet, men fordi føler at må, må vise at duger og for å ta igjen for tida hun var syk</p> <p>REDSSEL V: Slitsomt. Velkjent, men blir ikke vant til. Tar krefter. Kan bli totalt utblåst. ≠ O Skjedd en gang at følte seg på utsia av selv, tror var psykotisk. En følelse at var på vei inn i noe som ikke kunne kontrollert. X Sinne Hogger , blir negativ. Da skal helst ikke noen prate til meg. H: ≠ <i>Kan flykte inn i verden hvor ikke gidder å snakke, høre, eller se. Prøver noen av teknikkene har lært.</i> <i>Gjør husarbeid.</i> <i>Siste utvei medisiner</i></p> | <p>INTERESSE V: ↑ Til de få som diskuterer med så går det greit. Trenger ikke engasjere meg for enhver pris. Kommer an på hva vi prater om.</p> <p>TU: Prater mye, bruker mye kroppen, grimaser. lett å se</p> <p>SKYLD V: Det syns jeg ikke er så veldig vanskelig egentlig.</p> <p>TU: Jeg kan si det. De fleste følelser kan jeg ikke vise til noen, men dette her kan jeg si og vise til noen. Og hvorfor det liksom?</p> <p>REDSSEL V: ↑ Bare til en person utenom behandlingsapparat. Ikke så ofte. X Skam Hvis viser at trenger mer en folks enkle løsninger så føler at har tapt overfor de. X Skyld Vil helst ikke at foreldre skal se. Vil ikke utsette de for mer store bekymringer. Det er ikke lett å vise det til (partner). Da har vært så redd at har ikke klart å la være. TU: vill i øya</p> | <p>INTERESS E V: ↑ Sier ikke, folk ser det X Skam Kommer an på hvem, ikke de som er intelligente</p> <p>SKYLD V: X Skam Jeg kan fortelle alle dette for å få fokus på meg sjøl. Stakkars meg liksom. Men å fortelle at jeg er sinna som på en måte gjør meg slem (det gjør jeg ikke). Syns jeg er falskt.</p> <p>REDSSEL V: Naturlige saker som de fleste andre er redd for det er helt greit X Skam Føler noen ganger at må hemmeligholde at har angst.</p> |

ABI 6

| Affekt: Scener: | Oppmerksomhet | Toleranse | Emosjonell ekspressivitet | Begrepsmessig ekspressivitet |
|---|--|--|---|---|
| <p>SKAM: S1: "Det må være å vise følelser det. Jeg mener jo ikke det objektivt, men jeg er blitt oppdratt sånn eller oppfattet at følelser er noe som man ikke skal vise andre, det er noe man skal undertrykke... Jeg føler et slags krav".</p> <p>REDSSEL X Skam S 1: " for å bli vurdert, vise at jeg er en person med svakhet, komme i sentrum uansett om det er positivt eller negativt."</p> <p>TRISTHET: S 1: "Ensomhet, tomhet." S2: "Det å ikke lykkes, passe inn."</p> | <p>SKAM K: ≠0 Lammende. Rødmer M: Trang til å flykte, synke ned i jorda</p> <p>REDSSEL K: knute i magen, kortpustet, kaldsvette K/M: Vil vekk. Vet ikke hvor man skal gjøre av seg. ↕ Så er ganske håpløst, lammende → prøve å finne utvei, men kaotiske følelser råder på bekostning av det rasjonelle og positive</p> <p>TRISTHET: K: lite tiltaksløst eller overskudd, noe er rart, konsentrasjons problemer M: Negative tanker om fortid/fremtid, pessimistisk, grublete og filosofisk. ↓ Bruker all energi →</p> | <p>SKAM V: ≠0 Selvførsterkende, rødmer fordi du rødmer. Reparasjonsbehov, trang til å forklare. Bærer på lenge, tenker på, gjenopplever H: Prøver å legge det bort, <i>unngår aktuelle personer</i> S: veldig opptatt av hvordan jeg oppfører meg, hvordan andre oppfatter meg</p> <p>REDSSEL V: ≠0 Lammende, håpløst, veldig behov for å være alene ↓ Vanskelig å skjule fordi det er så intenst. H: Prøver å bli kvitt. Som regel ikke så lett. Leter etter grunn til at ikke er farlig Noen ganger klarer å erstatte angst med tid og likegyldighet (kun i etterkant).</p> <p>TRISTHET: V: ≠0 Apatisk, uttrykksløs, oppgitt, destruktiv, grublete, pessimistisk Den F som slipper til mest H: kan lindre med melankolske ting ↕ takler ikke godt positive stemninger, får egentlig motsatt effekt. bruker all energi på grubling. S: at jeg har en sånn side ved meg, kanskje må ha litt for å kjenne skikkelig at jeg lever</p> | <p>SKAM X REDSEL ↑ ↓ ↑ ← TRISTHET ↑ ----- SKAM ↕ V: Ikke greit. Vanskelig å skjule(rødmer) A: X REDSSEL at de syns jeg er litt dum, eller noe sånt. Følelsen at de ler av meg bak min rygg ↓ Da blir enda mer sjenert eller tilbakeholden, ift de.</p> <p>REDSSEL V: Automatisk at man trekker seg unna. ↕ <u>utleverer meg, gjør meg veldig sårbar</u> X SKAM <u>Kanskje føler at viser svakhet</u> ↓ <u>De kan bruke mot meg.</u> folk ville sikkert se det: TU: fryktelig anspent, trekker meg.</p> <p>TRISTHET: V: Den F som viser mest naturlig ↕ Avhengig av kontekst. Prøver å virke litt gladere, f eks på møter. Men det kan være bra å sitte og være trist. Folk oppfatter meg som trist og innesluttet TU: Henger med nebbet, asosial</p> | <p>SKAM V: ≠ Gjør ikke det A: <u>de tenker vel at det ikke er noe vits i å bli kjent med meg.</u></p> <p>REDSSEL V ≠ Gjør ikke det TU: Nei, bare sånn generelt, "litt dårlig" (når ringte til venninne)</p> <p>TRISTHET: V: ↕ sier vel heller at er deprimert, nedfor eller dårlig form</p> |

ABI 7

| Affekt: Scener: | Oppmerksomhet | Toleranse | Emosjonell ekspressivitet | Begrepsmessig ekspressivitet |
|--|--|--|--|--|
| <p>SINNE det er mange situasjoner der jeg føler andre blir irriterte og sinte, det blir ikke jeg ... S2: når folk ikke hører etter, ikke vil forstå, ikke kan kommunisere, slurver</p> <p>REDSSEL S1: fysiske ting, f eks synsforstyrrelser, svimmelhet S3: ikke strekke til S4: akutt situasjoner der må gjøre ting raskt og effektivt</p> <p>den følelsen jeg føler har dominert meg veldig den siste tiden,</p> <p>TRISTHET S1: triste tema. gir lite rom for F, kjenner den ikke så veldig godt. Har vanskelig for å sette ord på F</p> | <p>SINNE K: ↑ "Mangel på kontrollfølelse". er veldig lite flink til å beskrive hvordan kroppen føler i visse situasjoner M: utkoblet følelse, tenker ikke rasjonelt K/M: Forknytt, samtidig utadrettet. bobler og blir litt engasjert, kanskje litt mer fakter. Opphisset, samtidig som det er veldig sånn lammende</p> <p>REDSSEL K: S1; problemer med å skille om symptomene eller redselen kommer først. vondt i magen, skjelve, hjertebank, tung, adrenalinet pumper M: skjerper deg veldig X Tristhet får frem dystre mentale ting, f eks død Påvirker måten du ser ting. K/M: Til tider lammende → TRISTHET K/M: Gråter, tung kraftløs om natten orker liksom ingen ting når du er trist liksom den der gråfargen på tilværelsen samme hvor mye du gråter, så blir ikke det forandret</p> | <p>SINNE V: ↑ vanskelig å vise, er ubehagelig F overfor andre, skaper konflikt X Redsel redd for: å såre, ta feil, andres reaksjon, deres sinne, at blir ubehagelig situasjon. → Blir veldig sliten, ikke lyst til å ha den H: Tar mest ut på barna, fordi er trygg med de. Jobber med å beherske: mener at ikke er grunn til å være sint REDSSEL V: ↑ Vil ha den vekk. Skjerper X Tristhet dystre tanker, lammende H: ikke vært så villig til å kjenne på F, finne en måte å undertrykke prate om at er redd, få rett perspektiv på F ↓ ↑ blir kanskje manisk ha noen rundt seg TRISTHET V: ↑ prøver å unngå den problemer med å beskrive F X Redsel Blir for mye styr. Du kan såre den andre. redd for å over reagere → H: ≠ Erstatter det med fysisk aktivitet. Det er ikke noe å gjøre med. Blir en tilleggsbyrde at alt blir så trist. S: at det er situasjoner i livet som er tristere enn jeg lar det få lov til å være A: hadde blitt for forferdelig trist, hadde grått lenge</p> | <p>Sinne X Redsel X Tristhet ← → ----- SINNE V: ↑ Gjør ikke det. Skjuler det. Nærmeste ser det kanskje. Redd for å såre, andres reaksjon TU: Tror de ser det på ansiktsuttrykket, gjør ting annerledes A: X Redsel at ikke er verdt det, at blir bare bråk av det. REDSSEL X Skam V: når angst er annerledes så er nederlag å vise. Vil beholde ansikt ↓ det er ikke så farlig, for kan ikke unngå å vise X Skyld er redd for konsekvenser for ungene ↑ Prøver kanskje å skjule mest for deg selv. Har ikke villet se at den er der. TU: Prate som en foss Utrykksløs, stivner kanskje, viser lite følelser TRISTHET V: ↑ Prøver å skjule det, men noen ganger så ser andre at du er på gråten X Redsel Blir redd for å såre, over reagere TU: De ser det på ansiktet mitt, fordi du er på gråten. Men det er noe som du helst ikke vil vise</p> | <p>SINNE V: kan godt fortelle det, at har vært sint. ↑ Det veldig stor forskjell i hva viser hjemme og hva viser andre plasser. TU: sint, at er irritert og forbannet. REDSSEL V: ↑ Det kommer litt an på. Konvensjonell frykt ikke vanskelig X Skam Være sykemeldt synes jeg er ille TRISTHET V: kan fortelle til en del venninner, tror kan fortelle det til familien TU: Ikke at det er trist, men trist og leit, at det er leit</p> |

ABI 8

| Affekt: Scener: | Oppmerksomhet 4 | Toleranse 3 | Emosjonell ekspressivitet 2 | Begrepsmessig ekspressivitet 1 |
|--|---|--|--|---|
| <p>REDSSEL S1: Flere mennesker samtidig S2: Krangling S3: For mye alkohol, avhengighet (selv)</p> <p>SKAM S1: Være sammen med mange ukjente S3: Hvis jeg drikker for mye S4: Hvis jeg får mye oppmerksomhet S5: Hvis jeg har sagt eller gjort noe dumt</p> <p>TRISTHET S1: At noen svikter meg S4-6: At jeg ikke takler angsten ift andre mennesker, at jeg er deprimert, jeg sliter så fælt (x skam)</p> | <p>REDSSEL K: Hjertebank Klarer ikke å puste Skjelven, puster med munnen, M: Jeg tenker hele tiden på fluktmuligheter. →</p> <p>SKAM (x Tristhet) K: Litt i brystet. Klump i halsen, K/M: gråten kommer på. Kan grine M: Lei meg, stille →</p> <p>TRISTHET (x Angst) K: kortpusta, urolig mage M: Griner mye, → grubler, urolig, deprimert, destruktiv tankegang - tenker i onde sirkler. Alt blir veldig negativt</p> | <p>REDSSEL V: ≠ O Redd for at hjertebanken skal forsterke seg, bli så skjelven at jeg ikke skal klare å holde meg oppreist. →</p> <p>H: Prøver å holde kontroll ved å tenke: det alltid er en flukt- mulighet. Flykter.</p> <p>X SKAM V: Føler meg litt mindreverdig. X Selvforakt, sinne mot selv Tenker at er drittsekk</p> <p>H: Blir irritert for at jeg reagerer sånn, at jeg ikke klarer å gjøre noe med det. ↓ Prøver å si til meg selv at det er tull, men det hjelper ikke. ↓ Trekker meg inn i meg selv. Gjør ingenting, blir, unnvikende tror nesten jeg forsterker den. Selvbebreidelse. Fortvila. X</p> <p>TRISTHET V: ≠ O Jeg blir like trist hver gang. Deprimert. Grubler destruktiv i tankegangen - tenker i onde sirkler. Alt blir veldig negativt ↓ H: Klarer ikke å ligge lenge i senga og grine, da går jeg liksom litt rundt. Lar den være der.</p> <p>Noen ganger: setter på musikk som får meg til å grine enda mer. ↓ Hvis det kommer rett før jeg skal noe så prøver jeg å ta meg inn igjen.</p> | <p>REDSSEL V: ↓ Unngår å vise, (M: Hadde jeg blitt enda reddere, de hadde sett på det som et svakhetstegn, kunne bruke det mot meg) Andre ser allikevel:</p> <p>TU: Får hjertebank, unnvikende i blikket, veldig anspent, skjelven.</p> <p>X ← SKAM → V: ≠ Det gjør jeg ikke. (M: De ville ikke trodd henne). →</p> <p>TU: unngå å vise interesse, overfølsom. ↓ → Kan gråte X TRISTHET V: ≠ Det gjør jeg aldri. (M: Jeg blir så hemma De ville tenkt : Hva har hun fått for seg nå, tror hun overdriver). TU: Mere stille. Litt i min egen verden.</p> | <p>REDSSEL V: ↓ Det liker jeg ikke } Da blir jeg enda mer forsvarsløs</p> <p>X SKAM V: ≠ Jeg gjør jo ikke det</p> <p>X TRISTHET V: ≠ Gjør ikke det (M: De vil ikke ta meg seriøst, tenker at jeg overdriver). X REDD for å miste kontrollen,</p> |