

Kronisk utmattelsessyndrom i et selvpsykologisk perspektiv

Marte Brenne Nordstoga

Hovedoppgave i psykologi

Veileder: Tore C. Stiles

Psykologisk institutt, NTNU

2010

Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Sammendrag.....	4
1 Innledning	6
2 Teori.....	12
2.1 Selvpsykologien.....	12
2.2 Affektbevissthet – affektens betydning for selvopplevelsen	16
2.3 Affektiv inntoning og mentalisering.....	23
2.4 Selvmedlidenhet	34
2.5 Korttidsdynamisk terapi	41
3 Diskusjon	47
3.1 En psykodynamisk vinkling på en sammensatt lidelse	47
3.2 Oppgavens forståelse av kronisk utmattelse.....	51
3.3 Sammenligning av de ulike perspektivene	55
3.4 Utforming av alternativ behandlingsform for CFS/ME	59
3.5 Behandling.....	63
3.6 Avslutning og konklusjon.....	69
4 Referanser	71

Førord

Gjennom studietiden ved profesjonstudiet i psykologi har jeg fått en interesse for forholdet mellom somatisk og psykisk sykdom generelt, og for kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) spesielt. Etter terapeutisk arbeid med pasienter med CFS/ME, hadde jeg lyst til å fordype meg i dette området, hvor mye usikkerhet, stor uenighet og utilstrekkelig behandlingstilbud råder.

Takk til Tore C. Stiles for veiledning, både med hovedoppgaven og i terapi med pasienter med CFS/ME. Takk også for hans råd om å velge tema og perspektiver ut fra hva jeg føler jeg vil ha nytte av å kunne mer om som ferdig psykolog. Gjennom denne oppgaven har jeg blitt bedre kjent med det mer dynamiske landskapet og selvpsykologien, en etterlengtet motvekt mot det kognitive miljøet ved NTNU. Jeg føler jeg spesielt sitter igjen med mer kunnskap om affektens viktige betydning for menneskets fungering generelt, for utvikling av psykopatologi, og hvordan dette kan arbeides med i terapi. I tillegg tar jeg med meg en forståelse av hvordan et symptoms mulige funksjon bør være et aspekt som vurderes i psykoterapi.

Takk også til min kjære mann, som ikke har gjort annet enn å være den han er. Takk til jentene på lesesalen på Blindern, som har gjort at arbeidshverdagen min dette halvåret har vært veldig fin. Takk til "lillemor" i magen, som ved sin økende tilstedeværelse har minnet meg om viktigheten av å bli ferdig med oppgaven før sommeren, og samtidig at det finnes større og mer betydningsfulle ting enn en hovedoppgave.

Oslo, 2010

Sammendrag

Oppgavens tema er Kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME). Lidelsen er kjennetegnet ved fullstendig utmattelse for de som er rammet, i tillegg til at pasientene ofte også rapporterer om tilleggssymptomer. Utmattelsen er annerledes enn vanlig slitenhet, og bedres ikke etter søvn og hvile. Utmattelsen kan ramme i ulike grader, men fører ofte til store funksjonstap for pasientene. Lidelsen blir betraktet som sammensatt, og det råder mye usikkerhet ifht dens årsaksforklaringer, samt et utilstrekkelig behandlingstilbud (Kunnskapssenteret, 2006). I denne oppgaven tas det utgangspunkt i tanken om behov for å se på lidelsen med nye forståelsesrammer, og da med fokus på mer intrapsykiske opprettholdende faktorer. Oppgavens problemstilling er: Hva kan en mer dynamisk, selvpsykologisk vinkling på CFS/ME tilføre forståelse av lidelsen, og hva kan en alternativ psykologisk behandlingsmodell for lidelsen være?

En selvpsykologisk forståelsesramme er valgt, og det er gjort ut fra tanken om at det med et intrapsykisk fokus er relevant å fokusere på våre underliggende *behov*, som er sentralt i selvpsykologien. Det presenteres i denne teoretiske oppgaven en hypotese om hvordan symptomet utmattelse kan ha en *funksjon* for pasienten, som gjør at det opprettholdes. Oppgaven fokuserer på det som blir betraktet som kjerneelementer i nyere selvpsykologi; tidlige relasjoners betydning for fornemmelsen av et helt og sammenhengende selv, og den sentrale rollen affekter og affektregulering spiller i organisering av selvopplevelse og selvutvikling.

Med nyere selvpsykologi og fokus på *selvutvikling* som rammeverk, er det i oppgaven valgt å studere perspektivene **Affektbevissthetsmodellen, affektiv inntoning og mentalisering, selvmedlidenhet** (self compassion), og **Korttidsdynamisk terapi**. Etter den teoretiske gjennomgangen av perspektivene, er det tydelig at de er forenelige med oppgavens hypotese, og det ble da mulig å utdype, konkretisere og gi ulike innfallsvinkler til den opprinnelige hypotesen.

Svar på problemstillingens første del er at en mer dynamisk vinkling kan gi en alternativ forståelse for CFS/ME. Symptomes funksjon kan være en form for affektuttrykk, behovsuttrykk, eller en strategi for tilfredsstillelse av pasientens emosjonelle eller relasjonelle behov. Det tenkes å ligge en mangelfull selvutvikling til grunn for at symptomet blir brukt til dette formålet. Med mangelfull selvutvikling menes en lav affekt- og behovsbevissthet, grunnet en affektfobi. Dette medfører en svekket evne til å være oppmerksom på, tolerere eller å uttrykke sine affekter og behov på en adaptiv måte. Etter

gjennomgang av utviklingspsykologiske teorier om selvutvikling, tenkes det at fravær av affektiv inntoning, eller speilig, i tidlige relasjoner kan tenkes å være grunnlaget for den mangelfulle selvutviklingen.

Som svar på problemstillingens andre del utarbeides det i oppgaven en alternativ behandlingsmodell for pasienter med CFS/ME. Med oppgavens forståelsesramme blir de kliniske implikasjonene at det nødvendige i terapi er selvutvikling via økt affekt- og behovsbevissthet, noe som skal gjøre symptomets funksjon overflødig. Ut fra diskusjon av de fire perspektivene konkluderes det med at en integrert behandlingsmodell med korttidsdynamisk terapi som rammeverk, kalt ”Affekt- og behovsfokusert terapi”, er et godt behandlingalternativ for pasienter med CFS/ME.

Opgaven er teoretisk og bygger på en hypotese om symptomets funksjon. Det konkluderes derfor med at den alternative forståelsesramme for symptomet og behandlingsmodellen trenger å bli validert gjennom forskning. Oppgaven begrenser seg til fokus på kun ett perspektiv på en lidelse som anses som sammensatt. Den tenkes likevel å kunne bidra i forståelse og behandling av CFS/ME fordi det presenteres et alternativ som inkluderer viktige intrapsykeiske faktorer som ikke blir fokusert på i andre terapimodeller for pasientgruppen. I tillegg er forståelsesrammen forenelig med at andre faktorer kan spille inn for utvikling og opprettholdelse av lidelsen. Den er også forenelig med et normaliseringsperspektiv hvor det ikke anses som betydningsfullt å skille klart mellom *frisk*, *psykisk syk* og *somatisk syk*.

1 Innledning

Kronisk utmattelsessyndrom (Chronic Fatigue Syndrom, CFS), eller Myalgisk Encefalopati (ME), er en lidelse som i den siste tiden har fått mye oppmerksomhet i media og som slik har blitt en allmenn kjent lidelse. Kronisk utmattelsessyndrom er en lidelse som kan være svært belastende for den som er rammet, samtidig som det er mye usikkerhet knyttet til den, både når det gjelder årsaksforklaringer og behandling. Det kliniske bildet for pasienter med CFS/ME er kjennetegnet ved en fullstendig utmattelse, ofte brukes det engelske begrepet *fatigue*, og energisvikten betegnes som kraftigere og annerledes enn vanlig slitenhet (Kunnskapssenteret, 2006). Utmattelsen forverres av små anstrengelser, og blir ikke bedre av søvn og hvile. Pasienter med CFS/ME rapporterer ofte også tilleggsplager som feberfølelse, svimmelhet, hjertebank, vekslende kulde-varmefølelse, endret avføringsmønster, balanseproblemer, smerter fra ledd og muskler, søvnforstyrrelser, sensitivitet for lys, lyd og lukt. Mange opplever også symptomer som nedsatt konsentrasjon og hukommelse (Søderlund, Skoge & Malterud, 2000). Kronisk utmattelsessyndrom kan ramme personer i ulike grader, fra utmattelse som fører til lett funksjonsnedsettelse, til å være helt invalidiserende. De fleste opplever store funksjonstap, med stort frafall fra skolegang og arbeidslivet (Gray & Fossey, 2003). Lidelsen kan også omfatte store konsekvenser for familieliv og sosialt nettverk (Kunnskapssenteret, 2006).

Diagnosen CFS/ME blir satt ut fra kriterier som går på pasientens karakteristiske sykdomsbilde ved grundig undersøkelse av sykdomshistorie (Kunnskapssenteret, 2006). Det finnes i dag ingen objektiv diagnostisk test for kronisk utmattelsessyndrom/ME. Utmattelsen hos pasienten skal ikke kunne settes i direkte forbindelse med en veldefinert sykdomstilstand, og det må alltid gjennomføres tester som skal sikre eksklusjon av differentialdiagnoser. Lidelser som skal være utelukket før en CFS/ME-diagnose stilles er lavt stoffskifte, kreft, alvorlig depresjon, schizofreni, søvnapné, narkolepsi, medikamentbivikninger, demens, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, alvorlig overvekt, hepatitt eller andre virusinfeksjoner (Kunnskapssenteret, 2006).

Det er enighet blant de fleste fagfolk om at årsakene til CFS/ME er sammensatte. Den biopsykososiale modellen brukes i dag i stor grad som en forståelsesramme for at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer kan bidra i utvikling av sykdommer (Stroebe, 2000), også ifht CFS/ME (Berge & Dehli, 2009). Mange pasienter debuterer med en akutt influensaliknende sykdom, noe som har gitt støtte til teorien om at infeksjøs/immunologiske mekanismer spiller en rolle i sykdommen. Men ingen av de påviste immunforandringene er

funnet å være spesifikke for CFS/ME og det vurderes som lite sannsynlig at det dreier seg om en kronisk pågående infeksjon (Kunnskapssenteret, 2006). GammaRetrovirus (XMRV) har blitt knyttet til ME, og ble funnet hos to tredjedeler av CFS/ME-pasientene (Lombardi et al., 2009). Funnene er imidlertid blitt trukket i tvil, grunnet at beskrivelsen av utvalget var ufullstendig, og studien inkluderte pasienter med et utmattelsesutbrudd som før hadde vært knyttet til en viral infeksjon (van der Meer, Netea, Galama & van Kuppeveld, 2010). Det er også funnet avvik i sirkulasjonsreguleringen hos pasienter med CFS/ME, hormonelle forstyrrelser (Bou-Holaigah, Rowe, Kan & Calkins, 1995; Cleare et al., 1995) og at de har lavt kortisol-nivå (Roberts, Wessely, Chalder, Papadopoulus & Cleare, 2004). Altså finnes det dokumenterte biologiske avvik hos pasientgruppen, men mange av avvikene som er funnet er i liten grad spesifikke for CFS/ME. Pasienter med CFS/ME er sannsynligvis en heterogen gruppe ifht årsaksfaktorer hos den enkelte. Men negative resultater på alle de differentialdiagnostiske testene en pasient må ta for å få diagnosen, sannsynliggjør at CFS/ME ikke er en alvorlig somatisk sykdom. Studier har også konkludert med at psykologiske og sosiale faktorer kan spille viktige roller for utvikling av CFS/ME, både som utløsende og vedlikeholdende faktorer. Betingede, ubevisste reaksjonsmønstre blir regnet som mulige vedlikeholdende mekanismer (Gupta, 2002). Det er funnet at psykologisk stress er assosiert med akutt utmattelse (Chalder, Neeleman, Reme, Power & Wessely, 2010), og at belastende livshendelser kan utløse kronisk utmattelse (Theorell, Blomkvist, Lindh & Evengård, 1999).

Når det gjelder behandling av CFS/ME er det ingen sikre holdepunkter for effekt av medikamentell behandling, alternativ medisin, kosttilskudd eller immunmodulerende behandling (Kunnskapssenteret, 2006). Behandlingsstudier viser at Kognitiv atferdsterapi (Cognitive Behavioural Therapy, CBT) og Gradert treningsterapi er funnet å ha best dokumentert effekt for behandling av pasientgruppen (Kunnskapssenteret, 2006). Gradert treningsterapi er i en rekke studier vist å kunne redusere utmattelse, men det er ikke funnet dokumentert effekt på depresjon eller livskvalitet, i tillegg til at frafallet er stort ved denne behandlingsformen (Kunnskapssenteret, 2006).

Kognitiv Atferdsterapi for CFS/ME tar utgangspunkt i at en pasients tanker, oppfatninger og forståelse av sin sykdom kan føre til, eller opprettholde, atferd som er lite forenelig med bedring og mestring (Berge & Dehli, 2009). De kognitive faktorene blir satt i en biopsykososial sammenheng, med fokus på å bryte mønstre bestående av opprettholdende faktorer av ulik art. CBT brukes i dag også som mestringsstrategi ved mange kroniske og alvorlige sykdommer som har biologiske funn (Berge & Dehli, 2009). Eksempler på kognitive

faktorer det jobbes med i terapien er pasientens tolkninger av symptomets farlighetsgrad, symptomfokusering, tap av forventning om mestring og kontroll, og uheldige oppfatninger om aktivitetsmønster. Andre opprettholdende faktorer det tas hensyn til i CBT for CFS/ME er søvnforstyrrelser, kondisjonssvikt og muskeltap grunnet inaktivitet (Berge & Dehli, 2009). Noen former for CBT baserer seg på gradvis og jevn aktivitetsøkning.

Om CBT er en av de terapiformene med dokumentert positiv effekt for pasienter med CFS/ME, er det fortsatt en del usikkerhet rundt terapieffekten, og svakheter ved behandlingsstudiene. CBT for CFS/ME ble i ett review fra 2001 funnet å gi bedret fysisk funksjon og livskvalitet, men det var usikkert om det påvirker mental helse (Whiting et al., 2001). Et review fra 2009 konkluderer imidlertid med at CBT ikke er funnet å forandre fysisk aktivitet hos pasientgruppen, og at effekten av CBT ikke kan regnes å være mediert av økt fysisk aktivitet (Wiborg, Knoop, Stulemeijer, Prins & Bleijenbergh, 2010). En svakhet ved studiene på CBT er at mange ikke har hatt energisvikt som utfallsmål (Kunnskapssenteret, 2006). Studier på CBT har hatt ulike og ukonsistente funn ved oppfølgingmåling av effekt en stund etter endt terapi. Og få studier har sammenlignet CBT med andre intervensjonsformer enn *treatment as usual*, TAU (behandling som vanlig) (Price, Mitchell, Tidy & Hunot, 2009). Resultater ved behandlingsstudier viser at en del pasienter får redusert sin utmattelse etter denne terapien, men det er få som blir helt friske. Effekten av CBT for CFS/ME er funnet å være moderat (Malouff, Thorsteinsson, Rooke, Bhullar & Schuttle, 2008). Det konkluderes i rapporten fra Kunnskapssenteret (2006) med at helsevesentes tilbud til pasienter med CFS/ME i dag er utilstrekkelig, og at det trengs ytterligere forskning på årsaksmekanismer, sykdommens utvikling og behandling.

For at pasienter med CFS/ME skal bli friske, virker det ikke tilstrekkelige å fokusere på de opprettholdende faktorene for lidelsen som CBT arbeider med. Dette fører fram til tanken om at det er behov for å se på lidelsen med nye perspektiver, som kan føre til en ny forståelse og mer effektive behandlingsformer av den. Spørsmålet blir hva man da skal se etter, om det er alternative psykologiske innfallsvinkler som vektlegger og arbeider med andre opprettholdende prosesser for den kroniske utmattelsen.

Ved å flytte fokuset til mer *intrapsykiske faktorer* for et symptom opprettholdelse, velger jeg i denne oppgaven å bevege meg over mot mer psykodynamiske teorier, hvor underliggende personlighetsproblematikk i større grad vektlegges enn symptomlette. Med en tanke om behovet for å studere mer intrapsykiske opprettholdende faktorer, tenker jeg det er relevant å studere våre underliggende behov, og med det at en *selvpsykologisk* forståelsesramme for kronisk utmattelse kan være aktuelt.

I den psykoanalytiske tradisjonen blir våre behov definert som våre drifter. Men de nyere selvpsykologiske teoriene bryter med den tankegangen. Det som blir betraktet som våre primære behov er fra starten av tilknytning og respons, vi er sosiale og søker relasjon (Skårderud, 1997). Ulike teoretikere og praktikere vil sannsynligvis tillegge begrepet behov ulik mening. Det er derfor viktig å klargjøre hva jeg i denne oppgaven legger i begrepet. Det vil i oppgaven bli lagt størst vekt på våre emosjonelle behov og våre relasjonelle behov. *Emosjonelle behov* blir betraktet å innebære å ha et positivt selvbylde, å kunne ha et adaptivt forhold til sine følelser: å kunne oppleve og uttrykke positive følelser som glede og interesse samt å kunne la seg selv sørge og ha forståelse og selvmedlidenhet for sine negative følelser (McColloug et al., 2003). I følge selvpsykologien har vi et grunnleggende behov for en følelse av et sammenhengende selv, en følelse av *å være noen* (Skårderud, 1997). Våre *sosiale behov* er nærhet til andre, sosial støtte og delte opplevelser med andre (McColloug et al., 2003). Vi har som barn med oss et primært behov om tilknytning til våre omsorgsgivere (Skårderud, 1997), og behov for tilknytning varer livet ut. Vi har behov for kjærlighet, og det kan operasjonaliseres som empati, bekreftelse og speiling (Skårderud, 1997). Mennsker har altså behov innen flere kategorier, og vi får signaler fra kroppen om dem på ulike måter. Mange personer er ikke bevisste sine indre signaler, eller de overser dem eller mangler evne til å uttrykke dem så de blir hørt og tilfredsstilt (McColloug et al., 2003).

Oppgavens hypotese

Jeg jobber i denne oppgaven ut fra en hypotese om at symptomet, dvs utmattelsen, hos pasienter med CFS/ME har en **funksjon**, og at dette gjør det opprettholdende. Det finnes mange lidelser som i likhet med CFS/ME er medisinsk uforklarlige, som for eksempel kroniske ryggsmertor, fibromyalgi, irritabel kolon osv. (Deary, Chalder & Sharpe, 2007). På samme måte som at smerte i et psykologisk perspektiv tenkes å kunne ha et symbolsk meningsinnhold (Monsen, 1991), tenkes det i denne oppgaven det samme om kronisk utmattelse. Pasientenes betydelig utmattelse, deres tilleggssymptomer og funksjonstap gjør det naturlig å anta et stort symptomfokus hos pasientgruppen. Om symptomet har et symbolsk meningsinnhold tenker jeg at det fungerer som kommunikasjon til andre, og kan være en måte for pasienten å regulere sitt forhold til andre, for eksempel ved å styre andres krav og forventninger til seg. Min hypotese er at symptomet er et uttrykk for, eller et forsøk på å få tilfredsstilt, pasientens *behov*. Til grunn for dette tenkes å ligge en manglende evne til å være bevisst og å kunne uttrykke sine behov på en adaptiv måte, noe som fører til at dette skjer ved bruk av symptomet utmattelse. Dette gjør at symptomet blir opprettholdt, og kan føre til en maladaptiv selv- og relasjonsfungering (McColloug et al., 2003).

Hvilken funksjon pasientenes symptomer har vil trolig være svært individuelt og avhenge av personens historie. For forståelse av et symptoms funksjon og for forståelse av en persons *selv*, synes jeg det gir mening å bruke Axelsens (2009) begrep *indre logikk* videre i oppgaven. Dette til tross for at Axelsen hverken er psykodynamiker eller selvpsykolog. Jeg tenker uttrykket er relevant fordi det kan inkludere mye, og kan samle flere begreper som brukes i oppgavens ulike perspektiver. Begrepet baseres på at alle mennesker har en egen indre logikk, som tenkes å være dannet på grunnlag av en persons historie og erfaringer (Axelsen, 2009). Jeg tenker at begrepet indre logikk inkluderer strategiene vi bruker for å få tilfredsstilt våre behov. Bak symptomene, under det som umiddelbart kan ses, tenkes det å være individuelle, systematiske og logiske indre sammenhenger mellom symptomets uttrykk og funksjon, og personens sosiale kontekst, historie, erfaringer og personlig styrke (Axelsen, 2009). Så en mulig psykologisk forståelse av symptomer generelt er at de kan fungere som pekepinn for hva en pasient egentlig har behov for. Ifht pasienter med CFS/ME handler det kort fortalt om å forstå meningen med utmattelsen og dens sammenheng med livet. Slik jeg ser det kan studiet av en persons indre logikk betegnes som studiet av en persons *selv*. Med tanke om at det viktige er å forstå en persons underliggende behov, hvordan symptomet er et uttrykk for behov, eller et forsøk på tilfredsstillelse av disse, tenkes det relevant med en selvpsykologisk forståelsesramme for oppgaven. Jeg inntar i oppgaven en hypotese om at det som ligger til grunn for pasientens maladaptive strategier for behovstilfredsstillelse er en *mangelfull selvutvikling*. Implikasjoner av min hypotese er at om symptomet mister sin funksjon vil det bli overflødig og forsvinne. Veien til dette er gjennom *selvutvikling* for pasienten.

Oppgavens problemstilling er:

Hva kan en mer dynamisk, selvpsykologisk vinkling på CFS/ME tilføre forståelse av lidelsen, og hva kan en alternativ psykologisk behandlingsmodell for den være?

Med en hypotese om behov for *selvutvikling* har jeg valgt fire perspektiver som skal gjennomgå med tanke på hva de kan tilføre forståelse og behandling av CFS/ME. Jeg inntar et nyere selvpsykologisk perspektiv, hvor det i stor grad fokuseres på våre affekters betydning for følelsen av et helt og sammenhengende selv, og for god inter- og intrapsykisk fungering. Jeg har valgt perspektiver som alle har sitt fokus på affekter, affektbevissthet, affektuttrykk og affektregulering. Perspektivene er likevel ulike i sin tilnærming til selvutvikling, og er valgt med ønske om bredde i vinkling på affekter.

Perspektivene som er valgt er **Affektbevissthetsmodellen, affektiv inntoning og mentalisering, selvmedlidenhet** (self compassion), og **Korttidodynamisk terapi**. Jeg betrakter i denne oppgaven alle perspektivene som retninger innen selvsykologi, da alle kan sies å ha som mål å fremme selvutvikling via et fokus på en persons behov og affekter. Affektinntoning og mentalisering blir gjort rede for i samme kapittel og regnet som ett av mine perspektiv, da de anses som å ha mange likhetstrekk. De er begge viktige utviklingspsykologiske begrep relevante for tilknytning og selvets utvikling (Hart & Schwartz, 2009). De utviklingspsykologiske begrepene er valgt med en tanke om at de kan gi forståelse av utvikling av vår indre logikk, men også med tanke om at utviklende prosesser mellom barn og omsorgsgiver kan være en parallell til prosesser mellom terapeut og pasient (Hansen, 2000). Affektbevissthetsmodellen og Korttidodynamisk terapi skiller seg fra de andre perspektivene ved at de i større grad har fokus på behandling, og kan bli betraktet som behandlingsmodeller. Til tross for ulikheter mellom begrepene betegner jeg likevel alle begrepene som oppgavens *perspektiver*.

Det finnes ingen generell enighet om hvordan begrepene emosjon, affekt og følelse bør defineres. Det at ulike teoretikere tillegger begrepene ulik mening gjør det nødvendig å klargjøre hvordan jeg bruker begrepene i denne oppgaven. Det tenkes at siden det finnes så mange ulike definisjoner så er det lite sannsynlig at det finnes én ”riktig” betydning. Jeg vil i denne oppgaven, i likhet med Tomkins (1995) og McCullough et al. (2003), bruke begrepene om hverandre som synonymer.

Jeg tar utgangspunkt i teorier om behandling for voksne, så det er voksne pasienter med CFS/ME oppgaven fokuserer på. Jeg tenker imidlertid at mye av den forståelsen og behandlingen jeg kan komme fram til også kan være aktuelt for barn og unge med CFS/ME, og da særlig fordi en del av oppgavens teori bygger på utviklingspsykologiske begreper og prosesser. Men hvordan dette bør tilpasses barn og unge er utenfor denne oppgavens omfang.

Dette er en teoretisk oppgave, med kritisk diskusjon som metode. Første kapittel omhandler selvsykologien. Så blir de fire valgte perspektivene presentert med teori og behandlingstilnærming. Hver av perspektivene blir diskutert opp mot oppgavens hypotese om CFS/ME, og hva de kan bidra med i forståelse og behandling. I oppgavens diskusjonsdel blir perspektivene sammenlignet, og det presenteres en forståelse av lidelsen og en behandlingsmodell som ut fra forståelsen virker mest hensiktsmessig.

2 Teori

2.1 Selvpsykologien

Hva er selvpsykologien?

Betegnelsen selvpsykologi er fra midten av 1970-tallet, og brukes om den retningen innen psykoanalysen som Heinz Kohut og hans tilhengere stod for (Karterud, 1997). Kohut var psykoanalytiker, men hans retning skilte seg betydelig fra datidens egopsykologi. Hovedtrekkene fra Kohuts selvpsykologi skal nå kort beskrives. Kohut la større vekt på empati i terapi enn det ble gjort i egopsykologien. Han hevdet at måten å få tilgang til pasientens indre verden er gjennom empati og introspeksjon (Karterud, 1997). Kohut gav forståelsen av begrepet narsissisme ny betydning. I stedet for å være noe vi kvitter oss med når vi blir modne nok, hevdet Kohut at vår narsissisme utvikler seg, fra umoden til moden narsissisme. Mennesker har to grunnleggende narsissitiske behov; et behov for en idealisert annen, og behov for anerkjennelse av egen grandiositet. Det betraktes innen selvpsykologien som helt nødvendig å lytte til en pasients narsissitiske behov, og akseptere disse som legitime, og samtidig studere om brudd av narsissistisk behovstilfredsstillelse fører til symptomer (Karterud, 1997). Kohut betraktet søken etter å få, og holde på selvtilitt, som den sentrale organiserende kraften i personlighetsutvikling. Kohut definerte også selvet på en ny måte, og hevdet at det er tripolart; det grandiose-, det tvillingsøkende- og det idealsøkende selvet. Disse tre polene av selvet refererer til våre behov for å få oppmerksomhet og bekreftelse, å bli holdt oppe av noe større enn oss selv, og behovet for å ha en tilsvarende annen som gjennom sin likhet kan bekrefte personen (Karterud, 1997). Kohuts tanker om disse behovene blir ikke videre fokusert på i oppgaven, men heller det overordnede behovet for en følelse av et helt og sammenhengende selv, og hva som er forutsetninger for dette.

Kohut tok også et oppgjør med Freuds driftsbegrep, og mente heller at vår grunnleggende motivasjon er streben etter fylde, helhet, vitalitet og harmoni, som han så på som forutsetninger for optimal fungering av selvet. Selvpsykologiens menneskesyn er at vi primært er sosiale og søker relasjon, og at et barns primære behov er tilknytning og respons fra sine omsorgsgivere (Skårderud, 1997). Kohut la stor vekt på empati; som en viktig observasjonsmåte, og som viktig element i terapi. Han hevdet at kun gjennom empati og introspeksjon er det mulig å få tilgang til den andres indre verden (Karterud, 1997).

Da Kohut døde i 1981 var selvpsykologien uferdig som teori og som terapeutisk system, men med hensyn til forklaringsstyrke hadde den utkonkurrert egopsykologien og gjort

seg bemerket verden over (Karterud, 1997). Selvpsykologien har utviklet seg etter dette, blant annet med innflytelse fra spedbarnsforskning og tilknytningsteorier. Betydningen av affekter og affektintegrering har blitt lagt større vekt på som organiserende for selvopplevelsen. Utvilkingen kan sies å ha tatt flere retninger, men noe av det grunnleggende som står igjen fra Kohuts selvpsykologi er betydningen av et helt og sammenhengende selv for vår psykiske helse, tidlige relasjoners betydning for dette, empati og den sentrale rollen affekter spiller i organisering av selvopplevelse. Og at det i terapi ønskes å oppnå å rette opp uheldig utvikling fra tidlige relasjoner (Karterud, 1997). Og det er nettopp disse sentrale elementene fra selvpsykologien som vil vektlegges videre i denne oppgaven.

Selvet

Det er vanskelig å eksakt definere hva selv-begrepet omfatter (Monsen, 1991). Mange teoretikere innen psykologien har vært opptatt av hva selvet er og har definert det på ulike måter; eksempelvis som vår personlighet, vårt ego, våre skjema og script, eller vår følelse av å være et *selv*. I følge selvpsykologien er selvet en *fornemmelse* av å være hel og sammenhengende i tid og rom. Et sunt selv er karakterisert av selvtillitt, empati og evne til egen affektregulering (Kohut & Wolf, 1978). Selvet er et senter for tanker, følelser og handling, og er en måte å organisere sine opplevelser på. Slik kan selvet sies å være et *oppmerksomhetsmønster*, som i vår utvikling etterhvert får et innhold.

Selvets utvikling

Senere selvpsykologi er sterkt preget av utviklingspsykologisk teori, og legger stor vekt på de første leveårenes betydning for senere selvutvikling (Karterud, 1997). Innen objektrelasjonsteorien ble det også hevdet det at kvaliteten i barnets relasjoner til betydningsfulle andre er avgjørende for hvilket forhold barnet får til sine egne opplevelser. Vi blir oss selv gjennom forholdet til andre (Kohut & Wolf, 1978). Hvordan et barn blir møtt og oppfattet av sine nærmeste påvirker hvordan barnet møter og oppfatter sine egne opplevelser (Hart & Schwartz, 2009). Forenklet kan det formuleres som at et barn som blir møtt med respekt og åpenhet vil ha disse holdningene til seg selv og til sine egne opplevelser. Mens et barn som blir avvist kan begynne å nedvurdere seg selv. For at barnet skal bli seg selv, og ikke bare leve opp til andres forventninger, trengs det at barnets omsorgspersoner ser, anerkjenner, bekrefter og korrigerer barnet (Hart & Schwartz, 2009).

Selvobjekter er et viktig begrep i Kohuts selvpsykologi. For psykologisk vekst er et barn avhengig av et psykologisk miljø, og i dette ligger et godt selvobjektmiljø (Kohut & Wolf, 1978). ”Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idétradiansjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være

et sammenhengende og meningsfylt selv” (Karterud, 1997, s. 18). Kohut la vekt på hvordan integrasjon av visse affekttilstander er avgjørende for vår selvfølelse, empati og evnen til å ha nødvendig omsorg for seg selv (Kohut & Wolf, 1978). Som vi skal se i neste kapittel, regner en del teoretikere fra nyere selvpsykologi *affektintegrering* som selvobjektene viktigste oppgave (Monsen, 1997).

Selvutvikling via differentiering av følelser

Følelser anses å spille en sentral rolle i vår selvorganisering, og blir i følge nyere selvpsykologi betraktet som kjernen i vårt selv (Monsen, 1997). Følelsene våre definerer vårt forhold til oss selv og andre. Det er ut fra følelsetilstanden vi er i, vi forstår verden rundt oss. Stolorow og Atwood (1992) er teoretikere innen selvpsykologien med en teori om hvordan det i vår utvikling gradvis skjer en differentiering mellom kroppsfornelemelser og følelser. Et gryende selv er hovedsaklig kroppslig, og utviklingen videre er en differentiering og selvstendigjøring av følelser. Dette antas å være viktig for en persons opplevelse av egen kropp, både emosjonelt og kognitivt (Karterud, 1997). Stolorow hevder at et empatisk miljø med god affektinntoning gjør det mulig at affekter som opprinnelig er kroppslige kan oppleves som følelser. Han kaller dette en desomatisering av følelser. Å bli sett, bekreftet, anerkjent følelsesmessig antas å styrke barnets evne til å stole på egne følelser. Å ha god kontakt med sine følelser og å ha mot til å uttrykke dem kan sies å være utviklende for vår personlighet.

Stolorow og Atwood (1992) hevder at fravær av et empatisk, affektivt inntonet miljø kan gjøre at affekter fortsetter å bli opplevd som kroppslige. Når våre egne følelsesmessige opplevelser kommer i bakgrunnen, og andres forventninger og krav kommer i forgrunnen, kalles det at vi får en fremmedgjort opplevelse av oss selv. Følelsene kan for noen komme så langt i bakgrunnen for vår oppmerksomhet at kontakten med dem mistes (Monsen, 1991). Personen mangler da gjerne evne til å sette navn på sine følelser (Stolorow & Atwood, 1992).

Selvpsykologiens relevans for oppgaven

Med den presenterte hypotesen oppgaven legger til grunn for kronisk utmattelse, tenkes det konstruktivt å fokusere på selvet, og med det mer intrapsyriske opprettholdende faktorer. I tråd med min hypotese kan et symptom med selvpsykologisk vinkling betraktes som å ha en funksjon som forsøk på behovstilfredsstillelse. Behovet for tilknytning til andre ble vektlagt av Kohut, og kan være et eksempel på et behov som forsøkes å tilfredsstilles via symptomet. Pasientene med CFS/ME kan som nevnt tenkes å regulere sitt forhold til andre gjennom symptomet, noe jeg vil betegne som en lite adaptiv relasjonell fungering som bør forandres i terapi. Kohut vektla at psykisk helse innebærer evne til å omgi seg med gode selvobjekter og

holde på dem (Karterud, 1997). Nødvendig for dette er en god selvutvikling, som vil føre til at personens behov blir tilfredsstilt på en adaptiv måte. I følge Kohut var psykoterapiens hovedoppgave selvutvikling for pasientene (Karterud, 1997).

Studie av selvet er også studie av menneskelige behov. Selvpsykologien har fokus på selvfølelse, og på at følelsen av et sammenhengende selv er et grunnleggende behov for alle mennesker. Selvpsykologien forstår symptomer som et forsøk på å fremme selvfølelse (Skårderud, 1997). En god selvfølelse er et emosjonelt behov for mennesker, og slik ses det igjen at symptomets funksjonen kan være et forsøk på behovstilfredsstillelse. Knyttet til desomatiseringsutviklingen beskrevet over, kan det tenkes at pasienter med kronisk utmattelse grunnet et lite affektivt inntonet miljø, opplever og uttrykker sine følelser via kroppslige fornemmelser. Symptomets funksjon er *affektuttrykk* for pasienten.

Selvpsykologien er i dag lite spesifikk på ulike lidelseskategorier (Skårderud, 1997), men selvutvikling for pasienter med CFS/ME er likevel denne oppgavens fokus. Derfor regnes selvpsykologien som relevant. Jeg vil videre se på teorier som kan gi forståelse av selvets utvikling, eventuell mangelfull utvikling, og behandling.

Jeg tar et nyere selvpsykologisk perspektiv for oppgaven videre. Det ønskes i oppgaven å fokusere på det som blir betraktet som kjerneelementer i denne; tidlige relasjoners betydning for fornemmelsen av et helt og sammenhengende selv, og den sentrale rollen affekter og affektregulering spiller i organisering av selvopplevelse. Viktige elementer fra selvpsykologien er også tanken om empati's sentrale rolle; i relasjonen mellom pasient og terapeut, og for selvutvikling (Skårderud, 1997).

Perspektivene som videre blir fokusert på med tanke på at de kan gi forståelse og fremme selvutvikling er, som nevnt i innledningen, **Affektbevissthetsmodellen, affektiv inntoning og mentalisering, selvmedlidenhet, og Korttidsdynamisk terapi**. Fokus på affekter, affektbevissthet, affektuttrykk og affektregulering er felles for alle teoriene. Som beskrevet over kan affektiv inntoning bli regnet som et kjerneelement for selvutvikling. Med sitt fokus på selvutvikling tenker jeg at alle perspektivene kan betegnes som retninger innen selvpsykologi. Selvpsykologien er derfor i denne oppgaven en overordnet ramme for forståelse, og for valg av oppgavens videre perspektiver.

2.2 Affektbevissthet – affektene betydning for selvopplevelsen

Vårt følelsesliv anses som svært sentralt i psykoterapi generelt, og i all psykodynamisk terapi spesifikt (Monsen, 1997). Nyere affektteori fokuserer på affektene rolle for selvutvikling, psykopatologi og behandling. Mangelfull affektintegrering antas å spille en stor rolle i utviklingen av psykiske forstyrrelser. Affektteoriene er i stor grad utviklingspsykologiske, og bygger på at en god selvutvikling avhenger av tidlige relasjonelle erfaringer. Behandling av pasienter med psykiske forstyrrelser har som mål å endre en uheldig selvutvikling som har funnet sted i barnets oppvekst. Det finnes mange aktører som har gitt viktige bidrag til affektteori og selvpsykologi, blant annet Tomkins, Baschs, Lichenberg, Stolorow, Brandschaft, Atwoods og Stern (Monsen & Monsen, 2000a). Det vil nå i oppgaven bli fokusert på Monsens Affektbevissthetsteori- og modell (Monsen & Monsen, 2000a).

En egen retning innen selvpsykologien er teorien om Affektbevissthet. Affektbevissthet refererer til vår evne til å kjenne igjen følelser, å kunne tenke over dem og uttrykke dem (Monsen & Monsen, 2000a). Kjernen i teorien er at dette er nødvendig for en sammenhengende opplevelse av seg selv, og for å ta vare på seg selv ifht andre. Hovedfokus for selvutviklingen legges altså på affekter, ved at de betraktes som hovedorganisator for individets struktur. Monsen & Monsen (2000a) har laget en Affektbevissthetsmodell som bygger på dette, og som integrerer Silvan Tomkins affekt- og scriptteori (Tomkins, 1995) med nyere selvpsykologi.

Affektene viktige rolle

I dagligspråket blir fornuften sett på som en motsetning til følelsene. Men følelsene kan også bli sett på som en meget sentral drivkraft for menneskelig handling, og trenger ikke være ”ufornuftige”. Affektbevissthetsteorien og -modellen baserer seg på affektene viktige adaptive funksjoner, og knytter det å ha høy affektbevissthet til det å ha god mental helse (Monsen & Monsen, 2000a). Affektene spiller viktige roller for oss: Våre affekter er viktige signaler som gir oss meningsfull informasjon om vår omverden og om oss selv. De kan betraktes som et kommunikativt signalsystem. Affekter regnes å ha primær motivasjonell status (Tomkins, 1995), et syn som erstatter den psykoanalytiske tanken om drifter som det primært motivasjonelle. Affekter fungerer vitaliserende; de motiverer for handling og øker våre evner til å realisere personlige ambisjoner og mål. De har også en viktig innvirkning på organisering av atferdsmønstre. Affekter hjelper til i selvavgrensning og bedrer vår kapasitet til å inngå i gjensidige relasjoner. Det å ha et bevisst, tolerant forhold til sine affekter gir en

opplevelse av helhet og sammenheng i vårt selv og slik en grunnleggende fornemmelse av å *være oss selv* (Monsen & Monsen, 2000a).

Affektbevissthetens utvikling – selvets utvikling

Det tenkes at vi har en iboende evne til å lage oss mentale modeller, som blir en slags kunnskapsbase om både omverden, andre mennesker og oss selv. Dette kan betegnes som våre mentale modeller. Vår mentale modell av oss selv kalles ”det representasjonelle selvet”, og er vår selvopplevelse. Ideen om ”det representasjonelle selvet”, og at det under et barns utvikling skjer en stadig mer kompleks organisering av selvopplevelse, er et perspektiv som forener ulike tradisjoner innen psykodynamisk selvpsykologi (Monsen, 1997). Vår mentale representasjon av oss selv virker inn på hvordan vi bearbeider egne erfaringer, og kan påvirke hvordan vi forholder oss til andre. Det antas at betydningsfulle andre har en strukturerende virkning på organiseringen av vår selvopplevelse gjennom tilknytning, hendelser og vedvarende kvaliteter i nære relasjoner (Monsen, 1997).

Affektbevissthet og selvpsykologi

Selvpsykologien legger stor vekt på selvobjekter for utvikling av et helhetlig selv, og at gode selvobjekter er en forutsetning for selvets vekst og modning. Kohut (1977) la vekt på hvordan integrasjon av visse affektiltstander er avgjørende for vår selvfølelse, empati og evnen til å ha nødvendig omsorg for seg selv. Vår selvutvikling avhenger av våre selvobjekter. Teoretikere innen Affektbevissthetsteorien (f.eks. Storolow & Atwood, 1992; Monsen, 1997) hevder at selvobjektene funksjoner handler om å integrere *affekter* i barnets selvopplevelse. Dette gjøres ved at barnets omsorgsgivere **inntoner** seg på hele variasjonen barnet har av affekter, **bekrefter** disse, **aksepterer**, **differetierer** dem, samt **rommer** disse affektene. Da lærer barnet at alle typer følelser er akseptable og kan være en del av en selv. Teorien trekker en parallell til terapi, og det søkes der at terapeuten kan ta disse funksjonene og slik være et godt selvobjekt for pasienten (Karterud, 1997).

Affektbevissthetsmodellen

Affektbevissthetsmodellen er en behandlingsmodell som ble utviklet i studier av pasienter med personlighetsforstyrrelser og kronisk smerte (Monsen & Monsen, 2000a). Modellen bygger som nevnt på Tomkins affekt- og scrifteori (1995), integrert med nyere selvpsykologi. Tomkins la også stor vekt på affektene adaptive funksjon, og på affekter som grunnleggende motivasjonssystem i mennesket (Tomkins, 1995). Hans forklaringen for dette er at affekter fungerer som forsterkere, de forsterker og forlenger varigheten av et hvert inntrykk som utløser den, og dette er avgjørende ifht hva som får betydning for oss (Tomkins, 1995). Slik påvirker affektene vår hukommelse, persepsjon, tenkning og handling og har vitaliserende

effekt. Ikke bare er affektene forsterkere for det som utløste affekten (aktiveringskilden), men de sørger også for en forsterket kobling mellom aktiveringskilden og reaksjonene som følger etter. Det oppstår en forbindelse mellom stimuli, affekt og respons. Ulike sansemodaliteter i en opplevelse bindes sammen via den aktuelle affekten. Tomkins betegner ut fra dette affektens funksjon som et ”psykisk lim”, som binder sammen våre sensomotoriske opplevelser med tanker, noe som gir en følelse av helhet (Tomkins, 1995).

Scener og script

Tomkins teori (1995) bygger på at affekter er organisert som scener og script. En scene er en hendelse som inneholder en affekt og et objekt koblet til affekten. Flere opplevde scener blir organiserte helheter, og kan etterhvert bli bearbeidet helt vanemessig. Et script er våre underliggende prinsipper for organiseringen av scenene; hva vi gjør med eller hva vi gjør i scener. Konkret vil det si hvordan vi forutser, tolker, responderer i scenene.

Disse grunnleggende organiserende aktivitetene begynner å utvikles veldig tidlig i livet, allerede før barnet har evne til å danne symbolske representasjoner og til å bruke språk.

Gode scener er i følge Tomkins (1995) de scenene som aktiverer spenning og glede rettet mot viktige andre, dvs mot de som bidrar til støtte, veiledning, trøst, stimulering, gjensidighet og berørlighet. Ut fra samhandlingsmønstrene i tidlige scener med tilknytningspersoner danner det seg etterhvert mønstre for barnets organisering av egne følelsesmessige opplevelser. Det vil stabiliseres i script. Gode scener er scener hvor barnet opplever speiling, idealisering og twinship, og de fører til aktivering av spenning og glede i forhold til betydningsfulle andre. Det som betraktes som karakteristisk for dannelse av maladaptive kjernescript, er når opprinnelige gode scener snus til å bli negative. Negative scener kan i følge affektbevissthetsteorien sammenlignes med det selvpsykologiske begrepet selvobjektsvikt (Monsen & Monsen, 2000a; Kohut, 1977) .

Script-organiseringen påvirker personens forestillingsvirksomhet, persepsjon av seg selv og andre og hvordan han/hun uttrykker seg følelsesmessig. Scriptene blir stabilisert og former vår persepsjon, selvopplevelse og atferd i visse mønstre (Monsen, 1997; Tomkins 1995). De to organiseringsformene script og scener er altså nært forbundet med hverandre ved at levd erfaring er grunnlaget for dannelsen av script, mens når scriptene er stabilisert, former de våre videre erfaringer, våre scener. Begrepet script kan sammenlignes med det kognitive begrepet skjema, eller betegnes som vår indre arbeidsmodell for affekter. Et eksempel på et script tatt fra behandling av en pasient med kronisk smerte er ”å leve for andre” (Monsen & Monsen, 2000b). Dette scriptet ble automatisk aktivert da pasienten snakket med sin mor, og det ble da morens ønsker og følelser som dominerte scenene. Pasienten oppførte seg da

oppofrende og hjelpsom overfor moren, men dette førte også til sinne og skyldfølelse hos pasienten. Samtidig økte pasientens hodepine. Sinnet pasienten følte ble snudd mot pasienten selv, og hun så ikke selv hvordan moren bidro til dette sinnet (Monsen & Monsen, 2000b).

Våre script anses som vesentlige for utformingen av selvet, og noen script ser ut til å være viktigere enn andre. Å ha adaptive script er avgjørende for å bevare vår iboende vitalitet i kjerneselvet, i følge Kohut (1977). *Kjernescript* er betegnelsen Tomkins bruker på de få sentrale organiserende prinsipper, som ligger bak en persons største og mest uløselige problemer. Tomkins forståelse av følelsene bør i følge Monsen & Monsen (2000a) være retningsgivende for måten å drive terapi på. Fokus bør ligge på kvaliteter i affektoplevelse og hvordan affekten er organisert i forhold til affektbevissthetens fire integrerende funksjoner (se under). Dette vil gi tilgang til pasientens maladaptive script, kjernescript. Aktivering av maladaptive kjernescript resulterer i avsporing av affekter og til en fragmentering av selvopplevelsen. I terapi jobbes det med å endre pasientens kjernescript (Monsen & Monsen, 2000a).

Mangelfull selvutvikling

Psykiske forstyrrelser kan i følge Affektbevissthetsmodellen forstås som manglende affektintegrasjon (Monsen & Monsen, 2000a). Grunnen til at dette har oppstått ligger i personens tidlige relasjonelle erfaringer, f.eks. ved at han/hun har opplevd for lite speiling eller bekreftelse. Psykiske forstyrrelser opprettholdes ved at pasientens kjernescript gjentakende blir repetert i møte med omgivelsene (Monsen & Monsen, 2000a).

Lav affektbevissthet kan føre til en manglende evne til å la følelser virke inn på seg, og til å uttrykke følelser til andre. Konsekvensene kan være flere; at motiver for handlinger blir vage, en svekket evne til å benytte affektene som signaler og til å lese deres meningsfulle informasjon, evnen til å realisere personlige mål blir redusert, og evne til selvavgrensning og til å ha en grunnleggende fornemmelse av å være seg selv kan gå tapt (Monsen & Monsen, 2000a). Følelsesreaksjoner kan da bli undertrykt, og et affektdissosierende forsvar kan utvikles.

Behandling

Denne teorien har konsekvenser for psykoterapi. Nøkkelen for forandringer gjennom psykoterapi er i følge Affektbevissthetsmodellen at pasientens affektbevissthet øker (Monsen & Monsen, 2000a). Det gjøres gjennom aktivering av grunnleggende affekter, mens pasienten bevisst oppfatter, reflekterer over, og uttrykker disse affektive opplevelsene.

Som terapeut må det lyttes til pasientens opplevelser, både på innholdet, men også etter pasientens script, og om disse er maladaptive. Det vil si om opplevelsen danner mønster som

stykker opp pasientens opplevelse av seg selv. For å kartlegge dette er *Affektbevissthetsintervjuet (ABI)* et godt hjelpemiddel. I affektbevissthetsmodellen er affektbevissthet definert og operasjonalisert som grader av *oppmerksomhet*, *toleranse*, *emosjonell ekspressivitet* (ikke-verbal), og *begrepsmessig ekspressivitet* av affekter (Monsen & Monsen, 2000a). Ni affekter blir i ABI undersøkt ifht disse fire aspektene, disse er: interesse/iver, velbehag/glede, frykt/panikk, sinne/raseri, skam/ydmykelse, tristhet/fortvilelse, misunnelse/sjalousi, skyldfølelse/anger og ømhet/hengivenhet (Monsen & Monsen, 2000a). Terapeuten går i dette semistrukturerte intervjuet gjennom lista med affekter og undersøker i hvilken grad pasienten er oppmerksom på, tolererer, uttrykker hver av dem. Slik blir pasientens affektbevissthet kartlagt, og pasientene kan få en skåre gitt på en fem-poengsskala, hvor fem indikerer det høyeste mulige nivå av affektbevissthet, mens tre indikerer et gjennomsnittlig nivå. Den kliniske hypotesen er at lav affektbevissthet vil føre til forstyrrelse av affektens adaptive funksjon, og da særlig en fragmenert organisering av selvopplevelse (Monsen & Monsen, 2000a). Affektbevissthetsintervjuet var opprinnelig kun tenkt som et kartleggingsverktøy, men erfaring viser at det kan ha god virkning å bruke dette som et ledd i terapien (Monsen & Monsen, 2000a).

Terapiens videre fokus er rettet mot arbeid med affekter i den terapeutiske relasjonen. Dette skal gradvis føre til utvikling av tydeligere oppmerksomhet, bedre toleranse og mer differensierte og direkte måter å uttrykke affekter på hos pasienten. Å bygge opp en god allianse mellom terapeut og pasienten ses på som avgjørende for å oppnå endringer. Terapeuten kan som nevnt fungere som et godt selvobjekt for pasienten. En empatisk holdning anses som viktig, og atmosfæren må være preget av tillitt, åpenhet for opplevelser, refleksjon og uttrykkning av følelser. Dette vil i seg selv utfordre pasientens maladaptive script (Monsen & Monsen, 2000a). Relasjonen mellom terapeut og pasient kan ses på som en modell for pasientens nye måte å inngå i relasjoner utenfor terapirommet. Terapiprosessen kan slik bli en serie av nye formative scener som blir utgangspunktet for dannelsen av mer adaptive script (Monsen & Monsen, 2000a).

Pasienten utvikler sin *personlige refleksjon* gjennom flere faser med funksjoner som er integrerende for selvopplevelsen. Først skal pasienten bli bevisst og innrømme sine følelsesreaksjoner for seg selv, og gradvis øker hans/hennes oppmerksomhet for ulike følelser og evne til å skille mellom dem. Pasienten skal så oppnå bedre toleranse for dem, noe som fører til at informasjonen i følelsene blir tilgjengelig og opplevelsen av sammenheng i selvet blir styrket (Monsen & Monsen, 2000a). Å søke etter informasjonen som ligger i affektene vil også bedre pasientens kunnskap om mellommenneskelige forhold. Og til slutt; å utvikle mer

direkte og differensierte følelsesuttrykk vil føre til at personen også får mer tydelige og differensierte svar fra omgivelsene. I timene velges et tema eller en scene å fokusere på, noe som fører til affekter (Monsen & Monsen, 2000a). Terapeuten og pasienten utforsker så sammen affektoplevelsen og prøver å gå videre i fasene innunder *personlig refleksjon*. Det tenkes å være konstruktivt å utforske foreldrebilder og sentale scener fra tidlig barndom fordi det alltid vil være knyttet ulike typer emosjonell informasjon til disse indre representasjonene. Scenene er konkrete levde erfaringer, og utgangspunktet for våre foreldrebilder. Ved å jobbe seg gjennom disse fasene vil pasientens script bli tydelige. Det krever repetisjoner av utforskning av de integrerende funksjonene for å endre pasientens script, og at pasienten skal bli bevisst dette (Monsen & Monsen, 2000a). Om vi videre bruker eksempelet med den kroniske smertepasienten nevnt over, var det viktige i hennes behandling å bli bevisst følelsene sine, se hvordan hennes script ble aktivert i visse situasjoner og hvordan et mønster for organiseringen av følelsene gikk igjen. Pasienten hadde et idealisert morsbilde som gradvis i terapien ble nyansert til at moren ikke bare var redd og hjelpesløs, men også ganske krevende og selvsentrert (Monsen & Monsen, 2000b). Å kunne koble sine følelser til pasientens maladaptive script ble tenkt å være avgjørende for terapien, og også å da kunne sette grenser ifht mor og uttrykke sine egne følelser og behov tydelig.

Terapien skal altså øke pasientens oppmerksomhet, toleranse og evne til å uttrykke følelser. Pasienten oppfordres til å fortsette utforskningen og også gjennomføre mer adaptive følelsesuttrykk utenfor terapirommet. Dette skal føre til en integrasjon av affekt, kognisjon og atferd. Målet er en reorganisering av pasientens maladaptive mentale representasjoner og script (Monsen & Monsen, 2000a). Innunder dette ligger endring av både selvbylde, representasjoner av viktige tilknytningspersoner, foreldrebilder og deres relaterte affekter. Pasienten lærer seg å bruke sine affekter som signaler, og vil få en tydeligere og mer vital selvopplevelse. Ved å forandre sine kjernescript vil pasienten også gjøre ting annerledes enn det han/hun har gjort før, og oppnå en mer adaptiv sosial fungering (Monsen & Monsen, 2000a).

Affektbevissthetsmodellen knyttet til CFS/ME

Oppgaven tar utgangspunkt i hypotesen om at symptomets funksjon kan være regulering av pasienten og hans/hennes forhold til andre, noe jeg i min hypotese antar har grunnlag i en mangelfull selvutvikling. Med en tanke om at selvutvikling er sentralt for å hjelpe CFS/ME-pasienter, representerer Affektbevissthetsteorien, og –modellen, en forklaringsmodell og en behandlingsform som kan være aktuelt for dette. Affektbevissthetsteoriene hevder at en begrenset affektintegrering er grunnlaget for en redusert selvutvikling, noe som fører til store

konsekvenser for pasientene (Monsen & Monsen, 2000a). Pasientene antas å ha manglende evne til å la følelser virke inn på seg, som kan betegnes som lite adaptive kjernescript som automatisk blir aktivert i møte med andre. Å bruke symptomet som en regulator ifht andre tenkes derfor å være automatisk for pasientene. En person med lav affektbevissthet antas å ha en mangelfull affektintegrering, og med det et dårligere utgangspunkt for å inngå i sosiale relasjoner, ha en svakere følelse av å være et helt og sammenhengende selv og være mindre vital. Om oppgavens hypotese om en mangelfull selvutvikling stemmer, vil dette være karakteristisk for pasientgruppen, i følge Affektbevissthetsmodellens. De vil ha behov for å bli mer bevisst sine følelser, og å kunne uttrykke følelser og behov på andre måter. Jeg tenker at for hver enkelt pasient med CFS/ME må dette tas i betraktning, og affektbevissthet undersøkes. Dette kan eksempelvis kartlegges med Affektbevissthetsintervjuet.

Det er ikke gjennomført kontrollerte studier for bruk av Affektbevissthetsmodellen som behandling for kronisk utmattelsessyndrom. Men dette er imidlertid gjennomført for pasienter med kroniske smerter og med fibromyalgi (Monsen & Monsen, 2000b). Studien gjennomført av Monsen & Monsen (2000a) konkluderer med at smertepasientene hadde god effekt av psykodynamisk kroppsterapi, og de viste signifikant bedring på både smerte, somatisering, depresjon, angst, fornektning, selvsikkerhet, sosial tilbaketrekning og økt affektbevissthet etter endt terapi. Oppfølging ett år etter viste at bedringen var varig. Psykodynamisk kroppsterapi kan defineres som en variant av affektbevissthetsmodellen (Monsen & Monsen, 2000b) med fokus på organisering av affektoplevelser og interpersonlige forhold for å redusere smerte. Den har altså samme formål, men benytter seg samtidig av kroppslige intervensjoner basert på fysioterapi. Den kroppslige intervensjonen ble benyttet om pasientens nivå på den personlige refleksjonen ble betegnet som spesielt svakt (Monsen & Monsen, 2000b).

Antagelsen om at problemer med affektregulering kan være en medvirkende faktor som bidrar til kronisk smerte har eksistert lenge, og studier har vist at smerteintensitet kan relateres til ulike personkarakteristikker (Monsen & Monsen, 2000b). Kronisk smerte blir i likhet med CFS/ME definert som en lidelse med medisinske uforklarlige symptomer, og begge lidelsene betraktes som funksjonelle somatiske lidelser (Malt et al., 2002). Likhetene mellom disse lidelsene tatt i betraktning tenker jeg at affektregulering kan være en medvirkende faktor også for pasienter med kronisk utmattelsessyndrom. Og jeg tenker at det positive behandlingsresultatet for smertepasienter med affektbevissthetsmodellen, gir støtte for optimisme ifht bruk av behandlingen ved kronisk utmattelsessyndrom. Affektbevissthetsteorien innebærer som nevnt antakelsen om at manglende affektintegrasjon,

og med det mangelfull selvutvikling, kan spores tilbake til tidlige relasjonelle erfaringer. Dette er tema for oppgavens neste kapittel.

2.3 Affektiv inntoning og mentalisering

Fra utviklingspsykologi til psykoterapi: Affektiv inntoning og mentalisering

Med hypotese om at selvutvikling er viktig for pasienter med CFS/ME tenkes det relevant å studere teorier om hvordan selvopplevelse og affektregulering utvikles. Som jeg har vært inne på i de foregående kapitlene betraktes speilig, bekreftelse, inntoning og empati som svært sentralt i selvpsykologien. Jeg har i oppgaven valgt en selvpsykologisk forståelsesramme, og som nevnt er senere selvpsykologi sterkt preget av utviklingspsykologisk teori. De første leveårenes tillegges stor betydning for senere selvutvikling. Organiseringen av selvet øker, og dette skjer gjennom tilknytning, hendelser og varige kvaliteter i barnets relasjoner til andre. Med oppgavens vektlegging av å forstå en persons *indre logikk*, ut fra hans/hennes erfaringer og historie, tenkes det at en persons tilknytning kan spille en stor rolle.

Begrepet tilknytning stammer fra John Bowlby, og tilknytningsteori handler om det psykologiske båndet mellom et barn og dets primære omsorgsgiver (Hart & Schwartz, 2009). Tilknytning blir nært knyttet til mentalisering, affektiv inntoning og til affektregulering. Ingen har medfødt evne til å regulere sine følelsesmessige reaksjoner. Tilknytningsteorier hevder at spedbarns fornemmelse av seg selv kan føres tilbake til den affektive kvaliteten i forholdet til deres primære omsorgspersoner (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2007). Fonagy hevdet at kvaliteten på de tidlige objektrelasjonene danner grunnlaget for evnen til mentalisering. Sensitive omsorgspersoner som *speiler* og eller *toner seg inn på* barnet, danner utgangspunkt for en sikker tilknytning. Tilknytning gir grunnlag for indre representasjoner, eller indre arbeidsmodeller, både av barnet selv og av viktige omsorgspersoner og samspillet dem imellom. De indre arbeidsmodellene blir lagret og strukturerer barnets framtidige møter med omverden, og får slik betydning for barnets relasjoner til andre gjennom hele livet. Et barns indre logikk kan sammenlignes med dets indre arbeidsmodeller. Tilknytning ses på som en medfødt biologisk kapasitet som gjør barnet i stand til å knytte seg til nære omsorgspersoner som kan gi det beskyttelse, trøst og ro. Utviklingen foregår altså i en relasjonell kontekst og tar utgangspunkt i grunntanken om at mennesket fra fødselen er sosialt og kommuniserende (Hart & Schwartz, 2009). Det er det følelsesmessige båndet som er i fokus i Bowlbys

tilknytningsteori, igjen ses affektens avgjørende rolle. Som nevnt før, kan tilknytning betraktes som et primært *behov* vi har fra starten av (Skårderud, 1997).

Denne oppgaven har som et mål å kunne forbedre behandling for en pasientgruppe, og i studiet av utviklingspsykologi ligger et stort potensiale i å tilføre kunnskap om og forstå endringsprosesser som foregår i psykoterapi (Hansen, 2000). Særlig to kunnskapsfelt betraktes som relevante for dette formålet; *Den intersubjektive matrisen* og utvikling av *reflekterende funksjon* (Hansen, 2000). Barnets selvopplevelse og selvforståelse blir antatt å være forankret i en intersubjektiv matrise, som vil si dets gjensidige og aktive interaksjoner med andre mennesker (Hansen, 2000). Barnets utvikling er i stor grad avhengig av intersubjektiv utveksling, samhandling og samskaping med dets nærmeste omsorgsgivere. Dette danner rammen for barnets kunnskap om omgivelsene; dets forventninger til verden og relasjoner til andre. Den reflekterende funksjon kalles også *mentaliseringssevne*, og refererer til prosessen hvor barn oppnår forståelse av andres og eget sinn (Fonagy et al., 2006). Mentaliseringssevne blir forbundet med affektreguleringsevne, og kan i likhet med mange av de utviklingspsykologiske begrepene knyttes til klinisk praksis (Skårderud & Sommerfeldt, 2008; Hansen, 2000). Utvikling av denne evnen skjer også i barnets intersubjektive utveksling med sine omsorgsgivere (Hansen, 2000). I disse prosessene blir kognitive og affektive aspekter betraktet å være nært forbundet. Følelser tenkes å spille en stor rolle i menneskelig kontakt og samspill, og evne til affektregulering som avgjørende for adaptiv relasjonell fungering. Den tidlige, førspråklige utvekslingen av emosjonelle tilstander mellom barn og omsorgsgiver utgjør et affektivt kommunikasjonssystem som tenkes å påvirke evne til affektregulering (Hansen, 2000).

Ut fra antakelsen om at prosesser i psykoterapi kan forstås som utviklingsprosesser, vil jeg i denne oppgaven se nærmere på begrepene affektiv inntoning og mentaliseringssevne. Begge begrepene kan betraktes som grunnleggende elementer i intersubjektiviteten mellom barn og omsorgsgivere, og som avgjørende for utvikling av affektreguleringsevne, og for *selvutvikling*. I selvpsykologien vektlegges det at empati er sentralt for selvutvikling og også i det terapeutiske arbeid (Skårderud, 1997). Med empati kan vi også forstå affektiv inntoning. Det kan betraktes som en viktig selvobjektoppgave å tone seg affektivt inn på barnet, og ved det opprettholde barnets følelse av et helt og sammenhengende selv. I dette kapittelet vil utviklingspsykologiske teorier om begrepene presenteres, i tillegg til parallellen det har til prosesser som foregår mellom terapeut og pasient i behandling. Avslutningsvis forsøkes dette å kobles til oppgavens forståelse for CFS/ME.

Hvorfor er begrepene samlet i ett kapittel?

Både mentalisering og affektiv inntoning, eller affektinntoning, er viktige utviklingspsykologiske begreper, fra henholdsvis Fonagy og Stern (Hart & Schwartz, 2009). Stern (1985) var en av de første til å bruke begrepet affektinntoning. Det refererer til prosessen hvor omsorgsgivere toner seg inn på barnets emosjonelle tilstand, og er grunnlaget for intersubjektiv deling av affekter (Stern, 1985). Affektiv inntoning kan betraktes som grunnlaget for den intersubjektive matrisen beskrevet over og er avgjørende for barnets selvoppfattelse og selvforståelse. Begrepet mentalisering stammer fra Peter Fonagy, og refererer som nevnt til prosessen hvor vi oppnår forståelse av eget og andres sinn. Begrepet kan beskrives som å forstå andre innenfra, og en selv utenfra, og er en forutsetning for adaptiv relasjonell fungering (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Det avgjørende for utvikling av denne egenskapen er for barnet å bli *speilet* av sine omsorgsgivere (Fonagy et al., 2007).

Flere av de mest kjente utviklingspsykologiske teoretikere er enige om prosesser som foregår mellom barn og omsorgsgiver, men har ulike begreper for forholdsvis like fenomener. Speiling og affektinntoning er eksempler på dette (Hart & Schwartz, 2009).

Teorier om, og forskning på, spedbarns utvikling understreker viktigheten av den intersubjektive dimensjonen som en grunnleggende ramme (Hansen, 2000). Det er denne dimensjonen som er sentral for både affektiv inntoning, speilig og mentalisering. Fokus er på hvilke utviklende prosesser som skjer i relasjon til andre, og viktigheten av en trygg tilknytning for utvikling.

Ved sammenligning av de to begrepene mener Stern (1985) at inntoning er én av tre komponenter i speilig, og at de ulike komponentene bør brukes av omsorgsgiver ut fra et barns utviklingsfase. Den første komponenten i speiling er, i følge Stern, riktig responsivitet og regulering fra omsorgsgiver overfor et spedbarn. Det vil si nær kontakt og tilfredsstillelse av biologiske behov. Så tidlig tenker Stern at barnet ikke har noe selv, at det ikke utvikles før intersubjektivitet er mulig, og da er affektiv inntoning den viktige komponenten i speiling. Den tredje komponenten i speilig regner Stern å være verbal validering og -relasjon, for forming (shaping) av et barns atferd via verbale forsterkninger (Stern, 1985).

Det vil si at i barnets utviklingsfase hvor intersubjektivitet er mulig, betrakter Stern speilig og inntoning som begreper som tilsvarer hverandre. Når affektiv inntoning også kan være verbal (Stormark, 2008), tenker jeg at likheten mellom begrepene fortsetter når barnets i sin utvikling blir mer verbalt.

Jeg betrakter *affektiv inntoning* og *speiling* som svært like prosesser, som begge er sentrale for affektregulering og selvutvikling. Jeg tolker det slik at det ved både speiling og

affektinntoning skjer en anerkjennelse av den andres opplevelse. Begrepene handler om å sette seg inn i den andres (barnets eller pasientens) emosjonelle opplevelse, og å vise med ansiktsuttrykk, gester eller ord at den kan deles. Og ved beskrivelse av begge begreper er det poengtert at følelsene gis tilbake til barnet i ny form, og ikke skal være ren imitasjon av personens affektive opplevelse (Hart & Schwartz, 2009). Dette kan enten skje ved å uttrykke hva som ligger bak den emosjonelle tilstanden, eller ved å samtidig trøste og slik ta ansvar. Både affektiv inntoning og speiling handler om at barnet får en opplevelse av at omsorgsgiver kan hjelpe barnet å regulere sine følelser. Barnet opplever at den andre har et separat sinn, som er grunnlaget for mentalisering. Begrepenes likhetener gjør at de presenteres samlet og videre omtales som like begreper i dette kapitlet.

Tidlig regulering ved hjelp av affektiv inntoning og speiling

Affektinntoning er nært knyttet til **affektregulering**. Affekter kan i følge Beebe & Lachmann (2002) reguleres på to prinsipielt ulike måter; ved selvregulering eller ved interaktiv regulering. Selvregulering vil si det en person selv må gjøre for å regulere egne affekter. Spedbarn kan til en viss grad regulere seg selv, ved f.eks. å drive selvberøring eller å snu seg eller se bort ved overstimulering (Beebe & Lachmann, 2002). Men barn er også helt avhengige av sine omsorgsgivere for tidlig affektregulering; av interaktiv-, eller dyadisk regulering, hvor omsorgspersonen beroliger det, og hjelper til å etablere likevekt om barnet befinner seg i en tilstand av ukontrollert aktivering. De to reguleringsformene kan betraktes som samtidige, utfyllende for hverandre og er optimalt sett i en dynamisk balanse (Beebe & Lachmann, 2002). Det er i forhold til interaktiv regulering at affektinntoning er viktig: En inntonet omsorgsgiver er oppmerksom og tilgjengelig, og det kan skapes balanse og fleksibilitet mellom selvregulering og interaktiv regulering. Omsorgsgiveren setter seg inn i barnets verden, og ser hva det trenger i øyeblikket, om behovet er mindre arousal lar hun barnet være i fred, og lar det slik få regulere seg selv. En inntonet mor ser også om barnet trenger interaktiv regulering, og kan da enten gi det oppmerksomhet eller roe det ned ettersom hva barnet trenger (Beebe & Lachmann, 2002). Det blir en naturlig veksling mellom selvregulering og interaktiv regulering, og begge deler er viktige strategier barnet trenger å lære seg. Barnet blir ikke avhengig av kun en av strategiene. Det er også tydelig at affektiv inntoning kan ha en funksjon helt i starten av et barns liv ifht selv- og interaktiv regulering, og ikke bare i Sterns (1985) andre utviklingsfase som beskrevet over. Selvreguleringsstrategiene til barnet er imidlertid sterkt begrenset i spedbarnsfasen, og affektinntonings betydning blir tydeligere i utviklingsfaser hvor intersubjektivitet er mulig.

Affektiv inntoning er en prosess som fører til at andre forstår at du har satt deg inn i deres subjektive tilstand og føler mye det samme som dem, uten å nødvendigvis bruke ord (Stern, 1985). *Moments of meeting*, eller møteøyeblikk, betegner Stern som øyeblikk hvor dette skjer, og det kan enten være mellom omsorgsgiver og barn, eller mellom terapeut og pasient. Det handler om å reformulere barnets/pasientens følelser og gi det tilbake i ny form, det vil si noe annet enn ren imitasjon (Stern, 1985). Omsorgsgiveren må være i stand til å lese barnets følelsetilstand ut fra barnets atferd. Mor reflekterer barnets adferd tilbake til barnet ved at hun samtidig sier noe til barnet om hva som ligger bak atferden (Stern, 1985). Ved affektiv inntoning *matcher* mor visse aspekter ved barnets atferd, for eksempel formen, timing eller intensiteten (Stern, 1985).

Interaktiv regulering: mor speiler barnet

Når eksempelvis et barn gråter og ikke kan regulere seg selv, vil en oppmerksom mor eller far vise barnet med ansiktsmimikk, språk og gester at de forstår at barnet har det vondt. De speiler da barnets følelsetilstand, men samtidig trøster de barnet og markerer ved det at de tar ansvar og at det er en forskjell på barnets og deres egen følelsetilstand. Det viktige i dette er at omsorgspersonene viser barnet at det både er en likhet og en forskjell; barnet blir bekreftet i den felles følelsen, samtidig som det erfarer at omsorgspersonen har et separat sinn og opplever en følelsemessig forskjell. I denne speilingen blir barnets emosjonelle tilstand bekreftet av omsorgspersonen, samtidig som hun modifierer de affektene barnet ikke kan kontrollere. I speilingen får barnet hjelp til å forstå både sin egen affektive opplevelse, men også hvordan denne virker på andre. Dette kan betegnes som mentaliseringsevne. Omsorgsgiver toner seg inn på barnet og hjelper om nødvendig til med interaktiv regulering ved å speile det. Dette øker samtidig barnets evne til mentalisering, som kan betraktes som en forutsetning for selvregulering.

Både ved bruk av speilig og affektiv inntoning står det relasjonelle fokuset sentralt for utviklingen av bedre affektreguleringsteknikker. Begge innebærer at det mellom barn og omsorgsgiver skjer repeterende deling av affekter, noe som tenkes å påvirke en barnets utvikling av selvopplevelse (Skårderud, 1997).

Hva fører det til å bli speilet, eller affektivt tonet inn på?

Affektinntoning fører til en følelse hos barnet av å bli møtt og forstått. Å få reflektert tilbake sin indre tilstand gjør at evnen til å gjenkjenne egne følelsemessige tilstander utvikles, og med det en opplevelse av et selv (Stern, 1985). Slik skjer integrering av affekter i selvet. Følelser blir gjenkjent som noe som tilhører barnet selv, som noe som kan aksepteres og deles med andre. Ved speilig og affektiv inntoning lærer barnet at det har et sinn separat fra andre,

som er grunnlaget for mentaliseringsevne. Barnet lærer at virkeligheten kan erfares på forskjellig vis, og at sinnet ikke speiler verden, men tolker den. Barnet greier etterhvert å skille indre virkelighet fra ytre virkelighet, som er en viktig del av mentaliseringsevnen (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Det lærer også å kunne skille selvhandlinger fra andres handlinger (Hart & Schwartz, 2009).

Å bli tonet inn på, eller speilet fører til *selvutvikling*: Selvet antas å bli utviklet gjennom å kjenne mentale tilstander, ved å observere seg selv via andre. Ved at omsorgspersonen oppfatter barnet som et mentalt vesten, får barnet etterhvert en fornemmelse av egne tilstander (Hart & Schwartz, 2009). Evne til mentalisering er avgjørende for impuls kontroll, selvpoppmerksomhet og selvforståelse, og kan slik ses på som grunnlaget for selvorganisering (Hart & Schwartz, 2009). Prosessene som skjer i den intersubjektive matrisen, danner rammen for indre representasjoner, både av en selv og av sitt forhold til andre. Å forstå seg selv og andre, gjør en i stand til å kunne tenke om sitt eget sinn, å kunne ha kjennetegn på hvem en selv er. Dette bestemmes i stor grad ut fra reaksjonene man får fra andre. Vår selvrepresentasjon kan hevdes å opprinnelig være en forlengelse av opplevelsen av en annen. Det man i relasjon til viktige andre lærer at man selv er, danner grunnlaget for en persons selvrepresentasjon (Fonagy et al., 2007). Gjennom omsorgspersonens speiling og indre representasjoner finner barnet et bilde av seg selv (Hart & Schwartz, 2009).

Gjentakelse av interaktiv regulering fører til en internalisering av dette samspillsmønsteret hos barnet, og dette blir barnets grunnlag for barnets kunnskap om måten å være sammen med andre på, dets skjemaer. Det dannes indre arbeidsmodeller for relasjoner og for affektregulering. Dette kan også betegnes som barnets implisitte relasjonelle kunnskap (Stern, 2006). Omsorgsgivernes forventninger til barnet blir internalisert i det, og danner et utgangspunkt for hvordan barnet senere vil møte og bli møtt av signifikante andre. Denne relasjonelle kunnskapen er altså implisitt, og kan kun endres i såkalte *moments of meeting* (Stern, 1985). Da kan nye internaliserte forventninger om relasjoner vokse fram.

Barnet tar med seg indre representasjoner av omsorgsgiveren, seg selv og sin relasjonelle kunnskap, som blir modeller for hvordan barnet regulerer egne affekter (Hart & Schwartz, 2009).

Disse relasjonelle prosessene bedrer barnets evne til *affektregulering*, ved at det kan skapes en balanse mellom selvregulering og interaktiv regulering, som nevnt over. Dette kan altså også betegnes som barnets indre arbeidsmodeller, eller indre logikk. Etterhvert forbinder barnet omsorgspersonens speilingsuttrykk med en emosjonell tilstand og kan oppleve seg selv som en aktør som selv kan gjøre reguleringen. Å oppleve seg som en aktør bedrer

mentaliseringssevnen og troen på at man selv kan regulere sine affekter (Hart & Schwartz, 2009). Mentaliseringssevne kan betegnes som en sofistisert form for affektregulering, da et modent menneskes affektregulering kan betegnes som mentalisert affektivitet. Det vil si å være bevisst sine emosjoner samtidig som de forblir i den affektive tilstanden.

Å bli speiliet, eller affektivt tonet inn på, er grunnlaget for en sikker tilknytning, som igjen er grunnlaget for mentalisering (Fonagy & Target, 1998). Dette fører til at barnet tilegner seg en åpenhet og nysgjerrighet for hvordan vi erfarer virkeligheten forskjellig, noe som fremmer den videre evnen til mentalisering (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Mangelfull inntoning eller speilig

Mangelfull inntoning eller speilig kan føre til utvikling av et falskt selv, og kan sammenlignes med det Stolorow og Atwood (2002) betegner *en fremmedgjort opplevelse av oss selv*. I følge Stern er det kun de følelsene som blir møtt med affektiv inntoning fra omsorgsgiver som blir integrert i selvet. Ved affektiv inntoning *matcher* som nevnt mor visse aspekter ved barnets atferd, for eksempel formen, timing eller intensiteten (Stern, 1985). Feilinntoning kan skje, og kan være både hensiktsmessig og uhensiktsmessig. Hensiktsmessig feilinntoning vil si at omsorgspersonen enten over- eller undermatcher barnets intensitet eller adferdsform, med den hensikt å øke eller senke barnets aktivitetsnivå (Urnes, 1997). Uhensiktsmessig inntoning vil si feilinntoning som skjer pga. at mor ikke kjenner igjen følelsesuttrykket til barnet, eller at hun ikke greier å matche barnets atferdsform eller aktivitetsnivå grunnet egne følelsesmessige utfordringer. Da vil gjerne barnet endre egen følelsestilstand så den blir matchet med mors tilstand (Urnes, 1997). Ved gjentakelser blir dette internalisert som generaliserte representasjoner eller modeller for samspill, som kan gi mistilpasninger i møte med andre samspillspartnere. Selektiv inntoning vil si at barnets omsorgspersoner kun toner seg inn på enkelte følelser hos barnet, mens andre følelser blir forbigått i stillhet. De følelsene som ikke blir inntonet blir som nevnt ikke integrert i barnets selv, det vil si at barnet ikke ser på disse følelsene som en del av seg selv (Urnes, 1997). Barnet erfarer at disse følelsene ikke er delbare og akseptable, og følelsene blir gjerne forbundet med skam. På denne måten kan det betegnes som at barnets emosjonelle utvikling blir hemmet. Winnicotts begrep om det *falske selvet* kan sammenlignes med det selvet som dannes ved mangelfull inntoning, og vil si en jeg-struktur som beskytter personligheten med et skjold mot virkeligheten (Hart & Schwartz, 2009). Dette fører til at barnet videre kun benytter den delen av sin indre opplevelse det opplever aksept for, noe som går på bekostning av andre viktige indre opplevelser (Hart & Schwartz, 2009).

Fonagy bruker den liknende betegnelsen "Det fremmede selv" om det selvet barnet kan utvikle om de har omsorgspersoner med svekket sensitivitet og evne til speiling (Allen & Fonagy, 2006). Barnet finner da ikke seg selv i moren, og finner i stedet moren og internaliserer morens mentale tilstand som seg selv. Morens emosjonelle tilstand blir til en del av barnets egen selvstruktur. Barnets egne erfaringer blir da ikke møtt av en ytre forståelse, og vil være ubenevnte og forvirrende. Dette kan skape en sårbarhet for patologisk utfall hvis barnet senere får uhensiktsmessige erfaringer (Allen & Fonagy, 2006).

Uhensiktsmessig affektiv inntoning eller speiling kan altså føre til utrygg tilknytning hvor barnet mangler evne til å selv regulere sine følelser og at selvorganiseringen blir svekket. Dette kan føre til at barnet opplever følelser som truende og fremmede (Hart & Schwartz, 2009).

Mangel på speiling kan føre til mangelfull mentaliseringsevne. Om evnen til mentalisering er svekket vil det føre til at en person ikke er i stand til å være bevisst sine emosjoner samtidig som de forblir i den affektive tilstanden. Hemmet mentalisering gjør at en ikke er i stand til å skille mellom psykologiske tilstander hos seg selv og andre, noe som kan føre til at en person bruker unnvikende og motstandspregede strategier til å håndtere sine affekter og beskytte seg selv i interpersonlige relasjoner (Hart & Schwartz, 2009). Mangel på mentalisering kan skape en sterk følelse av isolasjon, da opplevelsen av å være sammen med andre i stor grad avhenger av at man kan "være tilstede som et bevisst vesen med en sammenhengende opplevelse av fortid og nåtid" (Hart & Schwartz, 2009, s. 249). Uten mentaliseringsevne er ikke dette mulig. En usikker tilknytning kan hemme mentaliseringsevner ved mindre evne til refleksjon, ettertanke og undring. Det kan føre til at det man selv opplever av tanker og følelser blir definert som virkeligheten. En begrenset mentaliseringsevne vil kunne føre til en relativt dårlig evne til å forstå seg selv og andre, og derfor til å mestre interpersonlige relasjoner (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Mentaliseringsevne er altså avgjørende for både intra- og interpersonlig fungering.

Behandling

Ved å gjøre affektiv inntoning og mentalisering til en sentral del av terapi kan man tenke at pasienten kan opparbeide seg bedring av affektregulering ved balanse mellom å regulere seg selv og interaktiv regulering. Et mål for terapien er at pasientens affekttoleranse skal bli høyere, og han/hun skal få økt evne til å kjenne igjen følelser og å regulere dem. En pasients skal kunne benytte seg av både selvregulerende og interaktive affektreguleringsstrategier. Det vil også kunne føre til selvutvikling, ved endret selvrepresentasjon, forståelse av seg selv, integrering av alle følelser i selvet, forståelse og forbedring av relasjoner til andre. For

utvikling av disse egenskapene bør prosesser som skjer i relasjonen til terapeuten være hovedfokuset for terapi.

Relasjonsfokus i terapi

I mentaliseringsbasert terapi er det systematisk vektlagt å fremme utvikling av reflekterende funksjon, og den terapeutiske relasjon blir brukt for dette. En god terapeutisk relasjon blir en analogi til sikker tilknytning, som skal fremme mentaliserende egenskaper (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Terapeutens oppgave er å støtte pasienten i å få erfaringsbasert forståelse av egne følelser. Det vil si at pasienten må la seg kjenne på, være seg bevisst og greie å holde seg i følelser, noe som går utover en intellektuell forståelse av affekter og emosjoner (Hart & Schwartz, 2009). Pasienten skal få en større interesse av egen indre tilstand og få en relasjon til sine affekter. Når relasjonen oppleves som en trygg base åpnes mulighetene til å utforske pasientens tanker, følelser, håp, drømmer, ønsker og behov (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Det sentrale i terapien anses å være at en pasient får forandret sin ubevisste relasjonelle kunnskap. Det vil si hans/hennes ubevisste kunnskap om hva man skal gjøre, tenke og føle i spesifikke relasjonskontekster (Stern, 2006). Terapi blir antatt å bestå av små delprosesser som skjer improvisert; terapeut og pasient tar sammen små og uforutsigbare skritt mot et felles mål. Den samme bevegelse som foregår mellom barn og omsorgsgiver i deres relasjon, foregår også ved interaktiv regulering mellom pasient og terapeut. I behandlingstimer med pasienter oppstår det såkalt *nå-øyeblikk* som Stern definerer som spontane øyeblikk med forandringspotensiale, en kort tidsenhet hvor det foregår noe av betydning (Stern, 2006). Nå-øyeblikkene er annerledes enn den vanlige bevegelsen i terapien, det er når det skjer noe uforutsett og affektladet hvor to deltakere sammen er fullt tilstede i nuet. Et *nå-øyeblikk* er en forstyrrelse i systemet som potensielt kan bli en overgang til en ny tilstand av organisering. Om disse *nå-øyeblikkene* blir håndtert slik at det oppstår et *møteøyeblikk* kan pasientens ubevisste relasjonelle kunnskap endres. Dette forutsetter at øyeblikket gripes terapeutisk, som vil si at både pasient og terapeut er tilstede i det, at begge parter gir en autentisk, personlig respons og tilbakemelding om sin reaksjon (Stern, 2006). Møteøyeblikkene blir altså betraktet som den avgjørende begivenhet i terapi. Ut fra teorier om mentalisering bør det samskapende perspektivet stå sentralt i psykoterapi. Det å dele opplevelser og tanker og få gjensvar både følelsesmessig og gjennom meningsattribuerende kommentarer tenkes å være utviklende i seg selv (Hansen, 2000). Det tenkes å forbedre en persons mentaliseringssevne. I relasjonen til terapeuten i terapiens møteøyeblikk foregår det altså en emosjonell og relasjonell utvikling som innebærer at pasienten tilegner seg nye måter

å være sammen med andre på. I terapirommet må pasienten dele sine følelser, og disse må bli validert av terapeuten gjennom affektiv inntoning. En terapeut som er godt affektivt inntonet vil gi den voksne pasienten et korrektiv til tidlige mangelfulle affektive inntoninger i oppveksten.

Terapeuten

Terapeuten skal være en analog til sensitiv omsorgsgiver, og kan betraktes som å skulle være et godt selvobjekt. Terapeuten skal tone seg affektivt inn på pasienten, hjelpe til med interaktiv regulering, eller øke evne til selvregulering via mentalisering. Spedbarns læring om emosjoner og relasjoner må være implisitt, før-symbolisk og non-verbal (Stern, 1985). Som voksne har vi evne til å bruke språket i interaksjoner med andre, men det er også slik at vi i stor grad også stoler på implisitt kunnskap når vi er sammen med andre. Språk inneholder viktige non-verbale aspekter som er med på å definere meningen av det som eksplisitt blir sagt (McNaughtan, 2008). Affektiv inntoning er atferd som uttrykker følelseskvaliteten i den andres tilstand, uten den andres eksakte atferd imiteres (Hart & Schwartz, 2009). Affektiv inntoning i terapi kan være både verbal og non-verbal (Svartberg, Thue & Røkkum, beskrevet i Stormark, 2008). Terapeutens hovedverktøy er altså optimal affektiv inntoning. Det er umulig å til en hver tid greie dette, så mye av terapien blir da å reparere mismatches. Pasienten skal gjennom dette tilegne seg ny relasjonell erfaring.

Terapien skal fremme en pasients mentaslirersevne, og er derfor også avhengig av god mentaliseringsevne hos terapeuten (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Dette for å kunne speile, eller tone seg affektivt inn på pasienten og forstå hans/hennes implisitte relasjonelle kunnskap. En mentaliserende terapeutisk holdning er grunnet i nysgjerrighet, undring og opptatthet av eget og andres sinn (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Holdningen innebærer også å være følelsesfokusert.

Oppsummert kan terapi basert på mentalisering og affektiv inntoning sies å ha hovedfokus på den relasjonelle prosesser i terapien. Mentalisert affektivitet er kjernen i prosessen som skjer i terapien, og målet er å fremme en persons evne til affektregulering (Hart & Schwartz, 2009). Mentalisert affektivitet vil si at en person er bevisst sine affekter, samtidig som de oppleves. Det innebærer å kunne identifisere sine affekter, modulere dem og å mer adaptivt uttrykke dem (Hart & Schwartz, 2009). For å hjelpe pasienten til dette krever det at terapeuten er affektivt inntonet, speiler og benevner, og slik fremmer mentalisering. Mentalisering hevdes av noen å være en viktig faktor i all form for samtalebehandling, som en virkningsfull *felles faktor* (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Mentalisering inkluderer å kunne forstå bevisste og ubevisste mentale tilstander i seg selv og i andre (Hart & Schwartz,

2009). Det handler om å forstå sitt indre liv og sitt samspill med andre. Dette tenkes å være en viktig del av andre, mer manualiserte terapiformer også, og ikke bare i terapimodeller som spesifikt fokuserer på affektinntoning eller mentalisering.

Relevans for pasienter med CFS/ME

Det å regulere sitt forhold til andre og kommunisere til sine omgivelser via et symptomfokus kan betegnes som å i stor grad benytte seg av *selvreguleringsstrategier*. Det tenkes da at pasienter med CFS/ME har en ubalanse mellom selv- og interaktiv regulering. Dette kan både ha grunnlag i, og føre til, lite adaptivt relasjonelt samspill. Pasientene med CFS/ME kan hevdes å ha en mangelfull evne til affektregulering. Med teoriene om affektiv inntoning og mentalisering kan vi finne mulige forklaringer på hvorfor det har blitt sånn. Jeg har fokusert på hvordan lite speiling og inntoning kan føre til mangelfull selvutvikling, i dette kapitlet betegnet som et falskt eller fremmed selv. Det å ikke bli tonet affektivt inn på fører til at affekter ikke blir integrert i selvet, og følelser kan senere derfor manifestere seg i kroppen. Mangelfull mentaliseringsevne kan være grunn til at pasienten ikke er bevisst sine følelser og behov, og derfor ikke greier å tydelig uttrykke disse. Det fører til liten evne til å forstå seg selv og sitt følelsesliv og sin interaksjon med andre.

Ut fra oppgavens hypotese om behov for økt selvutvikling, kan terapi med fokus på affektiv inntoning og mentalisering tenkes å være aktuelt for pasientgruppen. Både affektiv inntonig, speilig og mentaliseringsevne er nært forbundet med selvutvikling, og fokuset på affekter er sentralt for alle begrepene. Mentaliseringsevne blir knyttet til selvutvikling ved at det hevdes at mentaliseringsevne er en forutsetning for å tenke om eget sinn; å ha en organisert opplevelse av selvet ved å vite kjennetegn på hvem man er. Og om det tenkes at symptomet er en form for affektregulering er det behov for nye former for affektregulering for pasienten, og mentaliseringsevne kan tenkes å bidra til dette. En bedret mentaliseringsevne skal bedre relasjonell fungering; et viktig mål i psykoterapi uavhengig av lidelse. Terapiens mål er å utvikle pasientens *refleksive funksjon*, og kanskje kan denne evnen tenkes å være en forutsetning for at pasienten skal forstå hvordan hans/hennes symptomer blir opprettholdt ved at symptomet har en funksjon.

Affektinntoning bedrer vår evne til å gjenkjenne og skille mellom ulike følelser, og til å være i kontakt med våre behov (Karterud, 1997). Dette betraktes i denne oppgaven som viktige elementer i terapi med pasientgruppen. Affektiv inntoning kan slik ses på som en metode til å øke en pasients affektbevissthet.

Selvpsykologien legger stor vekt på empati for selvutvikling, og affektiv inntoning kan betraktes som empati og som avgjørende for utviklingen av selvet (Skårderud, 1997). Begrepet mentalisering hevdes også å være i nær slekt med empati (Allen & Fonagy, 2006).

2.4 Selvmedlidenhet

Dette kapittelet tar for seg begrepet selvmedlidenhet (self-compassion), som vil si å være snill med seg selv. Det anses som et relevant perspektiv å forsøke å forene med denne oppgavens hypotetiske modell for en psykologisk forståelse for CFS/ME. Dette fordi det å øke sin selvmedlidenhet kan bety å komme i kontakt med sine behov, og ta hensyn til disse, og slik føre til selvutvikling. Teoriene om selvmedlidenhet hevder at det kan gi viktige bidrag ifht å takle emosjonell smerte og slik leve et bedre liv. Selvmedlidenhet er inspirert av buddistiske tradisjoner, men da mer buddistisk psykologi, enn buddistisk religion (Germer, 2009). Det handler om å takle emosjonell smerte uten at den blir forverret, og tenkes å være aktuelt for alle mennesker å praktisere. En vei til økt selvmedlidenhet, er å øke sin evne til *oppmerksomt nærvær* (mindfulness). Oppmerksomt nærvær vil si å være bevisst på hva du opplever mens du opplever det (Germer, 2009). Oppmerksomt nærvær er øvelse i å fokusere på våre persepsjoner og akseptere dem uten videre fortolkninger. Dette skal kunne gi personen en frihet (Germer, 2009). Dette kapittelet ser på teknikker for å øke selvmedlidenhet, og da spesielt gjennom oppmerksomt nærvær. Fokuset er i liten grad på hvordan en svekket evne til selvmedlidenhet har utviklet seg. Til slutt følger en diskusjon om perspektivets relevans for pasienter med CFS/ME.

Hva er selvmedlidenhet og oppmerksomt nærvær?

Å ha evne til selvmedlidenhet er vår evne til å takle, eller tolerere, emosjonell smerte (Germer, 2009), og kan derfor betraktes som evne til affektregulering. Kjernen i teorien er å ikke kjempe i mot negative emosjoner, heller være bevisst dem, observere og akseptere dem, samt å respondere på dem med vennlighet og forståelse. Det hevdes at å akseptere sine negative emosjoner er å akseptere seg selv, og nettopp det er selvmedlidenhet (Germer, 2009). Selvmedlidenhet innebærer en evne til å ta vare på seg selv, og møte seg selv med varme og forståelse, og leve ut fra sine behov (Germer, 2009). Det hevdes også at om vi kan akseptere negative emosjoner i oss selv, kan vi også lettere akseptere dette i andre, noe som kan bedre relasjonell fungering. Evne til oppmerksomt nærvær innebærer å kunne være bevisst sin mentale tilstand, og evne til å kunne styre sin oppmerksomhet. Å kunne styre sin oppmerksomhet er en viktig evne ved emosjonsregulering. Ved oppmerksomt nærvær skal en

person kunne føle sin smerte, og ved selvmedlidenhet skal personen i tillegg være glad i seg selv midt i sin smerte. Selvmedlidenhet er god vilje mot en selv, og handler mer om motivasjon enn oppmerksomhet. Det ønskes å oppnå en aksept for en selv, og for alle følelsene en har, både gode og smertefulle (Germer, 2009).

Forandre sitt forhold til negative emosjoner

Gjennom oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet er målet at en person skal lære seg å takle negative emosjoner på en konstruktiv måte. Negative emosjoner er en naturlig del av livet og noe alle opplever. Mennesker søker tilfredshet og nytelse, og har en tendens til å ville unngå smerte. Det å føle smerte kan føre til at vi føler oss lite tilfredsstilt. Som det skal bli diskutert mer nedenfor kan symptomene og konsekvensene til lidelsen CFS/ME tenkes å sannsynliggjøre stor emosjonell smerte hos pasientene. En vanlig reaksjon er å prøve å bekjempe de negative følelsene vi opplever, ved f.eks. å undertrykke dem. Men det gjør bare at de negative følelsene verre, og de blir destruktive (Germer, 2009). Noen velger å klamre seg til disse negative følelsene, mens andre forsøker å dytte dem unna. Møter vi smerte (enten mental eller fysisk) med motstand, øker vi vår lidelse. De emosjonelle lidelsene blir større, og ofte retter vi negative følelser mot oss selv. Ut fra teorier fra forrige kapittel, kan dette ses på med en utviklingspsykologisk vinkling, og det er sannsynlig at måten vi behandler oss selv på er påvirket av hvordan vi ble behandlet av andre da vi var små. Speiling og inntoning fører til en bevissthet om egne følelser, og man lærer at det er akseptabelt å føle som man gjør (Hart & Schwartz, 2009). Å ha omsorgsgivere som ikke godtar visse følelser kan føre til at barnet undertrykker disse følelsene og kritiserer seg selv hvis følelsen oppstår. Om et barn blir utsatt for omsorgssvikt kan dette føre til at barnet internaliserer foreldrenes bilde av seg som en som ikke fortjener å ha det godt, og som ikke vet hvordan han/hun skal ta hensyn seg selv og sine behov. Slik kan folk ha ulike utgangspunkt for å jobbe med oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet. For en mer konstruktiv måte å takle stress og negative emosjoner må en slutte å kjempe i mot dem (Germer, 2009). Emosjonsregulerings første steg er å stabilisere emosjoner, det andre steget er å nærme seg vanskelige følelser, for så å akseptere dem og ikke lenger bekjempe dem, og slik forandre sitt forhold til dem. Via oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet skal en pasients evne til emosjonsregulering bedres (Germer, 2009).

Behandling

Det å systematisk fokusere på selvmedlidenhet i behandling kan tenkes å være et viktig element for terapeutisk bedring (Germer, 2009). Målet er at pasientene skal øke sin selvmedlidenhet, og en vei til dette er å trene opp sin evne til oppmerksomt nærvær. Pasienten

skal lære seg teknikker for å øke sitt oppmerksomme nærvær, og også lære seg teknikker for å øke sin selvmedlidenhet. Teknikkene kan læres i terapirommet, for så å bli praktisert i hverdagen av pasienten. Meditasjon kan være et viktig hjelpemiddel (Germer, 2009). Det skal nå beskrives hvordan det i terapi kan fokuseres på oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet. Det blir presentert i den rekkefølgen med tanke om at økt oppmerksomt nærvær er en vei til økt selvmedlidenhet.

Oppmerksomt nærvær

Et mål for oppmerksomt nærvær er at pasienten skal bli bevisst på hva som plager en. Evne til oppmerksomt nærvær tenkes å være en egenskap som pasienten skal trene opp. Først skal pasienten lære seg å generelt observere hva man opplever når man opplever det og pasientens subjektive opplevelse står i sentrum. Han/hun skal bli oppmerksom på seg selv, sine fornemmelser og det som skjer rundt en, og samtidig greie å være i øyeblikket. Det som oppleves skal ikke benevnes, tokles, evalueres eller bedømmes, men kun observeres og aksepteres (Germer, 2009). En øvelse i terapirommet kan være å lukke øynene i 15 min og lytte til alle lydene i rommet, lytte til sin egen pust eller andre fornemmelser i kroppen. Det skal oppleves for pasienten som å slappe av, og kan sammelignes med meditering. Meditering kan også gjøres på andre måter, som et kort oppmerksomt øyeblikk i hverdagen, eller som å sette av en halvtime i et stille rom og gå inn i seg selv. Mellom timene kan pasienten praktisere oppmerksomt nærvær i hverdagen; å stoppe opp og observere hva man opplever i øyeblikket (Germer, 2009). I utgangspunktet kan det å ta ett steg tilbake og observere sine fornemmelser og tanker ses på som å distansere seg, en flukt fra en persons egentlige problematikk. Men dette er kun første steg, og skal være til hjelp for å kontrollert kunne nærme seg sine negative følelser. Først skal pasienten lære å stabilisere oppmerksomheten sin, og oppleve en kontroll over den. Det å lære å regulere oppmerksomheten kan slik være til hjelp for å regulere følelsene sine (Germer, 2009).

Etterhvert skal øvelsene gå over til å observere sine følelser på samme måte. En øvelse kan vare i 15 min med øynene lukket, og pasienten skal akseptere det han/hun kjenner i terapirommet av følelser. Pasienten skal ikke prøve å forandre dem, tolke eller bli kvitt dem. Følelser er forankret i kroppen, så å observere fornemmelser i kroppen er en god start, og det er lettere å forholde seg til den fysiske siden av negative emosjoner enn den mentale delen. Ved hjelp av oppmerksomt nærvær kan eventuelle traumatiske minner kan møtes uten at pasienten blir overvelmet av dem. Dette er mulig fordi pasienten opplever å kunne styre oppmerksomheten dit en vil, til noe ytre om det skulle bli nødvendig. Det viktige er at man kjenner seg trygg og klar for det når man kontrollert nærmer seg vonde minner og følelser.

Pasient og terapeut kan i terapirommet gjennomføre øvelser for dette (Germer, 2009). Så benevnes disse negative emosjonene, og å sette navn på dem inngår som en del av observasjonen. Pasienten skal bli bevisst dem og på når de kjennes i hverdagen. Å sette ord på følelsene sine er et fundament i psykoterapi og kan gjøre følelsene lettere godta ved eksempelvis å observere: ”det er frykt, men bare frykt”. Pasienten skal forstå at å bekjempe negative følelser gjør det verre, mens aksept er nøkkelen til bedring. Etter å ha lært å observere seg selv er altså det neste målet er for pasienten å virkelig akseptere det som oppleves, og med det øke sin selvmedlidenhet. Det er helt naturlig om disse oppmerksomt nærvær-øvelsene oppleves vanskelig for pasienten i starten, det krever at oppmerksomhetens fokus styres, noe som kan være en utfordring fordi våre tanker lett vandrer. Det kan også være vanskelig fordi det kan oppleves ubehagelig å gå inn i, og oppleve negative emosjoner.

Selvmedlidenhet, er en metode for å snu tendensen til å bekjempe smerte, og har til felles med oppmerksomt nærvær at man skal bli venn med sin emosjonelle smerte. Det vil for mange si å forandre sitt forhold til dem. Det hevdes at oppmerksomt nærvær-øvelser i seg selv ofte leder til økt selvmedlidenhet (Germer, 2009). Noen definerer også oppmerksomt nærvær som en komponent som inngår i selvmedlidenhet (Neff, 2003). Evne til selvmedlidenhet har som forutsetning at man er bevisst på at man ikke har det så bra, ser at man lider, men samtidig ønsker seg selv godt. Når noe vanskelig skjer med oss reagerer vi ofte med selvkritikk, isolering av oss selv, og selvabsorpsjon. Kjernen i teorien er at disse reaksjonene må snus til det motsatte, til selvmedlidenhet, som går ut på å ta vare på seg selv, tolerere sine egne feil, og å kunne se at feil og smerte er menneskelig (Germer, 2009). En person må se at han/hun fortjener å ha det godt, og lære at alle har menneskelige behov i flere kategorier som det er nødvendig å lytte til. Det er vanlig å føle seg litt skamfull om ens oppmerksomhet rettes mot en selv, fordi en fort kan tenke at andre har det verre enn en selv (Germer, 2009). Mange er redde for at slik godhet mot seg selv vil føre til at de blir selvopptatte, og dette føles umoralskt. For noen som har opplevd omsorgssvikt i barndommen kan det være ekstra utfordrende å være snill med seg selv, og kjenne at man fortjener dette. De som har opplevd dette er ofte flinke til å være snille med andre, men kan trenge særlig øvelse i å ta hensyn til seg selv, lytte til egne behov og handle ut fra dem. At man aksepterer seg selv vil ikke nødvendigvis innebære at en skal slutte å utvikle seg og vokse, men fokuset er på å akseptere seg selv som den en er i dag. Økt selvmedlidenhet skal altså føre til en større bevissthet om hvordan man kan ta vare på seg selv i øyeblikket, uten å kritisere seg selv for å ikke strekke til. Ved møte med personlige feil skal man være god og forståelsesfull overfor seg selv (Germer, 2009).

Behov

Det finnes flere ulike måter å ta vare på seg selv, og øke sin selvmedlidenhet. Å ha evne til selvmedlidenhet vil si å kunne ta hensyn til sine behov. Denne oppgaven har til nå fokusert på emosjonelle og relasjonelle behov, men menneskesker tenkes å ha behov innen flere kategorier. Vi har biologiske behov, og selvmedlidenhet ifht disse vil si å ha evne til å fokusere på hvordan man **fysisk** tar vare på seg selv. Det kan konkret være å myke opp kroppens spente muskler, enten gjennom meditering eller massasje. Man kan også bruke lik tilnærming til kroppslig smerte som til emosjonell smerte, dvs å observere og godta den, og å la seg oppleve dem. Fysisk selvmedlidenhet kan innebære alt hva du kan gjøre for å få kroppen til å slappe av, ha det godt og stress ned. Man skal bli bevisst hva som hjelper for seg, og fortsette med det, uten dårlig samvittighet for at det er egen helse som er i fokus. Det kan for eksempel være å gi kroppen hvile, spise sunt, trene, ta et varmt bad, slappe av eller ta en ferie. Fysisk helse påvirker mental helse, så om man tar vare på kroppen, sover godt, trener kan det ha gunstige psykiske effekter. I terapi kan pasient og terapeut jobbe med bevisstgjøring av fysiske behov, for så at pasienten oppfordres til atferd som er forenelig med å ta vare på seg selv (Germer, 2009). **Mental** selvmedlidenhet innebærer å ta et steg tilbake og observere og akseptere sine tanker uten å kjempe imot dem eller gå inn i dem. Jeg har før nevnt vårt emosjonelle behov for et godt selvilde. Det kan være slik at vi i hverdagen ubevisst tenker og handler på en måte som skader oss selv, vi gjør ting vi føler vi bør, ikke det vi egentlig vil. I terapien skal pasienten øke sin bevissthet rundt hva han/hun har lyst til og hva som er grunnen for det. Selvmedlidenhet vil si å for pasienten slutte med handlinger som skader en selv, f.eks. selv-bedømming og selvkritikk. Pasienten øves til å også innta oppmerksomt nærvær- tilnærming til slike negative tanker om seg selv; å bli bevisst dem, observere dem og la dem komme og gå. Tanken er at å akseptere dem etterhvert vil føre til at de reduseres (Germer, 2009). Visualisering kan være til hjelp for dette, f.eks. å se for seg tankene som skyer på himmelen som farer forbi, eller som skiftende bilder på en skjerm . Vi har også andre emosjonelle behov, og **emosjonell** selvmedlidenhet vil være å observere og godta sine smertelige følelser, å tilgi og å opparbeide et nytt, bedre forhold til følelsene sine. Pasienten skal lære at det ikke er noe galt i å synes synd på seg selv. En pasient bør oppfordres til å prøve å gjøre aktiviteter som får en til å føle seg bra og kose seg, heller enn ting en føler en burde gjøre. Emosjonell selvmedlidenhet kan også utvises ved å være bevvist sine positive følelser, la seg kjenne på, og gå helt inn i dem, og forsterke de gode opplevelsene i livet. Det bør ikke tilstrebes å klamre seg til gode følelser, men en skal heller ikke unngå dem. Igjen gjelder dette å la ting være som det er. Om vi godtar og lytter til våre

følelser kan de gi oss verdifull informasjon om verden. I forhold til våre menneskelige **relasjonelle behov**, bør det i terapien utforskes om det er noe i forholdene til andre som gjør at en føler seg ille. Sosial isolasjon bør unngås, og pasienten oppfordres til å investere i de relasjonene som gir en noe, og redusere kontakten ved relasjoner som tapper for energi og føles som en byrde. I fht **åndelige behov**, kan spirituell selvmedlidenhet gå ut på å bli bevisst om man lever etter sine idealer og verdier. Man kan utforske om ens religiøse liv oppleves som konstruktivt eller destruktivt, og øke de sider ved det som gir mening (Germer, 2009). Oppsummert er selvmedlidenhet en evne til å være bevisst og ta hensyn til sine behov i ulike kategorier.

Selvmedlidenhet og oppmerksomt nærvær ifht behandling av pasienter med CFS/ME

Med utgangspunkt i den presenterte hypotetiske modellen om nødvendigheten av selvutvikling for mer adaptive strategier for behovstilfredsstillelse, skal det diskuteres om økt evne til oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet kan tenkes å være en underliggende faktorer i vellykket terapi for pasienter med CFS/ME. Selvmedlidenhet innebærer å være i kontakt med sine behov, og oppmerksomt nærvær innebærer å kunne være bevisst sin affektive tilstand mens man opplever affekten. Svekket evne til oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet kan være grunn til at pasientene med CFS/ME ikke er i kontakt med sine affekter. Dette fører igjen til at de ikke er i kontakt med sine behov, da affekter er viktige signaler på behovstilstand (Sørensen, 2006). Det vil si at pasientene ikke er bevisst og ikke kan uttrykke disse på annen måte enn gjennom kroppen og symptomet. Slik kan pasientenes symptomfokus forstås, og at de regulerer seg selv og sitt forhold til omgivelsene gjennom symptomet og symptomfokus. Å mangle affektreguleringsstrategier og å prøve å bekjempe emosjonell smerte i stedet for å akseptere den fører til at det blir opprettholdt. Pasientenes svekkede kontakt med sine affekter og behov kan betegnes som mangelfull selvutvikling.

Oppmerksomt nærvær blir beskrevet som en teknikk for å få kontakt med seg selv, for å bevisstgjøres sine følelser og sine egentlige behov. Med selvpsykologiens vektlegging av affektens plass for følelsen av et helhetlig selv, kan vi hevde at denne økte evnen til affektbevissthet er selvutviklende. Dette er også i samsvar med Affektbevissthetsmodellen til Monsen & Monsen (2000a), beskrevet i kap 2.2. Å bli bevisst sine følelser og behov, og evne å være snill med seg selv kan sies å være selvutviklende. Det tenkes også at pasienten kan ha hjelp av å opparbeide seg en bevissthet om sitt relasjonelle selv - sitt forhold til andre, og om problemer ligger hos dem, eller hos seg selv. Dette skal bedre pasientens relasjonell fungering.

Til bruk for å mestre lidelsens symptomer og konsekvenser

Pasienter med CFS/ME plages med utmattelse og har ofte smerter og andre tilleggsplager. Oppgavens hypotese er at om symptomet mister sin funksjon vil det bli overflødig og forsvinne, og at dette kan skje via selvutvikling. Slik jeg ser det kan dette betraktes som en indirekte måte å jobbe med symptomet på, at det heller fokuseres på bakenforliggende personlighetsproblematikk, enn symptomlette. Men jeg tenker at dette ikke er uforenelig med å samtidig jobbe direkte mot symptomet, ved at pasienten lærer seg teknikker for hvordan man mest mulig adaptivt forholder seg til disse plagene i øyeblikket. Derfor tenker jeg at behandling av pasientgruppen også bør inkludere mestringsstrategier rettet mot symptomlette. Dette tenker jeg også at kan virke motiverende for videre terapi. Å bruke oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet til dette skal gi en økt bevissthet rundt sine kroppsfornemmelser, aksept ifht disse og føre til at pasienten ikke kjemper i mot dem (Germer, 2009).

Det kliniske bildet hos pasienter som lider av CFS/ME innebærer ofte stor funksjonsnedsettelse (Kunnsapsenteret, 2006). Dette kan i seg selv tenkes å være en stor belastning, og det å også få hjelp til å mestre at hverdagen endres, tenkes konstruktivt for fokus i terapi. Når ting faller fra hverandre er det vanlig å reagere med å bli skamfull og selvkritisk, og en stiller seg spørsmål som ”hva er feil med meg”, ”hvorfors kan ikke jeg mestre dette”, ”hvorfors meg?”. Det etterfølges så av negative følelser som skam, sinne, ensomhet, frykt, fortvilelse, forvirring og dårlig samvittighet for ting som ikke blir gjort grunnet funksjonsnedsettelsen (Germer, 2009). Fysisk smerte og utmattelse én ting, men de emosjonelle vanskene med det man har mistet kan være like ille. Pasienter med CFS/ME kan altså på ulike måter oppleve negative emosjoner i forbindelse med sykdommen. Selvmedlidenhet gjennom oppmerksomt nærvær skal hjelpe til å takle disse negative emosjonene bedre ved at pasienten finner nye måter å relatere seg til seg selv og sine følelser på. Dette innebærer selvutvikling.

Det tenkes at evne til selvmedlidenhet og oppmerksomt nærvær kan virke som underliggende faktorer i vellykket terapi for mennesker som lider av CFS/ME. Gjennom oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet skal pasienten opparbeide seg økt bevissthet om sine følelser og sine behov, lære å føle smerten uten å kjempe imot. Pasienten skal øke sin aksept for det som skjer med seg. Økt evne til selvmedlidenhet innebærer at pasienten skal bli snillere med seg selv emosjonelt, tar bedre vare på seg selv ved å ta hensyn til sine behov. Selvmedlidenhet kan hjelpe pasientgruppen gjennom å 1) utvikle selvet sitt; sin

affektbevissthet, emosjonsreguleringsevne og bevissthet på hva som er ens behov (versus ens plikter), 2) takle sine fysiske symptomer og 3) til å takle de negative følelsene etter å ha fått en slik diagnose med en ny hverdag.

2.5 Korttidsdynamisk terapi

Korttidsdynamisk terapi (Short-term Dynamic Psychotherapy - STDP) er en behandlingsform for psykiske forstyrrelser som bygger på en intergrasjon av psykodynamisk teori og læringsteori (McColloug et al., 2003). Denne terapiformen er valgt med som ett av perspektivene i denne oppgaven, da dens fokus på affekter, affektregulering, restrukturering av selvet og på både på inter- og intrapersonlig utvikling, gjør at den anses som relevant.

Tomkins affektteori (1995) ligger til grunn også for denne terapiens fokus på affekter, i likhet med affektbevissthetsmodellen presentert i kapittel 2.2.

Med fokus på adaptiv bruk av affekter

Sentralt i teorien står følelsenes adaptive funksjoner (McColloug et al., 2003; Tomkins, 1995). Våre følelser gir oss viktig informasjon om oss selv, vår opplevelse av, og reaksjoner på, ting som skjer rundt oss. Affekter blir betraktet som å kunne ha enten aktiverende eller inhiberende funksjon. Sinne kan for eksempel være aktiverende om det fører til at vi åpner opp, engasjerer oss eller nærmer oss noe. Skam kan være inhiberende ved at det fører til at vi lukker oss, trekker oss tilbake eller unngår ting. Det skilles mellom adaptiv og maladaptiv bruk av følelsene, både om de er aktiverende eller inhiberende. Adaptiv bruk av sine affekter vil si at de er hjelpsomme for en person i hans/hennes sosiale miljø, mens maladaptive følelser er skadelige for personens sosiale fungering (McColloug et al., 2003). I Korttidsdynamisk terapi guides pasientene til adaptiv bruk av de aktiverende følelsene, hovedsaklig sinne, sorg, frykt, glede, interesse og nærhet/sårbarhet. Våre inhiberende følelser (angst, skam, skyldfølelse, emosjonell smerte) kan også være hjelpsomme og adaptive om de blir brukt moderat. Men om de brukes for mye eller for lite, blir det maladaptivt. Affekter kan både være intrapersonlige opplevelser eller interpersonlige uttrykk, og måten en affekt blir uttrykt interpersonlig kan ofte avgjøre om den kan anses som adaptiv eller maladaptiv (McColloug et al., 2003).

Utvikling av affektfobi

Kjernebegrepet i teorien er *affektfobi*, og vil si en frykt for følelser. Dette tenkes å ligge til grunn for de fleste typer psykopatologi, samtidig som det antas å være noe vi alle til en viss grad har (McColloug et al., 2003). Dette fenomenet ville i psykodynamiske kretser blitt kalt

en psykodynamisk konflikt om følelser. Konflikten går ut på at motstridende krefter virker inn: Aktiverende, adaptive følelser er blitt assosiert og knyttet til inhiberende følelser. Et eksempel kan være en person som har lyst til å ta ordet, men som samtidig føler en intens skam over dette (McColloug et al., 2003).

For å bedre forstå disse psykodynamiske konfliktene kan det være til hjelp å studere Malans (1979) Triangel for konflikt og Triangel for personer. Konflikt-triangelet viser hvordan forsvar og angst kan blokkere en persons opplevelse av adaptive affekter. Triangelet har tre poler; Forsvar, Angst/inhiberende følelser og Aktiverende/adaptive følelser. Mellom de tre polene skal det normalt være balanse og interaksjon, angst og forsvar tenkes å måtte modulere de aktiverende følelsene. Det er når det er blitt ubalanse i trekantens poler det er nødvendig med psykoterapi. Affektfobi er et eksempel på en slik ubalanse. Den fører til at adaptive følelser, som f.eks. sorg, sinne, nærhet blir assosiert med mindre adaptive, inhiberende, følelser som f.eks. angst, skam, skyldfølelse eller smerte. Både de aktiverende og de inhiberende følelsene blir unngått ved at en person utvikler visse tanker, følelser eller handlinger som *forsvar* mot dem (McColloug et al., 2003). Forsvaret blir utviklet for å slippe å kjenne på både de aktiverende og de inhiberende følelsene. Dette kan foregå både bevisst og ubevisst.

Affektfobier blir antatt å utvikles i barndommen ut fra hvordan barnas følelser blir møtt av dets omsorgsgivere. Inhibitoriske affekter blir brukt for å forme barnets atferd, og dette blir problematisk hvis det i stor grad skapes assosiasjoner mellom inhiberende følelser og barnets adaptive aktiverende følelser. Om barn lærer at det er noe farlig, skammelig eller smertelig ved deres emosjonelle responser, kan de utvikle forsvar mot disse ved å gjøre, tenke eller føle noe annet. De inhiberende følelsene fører til at de aktiverende følelsene ikke blir aktivert på en adaptiv måte (McColloug et al., 2003).

Malans (1979) Triangel for personer er nyttig for videre forståelse, da følelser alltid er assosiert med spesifikke personer. Dette triangelet har polene *Personer fra fortiden*, som inkluderer de som la grunnlaget for affektfobien, *Personer fra nå-tiden*, hvor pasientens mønster med affektfobi opprettholdes, og *Terapeuten*, hvor pasientens affektfobi-mønster blir overført og utforsket. Den psykodynamiske konflikten om følelser utspiller seg alltid i interaksjon med andre, og målet for en terapi er gode relasjoner basert på omsorg og hengivenhet. Pasienten har behov for en sunn balanse mellom autonomi og avhengighet til andre. Affektive assosiasjoner er altså blitt lært i en persons oppvekst, men de kan forandres. Om de skal forandres må nye assosiasjoner finne sted, noe som ikke kan skje uten at pasienten

opplever følelsen. Det pasienten opplever og lærer i relasjon med terapeuten kan overføres til relasjoner til personer i pasientens hverdag, dvs *personer fra nå-tiden*.

Ved å heller kalle den dynamiske konflikten for affektfobi, kan metoden *systematisk desensitivisering* letter overføres og benyttes. Dette er en veletablert terapiform for fobier. På denne måten kommer læringsteorien inn, pasienten skal gradvis eksponere seg for sine affekter og systematisk desensiviseres for dem (McColloug et al., 2003). Dannelse av nye assosiasjoner til affekter kan føre til konstruktive atferdsendringer hos pasienten. Fordi våre følelser er så viktige skal den korttidsdynamiske terapien lære pasientene å spørre seg ”Hva forteller mine følelser meg?” (McColloug et al., 2003, s. 14). Følelsene skal bli behandlet som viktige signaler som pasienten alltid skal være oppmerksom på, om ikke nødvendigvis alltid handle ut fra. Affektene skal etter endt terapi bli opplevet til det fulle og samtidig bli mestret slik at de kan brukes adaptivt i samspill med andre (McColloug et al., 2003).

Behandlingsmål for korttidsdynamisk terapi

Det er tre hovedkomponenter, eller hovedmål, for terapien; restrukturering av forsvar, restrukturering av affekter og restrukturering av selv og andre. Restrukturering vil si at en persons måte å se på, opplevelse og minne av verden blir organisert på en ny måte (McColloug et al., 2003). Terapiens hovedkomponenter kan også betraktes som ulike faser terapien går igjennom, som fører pasienten gradvis nærmere bedring av psykiske forstyrrelser. Tidlig i terapien må den underliggende affektfobien identifiseres. Det gjøres ved å utforske pasientens opplevelse av problemer, med seg selv og i forhold til andre. Og ved å identifisere affektfobien, kommer også pasientens forsvar frem. Så jobbes det med å øke pasientens motivasjon til å gi opp sitt forsvar. Det kan gjøres ved å påpeke ulempene ved bruk av forsvar, samtidig som pasienten innser at om hans/hennes angst bearbeides og blir redusert, vil det bli mindre behov for forsvaret (McColloug et al., 2003).

Restrukturering av forsvar skjer ved desensitivisering av angsten pasienten har for å innse sitt forsvar og for å gi det opp. Gradvis skal pasienten kunne oppleve affekter uten bruk av forsvar. En viktig del av restrukturering av forsvar er å identifisere hvilke goder symptomet, eller forsvaret fører til for pasienten (McColloug et al., 2003). *Restrukturering av affekter* er avhengig av at personen opplever affekter, at han/hun blir eksponert for den fysiologiske opplevelsen av den affekten som han/hun har fobi for. Det gjøres gradvis og systematisk, ved systematisk desensitivisering (McColloug et al., 2003). Pasienten skal oppleve å stå i følelsen, for så å kjenne at angsten avtar, i stedet for å eskalere, slik pasienter med angst gjerne tror. Terapeuten hjelper pasienten til å møte og oppleve sine fryktede affekter i gradvis større og større ”doser”, og hjelper til med angstreguleringsteknikker om

pasientens angst blir for høy. Angstreguleringsteknikkene baserer seg på en utforskning av den fryktede affekten, gjerne med spørsmålet ”Hva er det vanskeligste med _____”? For eksempel å føle slik eller slik, eller å oppleve den og den siden av seg selv. Angsten skal ved hjelp av disse teknikkene holdes innenfor grensene for hva pasienten tåler. Ved denne desensitiviseringen søkes det at de inhibitoriske følelsene som hindrer den adaptive aktiverende affekten blir borte. Det anses som et hovedmål for terapien å forandre affektens uttrykk i sosiale relasjoner via affektrestrukturering. Det vil si å kunne kommunisere sine følelser på en måte som er adaptiv både for en selv og for sin relasjon med andre. Eksempler på adaptive affektuttrykk kan være å kunne gråte åpent over sine tap, å kunne uttrykke sårbarhet åpent og uten skam, å være entusiastisk engasjert i aktiviteter, å kunne le og oppleve en ro når man føler glede (McCullough et al., 2003).

Restrukturering av selv og andre vil si at en person tilegner seg nye og mer adaptive måter å se på seg selv og på andre. Det er nødvendig med et relativt adaptivt indre bilde av seg selv og andre før man kan arbeide med de andre hovedmålene i terapien; restrukturering av forsvar og affekter (McCullough et al., 2003). Å ha svært maladaptive selv-andre bilder kan føre til at terapien tar lang tid. Et mål for terapien er at pasientens selv-bilde bedres, og hans/hennes evne til å være snill og mer forståelsesfull med seg selv, dvs økt evne til selvmedlidenhet. Denne restruktureringen bygger også på desensitivering for å regulere angst knyttet til sitt selv-bilde. Pasientene kjenner ofte på skam og skyldfølelse i forbindelse med det å være snill med, og ta vare på seg selv. Dette kan betegnes som å ha affektfobi for positive følelser overfor seg selv (McCullough et al., 2003). For en adaptiv fungering er det er nødvendig å kjenne seg selv, sine ønsker og behov, og ta hensyn til disse. Terapeuten skal fungere som en modell for hvordan pasienten kan oppnå et mer positivt og aksepterende bilde av seg selv ved å trekke frem de positive sidene ved pasienten, og ved å vise forståelse for pasientens begrensninger (McCullough et al., 2003). Pasienten skal øke sin evne til å behandle seg selv med oppmerksomhet, respekt og omsorg.

STDP baserer seg på at vårt selv er nært knyttet til andre, det er i sosiale relasjoner vi utvikler oss. Et mål med terapien er for pasienten å tilegne seg gode evner til å håndtere affekter i sosiale relasjoner. Det kan konkret være å uttrykke sine følelser, ønsker og behov på en adaptiv måte. Restrukturering av selv og restrukturering av andre er ofte nødvendig fordi mange av pasientene har et forstyrret bilde av seg selv og av andre (McCullough et al., 2003). En sunn tilknytning til andre betraktes som et behov, og som et terapimål. Det vil si en balanse mellom autonomi og avhengighet. Vi trenger alle å bli bekreftet ved positiv tilbakemelding fra andre, men må også tåle om dette i en periode ikke finner sted. I relasjonen

til terapeuten kan det oppnås en sunn tilknytning, som kan være et eksempel som gir pasienten ny kapasitet for sunn tilknytning til andre (McColloug et al., 2003). De ulike restruktureringene kan skje etter de korrektive emosjonelle erfaringene i møte med terapeuten. Terapeutens holdninger skal være preget av å være støttende og empatisk, av samarbeid og validering. Ved restrukturering av selv- og andre-bilder skjer det altså både en intra- og en interpersonlig utvikling (McColloug et al., 2003).

Kan korttidsdynamisk terapi være til hjelp for pasienter med CFS/ME?

Korttidsdynamisk terapi's teori om affektfobi og lite adaptiv bruk av affekter passer godt inn i hypotesen for CFS/ME som oppgaven arbeider ut i fra. Pasientenes bruk av symptomet som noe som regulerer hans/hennes forhold til andre kan tenkes å ha grunnlag i en affektfobi. Det vil si at det for pasientene er en ubalanse i konfliktriangelen (Malan, 1979). Pga. assosiasjon mellom adaptive aktiverende følelser og inhiberende følelser, er symptomet utmattelse blitt utviklet som et *forsvar* mot disse. Medisinske uforklarlige symptomer blir sett på som forsvar ved at emosjonell smerte har blitt forflyttet til kroppen (McColloug et al., 2003). Ved å oppleve de kroppslige symptomene unngår personen å oppleve vanskelige emosjoner. Emosjonene som typisk unngås er sinne, sorg eller positive følelser overfor seg selv (McColloug et al., 2003). Symptomet kan føre til forsvarsatferd, eksempelvis å kunne trekke seg unna og isolere seg. Symptomets *funksjon* kan slik tenkes å være å unngå fryktede og ubehagelige emosjoner og situasjoner for pasienten. Det kan også være å beskytte et "falsk selv" (McColloug et al., 2003), eller å senke andres krav og forventninger til seg. Ubalansen i konfliktriangelen fører til at pasienten ikke er i kontakt med sine adaptive aktiverende affekter. Det er de aktiverende følelsene som gir signaler om en persons behov (McColloug et al., 2003). Vi kan derfor tenke at en affektfobi kan være grunnlaget for lav behovsbevissthet hos pasientgruppen. Korttidsdynamisk terapi har særlig fokus på emosjonelle og relasjonelle behov (god selvfølelse, opplevelse og uttrykk av følelser på adaptive måter), som er i tråd med denne oppgavens behovsfokus.

Pasientene blir altså antatt å ha manglende evne til å uttrykke sine behov og ønsker, noe som søkes å bedres i terapien. De trenger også å forstå hvordan kropp og sinn henger sammen, at eksempelvis sinne kan oppleves som magesmerte eller hodepine eller utmattelse kan være forårsaket av ensomhet (McColloug et al., 2003). Fokus i terapi for disse personene må være på å gjenkjenne følelser, å kunne uttrykke dem og sine behov på en tydelig måte slik at følelsene får adaptiv funksjon. Gjennom terapi søkes det å bytte ut de maladaptive strategiene for affekt- og behovsuttrykk og forsøk på behovstilfredsstillelse med mer adaptive

strategier (McColloug et al., 2003). Jeg tenker at restrukturering av affekter og restrukturering av selv kan betegnes som å føre til *selvutvikling* for pasienten.

I behandlingsmanualen til korttidsdynamisk terapi er det beskrevet hvem denne terapiformen er for. Den kan brukes ved en rekke psykiske forstyrrelser, men et kriterie er at personen skårer høyere enn 50 poeng på GAF skalaen (Global Assessment of Functioning-scale). Det vil si at symptomene ikke kan være verre enn moderate, eller man kun har moderate vanskeligheter i sosial-, arbeids- eller skolefungering (McColloug et al., 2003).

Blandt pasienter med CFS/ME er det stor variasjon i funksjonsnivå. Hva denne variasjonen skyldes er ikke avklart. Mulige grunner for lav fungering kan eksempelvis tenkes å være ulike medisinske aspekter, pasientenes tolkning av symptomene, eller en svakere selvutvikling. En GAF-skåre plukker ikke opp hva funksjonsnedsettelsen skyldes, og tenkes derfor ikke å kunne brukes som en tydelig markør for om STDP er egnet for den enkelte pasient med CFS/ME.

En GAF-skåre kan også fungere som en veileder for terapien (McColloug et al., 2003). Det kan indikere hvor man som terapeut bør legge seg på en støtte- utforsker- kontinuumslinje. Jo lavere GAF skåre, jo mer støttende intervensjoner anses som nødvendig. En lav GAF skåre indikerer også at det er nødvendig å jobbe med selv- og andre restrukturering før forsvar konfronteres og jobbes med. Dette tenkes å kunne føre til at terapien kan ta lang tid, og ikke blir ”korttids”.

Altså konkluderer jeg med at om det velges en mer psykodynamisk forståelsesramme for lidelsen, og det tenkes at affektreguleringsproblemer og affektfobi kan være underliggende årsaker, anses det konstruktivt å benytte denne terapiformen for CFS/ME-pasienter. En antakelse i teorien bak STDP er at pasienten ikke alltid har en bevisst opplevelse av sine affekter, og det eneste som er synlig er unnvikelsesreaksjon (McColloug et al., 2003). Dette kan være tilfelle også for pasienter med CFS/ME. Symptomet blir en atferd som fører til flukt fra affektfobien, et forsvar. Terapien skal for CFS/ME pasienter gjøre følelser bevisste og tålbare, noe som skal føre til at de ikke lenger blir blokkert og forflyttet til kroppen som et utmattelsessymptom. Pasientene skal lære å oppleve affektene fullt og helt, i tillegg til *når* og *hvordan* det er adaptivt å reagere på dem. Dette innebærer interpersonlig læring som skal føre til en sunn tilknytning til nære personer i voksenlivet, preget av en god balanse mellom autonomi og avhengighet (McColloug et al., 2003).

3 Diskusjon

Perspektivene er i teoridelen blitt presentert og alle er underveis blitt diskutert opp mot oppgavens hypotese om kronisk utmattelse. Dette er gjort med tanke på oppgavens problemstilling: Hva kan en mer dynamisk forståelsesramme på CFS/ME tilføre forståelse av lidelsen, og hva kan en alternativ psykologisk behandlingsform for lidelsen være?

Jeg skal i diskusjonsdelen gjøre en mer generell drøfting av oppgavens selvspsykologiske perspektiv for lidelsen, sammenligne perspektivene, og presentere en alternativ forståelse og behandling for CFS/ME. Grunnen til at *Sammenligning av perspektivene* kommer etter *Oppgavens forståelse for kronisk utmattelse* er at det som presenteres i sammenligningen hovedsaklig er gjort med tanke om perspektivenes relevans ifht *behandling* av lidelsen. Det blir slik en naturlig overgang til valg av det mest relevante perspektivet for min utforming av en behandlingsmodell for pasientgruppen.

3.1 En psykodynamisk vinkling på en sammensatt lidelse

Oppgavens valg av en dynamisk, selvspsykologisk vinkling på en lidelse som blir betraktet som sammensatt gjør det nødvendig med en diskusjon rundt dette. Selvspsykologien kan virke begrenset til tanken om en enkel sammenhengen mellom kropp og sinn; at kroppen sladrer om psyken. Men bildet er komplekst, en teori med ambisjon om hele forklaringen av en lidelse er farlig. Ved å velge ett perspektiv vil det automatisk bli slik at viktige sider av kompleksiteten blir utelatt (Skårderud, 1997). Denne oppgaven har eksempelvis ikke studert bidrag til forståelse av CFS/ME fra biologi, genetik, somatikk, kognitiv psykologi og samfunns- og kulturperspektiver. Ved valg av en psykologisk forståelse og intervensjon mot en sammensatt lidelse bør det være rom for å se denne i sammenheng med andre mulige perspektiver, og forståelsesrammen bør være forenelig med at faktorer fra andre perspektiver spiller inn.

Fokus på opprettholdende faktorer

Som ved årsaksforklaring for alle lidelser kan årsakene til CFS/ME deles inn i predisponerende- (sårbarhet) , utløsende- , opprettholdende- og beskyttende faktorer. Og som nevnt, er årsaksmekanismene for lidelsen ukjente, og mest sannsynlig sammensatte (Kunnskapssenteret, 2006). Denne oppgavens selvspsykologiske forståelse av kronisk utmattelse bygger på at tidlige relasjoner og hendelser er viktige for utviklingen av selvet, og uhensiktmessige mønster i disse relasjonene kan derfor betraktes som en sårbarhetsfaktor for utvikling av lidelsen. Men fokus i terapi for pasientgruppen tenkes å måtte ligge på

oppretholdende faktorer; på tillagte uhensiktsmessige mønster i relasjoner til andre, og pasientens forhold til seg selv og sine behov. Disse mønstre ønskes å snus gjennom terapien. Ut fra det kliniske bildet til CFS/ME-pasienter kan vi tenke at alle disse aspektene er viktige ifht forståelse av hvordan symptomet opprettholdes: Relasjoner, krav, familie, arbeid, aktivitet og hvile, tanker og følelser (Berge & Dehli, 2009). Jeg mener alle disse aspektene kan gå inn under denne oppgavens fokus på behovstilfredsstillelse, og at det er tydelig hvor viktig forståelse av den enkeltes mønster og indre logikk er. Å jobbe med opprettholdende faktorer kan gjøres uavhengig av hva som regnes som sykdommens opprinnelse.

Selvpsykologisk vinkling og CBT

Fokuset på opprettholdende faktorer er i tråd med kognitiv terapi for CFS/ME (Berge & Dehli, 2009). Med tanke om behov for å se på mer intrapsykiske opprettholdende faktorer, anser jeg det som konstruktivt å fokusere på affektoplevelse, og symptomets funksjon for tilfredsstillelse av behov, noe jeg skal komme tilbake til. Likevel understrekes det at kognitivt arbeid tenkes å kunne være viktig del av terapi med pasientgruppen, da kognisjon og emosjon alltid tenkes å henge sammen (McCullough et al., 2003). Pasientens tolkning av sine symptomer vurderes som relevant, og behandlingsforskning har vist at CBT kan være effektiv terapi for pasientgruppen (Kunnskapssenteret, 2006).

HPA-aksen og sensitivisering

En styrke med CBT er at det er utarbeidet modeller for sammenheng mellom kognitive faktorer og somatiske aspekter for CFS/ME. Et eksempel er hypotesen om HPA-aksen og sensitivisering (Deary, Chalder & Sharpe, 2007). Fysisk og emosjonelt stress fører til en hormonell kjedereaksjon som begynner i hypothalamus, går videre til hypofysen (pituitary) og ender med økt produksjon av kortisol i binyrebarken (adrenal cortex). Dette kalles HPA-aksen, og er et hovedsystem for stressregulering. Det finnes et feedback-system for å regulere kroppens respons til både akutt og kronisk stress, hvor utskillelse av kortisol virker tilbake på hjernen. HPA-aksen styrer både energimetabolisme og påvirker vårt immunforsvar. Det er funnet at pasienter med CFS/ME har lavt kortisol-nivå (Roberts et al., 2004), noe som har ført til hypotesen om at stress over tid har ført til en nedregulering av kortisolproduksjon. Dette fører igjen til en symptomtriade av smerte, utmattelse og økt sensitivitet for stress (Deary et al., 2007). Cleare (2004) studerte bevisene for HPA-aksens involvering i CFS/ME, og fant ingen tydelig HPA-dysfunksjon. Det ble imidlertid funnet et variert bilde av ubalanse i HPA, inkludert økt sensitivitet for negativ feedback- effekt av kortisol og redusert ATCH- og kortisolrespons (Cleare, 2004).

Kognitiv terapi har vist effekt på å øke kortisolnivå hos pasienter med CFS/ME (Roberts, Papadopoulus, Wessely, Chalder & Cleare, 2008). Kognisjon tenkes å påvirke HPA-aksen ved en frontal nedregulering av aktivering. Sett i forhold til denne oppgavens perspektiv, tenker jeg at oppgavens fokus på emosjonelt stress gjør at den er forenelig med hypotesen om en ubalanse i HPA-aksen. Det er funnet endringer i HPA-regulering hos unge og voksne mennesker som i oppveksten har erfart omsorgssvikt (Heim, Newport, Bonsall, Miller & Nemeroff, 2003). Dette kan tolkes som at tidlig relasjonell erfaring har betydning for regulering av HPA-aksen, og kan slik være i tråd med denne oppgavens hypotese. Om arbeid med en pasients mestringsstrategier og forsvarsstrategier betraktes som to sider ved samme sak, er det sannsynlig at også arbeid med forsvar har samme effekt på HPA-aksen som CBT. Bedre affektreguleringsevne via terapi med fokus på affektoplevelse, kan føre til endringer i amygdala, som sender signaler direkte til hypothalamus. Endringsarbeidet går da utenom cortex. Slik tenker jeg at oppgavens mer dynamiske, selvpsykologiske perspektiv kan være forenelig med en biopsykososial modell for lidelsen, og det kan ses en sammenheng med noen av de somatiske avvikene funnet for pasientgruppen.

Fra pasientenes perspektiv: en psykologisk forståelsesramme for CFS/ME

De faglige diskusjonene rundt CFS/ME som enten somatisk eller psykisk sykdom har vært mange, og uenigheten blant både fagfolk og pasienter virker stor. Det kan på mange måter virke som at det for ME-foreningen og en del pasienter med ME er viktig å få definert lidelsen som somatisk. Da er det spennende å spørre seg hvorfor det er slik, hva dette signaliserer og hva det vil gjøre med en evt. psykologisk behandling. En mulig grunn til at det er slik kan være at lidelser med medisinske uforklarlige symptomer i dagens samfunn har lav status. Om pasientene oppfatter det som avgjørende med en biomedisinsk årsaksforklaring på CFS/ME for at de skal bli tatt på alvor, kan det virke fornuftig at det kjempes for at samfunnets oppfatning av lidelsen skal være det. Det kan vitne om en innstilling om at psykiske lidelser er ensbetydende med å simulere sine symptomer, og ikke være syk ”på ordentlig”, enten hos pasientene selv eller blant de pasientene møter. Det biologiske fokuset kan også bunne i en redsel for at symptomet er tegn på at det er noe alvorlig galt med kroppen. Denne tanken er det kanskje naturlig at mange som lider av CFS/ME har tenkt.

Men som nevnt anses sannsynligheten å være svært liten for at det er noe alvorlig galt etter alle testene som tas for å utelukke differentialdiagnoser. Å få en CFS/ME-diagnose betyr i grunn at alvorlige sykdommer er utelukket.

Jeg tenker at så lenge de biologiske avvikene er uspesifikke, ikke fullt kan forklare pasientens symptomer, og det ikke er dokumentert effekt av medikamentell behandling, så

anses det mer konstruktivt å fokusere på de psykologiske aspektene ved lidelsen. Om pasientene har en innstilling om at lidelsen er biologisk fundert, kan det føre til at de er lite motiverte for en psykologisk behandlingstilnærming. Jeg tenker også at om pasienten kun fokuserer på det biologiske aspektet ved lidelsen, kan det tolkes som en sterk indirekte beskjed om at pasienten har behov for å beskytte seg mot å snakke om vanskelige, personlige ting. En terapi basert på selvutvikling er avhengig av at pasienten gjør noe med seg selv, og ikke at det *gjøres noe med* pasienten, som i en medisinsk behandling. Det tenkes da særlig viktig å arbeide mye med motivasjonsarbeid i terapiens innledende fase, med respekt for pasienten, og at terapeuten tar pasientens symptomer på alvor. For at pasienten skal føle han/hun blir tatt på alvor bør en terapeut også ha kunnskap både om det medisinske aspektet ved lidelsen, og om hvordan ulike faktorer (emosjonelle, kognitive, medisinske) kan henge sammen.

Mot et normalisert syn på CFS/ME

Det er i denne oppgaven valgt å studere CFS/ME ut fra en psykologisk forståelsesramme. Psykologien, og i alle fall psykiatrien, er i dag sterkt påvirket av en medisinsk sykdomsmodell, hvor det tydelig skilles mellom ”frisk” og ”syk” (Monsen, 1991). Og det tolkes også slik at de ulike perspektivene oppgaven har sett på, i stor grad har sett på psykiske forstyrrelser som noe patologisk. Likevel mener jeg oppgavens forståelse for CFS/ME (blir presentert i neste kapittel) er forenelig med det å ta ett skritt tilbake fra den medisinske sykdomsmodellen som rammeverk for forståelse av symptomer. CFS/ME er en lidelse som bryter med den tradisjonelle todelingen mellom ”mental” og ”somatisk” sykdom. Ved at lidelsen innebærer medisinske uforklarlige symptomer, kan den derfor betraktes som å bryte med den biomedisinske sykdomsmodellen. Da tenkes det konstruktivt at man som terapeut kanskje også beveger seg bort fra den. Jeg velger å heller se på symptomet som et forsøk på mestring, og ikke som et tegn på psykisk sykdom. I et psykologisk perspektiv kan betegnelsen ”psykiske forstyrrelser” brukes som noe alle mennesker har. Alle sliter i ulike grader med opplevelseskonflikter, inter- og intrapsykisk forvirring, og uheldige mestringsstrategier på sine livsbelastninger (Monsen, 1991). Denne oppgaven fokuserer på pasientens indre logikk, og på pasientens behov som noe allmennmenneskelig. Det tenkes at det ikke er behovet, men *hvordan* behovet blir forsøkt tilfredsstillt som er problemet. Dette gjør at jeg mener oppgaven kan betraktes som forenelig med en ”normalisering” av psykiske forstyrrelser og av CFS/ME. Funn på at det ikke er en dysfunksjon i HPA-aksen, men heller en ubalanse, er også i tråd med å gå bort fra sykdomsbegrepet for lidelsen. Symptomet kan betraktes som en ressurs – som en kilde til forståelse av pasientens indre logikk. I oppgavens hypotese om at pasientene har en

forstyrret eller mangelfull selvtutvikling ligger det altså ikke at de defineres som å ha psykisk sykdom, men heller et utviklingspotensiale. I nyere utviklingspsykologi blir utvikling sett på som en kontinuerlig konstruksjonsprosess, og kanskje er det konstruktivt å tenke det samme om psykoterapi, heller enn tanken om at det er en reparasjonsprosess (Hansen, 2000). Nye erfaringer skal bidra til nyskaping og rekonstruksjon, både for barnet og den voksne pasienten. Jeg tenker det kan være en stor fordel for terapi om terapeuten har et ”normalisert” syn på lidelsen. Normalisering kan virke positivt i terapi, det gir mer håp og optimisme for terapien, og fører til et annet syn på, og en mer likeverdig holdning overfor pasienten, enn om han/hun plasseres i båsen ”syk”.

3.2 Oppgavens forståelse av kronisk utmattelse

Alle mine perspektiver ble valgt med tanke om deres bidrag til å forstå affektens sentrale rolle i selvtutvikling og menneskelig fungering. Hovedfokuset er på hvordan symptomet kan bli opprettholdt ut fra mer intrapsykiske faktorer. Min hypotese for oppgaven er at symptomet utmattelse har en *funksjon* for pasienter med CFS/ME, som fører til at symptomet blir opprettholdt. Krav, ansvar og forventninger fra andre blir regulert ved hjelp av utmattelse, noe som fører til et symptomfokus for pasientgruppen. Dette betegnes som maladaptive strategier for behovstilfredsstillelse, og med selvpsykologien som forståelsesramme tenkes det at en mangelfull selvtutvikling er grunnlaget for dette. Jeg tenker derfor at *selvtutvikling* er nødvendig for pasientgruppen, og med det tilegnelse av mer adaptive strategier for behovstilfredsstillelse.

Problemstillingens første del er hva en selvpsykologisk ramme kan tilføre *forståelse* av lidelsen. De ulike perspektivene har noe ulik måte å nærme seg selvtutvikling på, men jeg mener at alle er forenelige med hypotesen som ble presentert i innledningen, og kan bidra til en ny forståelse av CFS/ME. Etter teorigjennomgangen er det mulig å konkretisere hypotesen til en modell for et utviklingsforløp (se figur 1), samt å klargjøre hva en mangelfull selvtutvikling kan være og hvordan dette bør jobbes med i terapi. For å forstå symptomets funksjon og den mangelfulle selvtutviklingen tenker jeg som nevnt at *indre logikk* er et godt begrep.

1. Tidlige relasjonelle erfaringer: hvorfor har noen et mangelfullt utviklet selv?

En persons indre logikk tenkes å være skapt ut fra ens tidlige relasjonelle erfaringer. Utviklingspsykologiske teorier kan gi en forståelse for hvordan vi utvikler maladaptive møster i intra- og interpersonlig fungering; hvordan vårt selv utvikles. I følge utviklingspsykologiske

teorier danner tidlig tilknytning grunnlaget for en persons indre arbeidsmodeller. Indre arbeidsmodeller kan sies å være vår indre logikk. Stern (1985) bruker begrepet ”indre representasjoner”, som vil si våre indre bilder av verden, andre og oss selv. Disse indre representasjonene kan også betraktes som grunnlaget for våre arbeidsmodeller, og innebærer hvordan vi ser på oss selv og vår implisitte relasjonelle kunnskap. Betegnelsen script kan også brukes på våre indre modeller (Tomkins, 1995). De indre arbeidsmodellene fungerer som modeller for affektregulering, og er basert på den affektive kvaliteten i interaksjonen til omsorgsgiver. Som vi i oppgavens teoridel har sett er begrepene mentalisering og affektiv inntoning viktige i forståelse av selvutvikling. Oppsummert tenkes det at en trygg tilknytning i relasjonen mellom spedbarn og omsorgsgiver innebærer at omsorgsgiver toner seg inn på barnet, eller speiler det, og at dette fremmer barnets mentaliseringsevne og affektreguleringsevne. Barnet integrerer i sitt selv de følelsene det blir inntonet på, og det skjer er desomatisering av affekter. Min konklusjon er at mangelfull selvutvikling kan bunne i fravær av affektiv inntoning, speiling og bekreftelse tidlig i CFS/ME- pasientens liv. Dette vil i tillegg til at pasienten ikke integrerer alle følelser i selvet, føre til en svekket mentaliseringsevne. Det kan også betegnes som at adaptive aktiverende følelser er blitt assosiert med inhibitoriske følelser, som for eksempel skam og angst, grunnet reaksjonene barnet har fått fra sin omsorgsgiver.

2. Mangelfull selvutvikling

De følelsene som ikke er integrert i selvet kan oppleves som truende, og blir derfor unngått av personen, noe som kan betegnes som en affektfobi. Assosiasjonen mellom adaptive aktiverende følelser og inhiberende følelser er grunnlaget for en psykologisk konflikt. Det tenkes at en pasients psykologiske konflikter og belastninger blir uttrykt gjennom kroppslige symptomer fremfor gjennom følelser. Å kjenne på kroppslige symptomer fremfor å kjenne på følelser kan betraktes som et *forsvar* for å unngå å kjenne på de uintegrerte, ubehagelige følelser man har fobi mot. Symptomets funksjon kan sies å være en beskyttelse mot et ”falsk selv”. Jeg betrakter i denne oppgaven affektfobi, lav affektbevissthet (begrepene sammenlignes i neste kapittel), og med det liten bevissthet om sine behov, som kjernen i pasientens hemmede selvutviklingen. En lav mentaliseringsevne vil si begrenset evne til å forstå seg selv og andre, og vil kunne bidra til denne lave bevisstheten om sine affekter og behov. Lav affektbevissthet vil si manglende evne til oppmerksomhet for affekter, å ikke tolerere dem, samt å ikke adaptivt kunne uttrykke affekter (Monsen & Monsen, 2000a). Jeg inntar altså et syn som er forenelig med nyere selvpsykologi om at *affekter* tenkes å spille en

helt sentral rolle for følelsen av et helt og sammenhengende selv, og for å være i kontakt med sine behov.

Lav affektbevissthet og lav behovsbevissthet

Å være bevisst sine følelser og å fullt og helt kunne oppleve dem gir viktige signaler om hva som er våre behov, samtidig som at det som nevnt kan anses som et psykologisk behov i seg selv. Å være i kontakt med, og å adaptivt kunne uttrykke og få tilfredsstilt sine behov anses som en viktig del av å ha et godt utviklet *selv*. Jeg tenker altså at et lav affektbevissthet fører til en lav *behovsbevissthet*. Om jeg overfører Monsen & Monsens (2000a) operasjonalisering av affektbevissthets, vil en lav behovsbevissthet si at pasienten har manglende evne til å være oppmerksom på sine behov, å tolerer dem, eller å uttrykke dem.

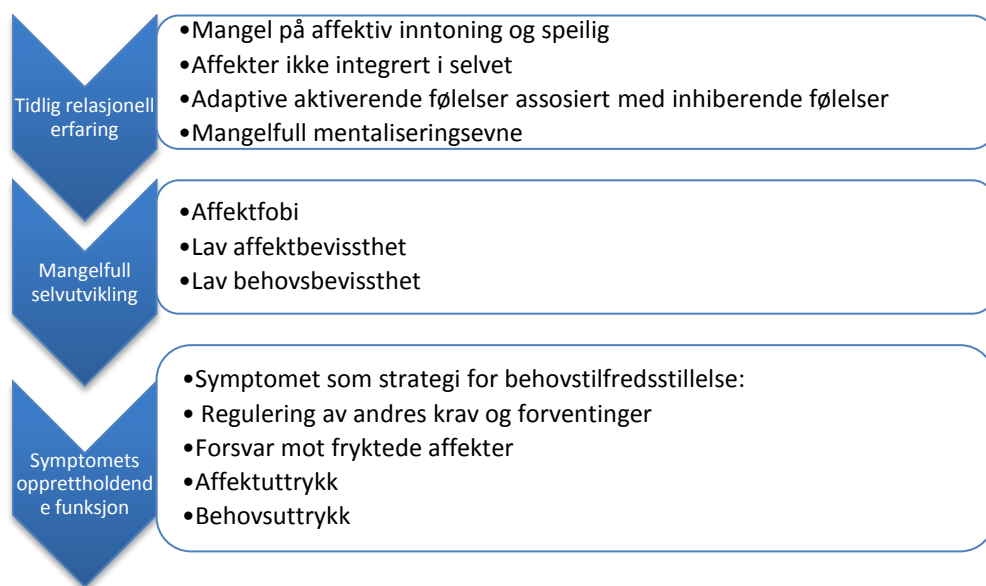
Med en *mangelfull selvutvikling* mener jeg altså i denne oppgaven: en svak evne til mentalisering og en affektfobi, som fører til lav affektbevissthet og lav behovsbevissthet. Dette gjør at at pasienten ikke klarer å benytte seg av affektens adaptive funksjoner, noe som fører til begrenset følelse av å ha et helt og sammenhengende *selv*.

3. Symptomet har en funksjon som gjør at det blir opprettholdt

Symptomet kan tenkes å ha ulike funksjoner for pasienten ut fra operasjonaliseringen av lav affekt- og behovsbevissthet. Med en lav *toleranse* for affekter, tenker jeg at symptomets funksjon kan være forsvar mot affekter. Symptomet blir en form for affektregulering, da pasienten tenkes å ikke ha andre, mer adaptive, affektreguleringsstrategier. I tråd med teoriene om selvmedlidenhet, er det slik at om man prøver å bekjempe sin emosjonelle smerte, så løser ikke det noe, men gjør det verre og blir derfor opprettholdende.

Med en svekket evne til å *uttrykke* affekter, tenker jeg at symptomet kan være et affektuttrykk. Symptomet tenkes å ha en kommunikativ verdi, og kan også tenkes å være et *behovsuttrykk*, eller et forsøk på å få tilfredsstilt sine behov.

Det at symptomet har en funksjon gjør at det opprettholdes, og for at symptomet skal forsvinne er det nødvendig at dets funksjon blir tilfredsstilt på en andre måter. Oppgaven tar utgangspunkt i at pasientens emosjonelle og relasjonelle behov er allmennmenneskelige og ikke noe som i seg selv skal endres, men at det heller er pasients *strategi* for tilfredsstillelsen av disse behovene som må endres.



Figur 1: Utvikling av symptomets funksjon (Nordstoga, 2010)

Behov og funksjon: Er det mulig å kun innta et intrapsykisk fokus?

Symptomet har en funksjon og en kommunikatv verdi, og tenkes å være en strategi for uttrykk av behov, eller forsøk på tilfredsstillelse av pasientens behov. Med utgangspunkt i at symptomet har en kommunikatv verdi, er det alltid i relasjon til andre at noe kommuniseres. Jeg mener at en persons emosjonelle behov ikke kan bli tilfredsstilt på en god måte uten at relasjonelle behov samtidig blir det. Eksempelvis kan ikke behovet for et godt selvilde, å uttrykke seg emosjonelt, eller å kunne utnytte affektens viktige informasjon, ses uten sammenheng til en persons relasjoner og relasjonelle behov, f.eks. tilknytning. En maladaptiv strategi for tilfredsstillelse av sine emosjonelle behov kan føre til dårlig både intrapersonlig fungering og interpersonlig fungering. Disse er nært knyttet, å ha det bra med seg selv tenkes å også føre til at man lettere har det bra i relasjon med andre. I tråd med kapittelet om affektinntoning vil en person med en adaptiv relasjonell fungering ha en god balanse mellom selvregulering og interaktiv affektregulering. Så til tross for tanken om behovet for et selvpsykologisk-, og mer intrapsykisk fokus på de opprettholdende faktorene for CFS/ME, anser jeg fokus på pasientens sosiale relasjoner som meget relevant. Ved forsøk på å forstå personens indre logikk, må relasjoner til viktige andre også tas i betraktning.

Oppgavens problemstilling inkluderer spørsmålet om hva en mer dynamisk, selvpsykologisk, forståelsesramme kan tilføre *behandling* av lidelsen. I tillegg til forklaring på utvikling, har mange av de utviklingspsykologiske teoriene antakelser om hvordan de samme prosessene som fremmer utvikling mellom barn og omsorgsgiver også kan være betydningsfulle i forholdet mellom terapeut og pasient (Hansen, 2000). Terapi kan slik

betraktes som utviklingsprosess, i denne oppgaven velger jeg å kalle det en selvutviklingsprosess, hvor en persons indre logikk skal endres. Endringen skal føre til at symptomets funksjon blir tilfredsstilt på andre måter og at symptomet da vil bli overflødig og forsvinne. Dette impliserer at for å bli kvitt sine symptomer må pasientene med CFS/ME gjennom behandling tilegne seg nye og bedre mestringsstrategier og utvikle seg selv ved en økt behovs- og affektbevissthet. Det innebærer bedret affektreguleringsevner og mer adaptive uttrykksformer for sine affekter.

3.3 Sammenligning av de ulike perspektivene

Forståelsen av lidelsen i forrige kapittel gir implikasjoner for behandling av den. I dette kapitlet gjøres en sammenligning av oppgavens perspektiver. Først blir perspektivenes fellestrekk presentert. Så blir de fire perspektivene gjennomgått med tanke deres ulikheter, fordeler og antatt relevans for behandling av CFS/ME pasienter.

Fellestrekk for perspektivene

Perspektivene passer på forskjellig vis inn i oppgavens arbeidsmodell for symptomets funksjon. De passer alle godt innenfor en selvspsykologisk forståelsesramme, og inneholder prosesser som skal bidra til selvutvikling. Felles for alle er affekters sentrale rolle, for selvutvikling og adaptiv selv- og relasjonell fungering.

Affektregulering er et viktig felles fenomen for alle perspektivene. Affektbevissthetsmodellen (ABM) uttrykker det som at pasienten skal bedre sin evne til å tolerere sine affekter, STDP som at affektrestrukturering må skje, og ved oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet skal et nytt forhold til sine affekter utvikles. Mentaliseringsevne blir antatt å være en forutsetning for affektregulering, og affektiv inntoning hevdes å være en forutsetning for at man utvikler god balanse mellom selvregulering og interaktiv regulering. I perspektivene Affektbevissthetsmodellen, Korttidsdynamisk terapi, oppmerksomt nærvær og mentalisering, er målet for terapeutisk endring er at pasienten skal bli bevisst, tolerere, og bedre uttrykke affekter. STDP har i tillegg mål for pasienten å opparbeide seg større omsorg og positive følelser overfor seg selv, som vil si større evne til selvmedlidenhet. Slik jeg ser det kan affektregulering ses på som felles kjerneelement for alle perspektivene, og i terapi omtales prosesser som skal hjelpe pasienten til selvutvikling ved bedring av affektregulering og integrering av affekter i selvet.

Et annet fellestrekk for perspektivene er deres fokus på pasientens subjektive opplevelse, og viktigheten av utvikling av *personlig refleksjon*. Som jeg skal komme inn på

senere, betrakter jeg mentaliseringsevne som en felles faktor i teoriene og behandlingene i de ulike perspektivene. I tillegg deler alle perspektivene synet om at tidlig relasjonell erfaring har stor betydning for selvutvikling og evne til affektregulering senere i livet.

Det er ikke funnet forskningsresultater for behandling av CFS/ME med hverken Affektbevissthetsmodellen, behandling med fokus på mentalisering, affektiv inntoning, selvmedlidenhet eller Korttidsdynamisk terapi. Det som er funnet av relevant behandlingsforskning er de gode resultatene på kronisk smerte-pasienter ved behandling ut fra affektbevissthetsmodellen (Monsen & Monsen, 2000b). Kronisk smerte går inn under kategorien MUS (Medically Unexplained Symptoms), i likhet med CFS/ME, og forskningsresultatet kan si noe om viktigheten av fokus på affekter for pasienter med en liknende lidelse.

Perspektivenes konkrete likheter, deres ulikheter, styrke og svakheter

Oppgavens kapitler om Affektbevissthetsmodellen og Korttidsdynamisk terapi inneholder perspektiver som er klare *behandlingsformer*. Dette skiller seg fra oppgavens øvrige kapitler, som er perspektiver som tar for seg *begreper* som anses som viktige for selvutvikling, og hvordan disse kan brukes i terapi, uten at de blir beskrevet som fullstendige terapiformer.

Affektbevissthetsmodellen

Affektbevissthetsmodellen er et helhetlig perspektiv som innebærer både en teori om psykologisk utvikling, en forståelsesramme for affektens viktige rolle i selv- og relasjonell fungering, i tillegg til å være en behandlingsmodell. Kjerneelementene i terapien er for pasienten å øke sin evne til å være bevisst, tolerere og uttrykke følelser (Monsen & Monsen, 2000a). Denne operasjonaliseringen av affektbevissthet er en av teoriens fordeler. Monsens erfaring tilsier at operasjonaliseringen av affektbevissthet har stor klinisk nytteverdi (Monsen, 1997). Det tenkes å gi konkrete retningslinjer for hva som er terapiens delmål, og målene kan arbeides med i den nevnte rekkefølgen. Affektbevissthetsintervjuet betraktes som et godt klinisk verktøy som kan brukes i terapien. Denne operasjonaliseringen og Affektbevissthetsintervjuet gjør det også mulig med psykoterapiforskning. Ved bruk av Affektbevissthetsintervjuet kan det kartlegges om pasientens skåre på affektbevissthet faktisk har endret seg i terapien. Affektbevissthet kan da enten bekreftes eller avkreftes som relevant variabel i psykoterapi for ulike lidelser (Monsen, 1997). En stor fordel med affektbevissthetsmodellen ifht de andre valgte perspektivene er de gode forskningsresultatene i Monsen & Monsens (2000b) studie for en lignende MUS lidelse. Dette gir som nevnt optimisme ifht bruk av behandlingsmodellen for pasienter med CFS/ME.

Affektiv inntoning og mentalisering

Med fokus på utviklingsperspektivet gir teoriene om disse begrepene nøyre beskrivelse av viktige utviklende prosesser som foregår i *relasjonen*, enten mellom barn og omsorgsgiver eller pasient og terapeut. Det avgjørende for en pasients selvutvikling er i følge teoriene å bli speilet, eller tonet affektivt inn på, noe som skal gi en ny positiv relasjonell erfaring som ved gjentakelse kan forandre en persons uhensiktsmessige indre arbeidsmodeller. Målet for terapi er å øke pasientens toleranse for negative affekter og at disse blir integrert i selvet. Sammenlignet med Affektbevissthetsmodellen kan målet for terapi sies å gå ut på det samme. Men intervensjonene i terapi skiller seg fra hverandre ved at ABM inneholder en semistrukturert intervjuguide, mens terapi basert på affektiv inntoning kun har fokus på tone seg inn på pasientens emosjonelle tilstand. Slik jeg ser det, skjer intervensjonen og læringen på en mer implisitt måte, i *relasjonen* til terapeuten. Terapeuten tenkes da å i større grad være fri til å kunne følge pasienten i hans/hennes fortellinger og subjektive opplevelser.

Jeg tenker at mentalisering er en egenskap de andre de andre perspektivene også fokuserer på, ved at at bevissthet om, og nytt forhold til sine følelser er viktige deler av terapiene. Om evnen til mentalisering er svekket vil det føre til at en person ikke er i stand til å være bevisst sine emosjoner samtidig som de forblir i den affektive tilstanden, noe som er i fokus i Korttidsdynamisk terapi, oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet. Slik jeg ser der er evne til mentalisering nært knyttet til evne til affektbevissthet. En person med lav affektbevissthet vil ikke være i stand til å forstå seg på egne eller andres følelser. Affekter blir betraktet som en primær kilde til motivasjon (Monsen & Monsen, 2000a; Tomkins, 1995). Derfor vil lav affektbevissthet medføre problemer med å forstå hva som ligger bak egen og andres atferd (Mohaupt, Holgersen, Binder & Nielsen, 2006). Oppmerksomt nærvær er opptrening av mentaliseringsevne ifht en selv. Slik jeg ser det skal mentaliseringsevnen styrkes i alle terapiformene oppgaven fokuserer på, selv om begrepet *mentalisering* ikke brukes. Men om ikke begrepet blir brukt er det viktige at det i terapi systematisk fokuseres på mentaliseringsevne, noe jeg tenker at gjøres i oppgavens terapimodeller.

Det viktigste bidraget fra studiet av begrepene affektiv inntoning og mentalisering mener jeg er dets fokus på prosesser som foregår i *relasjonen* mellom terapeut og pasient, heller enn teknikker og manualer for terapien. Prosessene skal i tillegg til å bedre pasientens evne til å tenke om eget sinn, også bedre hans/hennes evne til å sette seg inn i andres sinn, noe som gir mentalisering en fordel ifht bedring av adaptiv relasjonell fungering. Å forstå hvordan symptomet blir opprettholdt ved at det har en funksjon, forutsetter at pasienten har en viss mentaliseringsevne. Dette tenkes altså å være en viktig evne i terapi av pasienter med

CFS/ME. Det viktige er likevel ikke å bruke begrepet mentalisering, men at terapien inneholder elementer som sikrer en forbedring av evnen. Og ut fra teorien om mentalisering vil det være å speile, eller å tone seg affektivt inn på pasienten. En diskusjon om betydning av relasjon og teknikk i terapi følger senere i diskusjonsdelen.

Selvmedlidenhet

Presentasjonen av dette perspektivet la i motsetning til de første perspektivene lite vekt på utviklingspsykologisk teori. Fokus lå da ikke på hvordan en svekket evne til selvmedlidenhet har utviklet seg, men heller på hvordan evnen kan bedres. Dette perspektivets fokus på behov og tilfredsstillelse av disse, gjør at det passer svært godt inn i oppgavens hypotetiske modell for symptomets funksjon. Teknikken det ble lagt størst vekt på som veien til selvmedlidenhet er oppmerksomt nærvær. Begrepene har mye til felles med affektbevissthet og mentaliseringsevne, og i likhet med korttidsdynamisk terapi er et terapimål å kunne ta inn over seg og kjenne på sine følelser. Evne til selvmedlidenhet er grunnleggende for løsning av det oppgaven anser som et av kjerneproblemene til pasienter med CFS/ME; å lære å adaptivt ta vare på seg selv på alle områder, dvs å ta hensyn til sine behov. Terapi av pasientgruppen må fokusere på hvilke av den enkelte pasients behov som ikke blir tilfredsstilt, og som symptomet fungerer som strategi for å få tilfredsstilt.

En fordel med oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet er også at de på veldig konkret måte kan brukes til å takle en persons symptomer og emosjonelle konsekvenser av en lidelse. Jeg vil betegne det som at ved økt evne til disse to egenskapene, kan symptomet jobbes med både direkte og indirekte. Direkte ved at pasientens forhold til sine symptomer i øyeblikket skal endres ved hjelp av oppmerksomt nærvær, og indirekte ved fokus på behovstilfredsstillelse på andre måter enn ved bruk av symptomet ved økt selvmedlidenhet.

En svakhet for perspektivet er at begrepet ”negative emosjoner” blir brukt mye, uten at det konkretiseres hvilke følelser det gjelder, eller klargjøring av når affekter går fra å være adaptive til maladaptive. I forhold til dette har teorien bak Korttidsdynamisk terapi en klar fordel. Og uten mer operasjonalisering av hvordan affekter skal virke adaptivt etter terapien, som i Affektbevissthetsmodellen, blir terapiforskning på selvmedlidenhet og oppmerksomt nærvær vanskelig, noe som selvfølgelig er en ulempe. Dette perspektivet skiller seg fra det forrige ved fokuset på *øvelser* gjennom terapien, heller enn relasjonsfokuset.

Korttidsdynamisk terapi (Short Term Dynamic Psychotherapy, STDP)

Også i presentasjonen av dette perspektivet ligger på fokuset på terapiformen, heller enn på utviklingspsykologiske teori. Jeg ser på det som en styrke at teorien bak terapien er integrerende; den inneholder elementer fra kognitiv terapi, læringsteorier og dynamisk

affektteori, og baseres på at viktige bidrag til forståelse kan komme fra ulike hold. Fokuset ligger likevel på opplevelse av affekter, i likhet med de andre perspektivene i oppgaven. En stor fordel i teorien er dens differentieringen av affekter, som aktiverende eller inhiberende, og hvordan det finnes adaptive og maladaptive former av disse. Dette gir en god oversikt over, og forståelse for, affektene og deres funksjoner. Det resulterer i en tydelighet av hvordan de maladaptive formene for affekter bør jobbes med i terapi. Hvor de andre perspektivene brukes benevnelse som å ”tolerere negative affekter”, eller ”å uttrykke sine affekter”, opplever jeg STDP som mer differentiert på affektene, ved å tydeliggjøre hvordan den samme følelsen både kan være adaptiv og maladaptiv for en persons relasjonelle fungering.

Korttidsdynamisk terapi inneholder en klar oversikt over behandlingen, som enten kan følges som en manual, eller kan brukes som innholdsliste over viktige elementer som bør være dekket (McColloug et al., 2003). Dette gir en terapeut tydelighet for terapiinnhold, og på samme tid en frihet til å ikke være bundet av manualer. Jeg ser det også som en styrke at terapiformen tar hensyn til ulik funksjonsgrad hos pasienter, og at dette påvirker tilnærming til pasienten; ved lavere funksjon brukes mer støttende intervensjoner, og komponenten Selv-restrukturering skal da komme før Restrukturering av forsvar.

Det er ikke funnet behandlingsstudier for STDP brukt som terapi for CFS/ME-pasienter. Men av andre relevante funn i behandlingsstudier kan det nevnes at STDP har vist seg å være en effektiv behandlingsform for personer med psykiske lidelser, og at terapien kan gi like bra behandlingsresultat som CBT for visse lidelser (Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004; Lewis, Dennerstein & Gibbs, 2008). Monsen & Monsens (2000b) gode resultater med affektbevissthetsfokus i terapi for pasienter med kronisk smerte anses også som relevant ifht bruk av STDP, med de likhetstrekk dette har til behandlingsform og lidelse.

3.4 Utforming av alternativ behandlingsform for CFS/ME

Opgaven har som mål å finne en alternativ behandlingsform for pasienter med CFS/ME. Dette kunne blitt utarbeidet ved å blande kjerneelementer fra alle de fire perspektivene, eller det kan argumenteres for at én av oppgavens fire perspektiver bør velges som utgangspunkt for behandling av pasientgruppen. Etter sammenligning av perspektivene i kap 3.3 konkluderte jeg med at perspektivene samsvarer med hverandre i så stor grad at de kan bidra til en *integrert forståelse* av CFS/ME, som presentert i kap 3.2. Da er det naturlig at de også kan bidra i en *integrert terapimodell*.

Med tanke om utforming av en integrert terapimodell er det også mulig å ta utgangspunkt i det perspektivet som jeg tenker at i seg selv er integrerende for de andre perspektivene. Dette vil da fungere som et rammeverk for behandlingsmodellen jeg skal utforme. Slik jeg ser det, er Korttidsdynamisk terapi det perspektivet som passer best inn i oppgavens hypotetiske modell for symptomets funksjon. STDP er også terapiformen jeg tenker at inkluderer flest elementer fra de andre perspektivene og den betraktes som integrerende for oppgavens perspektiver. Dette er positivt da alle perspektivene tenkes å passe godt med min arbeidshypotese, og alle vurderes som å gi viktige bidrag til forståelse og behandling ut fra hypotesen. Begreper fra de andre perspektivene, som affektbevissthet, mentalisering og selvmedlidenhet, kan betraktes som viktige elementer som inngår i STDP. Ved å ha restrukturering av selv som et eget delmål, som inkluderer fokus på ens behov, tenker jeg at terapien fungerer selvutviklende, selv om terapiformen per definisjon ikke blir regnet som en del av selvpsykologien.

Derfor tar jeg utgangspunkt i STDP som rammeverk for utforming av alternativ behandlingsform/modell for pasienter med CFS/ME. Fordi STDP er valgt som videre utgangspunkt for behandling, følger nå en sammenligning av terapiformen og de andre perspektivene i oppgaven.

STDP og affektbevissthet

Sammenlignet med begrepet affektbevissthet fra Monsen & Monsens (2000a) Affektbevissthetsmodell ser jeg dette begrepet og affektfobi som nærliggende. Jeg tenker at en affektfobi vil kunne føre til en lav affektbevissthet, og kan tenkes å være det som ligger til grunn for den lave affektbevisstheten. I følge teorien til STDP kan medisinske uforklarlige symptomer blir betraktet som *forsvar* (McColloug et al., 2003).

Både Kohuts selvpsykologi, affektbevissthetsmodellen og teorien bak STDP baserer seg på at opprinnelige gode opplevelser eller følelser kan bli snudd til noe negativt ut fra reaksjonene et barn får fra viktige andre. En affektfobi, eller en lav affektbevissthet tenkes å utvikles ved at den opprinnelige adaptive affekten blir assosiert med negativ affekt (McColloug et al., 2003; Monsen & Monsen, 2000a). For pasienter med CFS/ME tenkes symptomet utmattelse å være forsvar som beskytter pasienten mot fobien de tenkes å ha for visse affekter. Affektene blir blokkert ved at de blir plassert i kroppen, og pasienten unngår å kjenne på følelsene ved at følelsene kun blir opplevd som kroppslige symptomer. Dette fører til at pasientens affektbevissthet er lav og at han/hun ikke får brukt affektene på en adaptiv måte. Pasientene mangler evne til å uttrykke sine ønsker og behov (McColloug et al., 2003). Jeg betegner det i denne oppgaven som at pasientenes selvutvikling er mangelfull.

Operasjonaliseringen av affektbevissthet er en av ABMs fordeler. Etter studie av STDP mener jeg at også denne terapiformen inkluderer mål om bedre evne til affektiv oppmerksomhet, - toleranse, emosjonell ekspresivitet og begrepsmessig ekspressivitet. Jeg tenker derfor at økt affektbevissthet er et mål i STDP, og at affektbevissthetsintervjuet kan brukes som et utfallsmål før og etter terapi for å se om pasientens affektbevissthet har bedret seg. Jeg tenker at Affektbevissthetsintervjuet kan gi en pekepinn på hvilke følelser pasienten har affektfobi for, og på hvilken måte pasienter uttrykker disse. Det er også viktig å huske på at alle affekter kan brukes både adaptivt og maladaptivt, og at dette også må vurderes i prosessen med identifiseringen av affektfobi og affektbevissthet.

Jeg mener altså at det er god overensstemmelse mellom Affektbevissthet og målet i STDP. Med tanken om at en affektfobi kan være grunnlaget for lav affektbevissthet, kan teorien bak STDP betraktes som å tilføre et ledd til Affektbevissthetsmodellen.

STDP og Affektiv inntoning

Det perspektivet og begrepet som skiller seg mest fra STDP er Affektiv inntoning. I følge dette perspektivet er en empatisk inntonet holdning hos terapeuten i seg selv nok for selvutvikling, uten fokus på terapeutiske manualer.

Diskusjonen om hva som er virkningsfullt i terapi, teknikker eller relasjon, er stor og for omfattende til å bli presentert i sin helhet i denne oppgaven. Hva som skaper den terapeutiske forandringen er ikke avklart, og forskere og klinikere legger i ulik grad vekt på eksempelvis teknikker, terapeutiske holdninger, relasjonen, diagnoser, pasientens ressurser og hendelser. Noen fokuserer på fellesfaktorer som kan tenkes å ligge til grunn for virkningen i all psykoterapi. Selvpsykologien fokuserer i stor grad på empati i den terapeutiske relasjonen. Diskusjonen om en god terapeutisk relasjon ikke bare er nødvendig, men også tilstrekkelig for terapeutisk bedring, er pågående. Jeg tar i denne oppgaven et standpunkt om at det som skjer i relasjonen til terapeuten er viktig, og at en affektiv inntonet terapeut er nødvendig. Det tenkes særlig viktig i en innledende fase, for pasienten å føle seg møtt og ivaretatt, og for å bygge terapeutisk allianse som er nødvendig for trygghet før det senere arbeidet med følelseeksponering. Ved affektiv inntoning kan terapeuten sette seg inn i pasientens livsverden, og forstå hans/hennes indre logikk. Dette anses som avgjørende for å forstå symptomets funksjon for den enkelte pasient.

I STDP skal mer støttende intervensjoner tas i bruk om pasienten har en lav skåre på global fungering (GAF) (McColloug et al., 2003). Som nevnt i teoridelen plukker ikke en GAF skåre opp hva funksjonsnedsettelsen skyldes, og tenkes derfor ikke å kunne brukes som en tydelig markør for om STDP er egnet for en pasient med CFS/ME. Men det tenkes at mer

støttende intervensjoner generelt kan brukes gjennom terapien hvis pasientens innsikt er lav, eller de har motstand mot psykologisk terapi. Da tenker jeg at Affektiv inntoning kan være en slik støttende intervensjon som kan oppleves mildere enn konfrontasjon av pasientens forsvar.

Men jeg tenker også at terapien bør inneholde noe mer enn kun affektiv inntoning, at dette ikke er tilstrekkelig for å oppnå endringer på strukturelt nivå. Jeg har en hypotese om at pasientene med CFS/ME har en affektfobi som innebærer en lav affektbevissthet. I dette ligger en svekket evne til å oppleve og kjenne på følelser, og det tenkes at å gjøre nettopp dette i terapi, er avgjørende for selvutvikling. Da tenker jeg at det er nødvendig fra terapeutens side med litt mer guiding og styring enn kun å tone seg affektivt inn på pasientens følelser. Affektfobien og den lave affektbevisstheten kan føre til at pasientene i liten grad opplever følelser i terapirommet, og det derfor ikke er så mye å tone seg inn på. Pasientene tenkes å trenge guiding i å kjenne på sine følelser, og at det da er nødvendig med en terapeut som styrer, utfordrer til eksponering og samtidig kan hjelpe til med affektregulering når det er nødvendig. Dette er kjerneelementer i STDP. Jeg anser altså Affektiv inntoning som en viktig terapeutisk teknikk i behandlingen av pasienter med CFS/ME, men ikke som tilstrekkelig for terapeutisk endring. Men om Affektiv Inntoning som terapeutisk teknikk ikke blir tillagt hovedfokus for terapi, tenker jeg at beskrivelsen av selvutvikling fra spedbarnsalder i kapitlet om mentalisering og affektinntoning er forenelig med og kan være utfyllende ifht teorien bak utvikling av affektfobi.

STDP og mentalisering

Som nevnt tidligere tenker jeg at evne til mentalisering er en forutsetning for å bli bevisst sine følelser og behov og "eie" dem, å se på seg selv på en ny måte, og for å innse hvordan symptomet kan ha en funksjon. Altså vil mentalisering være en viktig del av terapien, uten at begrepet nødvendigvis brukes. Ved en inntonet terapeut, å verbalisere følelser og utforskning av pasientens indre logikk, tenkes mentaliseringsevne automatisk å bedres.

STDP og selvmedlidenhet

Å ha evne til selvmedlidenhet kan betraktes som et psykologisk behov i seg selv, og er en viktig del av komponenten Restrukturering av selv i STDP. I teoriedelen om selvmedlidenhet ble det kort beskrevet teori om hvorfor det for noen kan være ekstra vanskelig å ta hensyn til sine egne behov. Det er viktig å huske på at vi har ulike forutsetninger for dette. Oppmerksomt nærvær tenker jeg at kan være en god teknikk å bruke i fasene *Restrukturering av selv*, og *Restrukturering av affekter*. Oppmerksomt nærvær og selvmedlidenhet har også som mål for pasienten å ta hensyn til sine relasjonelle behov, noe som vil si at målet om

forbedring av relasjonell fungering er et mål til felles med STDP. Dette arbeides med i fasen Restrukturering av andre. Teknikken oppmerksomt nærvær skal forbedre evne til å kjenne på hvordan emosjoner er forankret i kroppen (Germer, 2009), noe som også er viktig i STDP.

STDP og CBT

Et fellestrekk mellom STDP og kognitiv terapi er målet om å forandre maladaptive opprettholdende mønster for symptomet i pasientens liv. Kognitivt arbeid tenkes i STDP å kunne være viktig del av terapien, da kognisjon og emosjon alltid tenkes å henge sammen (McColloug et al., 2003). Ifht selvutvikling kan også kognitive funksjoner tenkes å bli inkludert, f.eks. om selvet blir betraktet som et oppmerksomhetsmønster.

Men hovedfokuset for STDP er ikke på kognitive oppfatninger og tolkninger, men heller på den adaptive *affektoplevelsen* (McColloug et al., 2003). Kjernen i STDP er affektens viktige funksjon for oss og for vår mentale helse. Kognitiv terapi inkluderer ikke aspektet om at symptomet kan ha en viktig funksjon for pasienten, og at symptomets funksjon må bli tilfredsstillt på en ny måte om det skal forsvinne.

Fordi det etter sammenligningen av STDP med de andre perspektivene er tydelige at STDP i stor grad inkluderer mange de andre perspektivene, anser jeg det å bruke den som rammeverk som forenelig med å kalle terapimodellen min for *integrert*. Som jeg skal komme inn på, vil visse deler av STDP vektlegges mer enn andre, og elementer fra de andre perspektivene være sentrale. Så til tross for valg av STDP som utgangspunkt for utarbeiding av en alternativ terapimodell, tenker jeg at min behandlingsmodell vil være en integrert terapimodell. I neste kapittel følger en presentasjon av denne.

3.5 Behandling

Jeg har utformet en fiktiv behandlingsmodell med bakgrunn i oppgavens forståelse av kronisk utmattelse, og sammenligningen av perspektivene i forrige kapittel. STDP er som nevnt brukt som rammeverk, men modellen bygger også på de andre perspektivenes tankegang, samt andre betraktninger som tenkes viktige i behandling av CFS/ME. Behandlingsmodellen anses derfor å være en modell som integrerer bidrag fra alle oppgavens perspektiver. Jeg har valgt å kalle behandlingsmodellen for **Affekt- og behovsfokusert terapi for kronisk utmattelsessyndrom**. Dette fordi nettopp bevisstgjøring av, og arbeid med, affekter og behov anses som sentralt for psykologisk terapi for pasientgruppen.

Om terapien

Terapien er beregnet for voksne pasienter med diagnosen CFS/ME. Jeg har tatt utgangspunkt i STDP som er beregnet for voksne pasienter. Jeg tenker at elementer fra min forståelse og terapi vil kunne være viktig også mht barn og unge med CFS/ME, men at det da måtte blitt gjort visse justeringer, og at dette faller utenfor denne oppgavens omfang. Når det gjelder tidsperspektiv er STDP en korttidsterapi, som det fremgår i navnet. Dette er en stor fordel ved sammenligning av terapien opp mot CBT, som også er korttidsterapi. Men jeg tenker at ved arbeid med personlighetsproblematikk og et mangelfull utviklet selv er det naturlig at terapien vil kunne ta lengre tid, noe som også understrekes i STDP (McColloug et al., 2003). I Monsen & Monsens (2000b) affektbevissthetsstudie ble det brukt 33 timer på terapien, definert som medium short term. Jeg tenker at det kan tas utgangspunkt i dette da dette gir en pekepinn for tidsperspektiv for terapi med fokus på økt affektbevissthet, men at det sannsynligvis vil variere fra pasient til pasient.

Hovedmålet for behandlingen er for pasienter med CFS/ME å blitt kvitt sine fysiske symptomer, dvs deres utmattelse og eventuelle tilleggssymptomer. Det tenkes at dette lar seg gjøre ved å øke deres selvutvikling og bedre deres interpersonlige fungering, som tenkes å henge nært sammen. For å utvikle selvet tenkes det at disse evnene skal bedres: affektbevissthet, adaptiv bruk av følelser, affektregulering, mentalisering, interpersonlig kunnskap og selvrestrukturering. Konkret skal dette føre til differensierte og direkte måter å uttrykke følelser og behov, noe som også tenkes å bidra til mer tydelige og differensierte svar fra omgivelsene. Dette tenkes å bedre interpersonlig fungering.

Verdier som ligger til grunn for terapien er nødvendigheten av å se den enkeltes behov og individuell tilpasning. En skal også ha ydmykhet for pasientens egne årsaksforklaringer på symptomet. Terapien baserer seg på affektens viktige adaptive funksjon for mennesker, og målet med den er selvutvikling. I dette ligger også en tanke om at det er en utvikling og ikke en reparasjon som skal til, i samsvar med normaliseringsperspektivet nevnt tidligere i diskusjonsdelen.

Relasjonsfokus

Sentalt for terapien er den terapeutiske *relasjonen* med tanken om at å delta i sosiale relasjoner med andre gir mulighet for utvidelse og reorganisering; av selvet, av forventninger til verden og andre, av sin historie og sitt følelsesliv. I relasjonen mellom to personer kan det foregå subjektiv gjenkjennelse og anerkjennelse, og terapeutens bruk av affektiv inntoning bidrar til dette. Spedbarnsforskningen har også understreket betydningen av nettopp den affektive og ikke-språklige kommunikasjonen som utviklingsramme (Hansen, 2000).

Samtidig handler også terapi om ord, tanker og historier, dvs meningsattribuerende kommunikasjon (Hansen, 2000). En affektiv inntonet terapeut betraktes som viktig, og mye terapeutiske endring tenkes å skje i relasjonen mellom pasient og terapeut ved at den fungerer som en analog til sikker tilknytning. Dette skal føre til økt mentaliseringsevne og integrering av følelser, nye indre arbeidsmodeller, eller ny indre logikk, hos pasienten. Men som diskutert i kapittelet over tenkes det i tillegg til fokus på relasjon og affektiv inntoning, å være viktig å bruke visse teknikker for å sikre eksponering for affektoplevelser. Derfor følger nå en beskrivelse av terapiens faser.

Terapiens faser

STDP består av fasene: Restrukturering av forsvar, Restrukturering av affekter, Restrukturering av selv- og andre (McColloug et al., 2003). Jeg har i utarbeidelsen av min terapimodell tatt utgangspunkt i disse fasene, men med noe ulik benevnelse, ulik grad av vektlegging og ulik rekkefølge. Jeg har kalt terapiens første fase for *Innledende fase* og har her tatt med elementer jeg tenker er spesielt viktig for pasienter med CFS/ME. Fasen *Restrukturering av selv* kommer i denne terapien før restrukturering av forsvar og affekter, da jeg i oppgaven går ut fra en svak selvutvikling hos pasientgruppen, og det i STDP understrekes at et godt utviklet selv må være på plass før det arbeides med de to andre terapikomponentene (McColloug et al., 2003). I denne fasen fokuseres det også på Self-compassion og måter å direkte takle symptomer og negative konsekvenser av lidelsen. At dette kommer tidlig kan være viktig for pasientens opplevelse av å bli tatt på alvor og tilegnelse av konkrete mestringsstrategier, noe som igjen kan øke hans/hennes motivasjon for videre terapi. *Restrukturering av andre* er ikke en egen fase i denne terapien, men elementer fra den er tatt med i fasen *Restrukturering av Affekter*. Jeg tenker at fasene kan betraktes som komponenter som alle må jobbes med, men hvor rekkefølgen kan byttes om etter hva som passer best, eller de kan jobbes med parallelt. Dette er fordi de tenkes å henge sammen og til en viss grad å gå over i hverandre.

Innledende fase: Målet for den innledende fasen er å forstå pasientens indre logikk og med det symptomets funksjon. Pasientens livsbelastninger, mestringsstrategier, behov og behovtilfredsstillelse må utforskes. Det må kartlegges om det har vært noen utløsende hendelser for symptomet, som det evt. kan være en mestringsstrategi for. Som nevnt over, tenkes bruk av Affektiv inntoning som avgjørende for å sette seg inn i pasientens indre verden, og for å bygge terapeutisk allianse. I rapporten fra Kunnskapscenteret (2006) ble det beskrevet noen tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonen angående behandling som anses som relevante å ta i betraktning. Deres tilbakemeldinger var at behandling oppleves som

nyttig dersom den er basert på anerkjennelse av diagnosen og tar utgangspunkt i hver pasients funksjonsnivå (Kunnskapssenteret, 2006). Å bli tatt på alvor og bli respektert tenker jeg at er spesielt viktig for pasienter med CFS/ME, da lidelsens årsaksforklaringer er mange. Det er da ekstra viktig med et godt samarbeid mellom pasient og terapeut. Det vil i innledende fase derfor være viktig å sette seg inn i pasientens egen attribusjon av symptomet, å lytte til pasientens problemer og bekymringer rundt symptomet og avdekke eventuell motstand mot psykologisk terapi. Det anses i så tilfelle som avgjørende å motivere for behandling, og forklare grunnlaget for en psykologisk tilnærming. I forklaring av at symptomet kan ha en funksjon er det viktig at pasienten ikke føler han/hun blir anklaget for å "bruke" symptomet, noe som fort kan oppleves krenkende. Terapeuten må understreke at han/ hun tenker at symptomene er høyst reelle, og at det ikke tenkes at det ligger en psykisk lidelse til grunn for symptomet. Pasientens affektbevissthet kan kartlegges ved hjelp av Affektbevissthetsintervjuet. Dette verktøyet tenkes å kunne bidra til forståelse av hvilke følelser pasienten har fobi mot, og kan være en god start på affektbevissthetsarbeidet. I tillegg til å kartlegge hvilken følelse pasienten har fobi mot, kartlegges også *hvordan* affekter uttrykkes. Og det sentrale er å forstå om det kan betegnes som en adaptiv eller maladaptiv bruk av affektene (McColloug et al., 2003).

Restrukturering av selv: I denne fasen ligger fokuset på pasientens behov og om disse er tilfredsstillt. Pasientens evne til selvmedlidenhet skal bygges opp, og oppmerksomt nærvær-øvelser kan brukes til dette. Ved bruk av oppmerksomt nærvær- teknikker og fokus på selvmedlidenhet får pasienten konkrete øvelser til å mestre symptomet og dets negative konsekvenser tidlig i terapien, noe jeg tenker kan være motiverende for videre behandling. Pasientens bilde av seg selv skal bygges opp til å være mer positivt, og til forståelse av at man er en som fortjener å ha det bra. Desensitivering av positive affekter for en selv er en metode som kan brukes for dette.

Jeg tenker i denne oppgaven at større behovsbevissthet og selvmedlidenhet er nødvendig for pasientene. I fokuset på å lytte etter pasientens behov, vil sannsynligvis temaet behov for hvile komme opp. Å kjenne på utmattelse og slitenhet og ta hensyn til dette er et biologisk behov. Slik kan man tenke at pasienten bør oppfordres til å lytte til kroppens signaler, og hvile deretter. Dette er i tråd med hva pasienten ellers skal lære om å lytte til og ta hensyn til sine behov. Det kan fokuseres på hva pasienten gjør for å slappe av og ha det godt, og han/hun kan oppfordres til å fortsette med dette hvis det fungerer. Fokuset på å være snill med seg selv og lytte til sine behov, heller enn på å prestere, er et aspekt ved terapien som skiller seg fra gradert treningsterapi. Ved gradert treningsterapi skal pasienten jobbe for oppnå

gradvis bedring av formen (Kunnskapssenteret, 2006), og pasienten kan derfor tenkes å kjenne på et press til å prestere på tross av det kroppen forteller er pasientens behov.

Men før det oppfordres til å lytte til symptomet og for pasienten å ta hensyn til dette, må det en overveining til, for hva symptomet egentlig er uttrykk for. Med utgangspunkt i et dynamisk perspektiv og Malans (1979) konflikttriangel, må det tas hensyn til om dette behovet kan betegnes som adaptivt. Om symptomet er et forsvar, er det maladaptivt, og fungerer som beskyttelse mot å kjenne på adaptive følelser og virkelige behov. Pasientens mønster i å bruke symptomet som forsvar må da brytes, i terapiens fase *Restrukturering av forsvar*. I forhold til denne problemstillingen anses det også som viktig å innledningsvis kartlegge pasientens tolkninger av symptomet, og teknikker fra kognitiv atferdsterapi kan benyttes for å endre maladaptive oppfatninger om eksempelvis å hvile seg i form eller farligheten av utmattelsen.

Restrukturering av forsvar: I den innledende fasen begynner identifiseringen av pasientens forsvar ved at terapeuten søker å forstå pasientens indre logikk. I denne fasen skal pasienten *selv* bli bevisst sitt eget maladaptive mønster med forsvar. Konfrontasjon med forsvaret gjøres på en forsiktig og støttende måte, preget av empatisk samarbeid. Pasientens forsvar valideres ved at det i pasientens historie påpekes gode grunner til at dette har utviklet seg (McColloug et al., 2003). Utforskningen bør ta utgangspunkt i konkrete situasjoner fra pasientens liv. Det understrekes at det pasienten er ansvarlig for og må jobbe med, kun er *oppretholdelsen* av det maladaptive mønsteret. Pasientens forsvar skal ikke bare identifiseres og bevisstgjøres, men også endres. For endring kreves det motivasjon fra pasientens side, og for dette kan det fokuseres på de negative konsekvensene for pasienten ved bruk av forsvar. Fokus må også være på positive konsekvenser av forsvaret, hvordan det også fører til at visse behov blir dekket, og at dette virker opprettholdende på symptomet. Mer adaptive måter å få dekket sine behov må erstatte bruk av forsvar. Å bli bevisst sitt forsvar kan ofte være vanskelig for pasienten, da det gjerne oppleves som egosyntont (McColloug et al., 2003).

Restrukturering av affekter: Denne fasen blir i STDP ansett som terapiens hoveddel (McColloug et al., 2003). De foregående fasene kan ses på som forberedelser til denne, og det er arbeidet med affekter i denne fasen som skal føre til terapeutiske endringer for pasienten. Målet med denne fasen er at pasienten skal oppleve sine affekter og lære å uttrykke dem på en adaptiv måte. Teknikken desensitivisering er sentral i STDP, og brukes i denne fasen. Det er viktig at det kun er adaptive affekter som desensitiviseres. En måte å avgjøre det på er å se på hvilke konsekvenser følelsen har for pasientens fungering. I de foregående fasene bør terapeuten derfor ha identifisert hvilke adaptive affekter pasienten har fobi for, og som da skal

arbeides med i denne fasen. Oppmerksomt nærvær-teknikker kan brukes for opptrening av oppmerksomheten slik at pasienten skal lære å identifisere affekter i kroppen. Pasienten skal eksponeres for affektene. Terapeuten er med i pasientens opplevelse, passer på at forsvar ikke brukes, og har en angstregulerende rolle. Affektiv inntoning kan brukes aktivt til dette, men jeg mener som nevnt at dette ikke er nok, at terapeuten samtidig må ha en noe mer styrende rolle, slik at det sikres at pasienten forblir i den affektive opplevelsen uten bruk av forsvar. Pasienten skal oppleve affektene i kroppen, og samtidig verbalt betegne dem. Målet er ikke for pasienten å ”få ut” følelsene, men å kunne uttrykke dem med innsikt og ansvar (McColloug et al., 2003). Adaptivt affektuttrykk er et viktig mål med terapien. Hvordan pasientens affekter blir uttrykt i hans/hennes relasjoner må utforskes, og eventuelle konflikter kan være tema for terapien i denne fasen. Kapasiteten til å mer adaptivt uttrykke sine behov og affekter skal bedres, og anses som selvutviklende. Pasienten oppfordres til å øve på dette mellom timene, det kreves mye repetisjon, både i timene og i pasientens hverdagsliv (McColloug et al., 2003).

Med ønske om en behandlingsmodell som skal øke pasientenes *selvutvikling* tenkes det i denne terapien å skje gjennom at pasientens selvbilde og -følelse bedres, pasientene blir mer bevisste sine behov og følelser, og kan uttrykke dem på en adaptiv måte. Dette skal gjøre symptomet utmattelse overflødig og føre til at det forsvinner. Selvutviklingen tenkes altså ikke bare å skje i fasen *Selv- restrukturering*, men også i fasene for restrukturering av forsvar og affekter.

Forskning

Både forståelsesramme og behandlingsmodellen jeg har kommet fram til i denne oppgaven er basert på en *hypotese* om symptomets funksjon, og trenger derfor å bli validert gjennom forskning. Behandlingsformer kan ikke praktiseres eller konkluderes med som effektive uten studier som slår fast deres behandlingseffekt. Det vi vet om behandling av CFS/ME i dag er at Kognitiv atferdsterapi (CBT) og Gradert Treningsterapi (GT) er behandlingsformene med best dokumentert effekt (Kunnskapssenteret, 2006). For å validere min behandlingsmodell må det gjennomføres et kontrollert randomisert studie, hvor min ”Affekt- og Behovsfokuserte terapi” blir sammenlignet med både CBT, GT, og behandling som vanlig (TAU).

Utvalget i studiet må bestå av pasienter med alle grader av utmattelse og begge kjønn bør være representert. Studiet må inkludere ulike utfallsmål på pasientene før og etter terapien, i tillegg til evaluering ett år etter endt terapi for å se om effekten er varig. Relevante utfallsmål tenker jeg å være utmattelse (f.eks. Chalder Fatigue Scale (Chalder et al., 1993), affektbevissthet (Affektbevissthetsintervjuet til Monsen & Monsen, 2000a) og interpersonlig

fungering (ved f.eks. Inventory of Interpersonal Problems: IIP-C). Slik kan det i studiet kartlegges for hvem, og på hvilken måte behandlingen er effektiv.

3.6 Avslutning og konklusjon

Oppgaven tar utgangspunkt i tanken om behov for nye, mer dynamiske forståelsesrammer på en lidelse med mye usikkerhet ifht årsaksforklaringer, og et utilstrekkelig behandlingstilbud (Kunnskapsenteret, 2006). Oppgavens problemstilling er: Hva kan en mer dynamisk, selvpsykologisk vinkling på CFS/ME tilføre forståelse av lidelsen, og hva kan være en alternativ psykologisk behandlingsmodell for den?

I denne teoretiske oppgaven har jeg kommet fram til en forståelsesramme og et behandlingsopplegg som ut fra min diskusjon tenkes å kunne hjelpe pasienter med CFS/ME.

Svar på problemstillingens første del er at en mer dynamisk vinkling kan gi en alternativ forståelse for CFS/ME: Etter teorigjennomgang konkluderer jeg med at symptomets rolle kan være en form for affektuttrykk, behovsuttrykk, eller en strategi for tilfredsstillelse av pasientens emosjonelle eller relasjonelle behov. Til grunn for at symptomet blir brukt til dette formålet tenkes å ligge en mangelfull selvutvikling. Med mangelfull selvutvikling mener jeg en lav affekt- og behovsbevissthet, grunnet en affektfobi. Dette medfører en svekket evne til å være oppmerksom på, tolerere eller å uttrykke sine affekter og behov på en adaptiv måte. Etter gjennomgang av utviklingspsykologiske teorier om selvutvikling, tenker jeg at fravær av affektiv inntoning, eller speilg, i tidlige relasjoner kan tenkes å være grunnlaget for den mangelfulle selvutviklingen.

Svar på problemstillingens andre del er min utarbeidelse av en alternativ behandlingsmodell. Med oppgavens forståelsesramme blir de kliniske implikasjonene at det nødvendige i terapi er selvutvikling via økt affekt- og behovsbevissthet, noe som skal gjøre symptomets funksjon overflødig. Ut fra min diskusjon av de fire perspektivene konkluderer jeg med at en integrert behandlingsmodell med STDP som rammeverk, kalt "Affekt- og behovsfokusert terapi", er et godt alternativ for pasienter med CFS/ME. Oppgavens kliniske implikasjoner er derfor bruk av min alternative forståelsesramme og terapimodell i møte med pasienter med CFS/ME. I tillegg anser jeg det som viktig å respektere den enkelte pasients årsaksforklaring, og å understreke at en psykologisk forståelsesramme inkluderer at terapeuten er inneforstått med at symptomene oppleves som reelle. Jeg tenker at det er viktig å bruke affektiv inntoning som metode i bygging av en god terapeutisk relasjon, noe som

betraktes som avgjørende for videre terapiarbeid. En pasients historie, og særlig tidlige realsjonelle erfaringer, kan gi viktige forklaringer for hvordan en affektfobi kan ha utviklet seg, men fokus for terapien er de intrapsykiske faktorene som nå virker opprettholdende for symptomet. Affektbevissthetsintervjuet betraktes som et godt verktøy for å kartlegge pasientens affektbevissthet, og med det hans/hennes affektfobi. Jeg konkluderer med at min alternative forståelsesramme for symptomet, og behandlingsmodell trenger å bli validert gjennom forskning.

Jeg har tro på denne behandlingsmodellen for pasientgruppen fordi den er et alternativ som inkluderer viktige intrapsykiske faktorer som ikke blir fokusert på i kognitiv atferdsterapi eller gradert treningsterapi. Jeg tenker at affektregulering og behovsregulering er avgjørende for menneskers fungering. Om en svak evne til disse egenskapene to betraktes som kjerneproblematikken for pasienter med CFS/ME, må de være fokus for psykologisk terapi. Behandlingsmodellen har som mål at regulering ikke lenger skal skje via symptomet, og at det da blir overflødig og forsvinner. Jeg mener det er en styrke at oppgavens innfallsvinkel til forståelse og behandling av lidelsen kan ses i sammenheng med andre perspektiver. I en lidelse som betraktes som sammensatt tenkes mange faktorer å kunne spille inn for et sykdomsforløp. Medisinske, kognitive og fysiologiske faktorer (ved f.eks. endret aktivitetsmønster) blir ikke i denne oppgaven forkastet som urelevante ifht utvikling og behandling av CFS/ME. Men jeg mener at denne oppgavens forståelsesramme og foreslåtte behandling tilfører et viktig aspekt som også må vurderes i møte med pasienter med CFS/ME. I forhold til CBT fokuseres det systematisk på intrapsykiske opprettholdende faktorer, på symptomets funksjon, affektenes adaptive roller, og affektive opplevelser i terapi. Relasjonsperspektivet er også i fokus, og terapiformen gir konkrete mestringsstrategier for å tolerere negative emosjoner og smerte etter å ha fått en slik diagnose.

Jeg mener også at det er positivt at forståelsen for lidelsen er forenelig med et normaliseringsperspektiv, hvor skillet mellom psykisk og somatisk lidelse brytes ned. Mitt fokus på psykologiske faktorer og prosesser gjør ikke at jeg av den grunn betrakter CFS/ME som en *psykisk sykdom*, men at jeg tenker symptomet kan være en mestringsstrategi ved mangel på andre strategier. Fokus på et symptoms funksjon via intrapsykiske opprettholdende faktorer betraktes som viktig, uansett lidelse. Jeg tenker at min modell for utvikling og opprettholdelse av dette derfor også kan overføres til arbeid med andre pasientgrupper.

4 Referanser

- Allen, J.G., Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Axelsen, E.D. (2000). *Symptomet som ressurs*. Oslo: Pax Forlag
- Beebe, B., Lachmann, F.M. (2002). *Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions*. London: The Analytic Press, Inc.
- Berge, T. & Dehli, L. (2009). Kognitiv terapi ved kronisk utmattelsessyndrom/ME. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 9, vol 46, 828-836.
- Bou-Holaigah, I., Rowe, P.C., Kan, J., Calkins, H. (1995). The Relationship Between Neurally Mediated Hypotension and the Chronic Fatigue Syndrome. *The Journal of the American Medical Association*. 274, 12, 961-967
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., Wallace, E.P. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 147-153.
- Chalder, T., Neeleman, J., Reme, S. E., Power, M., Wessely, S. (2010). Factors associated with acute fatigue in primary care. *Cambridge University Press*. doi:10.1017/S0033291709992327
- Deary, V., Chalder, T., Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 781-797.
- Cleare, A.L. et al. (1995). Contrasting neuroendocrine responses in depression and chronic fatigue syndrome. *Journal of Affective Disorders*, 34, 283-289.
- Fonagy, P. & Target, M. (1998). Mentalization and changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87 – 114.
- Fonagy, F., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2007). *Affektregulering, mentalisering og selvets utvikling*. København: Akademisk Forlag.
- Germer, C.K. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York: The Guildford Press.
- Gray, M.L., Fossey, E.M. (2003). Illness experience and occupations of people with chronic fatigue syndrome. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 127-136.
- Gupta, A. (2002). Unconscious amygdalar fear conditioning in a subset of chronic fatigue syndrome patients. *Medical Hypotheses*, 59, 6, 373-378.

- Hansen, B.R. (2000). Psykoterapi som utviklingsprosess: Sentrale bidrag fra to utviklingspsykologiske kunnskapsfelt. I A. Holte, G. H. Nielsen & M.H. Rønnestad (Eds.), *Psykoterapi og psykoterapeveiledning. Teori, empiri og praksis*, (s. 91-110). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hart, S. & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Karterud, S (1997). Heinz Hohuts selvpsykologi. I S. Karterud & J.T. Monsen (Eds.) *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut* (s 228-266). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. & Wolf, E. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413-425.
- Kunnskapssenteret (2006). *Diagnostisering og behandling av kronisk utmattelsessyndrom/ myalgisk encefalopati (CFS/ME)*. Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 09-2006.
- Lewis, A.J., Dennerstein, M. and Gibbs, P. M. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 6, 445 – 455.
- Lombardi et al. (2009). Detection of an Infectious Retrovirus, XMRV, in Blood Cells of Patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Science*, 326, 5952, 585-589.
- Malan, D.H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Rooke, S.E., Bhullar, N., Schuttle, N.S. (2008). Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 5, 736-745.
- Malt, U. F., Malt, E A., Blomhoff, S., Refnin, I. (2002). Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 14, 122, 1379–1384.
- McColloug, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., Hurley, C.L. (2003). *Treating Affect Phobia, A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- McNaughtan, L. (2008). *The relationship between therapist affect attunement and the therapeutic alliance in the prediction of outcome in short-term psychotherapy*. Hovedoppgave i psykologi. Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet.
- Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P. E., Nielsen, G.H. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 237-244.

- Monsen, J.T. (1991) *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi*. Otta: Tano.
- Monsen, J.T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. I S. Karterud & J.T. Monsen (Eds.) *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut* (s 90-136). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Monsen, J. T. & Monsen, K. (2000a). Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til integrerende psykoterapimodell. I A. Holte, G. H. Nielsen & M.H. Rønnestad (Eds.) *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis*, (s 71-89). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Monsen, K. & Monsen, J.T. (2000b). Chronic Pain and Psychodynamic Body Therapy: A Controlled Outcome Study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 3, 257-269. doi:10.1037/h0087658.
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, vol 2, 2, 85-101. doi:10.1080/15298860309032
- Price, J.R., Mitchell, E., Tidy, E., Hunot, V. (2009). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. (Abstract). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi: 10.1002/14651858.CD001027.pub2.
- Roberts, A., Wessely, S., Chalder, T., Papadopoulus, A., Cleare, A. (2004). Salivary cortisol response to awakening in chronic fatigue syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 184, 136-141.
- Roberts, A., Papadopoulus, A.S., Wessely, S., Chalder, T., Cleare, A.J (2008). Salivary cortisol output before and after cognitive behavioural therapy for chronic fatigue syndrome. *Journal of Affective Disorders*, vol 115, issues 1-2, 280-286.
- Skårderud, F. (1997). Vekten av et selv. Spiseforstyrrelser og selvpsykologi. I S. Karterud & J.T. Monsen (Eds.) *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut* (s 228-266). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*. 128, 1066-1069.
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books, Inc.
- Stern, D.N. (2006). Den terapeutiske forandringsprosess med inndragelse af tavs viden: Nogle implikasjoner af utviklingspsykologiske observasjoner for psykoterapi med voksne. I Sørensen, J.H. (Ed.) *Affektregulering I utvikling og psykoterapi*. (s.220-228). København: Hans Reitzels Forlag.
- Stolorow, R. D., Atwood, G.E. (1992). *Contexts of Being. The intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale: The Analytic Press, Inc.
- Stroebe, W. (2000). *Sosial Psychology and Health*. Buringham: Open University Press.

- Stormark, K.F. (2008). *Affektinntoningens betydning for terapeutisk behandling av pasienter med unnvikende og tvangspreget personlighetsforstyrrelse*. Hovedoppgave i psykologi. Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet.
- Svartberg, M., Stiles, T.C. & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders, *American Journal of Psychiatry* 161, 810–817.
- Søderlund, A., Skoge, A.M., Malterud, K. (2000). "I could not lift my arm holding the fork..." Living with chronic fatigue syndrome. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 165-169.
- Sørensen, J.H. (2006). *Affektregulering I utvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Theorell, T., Blomkvist, V., Lindh, G., Evengård, B. (1999). Critical Life Events, Infections, and Symptoms During the Year Preceding Chronic Fatigue Syndrome (CFS): An Examination of CFS Patients and Subjects With a Nonspecific Life Crisis. *Psychosomatic Medicine* 61, 304-310.
- Tomkins, S.S. (1995). Script theory. In E.V. Demos (Ed.). *Exploring affect. The selected writings of Silvan Tomkins*. Cambridge: University Press.
- Urnes. Ø. (1997). Utviklingspsykologi og selvpsykologi. I S. Karterud & J.T. Monsen (Eds.) *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut* (s 13-27). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- van der Meer, J.W.M, Netea, M.G., Galama, J.M.D., van Kuppeveld, F.J.M. (2010). Comment on "Detection of an Infectious Retrovirus, XMRV, in Blood Cells of Patients with Chronic Fatigue Syndrome". *Science*, vol. 328, 5980, 825.
- Whiting, P., Bagnall, A-M., Sowden, A.J., Cornell, J.E., Mulrow, C.D., Ramírez, G. (2001). Interventions for the Treatment and Management of Chronic Fatigue Syndrome A Systematic Review. *The Journal of the American Medical Association*, 286, 1360-1368.
- Wiborg, J.F., Knoop, H., Stulemeijer, M., Prins, J.B., Bleijenberg, G. (2010). How does cognitive behaviour therapy reduce fatigue in patients with chronic fatigue syndrome? The role of physical activity. *Cambridge University Press*. doi:10.1017/S0033291709992212