



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **”Jag hade nog kunnat gå långt. Om jag inte satt så skönt”** **Lisa Tofft**

En naturalistisk studie med före och eftermätning kring smärtpatienter, som under samtalet reser sig från psykoterapistolen och tillsammans med psykoterapeuten rör sig i rummet för att träna den interoceptiva uppmärksamheten.

Författare Camilla Dahlquist-Melin & Gunilla Kellander Hermansson

Psykoterapeutexamensuppsats 2018

Psykodynamisk inriktning

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Tomas Jungert

### **Abstract**

Research shows that the need for human contact with its biologically inherited effects is important in achieving affective tolerance. This provides the ability to mentally and cognitively think about both their own and others' feelings. In psychotherapy, stress tolerance is exercised. It can be a great challenge to be exposed to the effects that are embodied. When the effects are activated, they become a threat to the person, creating anxiety / fear. The purpose of the study is to investigate whether the contact with affect is facilitated by getting out of the psychotherapy seat and moving with the psychotherapist in the room. Patients are screened with TAS-20. The study is naturalistic with pre- and post-measurement. All patients have chronic pain problems. The result of the study shows increased affective tolerance.

Keyword; Interoceptive attention, affective tolerance, mirroring, protolinguistic communication, movement, pain.

### **Sammanfattning**

Forskning visar att behovet av människans kontakt med sina biologiskt nedärvda affekter är viktig för att uppnå affekttolerans, vilket ger förmåga att mentalisera och kognitivt tänka om både sina egna och andras känslor. I psykoterapi tränas affekttolerans. Det kan vara en stor utmaning för människor att exponeras för de affekter man förkroppsligar. När affekterna aktiveras blir de ett hot för personen vilket skapar ångest/rädsla. Syftet med studien är att undersöka om kontakten med affekter underlättas av att resa sig ur psykoterapistolen och tillsammans med psykoterapeuten röra sig i rummet. Patienterna screenas med TAS-20. Det är en naturalistisk studie med för och eftermätning. Samtliga patienter har kronisk smärtproblematik. Resultatet från studien visar på ökad affekttolerans.

Nyckelord; Interoceptiv uppmärksamhet, affekttolerans, spegling, protolingvistisk kommunikation, rörelse, smärta.

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1.
Teori	
Teoretiska kopplingar.....	2.
Neurofysiologi.....	2.
Utvecklingspsykologi.....	5.
Affektteori.....	8.
Top-down/Bottom-up .....	9.
Embodied Mirroring.....	10.
Tidigare forskning om rörelse och psykoterapi.....	11.
Beskrivning av smärta.....	13.
Tidigare forskning om smärta och psykoterapi.....	16.
Arbete med smärtpatienter.....	18.
Syfte	
Syfte.....	21.
Metod	
Urvalskriterier och deltagare.....	21.
Frågor som ställs under gåendet.....	22..
Sessionernas innehåll.....	22.
Material.....	23.
Terapeutisk hållning.....	24.
Plats för sessionerna.....	24.
Naturalistisk studie med före och eftermätning.....	24.
Resultat	
Analys.....	26.
Tabell I Medelvärde och Standardavvikelse TAS-20.....	26. .
Kvalitativ beskrivning.....	27.
Generella iakttagelser och upptäckter från patientarbetet.....	27.
Diskussion	
Diskussion.....	30.
Metoddiskussion.....	33.
Framtida studie.....	34.

Slutsats.....	35
Etikdiskussion.....	36.
Referenser.....	37.
Bilaga 1 Psykoedukation.....	42.
Bilaga 2 TAS-20 Självskattningsformulär.....	44.

## Inledning

Vad skulle hända om psykoterapeut och patient reste sig ur psykoterapistolarna och rörde sig tillsammans en stund, för att hjälpa patienten att ”öppna” upp andningen, lossa på spänningar, bara känna det som är just nu i kroppen och därmed lättare få kontakt med affekter och aktivera sin interoceptiva uppmärksamhet?

Studien intresserar sig för sambandet mellan kropp och själ och undersöker om rörelsen i sig kan hjälpa patienten att förstå vad smärtan står för samt identifiera och beskriva affekter. Studien genomfördes uteslutande med patienter med diagnosen kronisk lokal smärta, en patientgrupp där forskning visar på svårigheter att få kontakt med affekter. Smärta kräver uppmärksamhet. Den avbryter pågående tankar och beteende från affektivt innehåll och arousal. Smärta signalerar flykt och prioriteras över andra konkurrerande krav på uppmärksamhet. Prioriteringen av smärta för flykt är evolutionärt primitivt (Eccleston, Crombez, 1999).

Vissa patienter som har problem med förkroppsligad mentalisering uttrycker höga nivåer av alexitymi och låga nivåer av känslomässig medvetenhet (Luyten & Van Houdenhove, 2013). Kronisk smärta är kopplad till emotionell stress och begränsar känslomässig medvetenhet, uttryck och bearbetning (Lumley, 2011).

Det är av vikt att sjukvården uppmärksammar komplexiteten i kropp-själ relationen. Kroppsliga symtom erbjuder möjligheter till förståelse för interaktionerna mellan psyke och soma. Patienter med kroppsliga symtom söker sällan psykoterapi, eftersom de ofta har svårt att utnyttja den psykoterapeutiska situationen. Dessa patienter har svårigheter med att identifiera och verbalisera sina affekter, känslor och fantasier (Colaïanni, Poot, 2016). Uppmaningen att sitta i en fåtölj, mitt emot en psykoterapeut för att i samtal göra just detta, är svår för vissa människor att uthärda (McDougall, 2002). När det förefaller osannolikt att en patient kommer att kunna acceptera dessa krav och sålunda utnyttja psykoterapin optimalt, är det upp till psykoterapeuten i fråga att bestämma en modifierad form av psykoterapi (McDougall, 2002).

## **Teori**

### **Teoretiska kopplingar**

Det finns kopplingar till neurofysiologi, utvecklingsteori, affektteori som stödjer hypotesen att träning av interoceptiv uppmärksamhet ökar affektmedvetandet.

Den mänskliga hjärnan bildar tillsammans med den övriga kroppen en hel och odelbar organism. Organismen samspelar med omgivningen som en helhet: varken kroppen eller hjärnan kan ensam samspela med yttervärlden. ”Själen andas genom kroppen och lidandet skär genom köttet, oavsett om smärtan börjar i huden eller alstras av inre bilder” (Damasio, 1994, s. 21).

### **Neurofysiologi**

Känslor är mentala erfarenheter av kroppsliga tillstånd. Känslor utgör en viktig del av mekanismen för livsregleringen, från enkel till komplex nivå. Känslors neurala substrat kan hittas på alla nivåer i nervsystemet, från individuella neuroner till subkortikala kärnor och kortikala regioner (Damasio & Carvalho, 2013).

Damasio och Carvalho (2013) beskriver interoceptiv uppmärksamhet utifrån ett biologiskt ursprung som delas in i tre nivåer; affekter, inre uppmärksamhet och yttre uppmärksamhet. Affekterna är biologiskt medfödda d.v.s. äckel, skam, ilska, avsky, rädsla, glädje, nyfikenhet, ledsenhet (Tomkins, 1962, 1963).

Exempel på interoceptiv uppmärksamhet är hunger och mättnad.

Syn, hörsel, beröring, smak, lukt kyla och värme är exempel på yttre interoceptiv uppmärksamhet s.k. exteroceptiv (Damasio & Carvalho, 2013).

Ett avgörande kännetecken för känslor är deras inneboende valens, dvs känslolinställningen till ett stimuli. Huruvida känslan riktar sig mot stimuli eller bort från det. Valens styrs neurologiskt av orbitofrontala cortex. Valens brukar ställas i kontrast till arousal som betyder graden av upphetsning inför ett stimuli (Damasio & Carvalho, 2013).

Reaktion för stimuli (smärtan)

	Hög Arousal		
Negativ Valens	Skräck Panik Sorg Aversion Vrede Hat Avsky	Entusiastisk Attraherad Begästrad Exalterad Euforisk Kärleksfull	Positiv Valens
	Irritation Distraction Nedstämdhet Bli på dåligt humör Ogillande	Förnöjsamhet Glädje Intresse Tillfredsställelse Trevlighet	
	Låg Arousal		

Figur 1. Figuren är en tolkning av Damasio's beskrivning (Damasio & Carvalho, 2013). Den illustrerar olika kombinationer av en reaktion på ett stimuli.

Smärtpatienter hamnar oftast i rutan med hög arousal och negativ valens (Eccleston & Crombez, 1999). Smärtan är ett hinder för att fullt ut kunna reagera med både hög arousal och positiv valens.

I denna studie där psykoterapeuten följer patienten och delar en interoceptiv upptäckt t.ex. affekt, fysisk förnimmelse kan känslolinställningen till smärtan (stimuli) förändras. Interventionen kan också betecknas som ett stimuli.

Koppsmedvetenhet är en interoceptiv medvetenhet och en interoceptiv känslighet, som definieras som en uppmärksamhet på subtila kroppsliga förändringar i responsen från inre och yttre betingelser (Ginzburg et al., 2015).

Social och fysisk smärta gör båda ont i kroppen. En social smärta som uppstår i samband med social isolering t.ex. separation, avvisande, mobbing, förlust av närstående, bli bortgjord inför andra gör fysiskt ont. I språket används också uttryck för att beskriva den sociala smärtan t.ex. ”dina ord är som ett slag i magen”, ”mitt hjärta brast när du lämnade mig” (Lieberman, 2013). Människans hjärna är uppbyggd på ett sådant sätt att ett brutet hjärta gör lika ont som ett brutet ben. En förklaring är att den mänskliga hjärnan evolutionärt ökat i storlek, blivit intelligentare och därmed fungerar annorlunda än andra däggdjurs, särskilt när det gäller

social förmåga. Genom att aktivera samma neurala kretslopp, som ger fysisk smärta, hjälper människans långa erfarenhet av social smärta till ökad överlevnad för barnen genom att hålla dem nära sina föräldrar (Lieberman, 2013).

Människohjärnan behandlar social och fysisk smärta på liknande sätt. Fysisk smärta sitter mer i hjärnan än vad de flesta människor tror. Smärta är ett fascinerande fenomen, den gör fysiskt ont men är också ett av de mest fundamentala anpassningssystem som främjar överlevnaden. (Lieberman, 2013).

För att förstå länken mellan social och fysisk smärta, fokuserade Lieberman (2013) primärt på den region i hjärnan som kallas dorsal anterior cingulate cortex (dACC) där dorsal betyder mot toppen av hjärnan och anterior betyder mot hjärnans framsida. Anterior cingulate cortex (ACC) är en del i hjärnans limbiska system, främre gördelvindlingen. Detta system har en primär roll i emotionella processer och är aktiv inom en mängd kognitiva funktioner. Det finns enligt Lieberman (2013) flera anledningar till att undersöka länkarna mellan social och fysisk smärta och varför de båda generellt leder till ACC och särskilt till dACC, som bevisat har en betydande roll i upplevelsen av fysisk smärta och en länk till anknytningsbeteendet.

Lieberman (2013) beskriver en studie, genomförd av hjärnforskaren McLean (McLean & Newman, 1988), som experimenterade med effekterna av lesionering (kirurgisk frånkoppling) av olika delar av den medikala frontalcortexen (som inkluderar ACC) på nödljud som framkallas hos apor när de är socialt isolerade. När dACC frånkopplas hos aporna elimineras nödrop och när den stimuleras framkallas ett speciellt ljud som är specifikt vid social isolering. Ifrån denna studie har slutsatser dragits om spädbarns förmåga att bilda och upprätthålla anknytningen om dACC är skadad. Isolerade spädbarn som inte gråter befinner sig i högre grad i riskzonen för att bli lämnade i ensamhet. Om mammans dACC är skadat har hon sämre förmåga att motta spädbarnets rop på henne (Lieberman, 2013).

Upplevelsen av fysisk smärta ökar aktiveringen av dACC, och samma sak sker med social smärta. Människohjärnan har utvecklats för att uppleva hot mot sociala förbindelser på samma sätt som den upplever fysisk smärta. En smärtstudie visar resultatet att hos deltagare som upplevde ökad smärta aktiverades dACC och samma gällde för deltagare som upplevde ökad social nöd när de blev avvisade (Lieberman, 2013).

Från Liebermans forskning till denna studie finns en intressant koppling. Människor som upplever fysisk smärta kan ha erfarenheter av social isolering som barn. Anknytningspersonen



har kanske inte haft förmåga att lyssna in barnets signaler/nödrops om KOM? Tolkningen är att i relation till psykoterapeuten återaktiveras patientens anrop och psykoterapeuten svarar an med att spegla och följa med patienten fysiskt och mentalt i rummet vilket sannolikt minskar aktiviteten i dACC.

Det är betydelsefullt att sammanfoga utvecklingspsykologi och modern neurofysiologi för att öka förståelsen av utveckling från spädbarn till vuxen individ. Vuxnas samhörighet och interpersonella relationer med sina barn påverkar hjärnans utveckling och förmåga att hantera den inre och yttre verkligheten (Hart, 2010).

I likhet med Lieberman (2013) beskriver Stern (2004) vikten av en anknytningsperson som responderar på barnets anrop. Han kallar detta tidiga icke-verbala språk protolingvistisk kommunikation.

## **Utvecklingspsykologi**

När barnet ropar KOM responderar ofta föräldern på något sätt. Denna respons är av olika kvalitet under barnets uppväxt.

Inom den psykodynamiska traditionen har det talade språket, orden och ordens makt varit betydelsefulla. Ord är viktiga och har en tydlig affektreglerande funktion. Barn kan tex. stå ut med fler frustrationer när de utvecklat sin förmåga att sätta namn på sin känsla. Språket fungerar då som en bro mellan hjärnhalvorna, vilket gör att barnet kan tolka sitt inre tillstånd och kommunicera det till andra. Detta meningsfulla länkande sker bara när barnet kan benämna sitt upplevda tillstånd på ett adekvat sätt. (Bergsten et al., 2015)

Implicit vetande omfattar en stor mängd information som är grunden för vardagens sociala liv. Vart riktar patienten blicken när någon talar, när hen själv talar? Vad gör patienten med kroppen och vilket tonfall använder hen när hen talar med en auktoritetsgestalt eller en psykoterapeut för första gången? Implicit vetande är icke-medvetet. En studie har gjorts för att bedöma anknytningsmönstret mellan mor och barn. När modern återvände efter en kort separation, visste det lilla barnet implicit vad de skulle göra med kroppen och visa i ansiktet. (Ainsworth & Blehar, Waters & Wall 1978, enl. Stern, 2004). De ”visste” om de

- skulle närma sig mamman, lyfta armarna till en kram och få kroppskontakt,
- inte skulle röra sig och låtsas att hennes återkomst var en icke-händelse
- skulle överdriva sin längtan och sitt behov av kontakt för att få mer från henne. De hade lärt sig hur de fick mesta möjliga utdelning för sina behov alternativt hur de skyddade sig från besvikelse.

Trevarthen (1979) beskriver intersubjektivitet som barnets aktiva strävan efter att uppleva händelser och ting tillsammans. Den processen inleds innan barnet är i stånd att uppfatta omvårdnadspersonen som en subjektiv person. Barnets förmåga att själv reglera affekter, både på en interpersonell och intrapsykisk nivå, påverkas starkt när det lär sig kommunicera verbalt.

Fonagy (2002) ser intersubjektivitet som delad uppmärksamhet på den yttre realiteten. Människans yttre realitet konstrueras utifrån delade känslor, intentioner och planer. Han menar att barn

- visar sina emotionella tillstånd automatiskt
- är sensitiva för ansikte-till-ansiktekontakt
- tidigt kan skilja olika ansiktsuttryck från varandra
- i stor utsträckning är beroende av föräldrarnas affektreglerande interaktion för sin självreglering

Stern (2004) beskriver den intersubjektiva kontakten som uppstår när två människor får en särskild typ av psykisk kontakt. Den innefattar ett ömsesidigt inträngande i varandras psyken som möjliggör för dem att säga ”jag vet att du vet att jag vet” eller ”jag känner att du känner att jag känner”. Innehållet i den andres psyke läses av. Två människor ser och känner ungefär samma psykiska landskap åtminstone för ett ögonblick. Dessa ögonblick är förändrande och skapar minnen som bildar berättelsen om våra nära relationer.

Enligt Stern (2004) finns förmågan att ”läsa av” andra människors intentioner och känna i den egna kroppen vad andra känner genom att iaktta deras ansikte, rörelser och ställning, höra deras tonfall och lägga märke till den omedelbara kontexten för deras beteende. Genom att se någon röra sig, går det att känna hur det måste vara att röra sig på detta sätt. Förnimmelsen i den egna kroppen och känslan i det egna psyket finns samtidigt. Det är spegelneuronernas neurobiologiska mekanismer som gör det möjligt att läsa av andras människors sinnestillstånd, särskilt deras intentioner (Stern, 2004). Spegelneuroner är premotoriska neuroner som aktiveras både när en rörelse/handling utförs och när det som observeras utförs

av någon annan (Gallese, 2009). Genom att på detta sätt vara delaktig i en annans psykiska liv skapas en känsla av att man tar del av och förstår den personen.

Affektintoning möjliggör delandet av inre känslotillstånd. "Ögonkontakt är fönstret till den andras själ och psyke" (Stern, 2004).

Med hjälp av spegelneuroner söker barnet automatiskt sin anknytningspersons ansikte när det vill få tröst, stöd eller dela en glädjeric upptäckt. Föräldern hjälper då också sitt barn att mentalisera, förstå varför man blir ledsen, arg genom att spegla affekten. Att hjälpa patienten att verbalisera en affekt är en del i det mentaliserande arbetet (Stern, 2004).

Alford (2016) menar dock att forskningen om de "magiska" spegelneuroner kan missleda oss tro att det hårda arbetet med att lära oss förstå andras intentioner sker automatiskt. Det är ett hårt arbete att uppfostra barn och se till att de blir tillräckligt anknutna, hållna och förstådda så att de kan lära sig känna hur de känner av en annan människas reaktioner.

Oavsett om förståelsen av en annan persons upplevelse kommer genom spegelneuroner, mentaliseringsförmåga, eller båda, är det bara en pusselbit och inte det fulla empatiska tillståndet. Det går både att imitera och förstå utan känsla. Empati uppstår bara när informationen hjärnan har samlat via spegling eller mentalisering leder till motsvarande känsla och empatisk motivation (Lieberman, 2013).

När teorin kopplas till denna studie blir det tydligt att GÅ MED någon aktiverar implicit medvetande bland annat förväntan. Psykoterapeuten visar och berättar att man kommer att gå med patienten under övningen, vilket aktiverar patientens erfarenhet av hur det är att vara nära någon, som visar intresse och nyfikenhet. Om psykoterapeuten dessutom följer patienten, aktiveras anknytningsystem och affekter. Den förväntade responsen från psykoterapeuten i ögonblicket, avgör hur patienten kommer att svara an. Övningen möjliggör en emotionell korrigerande och är en träning i intersubjektivitet.

Repareras inte de brott som oundvikligen kommer att uppstå i det affektiva samspelet mellan vårdnadshavare och barn, får barnet med sig en upplevelse av att känslor inte är tolererbara inom relationen. Barnet lär sig då inte att använda relationer på ett hälsosamt sätt för affektreglering. Det kan röra sig om att vårdgivaren är känslomässigt otillgänglig eller oförmögen att på ett adekvat sätt läsa av barnets affektiva uttryck (Stern, 1985).

Negligeras affektiva uttryck systematiskt förblir aspekter av barnets känslor omedvetna och barnet får begränsningar i förmågan att medvetet uppleva känslor, att lita till dem, och använda dem som informationskällor (Stern, 1985).

Utifrån Sterns teorier om utvecklingspsykologi blir steget till affektteori naturligt.

## **Affektteori**

Tomkins (1962, 1963) är en av de mest tongivande inom modern affektforskning. Han menar att affekterna är det primära motivationssystemet, utan dem skulle inte behov kännas igen eller motivation finnas till att agera. Tomkins (1962,1963) identifierar åtta medfödda affekter, som alla kännetecknas av ett specifikt ansiktsuttryck. Han gör en indelning i positivt, neutralt och negativt laddade affekter. Positiva affekter är intresse/iver och välbehag/glädje/extas. Den neutrala är förvåning/häpnad. De negativa är ilska/raseri, rädsla/skräck, ledsnad/förtvivlan, skam/förödmjukelse, och avsky/avsmak.

Under de första åren i livet saknar barnet självreglerande funktioner och behöver därmed hjälp av en ställföreträdande yttre regulator (Schore, 2003). De tidiga samspelsfarenheterna har en central betydelse för utvecklingen av barnets egen affektregleringsförmåga (Schore, 2003). Vårdgivarens aktiva deltagande i affektregleringen ger barnet möjlighet att skifta från negativa till positiva affektiva tillstånd. Genom att vårdgivaren på det här viset reparerar brott i samspelet lär sig barnet att negativa affekter kan uthärdas och övervinnas. Bristande förmåga att reglera känslor är en av de mest långvariga konsekvenser av tidig omsorgsbrist (Schore, 2003).

Forskning (Tronick, 1989 & Kohut, 1977 enl. Schore, 2009 ) visar att den primära vårdnadsgivaren inte alltid är intonad och speglar barnet optimalt, att det finns frekventa ögonblick av miss-intoning i dyaden. Dessa s.k. brott i anknytningsarbetet leder till regleringsstörning och en försämrad autonom homeostas.

Taylor et al., (1988) framhåller att många forskningsstudier angående anknytning bekräftar att vårdgivarens känslighet för barnets signaler och förmåga att läsa av har stor inverkan på hur barnet lär sig reglera affekter och relatera till andra människor. Att inte få verbalisera

affektiva signaler hindrar utvecklingen av symboliserings- och mentaliseringsförmågan. Alexityma individers brister i det kognitiva processandet och regleringen av affekter är en tänkbar riskfaktor för såväl somatisk, psykosomatisk som psykiatrisk sjukdom (Taylor et al., 1988).

All inre förändring handlar om att uppleva affekter direkt och djupt. Om tillgången till s.k. kärn-affekter är hämmad behöver alla kliniska ansträngningar handla om att frigöra dessa blockeringar (Fosha, 2000).

Vid visceral (invärtes kroppslig) upplevelse finns länken till kroppen. Ett fysiskt korrelerat av det affektiva tillståndet kan upplevas i kroppen även om det inte förekommer en tydlig kärn-affekt. Upplevelsen av förnimmelser i kroppen är subjektiv och skiljer sig från individ till individ. Genom att koppla de kroppsliga förnimmelserna till affekter blir psyket visceralt tydligt (Damasio, 1994 enl. Fosha, 2000).

### **Top Down- /Bottom Up-perspektiv**

#### Top Down

Ett top-down-perspektiv på emotioner, betyder att den *kognitiva* värderingen av de kroppsliga tillstånden och av den yttre situationen spelar en avgörande roll för vilken emotion vi kommer att uppleva. Det vill säga de ord som vi sätter på våra kroppsliga sensationer och de sätt vi tolkar omgivningens signaler på, bestämmer våra känslomässiga reaktioner. Begrepp och ord lärs in i vår sociala miljö och präglar också våra emotionella upplevelser. Det här synsättet betonar skillnader i hur vi kognitivt värderar den känslomässiga situation som utlöser de fysiologiska reaktionerna (Lazarus, 1991; Mandler, 1984; Schachter & Singer, 1962; enl. Sonneby Borgström, 2012)

#### Bottom Up

I Bottom Up-synsättet på emotioner antas basala, *biologiskt* grundade mekanismer vara grundläggande för våra emotionella upplevelser (Buck, 1999; Ekman, 2003; Ekman,

Levenson; Friesen, 1983 & Tomkins, 1991; enl. Sonneby Borgström, 2012). Detta synsätt utgår ifrån evolutionsteorin dvs att biologiskt grundade emotioner, som utvecklas från primitiva beteenden i en viss situation förbereder organismen att handla på ett sätt som har överlevnadsvärde för organismen och arten. Dessa olika kroppsliga tillstånd skickar information som bearbetas i hjärnan och resulterar i olika subjektiva känslomässiga upplevelser. Varje emotion uttrycks i ett särskilt fysiologiskt tillstånd som avgör kvaliteten på den subjektiva upplevelsen. Information kan komma både från omgivningen och inifrån organismen. (Lang et al., 1998; enl. Sonneby Borgström, 2012).

Det krävs olika ingångsvinklar för psykoterapeuten, beroende på vilken patient man möter. Det gäller att möta patienten där patienten är. En patient, som på grund av smärta har oregerade känslor behöver börja i bottom-up för att sen också tillägna sig ett top-down-perspektiv. Psykoterapeuten vinner på att söka konsensus istället för konfrontation i fråga om smärtpatienter. (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

### **Embodied mirroring**

En form av bottom up-perspektiv är mirroring utvecklad av Fosha (2000). När patienten blir känslös, speglar psykoterapeuten hen. Detta görs genom att psykoterapeuten med sin röst, sina ögon och sitt ansikte återger och validerar patientens känsla. Därmed förstärks djupet och meningen i upplevelsen. Spegling främjar ett vetande att andra är med mig, jag är inte ensam.

Embodied mirroring, en metod, utvecklad av Blum (2015), är en icke-verbal, kroppsbaserad metod, som används när patienten inte har ord för att beskriva sin upplevelse. Tekniken går kort ut på att terapeuten på olika sätt speglar patientens kroppsspråk för att i sin egen kropp känna hur det är att vara i patientens kläder genom ett slags somatisk överföring (Blum, 2015) Tanken är här också en sorts upprepning av omvårdarens spegling av det lilla barnet. Det finns olika grader av spegling.

1. Parallell kroppslig spegling (Parallell embodied mirroring). Psykoterapeuten "härmar" kroppsligen patienten, när hen fastnar i ett låst, ordlöst läge. Psykoterapeuten frågar "vad brukar din kropp vilja göra när det här händer hemma?" Patienten svarar "lägga

sig på golvet", varvid psykoterapeuten uppmuntrar patienten att göra detsamma i terapirummet. Därefter ber psykoterapeuten om tillåtelse att få göra likadant.

2. Guidad kroppslig spegling (Guided embodied mirroring). Psykoterapeuten ber patienten att styra psykoterapeuten att kroppsligen inta samma känsloläge läge som hen. T ex krypa ihop. Sen justerar patienten psykoterapeuten tills hen är nöjd.
3. Självkroppsspeglning (Self embodied mirroring). Terapeuten uppmuntrar patienten att via den egna kroppen visa sin somatiska upplevelse. Patienten visar med handen hur hjärtat slår beroende på vilka tankar/känslor som dyker upp. Psykoterapeuten kommenterar vad som händer och inbjuder patienten till att notera skillnader. (Blum, 2015)

Metoden anses passa de flesta patienter men är särskilt användbar för patienter med trauma och anknytningsproblematik (Blum, 2015).

### **Tidigare forskning om rörelse och psykoterapi**

Människans rörelse är av naturen emotionell, avsiktlig och kommunikativ. Den ger form och känsla till våra tankar och handlingar och visas till andra för att få uppskattning (Trevarthen, & Fresquez, 2015).

I forskningsartiklar om rörelse och psykoterapi kopplas rörelsen, oftast dans, qigong, tai chi till spegelneuroner, affekter och intersubjektivitet. Rörelse i psykoterapi är viktigt för att stimulera speglingen vilket leder till reglering av affekter. Psykoterapiforskning kring spegelneuroner har enorm klinisk relevans för kreativa terapier och i synnerhet dans /rörelse (Berrol, 2006).

Affektreglering är en persons aktiva försök att hantera sitt känslomässiga tillstånd genom att förankra eller minska specifika affekter. Tidiga teorier om affekter hävdar att de har sitt ursprung från kroppsliga gensvar. Känslor genereras genom att överföra kroppens nuvarande tillstånd till hjärnan genom interoceptiv förmåga och kroppskänedom (Damasio & Carvalho, 2013). I psykoterapi där rörelse ingår speglar psykoterapeuten patientens rörelser eller motoriska kvaliteter för att få empati för dem och känna det patienten känner. På grund av spegelneuroner, är det möjligt att känna det som patienten känner även genom enbart

observation av patientens rörelse och hållning. Principen kan användas dubbelriktat: patienten som ser psykoterapeutens motoriska beteende påverkas omedvetet av psykoterapeutens kroppsliga uttryck (Shafir, 2016).

Genom att observera patientens rörelser och speciellt uppmärksamma affekter som aktiveras inom psykoterapeuten kan psykoterapeuten lättare känna det patienten känner.

Patienter kan känna sig obekväma med att se sig själva bli speglade, vilket kan vara en nackdel särskilt i individuella terapier. Kroppsrörelse i psykoterapi innebär att patienten under sessionen rör sig utefter sin bekvämlighetsnivå och psykoterapeuten följer och matchar rörelserna för att öka patientens förmåga att utforska känslomässiga svårigheter. Det är viktigt att psykoterapeuten följer upp övningen med patienten efteråt och diskuterar vad som hände, vilket leder till större utforskande av känslor för ökad medvetenhet (La Torre, 2008).

Forskning visar att de flesta patienter trots allt känner sig positiva till när psykoterapeuten imiterar dem. Spegling/imitation ökar förmågan till social bindning och interpersonell närhet, eftersom det triggar belöningsystemet i hjärnan och framkallar positiva affekter. Aktivering av spegelneuroner under observation av motoriska rörelser, påverkar både psykoterapeut och patient. Psykoterapeuter bör vara medvetna om denna ömsesidighet och ständigt observera och kontrollera sitt eget kroppsspråk, för att undvika rörelser och hållning som kan påverka psykoterapiprocessen negativt och istället inta ställningar och rörelser som påverkar i positiv riktning. Alla har en naturlig tendens att automatiskt och omedvetet efterlikna beteendet hos de människor vi interagerar med. Som exempel ges den deprimerade patienten som via sin kropp uttrycker hopplöshet m.m. Patienten kan känna empati från psykoterapeuten som automatiskt speglar samma ställning, men det kan också ge patienten en känsla av att psykoterapeuten inte kan hjälpa utan ”smittas” av samma känsla av hopplöshet som patienten (Shafir, 2016).

Vid imitation aktiveras områden i hjärnan som associeras med känslor och belöning dvs i medial orbitofrontala cortex/ventromediala prefrontala cortex (Kühn et al., 2010 & Lieberman, 2013) . Dessa områden visar på högre effektivitet när det gäller kontakt med striatum och mitten av bakre insula, än om man inte blir imiterad. Dessa fenomen uppstår när psykoterapeuten följer och rör sig något framför eller vid sidan om och speglar patientens



rörelse (Kühn et al., 2010). Sådant beteende hos psykoterapeuten gör att patienten ofta känner sig trygg, stöttad och empatiskt bemött. Beteendet stärker kontakten mellan patient och psykoterapeut och skapar en stark allians (Shafir, 2016).

Rörelse kan enkelt anpassas till ett psykoterapeutiskt verktyg för i princip vem som helst som är villig att stå upp och röra sig (Block & Kissel, 2001). Användningen av rörelse återkopplar dåtid, nutid, kropp och själ i en helande helhet. Psykoterapeutens egen bekvämlighetsnivå när det gäller användandet av rörelse/dans i psykoterapi är nyckeln till framgång med denna modalitet (La Torre, 2008).

Kroppsfokuserad psykoterapi visar på flera terapeutiska effekter. Genom att lyssna till kroppen stärks den receptiva känslomässiga förmågan och aktiviteten i höger hemisfär ökar. När patienten rör sig och samtidigt uppmärksammar rörelserna genomgår hen en kvalitativ förändring genom att kunna utföra, uppfatta och kontrollera processen samtidigt. På detta sätt förbättras kontakten mellan de två hemisfärerna (Vermees & Incze, 2012).

## **Beskrivning av smärta**

Smärta har varit en fruktad följeslagare i människors liv genom historien. Beskrivning av ryggsmärta finns på papyrusrullar från 1500 fvt. I de hippokratiska skrifterna från ca 400-talet fvt diskuteras smärta förhållandevis ingående och olika droger användes för smärtlindring (Todd, 1978). Platon (år 427-347fvt) och Aristoteles (år 384 - 322 fvt) menade att smärta var affekter eller passioner sprungna ur hjärtat (Währborg, 2001). Den persiska läkaren Avicenna (år 980 - 1063) beskriver i det medicinska verket Canon medicane 15 olika beteendepåverkaner och kognitivt beteendepåverkaner åtgärder för att lindra smärta (McGrath & Dade, 2004).

I Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) från 2006 definieras smärta utifrån den internationella organisationen för klink och forskning om smärta, International Association for the Study of Pain (IASP). Den välkända och spridda definitionen lyder: *"Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada"* (s. 48). Smärtorna är med andra ord förknippade med emotionella och psykologiska reaktioner och är en upplevelse som inte kan

mätas objektivt (SBU, 2006). Ifrågasättande av existensen, intensiteten och utbredningen av smärta är ett uttryck för dåliga kunskaper om smärta och upplevs kränkande av patienterna. Det kan i hög grad försvåra kontakten med patienten. Ett gott bemötande kan vara avgörande för framgångsrik behandling (SBU, 2006).

Smärta är den vanligaste orsaken till besök i primärvården (Hasselström, Liu-Palmgren & Rasjö-Wrååk, 2002). Långvarig smärta utgör tillsammans med psykisk ohälsa, de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning och ofta finns samsjuklighet mellan diagnoserna (SBU, 2006). Långvarig smärta är ett påtagligt folkhälsoproblem i Sverige och globalt. Sammantaget medför smärta stort lidande för individen och höga kostnader för samhället. Detta framgår i Rapporten Nationellt uppdrag Smärta (2016) som är en kartläggning över smärtvården i Sverige. Rapporten har tagits fram av en expertgrupp på uppdrag av NSK (Nationellt Uppdrag Smärta) och består av Rivano-Fischer et al., (2016).

I rapporten framgår vidare att långvarig smärta (smärta som kvarstår längre än tre-sex månader) är inte ett, utan flera, tillstånd. Benämningen långvarig smärta är en generell benämning på ett flertal olika tillstånd och ofta finns samsjuklighet mellan diagnoserna i form av psykisk ohälsa. Med ökande svårighetsgrader av smärttillståndet ökar risken för depression. Smärta leder oftare till depression än det omvända förhållandet (Fishbain, Curtler, Rosomoff H.L. & Rosomoff R.S., 1997). I Sverige är cirka 50 % av befolkningen drabbad i någon grad. Cirka 12,5% av befolkning upplever en påtaglig sänkning av livskvalitet och ett behov av sjukvårdens insatser, och ungefär 7 % är vårdsökande. Eftersom smärtans orsak ofta är okänd måste den uppfattas som ett sjukdomstillstånd i sig, inte endast som ett symptom på bakomliggande sjukdom. Forskning visar att behandling av långvarig smärta med fördel behandlas med multiprofessionella insatser av sjukgymnast/ fysioterapeut och psykolog/psykoterapeut som komplement till läkare och sjuksköterska. Under perioden 2008 - 2015 stimulerade staten förbättringsåtgärder inom området, via den så kallade Rehabiliteringsgarantin. De tillskjutna medlen gick bland annat till att bilda multiprofessionella smärtteam i primärvården (Rapport Nationellt Uppdrag Smärta, 2016). Förekomsten av långvarig smärta är signifikant högre hos kvinnor än hos män. Mer lokaliserade långvariga smärttillstånd är vanligare hos kvinnor (Bergman et. al., 2001). Orsaken till en högre förekomst av smärta hos kvinnor är med all sannolikhet multifaktoriella där ett antal faktorer, till exempel neurobiologiska och sociala faktorer spelar en roll.

Viktiga psykologiska aspekter är kognitiva (tankar, föreställningar, bedömningar och förväntningar) och affektiva faktorer. Emotionella och kognitiva faktorer är aktiva vid utvecklandet av långvarig smärta t.ex. i form av rädsla, ångest, syn på egen förmåga att handskas med situationen och upplevd kontroll (SBU, 2006). Uppmärksamheten modulerar upplevelsen av smärta. Kognitivt distraherande aktiviteter kan minska aktiviteten på flera delar i hjärnan som processar smärtupplevelse (Rapport Nationellt Uppdrag Smärta, 2016). Smärtan ökar retbarheten i centrala nervsystemet vilket kan leda till att patienter med långvarig smärta övertolkar eller har en förhöjd observans på olika fysiska symtom. Det behöver alltså inte bero på psykologiska faktorer. Rädsla (hot) är en naturlig konsekvens av smärta och kan leda till undvikande av händelser/situationer som är smärtprovocerande som är ett ändamålsenligt beteende vid akut smärta och bidrar till att skydda det skadade området (SBU, 2006).

Det finns ofta en orealistisk förhoppning eller förväntan på vad behandling och rehabilitering vid långvarig smärta ska kunna åstadkomma. Den långvariga smärtan och dess konsekvenser försvinner oftast inte av behandling som vid ett akut tillstånd (Turk & Okifuji, 2002).

Studier visar att patienter med kronisk smärta löper ökad risk för att drabbas av sexuell dysfunktion vilket orsakas av både fysiologiska och psykologiska faktorer. En psykologisk faktor är hur smärtan kan förändra patientens självbild och självkänsla (Fleming & Paice, 2001).

Acceptans och commitment therapy (ACT) har dykt upp som en effektiv behandling för kronisk smärta och har nyligen blivit uppmärksammas av American Physiology Association att ha en stark forskningseffekt (Baranoff, Hanrahan, Burke & Connor, 2015).

ACT centrala terapeutiska inriktning är på psykologisk flexibilitet. Den psykologiska flexibilitetsmodellen omfattar att agera i enlighet med personliga mål och värderingar i närvaro av potentiellt störande tankar och känslor, utan att i onödan begränsas av dessa tankar och känslor och med en större uppskattning av vad deras nuvarande situation eller kontext tillåter (Åkerblom, Perrin, Rivano Fischer & McCracken, 2016).

## Tidigare forskning om smärta och psykoterapi

Långvariga smärtor är vanliga tillstånd, som leder till stort lidande för de drabbade och påtagliga samhällsliga kostnader och konsekvenser. De har under flera decennier tillbaka varit föremål för forskning (SBU, 2006). En stor del av sjukskrivningarna i Sverige rör olika former av smärttillstånd enligt RFV, 2002:2 som beräknar att denna grupp utgör 32 procent av sjukskrivningarna och 37 procent av de utbetalade sjukpenningsmedlen (SBU, 2006).

Cole (1998) hänvisar till Melzack & Wall (1965) som presenterade sin s.k. grind-teori om smärta som ledde till att smärtforskningen tog fart. Den s.k. grind-teorin identifierade processer inom personen som modulerade smärtupplevelser.

Cole (1998) hänvisar vidare till Fordyce, Fowler & DeLature (1968) samt Fordyce, Fowler, Lehman & DeLateur, (1968) som utgår ifrån utvecklingen av beteendebaserade behandlingsprogram för kronisk smärta som påbörjades under 60-talet. Försäkringsgivare i USA ville inte involveras i psykoterapeutiska behandlingar där smärtpatienternas barndomstrauman bearbetades. De ville att vården enbart fokuserade på skadorna/svårigheterna som uppstått p.g.a. själva (olycks-) händelsen som orsakat smärtan istället för att behandla problemen som patienten fastnat i. Det handlade om att få patienten tillbaka i arbete så fort som möjligt. När målet för behandlingen enbart är att få patienten tillräckligt smärtfri för att kunna återgå till arbetet, är det verkningslöst om patientens underliggande orsak till att inte komma vidare med sitt liv beror på rädsla för att misslyckas eller andra livsproblem som håller dem tillbaka (Cole, 1998).

Psykologisk behandling ansågs inte vara en kostnadseffektiv behandling för patienter med kronisk smärta. Attityden på den tiden berodde på att psykoterapi visats vara en process där obearbetade problem återuppstår hos patienten. Dessa problem ansågs inte ha att göra med den nuvarande fysiska oförmågan (Cole, 1998).

Det fanns ett behov av nya psykoterapimetoder mot smärta. Turner (1982) konstaterade att kombinationen av beteendearterad terapi och kognitiv terapi, som lär patienterna specifika kognitiva sätt att förutse uppkomsten av smärta och avleda uppmärksamheten mot icke smärtsamma tankar, har visat sig användbart vid behandling av kronisk smärta. Under 90-talet fastslår American Psychological Association evidens för kognitiv beteendeterapi som en effektiv behandling för kronisk smärta (Cole, 1998).

Griffith (2008) beskriver hur hjärnan är anpassad för att uppmärksamma smärta. En individs uppmärksamhet kan vara låst till smärtan vilket orsakar dem lidande. Patienter med kronisk smärta har ofta förlorat mycket som t.ex. arbete, intressen, känslan av sig själv, vänner, partner, älskande. Det är svårt för dessa patienter att acceptera att saker och ting inte kommer att bli som det var innan smärtan. Deras premorbida funktion kan idealiseras vilket skapar ännu större gap mellan vad som var och vad som ska komma. Det är viktigt att i psykoterapi arbeta med dessa patienter på ett sätt som gör att de kan återfå en känsla av självrespekt och uttrycka sin erkänsla för vad de fortfarande har att erbjuda. Acceptans ses som en viktig komponent i psykoterapi samt förståelsen för mekanismer i hjärnan som gör att smärtpatienter har svårigheter med uppmärksamhet (Griffith, 2008). MBSR (mindfulness based stress reduction) utvecklades under 1980-talet av Kabat-Zinn och är ett åtta-veckorsprogram som genomförs i grupp. Kort kan MBSR beskrivas som en metod där uppmärksamhet övas upp på ett visst sätt; i medveten närvaro i nuet i ett icke-dömande förhållningssätt (Kabat-Zinn, 1994). Metoden är inriktad för att minska stress och öka hantering av smärta och har kommit att influera smärtbehandlingen i västvärlden.

En nyligen genomförd studie på MBSR och smärtlindring hos missbrukare visar att interventionerna minskade stress och upplevd smärta (Hosseini, 2017).

Författarna citerar Eccleston och Crombez (1999) där man framhåller vikten av acceptans i smärtbehandling ”Innovation av behandling och hantering av smärta möjliggörs genom utveckling av en tydlig klinisk modell för acceptans och lösningsfokus”.

Hos patienter med kronisk smärta har man funnit att ”icke-acceptans” korrelerar med lägre livskvalitet och i högre grad associeras med psykiatriska symtom (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

Henriksson, Wasara och Rönnlund (2016) skriver i sin artikel att kronisk smärta har visat sig svårt att behandla. Man hänvisar till en studie, genomförd av Williams, Eccleston och Morely (2012) som bl.a. visade att KBT hade en liten fördelaktig effekt för smärta och fysisk oförmåga samt moderat effekt på stämningsläge i jämförelse med jämförelsegruppen (TAU). De senaste åren har man sett ett ökat intresse för ett alternativt och mindre resursintensiva behandlingsinsatser för smärta, bl.a. webb-baserade MBI – ett åtta veckors program med mindfulness-baserade-interventioner som visat god effekt bl.a. när det gäller acceptans och tolerans av smärta (Henriksson, Wasara & Rönnlund, 2016). Insatser via Multimodal

Smärtbehandling som erbjudits i Sverige för patienter där även KBT och mindfulness ingått har varit resursintensivt (Henriksson, Wasara & Rönnlund, 2016).

Fysisk smärta är en perceptuell och existentiell upplevelse som äger rum i en relationell kontext och behandlingen, särskilt för ungdomar, bör vara integrativ, ha en relationell-psykodynamisk och existentiell approach med KBT strategier som mindfulness och kognitiv omstrukturering (Coren, 2016).

Från USA kommer, som övriga terapier för smärta, ACT- acceptance commitment therapy som utvecklas inom den s.k. tredje vågen av KBT. Definitionen av KBT för kronisk smärta inkluderar ett brett spektrum av terapeutiska verktyg. Denna brist på specificitet skapar osäkerhet om processer vid KBT behandling. Studier som identifierar effektiva komponenter efterfrågas. ACT och KBT delar viktiga funktioner men ACT utgår från funktionell kontextualism och relationell ramteori (relationel frame theory) och har därmed tydliga filosofiska och teoretiska antaganden (Thorsell, Cederberg, Cernvall, Dahl, von Essen & Ljungman, 2015).

Forskning inom psykoterapi och smärta sker kontinuerligt. Den mesta forskningen är gjord på KBT (Rapport Nationellt Uppdrag Smärta, 2016). Även andra psykoterapi-inriktningar har visat ge effekt. I en randomiserad studie där ISTDP (Intensive Short Dynamic Psychotherapy) jämfördes med KBT för patienter med medicinskt oförklarlig smärta visade ISTDP lika god effekt som KBT (Chavooshi, Saberi, Abbas Tavallaie & Sahraei, 2017).

### **Arbete med smärtpatienter**

Smärtpatienten har en brist i eller har gått tillbaka i sin förmåga att handskas med sina affekter i den psykiska inre världen och ge dem adekvata uttryck. Vid stress eller andra emotionella svårigheter laddas affekten huvudsakligen genom kroppen, precis som i början av livet, då vi endast hade kroppsreaktioner att uttrycka oss med (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

Utan en trygg relation blir det svårt för patienten att närma sig smärtsamma affekttillstånd och affektfokuserade interventioner visar då inte samma samband med gott terapiutfall (Bergsten et al., 2015).

Det gäller psykoterapier i allmänhet, men kanske psykoterapier med smärtpatienter i synnerhet, eftersom dessa patienter ofta har en historia med avvisanden och en otrygg anknytning (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

Målsättningen i det psykoterapeutiska arbetet ska vara att hjälpa patienten att utvecklas beträffande psykisk differentiering dvs 1). Växa i sin förmåga att visa behov och affekter med psykiska uttryck och inte till största delen via organ eller funktioner i kroppen. 2). Utvecklas från beroende mot att stå på egna ben. 3). Kunna skilja på sensationer i kroppen och psykiska upplevelser (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

En vanlig beskrivning av en smärtpatient är en person som har svårigheter att säga nej till andra och har en känsla av att ingen någonsin lyssnat eller uppmärksammat hen. De har lärt sig att reglera ner ångest som en strategi att minska stress. Detta kan leda till att de GÖR saker för att lugna sig, utvecklar perfektionism för att duga, vilket lindrar på kort sikt men i det långa loppet bara ökar på stressen ytterligare med utmattning och förvärrade smärtor till följd. (Van Houdenhove & Luyten, 2008) Dessa individer har ofta svårigheter att känna och beskriva egna känslor och kroppsliga symtom. De behöver uppmuntras att intressera sig för mental status, skilja mellan känslor och tankar och uppmärksamma relationen mellan känslor och kroppsliga symtom. Efter en tid börjar ofta smärtpatienter att ta med sig drömmar i terapin eftersom man övar på att uppmärksamma den inre mentala världen. Patienten tror ibland inte att det är värdefullt att rikta sin uppmärksamhet inåt. (Van Houdenhove & Luyten, 2008)

Generellt upplever dessa patienter en brist i förståelsen av sin problematik. Historiskt kan berättas att denna patientgrupp sällan fått någon sjukdomsteori som hjälpt dem och som är viktig för att känna igen komplexiteten i sin sjukdom. Då kan det vara hjälpsamt att fokusera på patientens egen sjukdomsteori. Det är bättre att söka konsensus istället för konflikt eftersom många patienter hoppar av behandlingen p.g.a. personalens brist på mentaliseringsförmåga dvs behandlaren påtvingar patienterna sina egna (bio)psykologiska teorier (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

Tre viktiga faser i behandlingen:

1. Formulera ett behandlingsfokus på tex perfektionism, självutplånande, interpersonella relationer. Traumatiska händelser bearbetas. Patienter som har svårt att acceptera en psykologisk förklaring kan behöva stegvis närma sig en psykodynamisk behandlings

förklaring.

2. Arbeta igenom och förankra. Meningen är att främja och underlätta för patienten att förändra sina livsmål. Hjälpa dem att finna ord för att uttrycka sina känslor. De ska arbeta igenom traumatiska svårigheter.
3. Befästa. Främja autonomi och flexibilitet efter avslutad behandling.

Det tar generellt lång tid för dessa patienter att återhämta sig.

I motsats till patienter som är mer öppna för psykologiska faktorer kan de istället ha egna teorier som tex att en viss föda är farligt att äta.

Det gäller att ha en pragmatisk och integrativ framtoning i behandlingen som baseras på kunskap om smärtpatienters problematik. Varje intervention ska vägas mot ett relativt enkelt kriterium: "hur bidrar interventionen till att minska stresssystemet och öka flexibiliteten?"

Interventionerna ska vara skraddarsyddas för varje patient (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

Dessa skraddarsyddas interventioner ska bidra till att patienten hittar tillbaka till mentaliseringsförmågan, aktiverar ner stress-reaktioner och formulerar om sitt livs narrativ.

Stress framkallar smärta. Eftersom patienter är olika, krävs olika sorters terapi. Ingen terapi ensam har gett tillfredsställande resultat (Van Houdenhove & Luyten, 2008). Patienter blir hjälpta av att uttrycka, känna till och acceptera känslor och känslomässig stress. KBT som har inkluderat en aktivitet har visat sig verksammare än traditionellt omhändertagande samt KBT utan aktivitet. En persons anknytningsmönster spelar roll i stressregulering. Trygg anknytning ger bättre stresshantering vilket leder till mindre smärta. Otrygg anknytning ger antingen en självförsörjande stresshantering eller en klängig och krävande stresshantering vilket leder till mer smärta (Van Houdenhove & Luyten, 2008). Mentaliseringen är ofta dålig. Vad som är hönan och vad som är ägget kan vara svårt att avgöra. Leder dålig mentalisering till kroppsliga symtom eller leder kronisk smärta till försämrad mentalisering? Oavsett så hjälper bättre mentalisering mot smärta om man kan uttrycka inre mentala tillstånd.

Behandling som har fokus på övningar som förutsätter att patienten har en reflektiv förmåga kommer att bidra till att öka stress hos patienten eftersom de känner sig hjälplösa, värdelösa, misslyckade. Många patienter har ett konkret tänkande tex att psykisk smärta är det samma som fysisk smärta. Oro och oroliga känslor känns som en smärtfyllt tyngt på skuldrorna. Kritik upplevs som en attack mot den kroppsliga integriteten och känns som fysisk smärta och



ett hot mot det kroppsliga självet. Konkret tänkande är lika med förnekande mot psykisk smärta (förnekande gör ont) (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

Smärtpatienter kan styras av ett teleologiskt tänkande och letar efter ett objektivet bevis för sin sjukdom. Som ett resultat av detta hamnar terapeuter lätt i en ändlös diskussion om smärtan beror på biologiska eller psykologiska orsaker. (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

## **Syfte**

Syftet med den aktuella studien är att undersöka om psykoterapeuter, som reser sig upp ur psykoterapistolen och går tillsammans med patienten, underlättar för patienten att utveckla förmågan att stå på egna ben, visa behov och affekter med psykiska uttryck (i stället för genom funktioner i kroppen) och kunna skilja på kroppssensationer och psykiska upplevelser.

## **Metod**

### **Urvalskriterier och deltagare**

I studien ingick 18 patienter med kronisk, lokal smärta. Studien omfattade inledningsvis 20 patienter varav två avbröt innan studien påbörjades, p.g.a. sjukdom. Att fler kvinnor än män led av smärtproblematik speglade även denna studie där sexton var kvinnor och två var män. De två som avbröt var män. Medelåldern var 41 år (den yngsta var 28 år och den äldsta var 50 år). I medeltal hade patienterna levt med kronisk smärta under åtta år. Av de arton patienter som påbörjade studien fullföljde alla.

Före psykoterapistart inhämtade läkare och fysioterapeut uppgifter om patienternas sociala förhållanden och fysiska hälsa för att utesluta pågående alkohol- och drogmissbruk. Det fanns diagnoser sedan tidigare hos åtta av patienterna, som utmattningssyndrom, -depression.

## Frågor som ställs under gåendet

Under gåendet stannade psykoterapeut och patient upp både fysiskt och mentalt i känslan och psykoterapeuten ställde frågor som t.ex.:

- Hur känns det i kroppen? Spänd? Gör det ont någonstans?
- Hur känns det inuti dig just nu? Kan du beskriva känslan?
- Går det att koppla känslan inuti till den fysiska förnimmelsen?

## Sessionernas innehåll

Fem psykoterapiterapisessioner en gång/vecka, à 60 minuter, där ca 20 minuter av psykoterapisamtalet utfördes gående, för att undersöka om patienterna upplevde att de lättare kom i kontakt med affekter jämfört när samtalet inte utfördes gående. Psykoterapeuten gick tillsammans med patienten och följde hans rörelser samt gjorde medvetna interventioner för att hjälpa hen att öka kognitionen kring affekterna.

### Session 1

Psykoterapisessionen startade och patienten gavs psykoedukativ information ca 10 minuter samt fyllde i TAS-20. Därefter reste sig psykoterapeut och patient sig ur stolarna.

Psykoterapeuten följde patienten i rummet under 20 minuter varvid fokus låg på frågeställningarna ovan. Därefter undersöktes sittande vad som hände under gåendet för att öka patientens mentalisering/kognition kring kroppssensationer och känslor.

### Session 2 – 4

Ingen incheckning med TAS-20. De inledande 10 minuterna ägnades åt vad som dykt upp under veckan. I övrigt som ovan. Frågar om patienten gått på egen hand.

### Session 5

Session som ovan och avslut. Därefter fyllde patienten i TAS-20 och checkade ut från studien.

## Material

### TAS-20

TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) har använts, vilket är ett självskattningsformulär som mäter relationen mellan nivåer av emotionell medvetenhet och känslighet för somatiska sjukdomar (Taylor et al., 1988). Formuläret är utvecklat av Taylor, Bagby och Parker. Det används för patienter som lider av PTSD, klassiska psykosomatiska syndrom eller andra kroniska sjukdomar, som uppvisar svårigheter att verbalt och symboliskt uttrycka emotioner (alexitymi). Alexitymi är multidimensionellt konstruerad och definieras enl. följande kognitiva-affektiva kännetecken (Taylor et al., 1988):

- a) Svårigheter att identifiera och beskriva känslor
- b) Svårigheter i att skilja på känslor och kroppsliga sensationer
- c) En brist på fantasier
- d) Uppmärksamhet på externa händelser

Även om de flesta forskare ser alexitymi som en riskfaktor för smärta, kan motsatsen förekomma dvs patientens erfarenhet av stressorer, inklusive smärta, kan minska förmågan att identifiera och differentiera känslor (Lumley et al., 2011).

TAS-20 består av 20 olika påståenden vilka ska skattas på en Likertskala från 1 till 5. Fem av frågorna är negativt inskrivna och räknas samman omvänt. Totalsumman i TAS-20 sträcker sig från 20 till 100. TAS-20 använder cutoff-poäng: lika med eller mindre än 51 = icke-alexitymi, lika med eller större än 61 = alexitymi. En person vars totala poäng överstiger gränsvärdet 61 poäng uppfyller kriterierna för alexitymi medan en person med poängsumman 51 inte gör det. Däremellan finns ett gränsområde där resultat från 52 till 60 = möjlig alexitymi (Taylor et al., 1988).

TAS har Cronbachs alpha på 0,81.

## **Terapeutisk hållning**

Psykoterapeuten ska ha en icke-dömande, nyfiken och stödjande hållning, som uppmuntrar till autonomi genom att följa patienten under övningen snarare än att leda.

Psykoterapeuten bör göra interventioner, som rör kopplingen affekt – kroppssensation och är psykoedukativ i detta s.k. embodied mirroring.

För att främja att patienten uttrycker affekter med egna ord antas ett bottom-up-perspektiv.

Det sätt att härma eller spegla för att få patienterna att visa med kroppen, som (Blum, 2015) beskriver i embodied mirroring, har inte använts. Däremot har synsättet brukats för att iaktta patienternas kroppsspråk. Uppmärksamhet på egna kroppsliga sensationer har varit viktiga och insikt om den omedvetna spegling som sker dvs att omedvetet efterlikna patientens kroppshållning.

## **Plats för sessionerna**

Gåendet görs inomhus i ett stort, ljus rum utan möbler. Tanken är inte att det måste vara vackert runtomkring. Det är själva rörelsen med fokus på kroppens inre signaler och affekter som har undersökts.

## **Naturalistisk studie med före och eftermätning**

Naturalistisk studie går ut på att observera deltagarna i deras naturliga interaktion med omgivningen, till skillnad från att exempelvis fråga efter det i enkäter. Man skiljer mellan tids-sampling, händelse-sampling och situations-sampling.

Tids-sampling kan genomföras på olika sätt. Ett sätt är att systematiskt genomföra observationer under vissa tidsintervall (t.ex. på förmiddagen mellan kl. 11.00-11:30 och

eftermiddagen kl. 13:00-13:30). Ett annat sätt är att slumpmässigt välja ut olika tidsintervall då observationer ska ske.

Händelse-sampling innebär att välja ut en viss typ av händelser, och göra observationer i samband med just dessa händelser.

Situations-sampling innebär att observera beteenden i så många olika situationer, och under så många olika förhållanden som möjligt. Vilken typ av sampling som är lämpligast beror på vad man vill observera, och vilka forskningsfrågor man har (Allwood & Erikson 2017).

Studien är en händelse-sampling med före och eftermätning.

Ambition har varit att undersöka om terapeuten, genom att resa sig upp och gå tillsammans med patienten, lättare kan hjälpa hen att utveckla sin förmåga att stå på egna ben.

Målsättningen är att ge patienten förutsättningar att växa i sin förmåga att visa behov och affekter med psykiska uttryck och inte främst genom organ eller funktioner i kroppen och kunna skilja på sensationer i kroppen och psykiska upplevelser.

För detta ändamål har formell datainsamling använts vid före och eftermätning (TAS-20) samt informell datainsamling (egna observationer under terapin).

Rekryteringen av patienter till studien har skett på vårdenheten efterhand som kontakt har förmedlats som passar enl. kriterierna. Kollegor har getts information om studien och hjälpt till att rekrytera patienter. Intresserade patienter har getts information om studien muntligt och därefter har en planering för genomförandet lagts upp tillsammans. De patienter som tackat nej har angett att de inte velat avsätta den tid det inneburit att delta i studien, d.v.s. fem tillfällen en g/vecka.

## Resultat

### Analys

Tabell 1.

*Medelvärde och standardavvikelse för TAS-20, mätning före och efter interventionen.*

Variabel	Mätning före interv (n=18)		Mätning efter interv (n=18)		t	p
	M	SD	M	SD		
TAS-20	51,1	11,8	37,4	7,8	4,109	0,000

Resultatet visar att det finns ett signifikant samband mellan variablerna "före interventionen" och efter interventionen". Skillnaden mellan behandlinstillfällenas genomsnittliga ökning är statistiskt säkerställd (Wahlgren, 2008).

Parvis observation – mätvärden. Wilcoxon Signed Ranks Test användes. Resultatets reliabilitet uppvisar 0,737 mätt i Cronbachs alpha.

För interventionen har frågeformuläret TAS-20 använts vilket är ett beprövat instrument för att mäta svårigheter att identifiera och beskriva känslor samt att skilja på känslor och kroppsliga sensationer. Eftersom studien vände sig till smärtpatienter rekvirerades patienterna från en smärtmottagning.

Av de arton patienter, som undersöktes översteg fem stycken gränsvärdet för alexitymi, sex stycken uppnådde gränsvärdet för möjlig alexitymi och sex stycken hamnade under gränsvärdet för alexitymi *före* interventionen.

*Efter* interventionen var det sju patienter, som inte uppfyllde gränsvärdet för alexitymi. Den artonde patienten gick från att överstiga gränsvärdet till att hamna i kategorin "möjlig alexitymi".

I medeltal ökade alla, utom en, sin affektiva medvetenhet. Denna patient låg trots allt under gränsvärdet för alexitymi både före och efter interventionen. Resultatet pekar mot att ju lägre affektmedvetenhet desto större effekt av interventionen enl. resultatet från TAS-20.

### **Kvalitativ beskrivning**

Genom att se patienterna gå var det möjligt att känna hur det måste vara att röra sig på detta sätt. Uppmärksamheten på de egna kroppsliga sensationerna var en viktig insikt om psykoterapeutens omedvetna efterliknande av patientens kroppshållning. Att på detta sätt vara delaktig i en annans psykiska liv skapade en känsla av närhet och allians.

En upptäckt från samtliga övningar med patienterna var att i det ögonblicket de kunde förnimma eller känna något i kroppen skedde en automatisk vändning till psykoterapeuten, ansikte mot ansikte. Psykoterapeuten speglade affekten och förnimmelsen. Psykoterapeuten tolkade inte upptäckten utan utforskade den tillsammans med patienten. Patienten fick med psykoterapeutens hjälp att sätta namn på affekter och förnimmelser.

Hypotesen är att ”Gå MED” kommer att aktivera behovet av att någon svarar an på ropet ”KOM”, på samma sätt som vårdnadshavarens intoning på barnet och vetskapen när det är rätt tillfälle att gå med. Teoretisering sker kring begreppet implicit kunskap, som innebär sensomotorisk intelligens, verbal och symbolisk kunskap samt affekter, förväntningar, förändringar i aktivering m.m.

### **Generella iakttagelser och upptäckter från patientarbetet**

Iakttagelser har gjorts utifrån variabler av självomhändertagande: energi, specifika affekter, socialt och sömn.

Fjorton patienter upplevde ökad energi efter varje övning. Ett uttryck som förekom var att det kändes som att ha ”duschat insidan” vilket beskrevs som en behaglig upplevdes och känsla av lättnad i kroppen. Interventionen underlättade generellt kontakten med andningen.

Samtliga patienter fick kontakt med specifika affekter, både negativa och positiva. Negativa affekter, som t.ex. ilska, rädsla och ledsenhet och positiva affekter som t.ex. glädje och

nyfikenhet aktiverades. Något som förvånade patienterna var att de tolerera negativa affekter relativt snabbt, efter några sekunder.

Fem patienter hade svårigheter med att känna hunger och mättnad och kunde efter interventionen börja tolka fysiska förnimmelser och behov av näring.

Tretton patienter började sova bättre. De vaknade fortfarande av smärta men sömnkvaliteten förbättrades, vilket gav ökad energi.

Sexton patienter började drömma igen, vilket de inte kunnat minnas att det gjort på fler år.

Sex patienter uppgav att de använde sin ökade interoceptiva förmåga hemma, när de t.ex. kände smärta och rädsla. I stället för att gå och sätta/lägga sig, som de brukat göra, tog de några steg inomhus och riktade uppmärksamheten inåt för att få kontakt med affekter som behövde mentaliseras och rädslan släppte. Den ökade känsla av autonomi aktiverade affekter som glädje och nyfikenhet.

Två patienter fick kontakt med raseri under övningen vilket först visade sig som kraftiga spänningar i armar, händer, nacke och axlar med en häftigare andning. En av dem slog med armarna i luften och skrek.

Patienternas kroppshållning (hur de intar rummet, hur de sätter ner fötterna, hur kroppen rör sig framåt - tveksamt, hopsjunket) var intressant information för psykoterapeuten. Detta är kunskap som kan förmedlas verbalt, men under den gemensamma rörelsen runt i rummet, blev det tydligt att patienterna generellt är besvärade av sin kropp. De litade inte på kroppen p.g.a. smärtan och obehagliga förnimmelser. En av patienterna hade benstöd p.g.a. av instabilitet efter en olycka och var inledningsvis osäker inför rörelsen. Patienten litade inte på att benen höll och var rädd. Patienten gavs stödjande interventioner om att golvet var stabilt och tog emot patienten vilket ökade insikten om rädslan och ilskan gentemot den egna kroppen som inte gick att lita på. Samtliga patienter uttryckte att det var en positiv upplevelse att psykoterapeuten följde dem i rummet vilket gav en känsla av närvaro, trygghet och en vilja att komma nära (nyfikenhet). ”Du går med mig, då vågar jag också gå med mig”, liknar en trygg situation när barnet lär sig gå tillsammans med en närvarande, trygg och uppmuntrande förälder.

En annan patient gick på fötternas yttre kanter (omedvetet) och genom att ställa frågan om hur det känns att sätta ner fötterna på golvet blev patienten medveten om att hen aldrig går på hela foten. Den utforskade affekten i detta visade sig vara rädsla och skam. Patienten höll tillbaka rätten att ta sig fram på hela foten, utan gick istället försiktigt och ostabilt fram i livet. En



kvinnor, började plötsligt sätta fötterna, som om hon gick på lina. När detta påpekades fick hon insikt om att hon gör så vid symtom på yrsel. På frågan om något speciellt utlöst yrseln, svarade hon med en fysiologisk teori. Så kan det naturligtvis vara. Patienten hade däremot svårt att koppla till en specifik affekt. En tolkning är att när patienten kom i kontakt med rädsla, sorg och ilska över sin situation, blev detta så svårt att hantera att det visade sig i ett dissociativt fysiskt symptom.

En intressant upptäckt är att flertalet, femton stycken av patienterna förstod psykoedukationen, först när de började röra sig. När patienten satt ner och lyssnade på informationen som gavs, upplevde de att de förstod vad studien gick ut på. Men först när de började röra sig i rummet kom insikten om vad studien handlade om på djupet, vilket var en positiv upplevelse och delaktigheten ökade markant.

Fjorton patienter förändrade sin sociala situation, i positiv riktning, under studiens gång. Känslor av ensamhet och behov av närhet aktiverades. Åtta patienter återupptog på eget initiativ relationer med vänner och familj. Tre av patienterna som levt ensamma under en längre tid fick kontakt med behov av intimitet och sexualitet.

Upplevelsen av smärtan har förändrats under övningen. Samtliga patienter upplever att de "glömde" bort smärtan när man riktade sin uppmärksamhet inåt, d.v.s. ökade den interoceptiva uppmärksamheten,

## Diskussion

### Diskussion

Denna studie har som syfte att undersöka om psykoterapeuter, som reser sig upp ur psykoterapistolen, och går tillsammans med patienten, underlättar för patienten att utveckla förmågan att stå på egna ben, visa behov och affekter med psykiska uttryck (i stället för genom funktioner i kroppen) och kunna skilja på kroppssensationer och psykiska upplevelser.

I likhet med tidigare forskning om psykoterapi och rörelse (Berrol 2006; La Torre 2008; Vermes, Incze 2012; Blum 2015; Trevarthen; Fresquez 2015 & Shafir 2016) stödjer denna studie att viktiga komponenter är att spegla, följa och bekräfta patienten. Psykoterapeutens förhållningssätt att inta en icke-dömande, stödjande och nyfiken hållning gentemot patienten har i denna studie visat sig vara framgångsrik vilket stämmer överens med tidigare forskning. (La Torre 2008, Blum 2015 & Shafir 2016).

Resultatet från TAS-20 visar att interventionen med rörelse, interoceptiv uppmärksamhet och affektintoning öka patienterna förmåga att identifiera och beskriva känslor, samt skilja på känslor och kroppsliga sensationer vilket är i enlighet med tidigare forskning (La Torre 2008, Vermes, Incze 2012 & Sharif 2016). Vad i interventionen, som var mest verksamt är osäkert. Om det var rörelsen i sig, frågorna före, under och efter sessionen eller terapeuternas förhållningssätt kan studien inte ge entydigt svar på. Det är tveksamt om resultatet hade kunnat uppnås utan att terapeuten följde patienten i rummet? ”Du går med mig, då vågar jag också gå med mig”, liknar en trygg situation när barnet lär sig gå (tillsammans med en närvarande, trygg och uppmuntrande förälder).

De elva patienter som före studien hamnade över eller kring gränsvärdet för alexitymi låg alla under gränsen efter avslutande. Endast en deltagare försämrade sitt resultat, men patienten hade redan före studien låga värden.

Studien är en social upplevelse för patienten. Evolutionärt har människan aktiverat samma neurala kretslopp vid fysisk och social smärta för ökad överlevnad, genom att barnen hålls nära sina föräldrar (Lieberman, 2013). dACC har en betydande roll i upplevelsen av fysisk

och social smärta och är en länk i anknytningsbeteendet. Om dACC är skadat hos mamman har hon en sämre förmåga att ta emot spädbarnets rop på henne (Lieberman, 2013). Individerna som upplever fysisk smärta kan ha erfarenheter av social isolering som barn. I överensstämmelse med Liebermans forskning (2013) pekar denna studie mot att anknytningspersonen kan ha haft en bristande förmåga att lyssna in barnets anrop om KOM. En möjlig förklaring till detta resultat är att i relation till psykoterapeuten återaktiveras patientens anrop och psykoterapeuten responderar genom att spegla och följa patienten fysiskt och mentalt i rummet, vilket skulle kunna minska aktiviteten i dACC. Interventionen kan ses som en reparation till de brott som uppstått i det affektiva samspelet mellan vårdnadshavare och barn. Barnet har med sig en upplevelse av att känslor inte är tolererbara inom relationen t.ex. om vårdnadshavaren är känslomässigt otillgänglig eller oförmögen att på ett adekvat sätt läsa av barnets affektiva uttryck (Stern, 1985). Denna studie binder samman denna otillgänglighet och sociala isolering som Stern (1985) och Lieberman (2013) beskriver. Upplevelsen av social isolering tidigt i livet kan skapa en känsla av hopplöshet med en kroppshållning och mimik som återspeglar denna känsla. Att kommunicera genom att spegla patientens rörelse, aktiverar implicit medvetande och intersubjektivitet samt skapar en känsla av enhet där man delar djupa känslor (Trevarthen, 1979, Fonagy, 2002 & Berrol 2006). Studien betonar i likhet med Lieberman (2013) och Stern (2004) vikten av en anknytningsperson som responderar på barnets anrop. Detta anrop är ett tidigt icke-verbalt språk, protolingvistisk kommunikation (Stern, 2004). Denna studie har utgångspunkt i separation-individuationsfasen. Barnet ska frigöra sig från anknytningspersonen och har behov av en förälder som följer för att uppnå autonomi (Stern, 2004). Inför smärtan hamnar denna grupp av patienter ofta i hög arousal och låg valens (Eccleston & Crombez, 1999). Under denna studie har patienternas känslolinställning till smärtan förändrats genom att flera positiva känslor har aktiverats och därmed har arousalen sänkts. En förklaring till detta är att rädslan (hotet) i smärtan minskat p.g.a. interventionen som har en viktig social utgångspunkt. Studien har ett Bottom-up-perspektiv vilket är motsats till Top-down-perspektiv. Patienter med kronisk smärta prioriterar ofta bort affektivt innehåll. Här är det en fördel att använda ett bottom-up-perspektiv för att inledningsvis hjälpa patienten reglera och tolerera känslor för att sedan tillägna sig ett top-down-perspektiv (Sonneyby, Bergström, 2012). Denna studie finner stöd för kroppslig spegling, Embodied mirroring, hos (Blum, 2015). Däremot används inte sättet att härma, eller uppmuntra patienterna att visa med kroppen, som görs i Embodied

mirroring. I likhet med La Torre (2008) och Blum (2015) betonar denna studie vikten av att psykoterapeuten skapar en intonad relationell hållning som matchar den egna psykoterapeutiska stilen för att kunna arbeta kroppsfokuserat. Att forcera ett kroppsfokuserat arbete på en patient som söker traditionell psykoterapi kan resultera i felintoning och missförstånd (Blum, 2015). I denna studie betonas vikten av psykoedukation och tydlighet inför interventionen samt återkoppling efteråt för ökad kognitiv förmåga i enlighet med La Torre (2008). Tidigare forskning framhåller ett respektfullt bemötande för och bekräftelse av smärtan (Van Houdenhove & Luyten, 2008) vilket denna studie bekräftar. Behandling med övningar som förutsätter att patienten har en reflektiv förmåga kommer att bidra till att patienten känner sig misslyckad och hjälplös. Vår uppfattning är att patienterna i denna studie har upplevt att de blivit respekterade och förstådda vilket kan vara en bidragande orsak till att de fullföljt. Psykoterapeuten, i denna studie, följer patienten vid sidan om eller snett bakom. Tanken är att skapa utrymme för nyfikenhet, uppmuntra till autonomi samt inge en känsla av trygghet. Detta i motsats till tidigare forskning (Kühn et al., 2010) som hävdar att psykoterapeuten ska följa vid sidan om eller framför. Intentionen för denna studie har varit att hitta en effektivare väg att närma sig affekter och fysiologiska förnimmelser för smärtpatienter genom att resa sig upp ur psykoterapistolen och röra sig tillsammans. I samklang med McDougall (2002) och Van Houdenhove och Luyten (2008) stödjer denna studie att varje patient (-grupp) behöver bemötas utifrån dess specifika behov för att terapin ska gå framåt. Studien hänvisar till Fosha (2000) som betonar vikten av att all förändring handlar om att uppleva affekter direkt och djupt och att alla kliniska ansträngningar ska handla om att frigöra blockeringar. I relation till traditionell psykoterapi, där terapeuten och patienten "sitter kvar" i terapistolen och arbetar med spegling, affektintoning, bekräftelse m.m. utforskar denna studie interventionen att resa sig ur psykoterapistolen. En invändning mot interventionen att resa sig upp ur psykoterapistolen tillsammans med patienten skulle kunna vara att det är ett sätt att "fly" från situationen när patienten inte får kontakt med sina affekter. I stället för att sitta kvar i psykoterapistolen reser psykoterapeut och patient sig upp som ett slags sublimering. I studien skulle sublimering kunna tolkas som att terapeuten går med patientens rädsla (flykt) från affekterna och genom aktivitet omvandlar den till flykt från en egen jobbig känsla (Lemma, 2016).

Ingen kontrollgrupp har funnits som inte fått den experimentella behandlingen och antalet deltagare kunde varit större, vilket hade stärkt den interna validiteten.

Då interventionerna fördelats och genomförts av två psykoterapeutstudenter kan det inte uteslutas att det har en påverkan på resultatet dvs statistisk slutsatsvaliditet (Allwood & Erikson, 2017). En annan osäkerhet på utfallet är om patienten fått annan medicinsk eller fysioterapeutisk behandling utanför mottagningen under tiden för studiens genomförande.

Resultatet innebär att psykoterapi med rörelse där det ingår spegling, att följa, bekräfta samt affektintoning är värt att prova med stöd i denna studie.

## **Metoddiskussion**

Detta är en naturalistisk studie utifrån händelse-sampling, med före och eftermätning. För att bedöma resultatet från studien utgår författarna från fyra validitetskriterier (Allwood & Erikson, 2017).

Studien har inkluderat fem behandlingssessioner för varje patient och TAS-20 använts för att mäta nivån av svårigheter att identifiera och beskriva känslor samt svårigheter att skilja på känslor och kroppsliga sensationer m.m. Patientgruppen med kronisk smärta har sedan tidigare forskning visat på dessa svårigheter. Före och eftermätning har genomförts och reliabiliteten Cronbachs alpha visar 0,737. Det instrument som användes för att mäta före och efter är väl beprövat. Resultatet visar signifikant samband mellan variablerna ”före interventionen” och ”efter interventionen”.

I denna studie finns ingen kontrollgrupp vilket är ett hot mot den interna validiteten. Resultatet antas bero på interventionen att resa sig upp ur psykoterapistolen och gå för att träna den interoceptiva uppmärksamheten. Om verkan blivit detsamma om man suttit kvar i psykoterapistolen och tränat den interoceptiva uppmärksamheten, har inte undersökts. Resultatet skulle också kunna bero på andra faktorer i patientens liv under tiden för studien som inte författarna har tillgång till. Behandling hos läkare och fysioterapeut kan påverka utslaget.

Noggranna anteckningar har förts efter varje session för att följa patientens process men också för att få kunskap om självomhändertagandet utifrån variablerna sömn, socialt, specifika affekter, och energi. Dessa anteckningar har gett kunskap om antal patienter som ökat sitt

självomhändertagande utifrån variablerna. Inget instrument har använts för att mäta självomhändertagande vilket är hot mot den interna validiteten. I framtida studie bör instrument tas fram för att mäta detta.

Den empiriska frågeställningen ”om rörelse i psykoterapi underlättar kontakten med affekter och kopplingen till fysiska förnimmelser”, anses ha en relevant koppling till affektteori, neuropsykologi och utvecklingspsykologi.

Studiens utfall bedöms kunna generaliseras till andra smärtpatienter, platser och tidpunkter. Generaliserbarhet är under förutsättning att både psykoterapeut och patient känner sig bekväm med metoden. Även om ramen för studien varit tydliga går det inte att utesluta att varje psykoterapeut och patient har sitt eget unika sätt att uttrycka sig på vilket kan ifrågasätta den externa validiteten. Urvalet är slumpmässigt ur gruppen patienter med lokal kronisk smärta. Kroniskt innebär att de levt med smärta under minst sex månader (IASP). Rekryteringen pågick, 2017-06-01—2018-01-31. Försök att sampla för heterogenitet har gjorts, men misslyckats. Övervägande del av deltagarna är kvinnor vilket speglar verkligheten, eftersom de flesta patienter med kronisk lokal smärta är kvinnor.

## **Framtida studier**

Forskning som argumenterar emot rörelse i psykoterapi har författarna inte lyckats finna. Inför en framtida studie skulle det inledningsvis upprättas ett instrument med variabler som sömn, energi, socialt fungerande och specifika affekter för att mäta graden av självomhändertagande före och efter interventionen för att öka den statistiska slutvaliditeten. Vidare skulle ett större antal patienter och inrätta en kontrollgrupp för att öka den interna validiteten. Användandet av kamera för att filma varje session och låta en oberoende observatör granska sessionerna skulle öka tillförlitligheten, d.v.s. den interna validiteten. För att öka den externa validiteten skulle en longitudinell studie genomföras för att följa upp resultaten en viss tid efter studiens slut för att undersöka om den interoceptiva förmågan kvarstår hos patienten. Eventuellt införa en s.k. boost-session efter två månader för att hjälpa patienten upprätthålla den interoceptiva förmågan.

Vidare undersöka om den interoceptiva förmågan påverkas ytterligare om studien genomförs utomhus vilket skulle öka generaliserbarheten och den externa validiteten.

Författarna skulle inför en framtida studie undersöka möjligheten att inkludera fler patientgrupper i studien, med utgångspunkt från att individerna har lågt affektmedvetande och även andra åldersgrupper, för att öka generaliserbarheten.

### **Slutsats**

I likhet med tidigare forskning stödjer denna studie att rörelse i psykoterapi befrämjar interoceptiv uppmärksamhet. Psykoterapin blev en inläring analog med det lilla barnets växande genom separations-individuationsfasen och erövringen av ett eget språk för känslor, vilket gjorde det möjligt att sätta namn på och uttrycka.

## Etikdiskussion

Inklusionskriterier för att delta i studien var patienter med kronisk lokal smärta. Inga andra exklusionskriterier har upprättats för att utesluta patienter från att delta i studien. Patienter som fanns på smärtmottagningen har erbjudits möjlighet att delta och de som tackat ja till att delta har rekryterats. Patienterna har tillfrågats via läkare och fysioterapeuter. En av författarna arbetar på smärtmottagningen.

Verksamhetschefen har tidigt godkänt studien och teamet har informerats.

Efterhand som patienter visat intresse för att delta i studien, har de getts muntlig information om studien från ansvariga angående syfte, upplägg, metod. Därefter ha patienten fått fundera några dagar på om man vill delta eller inte. Ansvariga har återigen tagit kontakt om patienten har tackat ja och planering för studien gjorts upp. Vid första sessionen har ansvarig återigen poängterat frivilligheten och patienten har fått fylla i blanketten ”Informerat Samtycke” där det tydligt framgår att patienten kan dra sig ur närsomhelst utan att riskera att det får konsekvenser.

Patienterna är remitterade till smärtmottagningen på eget initiativ. Patienterna tog del av olika specifika behandlingar via smärtläkare och sjukgymnaster. Erbjudandet om att delta i studien kan ses som en del i en smärtbehandling. Bedömningen är att risken för en försämring psykiskt eller fysiskt hos patienterna p.g.a. deltagande i studien är mycket liten. Om en försämring skulle inträffa finns kompetens att hantera detta på mottagningen via läkare, sjukgymnaster och leg. psykoterapeut.

Anonymitet och konfidentialitet har beaktats utifrån Vetenskapsrådets rekommendationer.

Etikprövning har genomförts enligt gällande regler.

I studien fanns ingen kontrollgrupp som inte fick den experimentella behandlingen, vilket rekommenderas i en framtida studie för kunskap om vad som är verksamt i interventionen.

Instrument för att mäta nivån av självomhändertagande bör kopplas till en framtida studie.

Patienterna har inte rekryterats utifrån. Urvalet var inte randomiserat, utan liknar snarare ett bekvämlighetsurval eftersom en av författarna arbetar på smärtmottagningen varifrån patienterna rekvirerades.



## Referenser

- Alford, C.F. (2016) *Mirror Neurons, Psychoanalysis and the Age of Empathy*. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies, Vol. 13(1): p7-23. Wiley & Sons
- Allwood, C.M., Erikson, M. (2017) *Grundläggande vetenskapsteori för psykologi och andra beteendevetenskaper*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Baranoff, J.A., Hanrahan S.J., Burke A.L.J., Connor J.P. (2015) *Change in Acceptance in a Low-Intensity, Group-Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Chronic Pain Intervention*. Int.J. Behav.Med. 23:30-38
- Bergman et al. (2001) *Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study*. J Rheumatol, 28:1369 - 77.
- Bergsten, K. et al. (2015) – *Affektfokuserad psykodynamisk terapi* Natur & Kultur, Stockholm
- Berrol, C.F. (2006) *Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy*, Elsevier Inc.
- Block, B., Le Kessel J.L. (2001) *The Dance: Essence Of Embodiment*, Theoretical Medicine, 22:5-15.
- Blum, M. C. (2015) *Embodied Mirroring: A Relational, Body-to-Body Technique Promoting Movement in Therapy*. Journal of Psychotherapy Integration Vol. 25 No. 2, 115-127.
- Chavooshi, B., Saberi M., Abbas Tavallaie S., Sahraei H. (2017) *Psychotherapy for Medically Unexplained Pain: A Randomized Clinical Trial Comparing Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive-Behaviour Therapy*. Psychosomatics 58:506-518
- Cole, J.D. (1998) *Psychotherapy with the chronic pain patient using coping skills development: Outcome study*. Journal of Occupational Health Psychology, Vol 3(3), pp.217-226
- Colaianni, G., Poot, F. (2016) *How to Reach Emotions with Psychosomatic Patients: A Case Report*. Acta Derm Venereol Suppl. 217:109-112
- Coren, S. (2016) *Growing Through Pain: An Integrative Approach to Treating Chronic Pain and Emotional Distress*, Journal of Psychotherapy Integration Vol. 26,

- Damasio, A., Carvalho G.B. (2013) - *The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins*, Macmillian Publishers Limited
- Damasio, A. (1994) *Descartes misstag. Känsla, förnuft och den mänskliga hjärnan*. Natur och Kultur.
- Eccleston, C., Crombez, G. (1999) *Pain Demands Attention: A Cognitive-Affective Model of the Interruptive Functional of Pain*, Psychological Bulletin. Vol. 125, No. 3, 356-366, American Psychological Association Inc.
- Fishbain, D.A., Cutler, R., Rosomoff, H.L., Rosomoff, R.S. (1997) *Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review*. Clin J Pain, 1997;13:116-37,
- Fleming, M.P., Paice, J. (2001). *Sexuality and Chronic Pain*. Journal of Sex Education and Therapy. 26:204-214
- Fonagy, F., Gergely, G., Elliot, L.J. (2002). *Affect Regulation, Mentalization And The Development Of The Self*. Other Press LLC, New York
- Fordyce, W., Fowler, R, DeLateur, B. (1968). *An application to behavior modification technique to a problem of chronic pain*. Behavioral Research Theory, 6, 105-107.
- Fordyce, W., Fowler, R, Lehman, J., DeLateur, B. (1968). *Some implications of learning in problems of chronic pain*. Journal of Chronic Disease, 21, 179-186
- Fosha, D. (2000) – *The Transforming Power of Affect*, Basic Books
- Gallese, V. (2009) *Mirror Neurons, Embodied Simulation, and the Neural Basis of Social Identification* Psychoanalytic Dialogues, 19:519-536
- Ginzburg, K. et al. (2015) *Body awareness and pain habituation: the role of orientation towards somatic signals*. J Behav Med 38:876-885
- Griffith, J.L. (2008) *Why Psychotherapy Helps the Patient in Chronic Pain*, Psychiatry (Edgemont) 5(12):20-27
- Hasselström, J., Liu-Palmgren, J., Rasjö-Wrååk, G. (2002) *Prevalence of pain in general practice*. European Journal of Pain 6:375-385. Elsevier Science Ltd.
- Hart, S. (2010) *Brain, Attachment, Personality. An introduction to Neuroaffective Development*. Springer Science+Business Media, Clin Soc Work J 38:445 446

- Henriksson, J., Wasara E., Rönnlund M. (2016) *Effects of Eight-Week-Web-Based Mindfulness Training on Pain Intensity, Pain Acceptance, and Life Satisfaction in Individuals With Chronic Pain*, Psychological reports Vol. 119(3) 586-607
- Hosseini, M. (2017) *The Effectiveness of MBSR Intervention in Alleviating Pain During Detoxification among Substance Abusers: An Experimental Study*. NeuroQuantology 15, 4:107-113
- Kabat-Zinn, J. (1994) *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY, Hyperion.
- Kühn, et al. (2010) *Why do I like you when you behave like me? Neural mechanisms mediating positive consequences of observing someone being imitated*. Social Neuroscience 5(4), 384-392,
- La Torre, M.A. (2008) *Integrative Perspectives: The Role of Body Movement in Psychotherapy*, Perspectives in Psychiatric Care Vol. 44, No 2
- Lemma, A. (2016) *Introduction to the Practice of Psychoanalytic Psychotherapy* Wiley-Blackwell
- Lerner, M. (1999) *Psykosomatik. Kroppen och själens dialog*. Natur och Kultur
- Liebermann, M.D. (2013) *Social, Why our Brains Are Wired to Connect*, Broadway Books, New York, USA.
- Lumley, M.A. et al. (2011) *Pain and emotion: A Biopsychosocial Review Of Recent Research*, Journal Clinical Psychology Vol. 67:(9)942-968
- Luyten P., Van Houdenhove B. (2013) *Common and Specific Factors in the Psychotherapeutic Treatment of Patients Suffering From Chronic Fatigue and Pain*. Journal of Psychotherapy Integration VOL. 23, No 1. 14-27.
- McDougall, J. (2002) *Kroppens teatrar. Psykosomatiska sjukdomar I ett psykoanalytiskt perspektiv*. Natur och Kultur
- McGrath, P.A., Dade L.A., (2004) *Strategies to decrease pain and minimize disability*. In: Price DD, Buschnell M.C., editors. IASP Press. P. 73-96.
- MacLean, P.D., Newman J.D. (1988). *Role of Midline frontolimbic cortex in production of the isolation call of squirrel monkeys*. Brain Research, 450, 111-123. Elsevier.
- Melzack, R., Wall, P.D. (1965) *Pain mechanisms: A new theory Science*, 150, 971-979.
- NSK, (2016) *Nationellt uppdrag smärta (2016)*. Rivano-Fischer, M et al, Nationell Samverkansgrupp för Kunskapsstyrning, Stockholm.

- SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta, en systematisk litteraturöversikt*. Volym 1. Elanders Infologistics Väst AB.
- Schore, A.N. (2003) *Affect regulation and Repair of the Self*. New York: W.W. Norton & Company
- Schore A.N. (2009) *Relational Trauma and the Developing Right Brain. An Interface of Psychoanalytic Self Psychology and Neuroscience*, New York Academy of Sciences 1159:189-203,
- Shafir T., (2016) *Using Movement to Regulate Emotion: Neurophysiological Findings and Their Application in Psychotherapy*, *Frontiers psychology*, vol 7:145.
- Sonnby-Borgström M., (2012). *Affekter, affektiv kommunikation och anknytningsmönster*, Stockholm: Studentlitteratur 2.a uppl.
- Stern, D.N. (1985) *Spädbarnets interpersonella värld*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Stern, D.N. (2004) *Ögonblickets psykologi* Stockholm: Natur & Kultur.
- Taylor, G.J. et al. (1988) *Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale* *Psychosomatic Medicine* 50:500-509
- Thorsell Cederberg, J et al. (2015) *Acceptance as a Mediator for Change in Acceptance and Commitment Therapy for Persons with Chronic Pain?* Publ. online
- Todd E.M. (1978) *Pain historical perspectives*. NY:Spectrum Publications; 9 39-56.
- Tomkins, S.S. (1962) *Affect Imagery Consciousness: Volume I, The positive Affects*:London: Tavistock.
- Tomkins, S.S. (1963) *Affect Imagery Consciousness: Volume II, The Negative Affects*: London:Tavistock.
- Trevarthen, C., Fresquez C., (2015) *Sharing human movement for well-being: Research on communication in infancy and applications in dance movement psychotherapy*. (online) Journal homepage Vol.10, No4,194-210, Routledge Taylor and Francis Group
- Trevarthen, C. (1979) *Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity*. New York: Cambridge University Press.
- Turk, D.C., Okifuji, A. (2002) *Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.70, No3, 678-690

- Turner, J.A. (1982) *Comparison of Group Progressive-Relaxation Training and Cognitive-Behavioral Group Therapy for Chronic Low Back Pain*. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol.50, No 5, 757-765. American Psychological Association Inc.
- Wahlgren, L. (2008) *SPSS steg för steg*. Studentlitteratur AB, Lund
- Van Houdenhove, B., Luyten P. (2008) *Customizing Treatment of Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia, The Role of Perpetuating factors*, Psychosomatics 49:6, The Academy of Psychosomatic Medicine
- Vermes, K., Incze, A. (2012) *Psychodynamic Movement and Dance Therapy (PMDT) in Hungary*. 7(3): Vol 7, No 2, 101-113, Routledge Taylor and Francis Group
- Williams, A.C., Eccleston, C., Morely, S. (2012) *Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(11) Issue 8:1465 - 1858
- Wärhborg, P. (2001) *Smärta livets fruktade följeslagare*. Läkartidningen 2001;98:1642-6.
- Åkerblom S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., Mc Cracken L.M. (2016) *A Validation and Generality Study of the Committed Action Questionnaire in a Swedish Sample with Chronic Pain*, Int.J.Behavioural.Medicine 23:260-270

## BILAGA 1

### PSYKOEDUKATION

Före terapiststart informeras patienten om studien. Patienten får information om teorierna, grundaffekterna och den biologiska kopplingen att människan föds med grundaffekterna glädje, nyfikenhet, ilska, äckel, ledsenhet, avsky, skam, rädsla, förvåning (Tomkins, 1962, 1963). I samspel med omsorgspersonerna speglas, regleras och tolereras dessa affekter. Efter hand som barnet utvecklas kognitivt sker en affektmedvetenhet som är mycket viktig för att kunna mentalisera, d.v.s. kunna tänka om egna och andras tankar och känslor (Stern 2004). Den kroppsliga reaktionen har en biologisk förklaring. Under de perioder i mänsklighetens historia då vi var jägare och samlare och befann oss i farliga situationer (höjder, vilda, farliga djur, oväder), var de viktiga för överlevnadens skull.

Affekterna har olika "kraft" (impact). Rädsla, ilska och skam är de som aktiverar mest stress i kroppen och kallas också för de negativa affekterna (Tomkins, 1962, 1963).

Om affekttolerans inte utvecklas fullt ut som barn p.g.a. omvårdnadspersonernas bristande förmåga kan hjärnan uppleva t.ex. affekten rädsla som hotfullt och utlösa stress d.v.s. affekten kommer att förbli oreglerad (Stern, 2004). Små barn uttrycker sig genom kroppen innan de har fått ett språk och behöver hjälp att tolka sin känsla. Om det inte sker kan kroppen fortsätta att vara det främsta "känslspråket" på så sätt att kroppen hjälper till att hantera oreglerade affekter genom att psykosomatisera, dvs affekterna förpassat till kroppen i form av spänningar. Individerna kommer att "håller affekten" i kroppen, för att på så sätt uppleva kontroll (omedveten process). Det är vanligt med spänningar i nacke axlar, käke, mage, ben osv. Människans förmåga att uppmärksamma kroppen inuti har alltid funnits (interoceptiv uppmärksamhet). Det finns två olika uppmärksamheter; interoceptiv och exteroceptiv (Damasio & Carvalho, 2013).

Denna studie fokuserar på affekttolerans bl.a. utefter olika affektteoretiker som Tomkins (1962, 1963) och Fosha (2000). Hur kan individen hjälpa sig själva att tolerera affekter? I studien får patienten hjälp med att både få kontakt med affekter och reglera dem. Hypotesen är att det är lättare att få kontakt med affekter om psykoterapeut och patient tillsammans rör sig en stund i rummet och stannar upp när patienten förnimmer eller känner något i kroppen. Om patienten tex känner ett tryck, spänning, stickning, hunger osv så stannar man upp i detta

en liten stund (oftast bara några sekunder) och utforskar hur det är att känna det full ut, utan att trycka undan eller förneka det som kommer upp. Det kan vara så att bakom förnimmelsen finns en affekt som behöver kopplas till den kroppsliga upplevelsen. Psykoterapeut och patient stannar i den tills den känns mindre hotfull. På så sätt tränas affekttolerans tillsammans med patienten som får hjälp med att sätta ord på den. Studien antar ett s.k. bottom-up-perspektiv (Sonneby-Borgström, 2012).

## Ta ställning till följande påståenden:

	STÄMMER INTE ALLS	STÄMMER INTE SÄRSKILT BRA	STÄMMER VARKEN BRA ELLER DÅLGT	STÄMMER GANSKA BRA	STÄMMER PRECIS
1. Jag känner mig ofta osäker på vilka känslor jag hyser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag har svårt att finna rätt ord för mina känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag har kroppsliga förnimmelser som inte ens läkare förstår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag har lätt för att beskriva mina känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag föredrar att analysera problem framför att bara beskriva dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. När jag är upprörd vet jag inte om jag är ledsen, rädd eller arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag blir ofta förbryllad över sådant jag känner i min kropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag föredrar att bara låta saker hända hellre än att försöka förstå varför det blev som det blev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag hyser känslor som jag inte riktigt kan sätta fingret på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Att komma i kontakt med känslor är viktigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag tycker det är svårt att beskriva vad jag känner i fråga om människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Det händer att människor ber mig beskriva mina känslor mera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag vet inte vad som pågår inom mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag vet ofta inte varför jag är arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jag talar hellre med människor om vad de gör än om vad de känner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jag ser hellre på lättare underhållning än på psykologiska dramer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	STÄMMER INTE ALLS	STÄMMER INTE SÄRSKILT BRA	STÄMMER VARKEN BRA ELLER DÅLIGT	STÄMMER GANSKA BRA	STÄMMER PRECIS
17 Jag har svårt för att avslöja mina innersta känslor, även för nära vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Jag kan känna att jag står nära någon, även under stunder av tystnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Jag tycker att det är bra att undersöka sina känslor när det gäller att lösa personliga problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Det tar bort nöjet att söka efter dolda innebörder i filmer och pjäser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>