

Tomkins affektteori – ett stöd i psykoterapin

Avsikten med denna artikel är att formulera en enkel modell för affekternas funktion i förhållande till varandra och hur denna samverkan kan se ut och hur modellen kan användas som ett diagnosinstrument i det kliniska arbetet.

Affekterna i människans liv

De biologiskt givna affekterna blir under personlighetsutvecklingen omsatta i omedvetna emotiva script (affekter som utvecklas till emotioner, unika för varje individ). Dessa script eller emotionella mönster, blir under individens livsutveckling uppväckta i form av medvetna känslor, vissa mer och andra mindre angenäma. Det är de senare som individen ofta tar med sig till psykoterapin. Så sker en överföring mot terapeuten i terapin som primärt är affektiv/emotionell och mindre språklig på en omedveten nivå. Terapins idé är att arbeta från patientens medvetna känsla för att sedan nå en insikt i de omedvetna emotionerna i riktning mot de affekter som svarar på de fördjupade insikterna.

I den amerikanske psykologen Silvan S. Tomkins omfattande verk; *Affect, Imagery Consciousness* presenteras i mitt tycke den mest genomarbetade affektteorin (Tomkins, 1962; 1963; 1979; 1991). Där får läsaren en grundlig genomgång av affektpsykologins biologiska grund för människans affektsystem och dess roll som människans primära motivationssystem separerat från det kognitiva systemet, samtidigt som det visar en intim samverkan dem emellan.

Affektteorin består av nio grundaffekter; surprise, interest/excitement, enjoyment/joy, fear/terror, distress/anguish, anger/rage, dismissal, disgust, shame/humilia-

tion (de är även omnämnda kursivt i texten nedan). De framstår som ett antal krafter med olika egenskaper, beredda att ”rycka ut” när en kognitiv signal utifrån eller en signal inifrån så kräver. Ju mera närgånget vi läser Tomkins’ texter, desto tydligare utkristalliseras en ytterst sammansatt bild av affekternas funktion i förhållande till varandra.

Affekterna kan studeras genom att de visar upp sig som ett växelvist samspel mellan ansiktets muskulära och dess cerebrala påverkan, menar Tomkins. Där ingår rösten, andningen och kroppshållningen som uttryck för individens affektiva aktivitet i ett endera positivt eller negativt förhållningssätt. Genom hela vår existens tvingas vi ständigt värdera och reagera på signaler, både de som kommer utifrån och de som kommer från kroppens organ, samt de tidigare gjorda erfarenheternas inlärdade ”affectscripts” (Tomkins, 1991). Ett exempel på reaktion på ett negativt förhållningssätt är den universella affekten *fear/terror* som är en reaktion på det som är totalt främmande för oss människor, det som är ogripbart och som uttrycks med en känsla av stelhet i kroppen. Flykt eller kamp är det spontana beteendet men vi har också förmågan att ”inte lyssna” på den beteendepupmanande/motiverande signalen. Vi agerar som vi blivit lärda, det vill säga vi visar inte vad vi känner, samtidigt som konsekvensen av den fysiska reaktionen inte försvinner: pulsen rusar, blodflödet omfördelas, utsöndringen av olika hormoner sker (Solms, 2005).

Affekternas användning i psykoterapi

Psykoterapiarbete förutsätter att patienten placeras i en ändamålsenlig terapeutisk ansats (se figur 1 nedan) samt att arbetet kan ge indikationer på behandlingens resultat. Ett exempel på hur affektsystemets grundelement samverkar är användningen av affekten *interest/excitement*. I denna affekt börjar livet för varje nyfött barn. Den ingår i anknytningssystemet som den viktigaste motivationskraften för att säkra barnets överlevnad genom att väcka moderlighetens omsorgssystem (Oppenheim & Koren-Karie, 2002; Solomon, 1996; Broberg et al., 2006).

Anknytningssystemet triggar *interest* hos barnet, när moderligheten bekräftar barnets lust att utforska världen. *Interest* måste få tillräckligt utrymme för att objektet ska kunna omfattas i dess olika detaljer och från olika perspektiv (Nilsson, 2011). I tillräckligt god samverkan mellan subjekt och objekt finns en rörelse

från positiv affekt till negativ och tillbaka till positiv (Tronick, 1989). Denna rörelse är i första hand styrd av hur affektintoningen sker, i sin tur med resonans i det ”affective state” som gäller (se till vänster i figur 1).

När individen misslyckas med att nå sitt mål eller har översköljts av upplevelsen att objektet gått förlorat, triggas affekten *distress/anguish*. Om vi tänker på det lilla barnet, som ännu lever nära moderligheten, så kan vi tala om förtvivlan/gråt. För den vuxna individen som formats av sina tidiga erfarenheter, ”scripts” (se ovan), kan bära på en omedveten upptagenhet av objektförlust och gör sig påmind i individen genom affekten *distress/anguish*. I psykoterapi har terapeuten förståelse/bekräftelse att erbjuda patienten för att styra henne/honom i psykoterapi till motivationen förnyat *interest/excitement* av objektet.

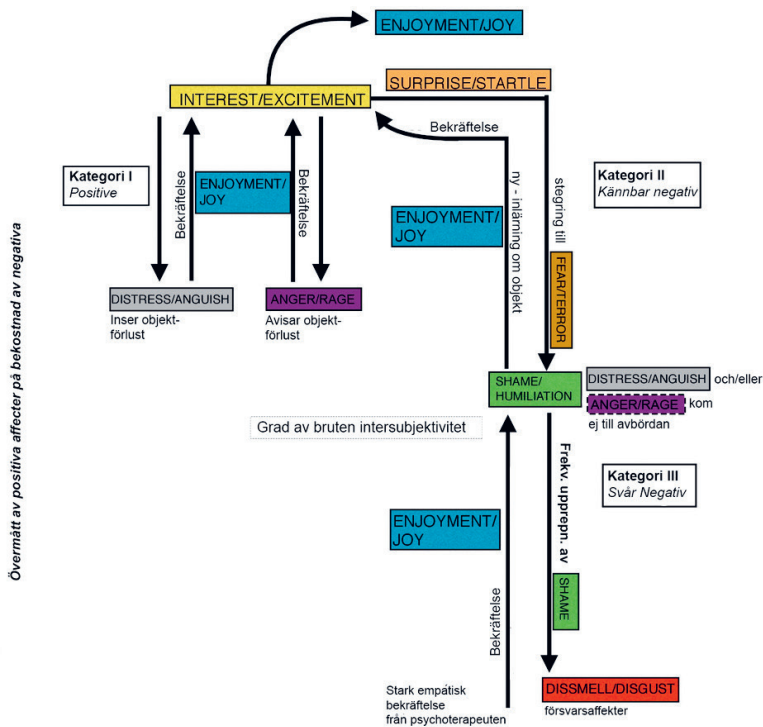
Några intressanta frågor kan ställas: Kan individen på något sätt påverka sin vilja/kamp mot att nå *interest/excitement*? Är individen ett hjälplöst offer för förmågan att behålla sitt objekt respektive förlora det? Professor Alf Nilsson (1996) hävdar att affekten *enjoyment/joy* måste ha haft en chans att mobiliseras i barnets tidiga liv, för att *interest/excitement* inte enbart ska bli en slumpmässigt triggad affekt utan inre kontroll i personens vuxna liv. Individens kapacitet att utöva inflytande över affekten *interest/excitement* kan kopplas till att ha uppnått objektkonstans (Piaget, 1955).

Affekten *anger/rage*, handlar om en vägran att förlikas sig med insikten om att objektet gått förlorat eller som en föraning om att det kan gå förlorat. Låt oss tänka att individen är i en stressituation och inte förmår registrera de mått och steg som situationen kräver för att behålla objektet. Ett kroppsligt uttryck av vrede är inte svårt att tolka. Musklerna drar ihop sig i hela kroppen och blir spända, nacke och hals färgas röda av de ytliga blodkärlen. Den kraftiga muskelkontraktionen i kroppen ökar intensiteten i form av neural aktivitet som i förlängningen skapar affekten *anger* som blir synlig i ansiktets muskelaktivitet. Genom att terapeuten visar förståelse/bekräftelse mot patienten, triggas affekten *enjoyment/joy* och motivationen att utforska objektet stegras i riktning mot affekten *interest/excitement*.

Affekterna *distress* och *anger* triggas av individens upplevelse av förlust av objektet, medan däremot affekten *shame/humiliation* bygger på individens erfarenhet av att inte kunna tolka objektet för att nå dess bekräftelse (Nilsson, 2016). *Shame* är både en hjälpa-

re och en "stjälpare" till att åter nå affekten *interest*. *Shame*-affekten är som en svängdörr, den både avbryter/ifrågasätter individens intresse och håller samtidigt dörren öppen för att återerövra intresset för objektet. Vi människor lever med *shame* som en nödvändig men plågsam affekt inför kravet på att bli socialiserade.

Ett avbrutet *interest*, en icke fullföljd process i riktning mot affekten *enjoyment/joy* skapar ett "tomrum" i vårt känsloliv, som primärt väcker ett stänk av *surprise/startle* och en stegring mot *fear/terror* för att därefter göra det omöjligt för individen att varken känna distress eller anger. Samtidigt skapas genom psykoterapeutens *bekräftelse* en möjlighet för patienten till nyinläring av hur objektet ska kunna bli förutsägbart – och vips öppnas dörren åter för omvärldens intressanta, lustfyllda erövringar (se figur 1).



Figur 1. Tomkins nio affekter i samverkan. En heuristisk modell för affektbaserad psykoterapi.

Enligt Tomkins är både *dissmell* och *disgust* försvars-affekter och starka uttryck av avsmak/avsky och förakt hos patienten. I figur ett (1) ovan ses hur en alltför frekvent upprepning av affekten skam går mot försvars-affekterna *dissmell* och *disgust* och hur även utrymmet för nyinläring om möjligheten att nå kärleksobjektet då minskar (Tomkins, 1963). Låt oss anta att en förälder upprepade gånger har förmedlat ett övermått av negativa affekter på bekostnad av positiva mot det uppväxande barnet, då skapas en omedveten bild i barnet att objektet är hotfullt. Följden blir att affekten *shame* inte signalerar nyinläring, utan istället signalerar försvar för att skydda/isolera sig. Vägen till *interest/excitement* är nu helt stängd. Dessa försvars-affekter *dissmell/disgust* är nu nödvändiga då frekvensen av affekten *shame* är alltför stor och hindrar nyinläring av objektet. Detta har samtidigt en skadlig inverkan på individen, som tvingas avskärma sig från att fördjupa sin socialisationsprocess.

Låt oss ta två exempel på försvars-affekter hos patienter som tvingats bort från möjligheten till nyinläring: Patienten med depressiva symptom som fruktar att den andres, objektets, blick vänds bort från honom/henne och lämnas kvar i känslan av total övergivenhet. För paranoikern, med tendensen att vilja isolera sig, gäller snarare en fruktan om att den andres, objektets, blick ska riktas mot och fästas på honom/henne (Nilsson, 1996).

Affekten *enjoyment/joy* har utifrån mina kliniska erfarenheter visat sig ha betydelse i relation till alla de övriga grundaffekterna. Affekten verkar som utlöpare, visar vägen att ånyo undersöka objektet och nå den åtråvärda affekten *interest/excitement*. Därmed sker också en avbördan/befrielse från en negativ självbild. När den affektiva reaktionen *enjoyment/joy* infinner sig, har man kunnat visa det i form av minskad aktivitet i hjärnan (Demos, 1995).

Låt oss som exempel ta affekten *fear/terror* som triggas hos individen, då hon/han känner hot om att bli skadad av ett föremål men inser efter ett tag att kognitionen vilselett henne/honom. Därpå följer ett avspänt

leende, *enjoyment/joy*, genom den tillfälliga eller permanenta förändringen av den negativa affekten *fear*. När affekterna *dissmell/disgust* får kontakt med den mindre giftiga affekten *distress/anguish*, genom terapeutens förståelse/bekräftelse, visar den positiva affekten *enjoyment/joy* vägen. Överallt där affekten är inblandad grundad på affektiv bekräftelse i terapin, sker en förändring i patientens affektiva utstrålning, ett flöde i riktningen från negativa mot *positiva* affekter (Stålfors & Sandahl, 2008).

I flödesschemat ovan kan urskiljas tre kategorier som hjälper terapeuten att förstå var patienten i huvudsak befinner sig affektivt i sitt leverne. Var ska terapin ta sin början i hennes/hans upplevda trauma? I vilken kategori ska terapin börja?

- Kategori I kännetecknas av att individen i sin personlighet bär på en grundläggande känsla av tillit, fri vilja, initiativförmåga. Den individen möter vi sällan i terapi.
- Kategori II berättar om patienten som bär på en kännbar negativ självbild, tvivel och skam från en överdriven föräldrakontroll.
- Kategori III är en svår position för patienten som tvingats till försvars-affekter med isolering som följd. Som psykoterapeut med fokus på patientens emotioner det vill säga dennas biografi och upplevda trauma, avbördas patienten från traumat genom bekräftelsen från terapeuten och genom att affekten *enjoyment/joy* infinner sig. Det affektiva flödet rör sig nu mot mindre "giftiga" affekter, som terapeuten också kan avläsa via patientens ansiktsuttryck. Terapeuten har därmed hela tiden kontroll på om terapin rör sig framåt eller står still, det vill säga om det krävs mer förståelse/bekräftelse av terapeuten.

Är det möjligt att på ett objektivt sätt studera flödet av affekter hos patienten i en terapi? Det flöde som består av förekomst av negativa affekter på bekostnad av positiva vid starten av terapin och som handlar om en rörelse – i riktning mot positiva affekter på bekostnad av negativa? Eftersom affekterna är biologiskt givna och i huvudsak identifierbara via ansiktets muskler, då varje affekt har sin speciella muskelinställning i ansiktet. Då kan vi följa det affektiva flödet objektivt.

Ett mätinstrument skapas som mäter terapieffekt

I ett samarbete mellan Karolinska Institutet och ett landsting i norra Sverige genomfördes en studie av

skapandet av ett mätinstrument, en objektiv metod, för att utvärdera behandlingsresultat av psykoterapi. Frågeställningen var om instrumentet förmådde att på ett objektivt sätt visa om behandlingsresultat i en psykoterapi hade uppnåtts, om instrumentet kunde visa att ett affektivt flöde från i huvudsak negativa affekter hos patienten genom terapin hade bytts ut till ett flöde mot i huvudsak positiva affekter.

Utgångspunkten för studien var att testa utvärderingsinstrumentet i sig själv. Detta testades på två olika typer av psykoterapibehandling, kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk terapi (PDT). Den generella utgångspunkten för de båda behandlingsmetoderna var att de fokuserade på omedvetna emotioner samt att behandlingen strävade mot kategori I benämnd "positive".

Utvärderingsinstrumentet bestod av:

- 1) Registrering av patientens muskelaktivitet i ansiktet via videoinspelning
- 2) Kodning av muskelaktiviteten från denna videoupptagning för att få fram affekterna
- 3) Statistisk bearbetning av de kodade affekterna.

Metod

Projektet presenterades för ett antal terapeuter som arbetar på psykiatriska kliniker för öppenvårdspatienter inom ett landsting.

Utgångspunkt i denna studie var antagandet att affekten *distress/anguish*, som också är en negativ affekt, tillhör kategori I, alltså de *positiva* affekterna. Det grundar sig på att människan från födseln lever med denna affekt som primärt har en kommunikativ funktion (Nilsson, 2014).

Deltagarna var patienter och terapeuter. Tolv terapeuter anmälde intresse för att delta i studien. Tio av dem medverkade sedan i studien. Samtliga hade universitetsutbildning kompletterad med minst steg 1 kompetens i psykoterapi. Varje terapeut hade två patienter som medverkade i studien. Fem praktiserade kognitiv beteendeterapi (KBT) och fem praktiserade psykodynamisk terapi (PDT).

Terapin ägde rum vid ett möte i veckan. KBT behandlingarna bestod av tio terapitillfällen, i enlighet med förhärskande praxis, att det är tillräckligt för att erhålla beteendeförändring för de aktuella diagnoserna. PDT behandlingen arbetade efter en förhärskande praxis, grundat på teorin om omedvetna emotionella konflikter hos människan. Slutpunkten

för PDT behandling i denna studie var 30 behandlingstillfällen.

Patienterna, som samtliga samtyckte till medverkan i studien, kom från en medelstor stad i norra Sverige. De hade alla erbjudits terapi slumpmässigt och ingen hade själv valt terapimetod. De 20 patienterna var mellan 23 och 63 år, 75 procent var kvinnor, 70 procent var gifta och 75 procent hade barn. De flesta i gruppen hade akademisk utbildning och 80 procent var i sysselsättning på arbetsmarknaden.

I patientgruppen medicinerades tio procent med psykofarmaka. Följande DSM-IV diagnoser fanns representerade: Dystymi i 11 fall och lindrig Depression i 9 fall. Detta innebar att terapeuterna startade behandlingsarbetet med patienter som i huvudsak befann sig i de negativa affekterna, i kategori II.

Genomförande

Den första uppgiften för terapeuten var att fråga en patient om samtycke att delta i studien. Därefter informerades patienten om de etiska reglerna och förutsättningarna för deltagande som att varje terapisamtal videofilmades, att deltagande var frivilligt samt att det när som helst kunde avbrytas utan att terapin upphörde.

Videofilmningen började omedelbart vid första mötet mellan patient och terapeut i samband med terapibehandlingen. Vid tillfället söktes ingen speciell affekt då man förutsatte en ”ogrumlad” affekt, det vill säga helt fri från påverkan från terapeuten. Det som kallas för ”kärnskript” och härleddes till tidiga fundamentala affektmönster som utgör individens blivande personlighet (Tomkins, 1979; Monsen & Monsen, 1999). Ett skäl till att ändå notera den ”ogrumlade” affekten var att man ville i fortsättningen kunna göra en affektavläsning hos patienten för att se om dennes ensamhet mellan terapitillfällena gav någon signal om var i det affektiva flödet patienten befann sig vid ankomsten till terapin (Wallin, 2007). Samtidigt ger denna ”orena känsla” en antydning om vilka föreställningar patienten har om terapeuten, första gångens förväntningar och senare uppblandat med erfarenheter av terapeuten.

En videokamera placerades bakom terapeuten med linsen fokuserad på patientens ansikte. Kameran startade då patienten var på väg in i behandlingsrummet och stängdes av efter tio minuter (Ekman, 2003). Proceduren upprepades vid varje behandlingstillfälle. Kameran var fjärrstyrd för att minimera störningar i terapiarbetet. Videoupptagningarna bearbetades i

slow motion för registrering av muskelaktivitet och registrering av emotioner (FACS, se vidare under rubriken ”Mätning av ansiktets muskelaktivitet”).

Videokameran spelade in de första 10 minuterna av varje behandlingstillfälle. Ett klipp på 30 sekunder klipptes ut 4 minuter in på varje videoupptagning. Dessa 30 sekunders klipp studerades sedan och man letade efter muskelaktivitet och korresponderande affekter. Längden på videoupptagningen fastställdes utifrån tidigare erfarenheter av tidsåtgång för patienten att komma på plats i terapeutisk projektion. Videoinspelningar från tio PDT terapier bestod av 30 inspelningar från varje terapi om vardera 30 sekunders klipp. Videoinspelningar från tio KBT terapier bestod av tio inspelningar från varje terapi om vardera 30 sekunder.

Mätning av ansiktets muskelaktivitet

Tillvägagångssättet att registrera ansiktets aktivitet, grundar sig på den anatomiska analysen av ansiktets muskler, the Facial Action Code System (FACS) skapat av Ekman och Friesen (1978). Antalet muskler i ansiktet är mellan 40 – 55 (Darwin, 1872/2009). En speciell kombination av muskelaktivitet i ansiktet är enligt FACS synonymt med en specifik affekt.

Analys av data

Bearbetning av videoinspelningarna

Videoinspelningarna sändes till laboratoriet (Visual Emotion LLC, USA). Avläsning av de 30 sekunder långa urklippen gjordes i ”slow motion”, som i detta fall var 1/100-dels sekund. Registratorn noterade varje muskels aktivitet efter skalan: minimal – synlig – övertygande – stor avvikelse – optimal. Endast de tre senare skalnivåerna användes, aktivitet/ej aktivitet i muskler under sekund 1, 2, ... 30. Data visar allt från stor muskelaktivitet under 1 sekund till obetydlig muskelaktivitet. Värt att notera är att registratorn hade ingen kännedom om studien.

Bearbetning av testinstrumentets registreringar

I vår analys summerade vi alla negativa affekter tillhörande Kategori II och III och studerade hur det såg ut för patienterna. Om det fanns en trend med riktning mot *positiva* affekter. Affektiva positioner det vill säga affektiva ”states” under terapiprocessen, redovisades inte.

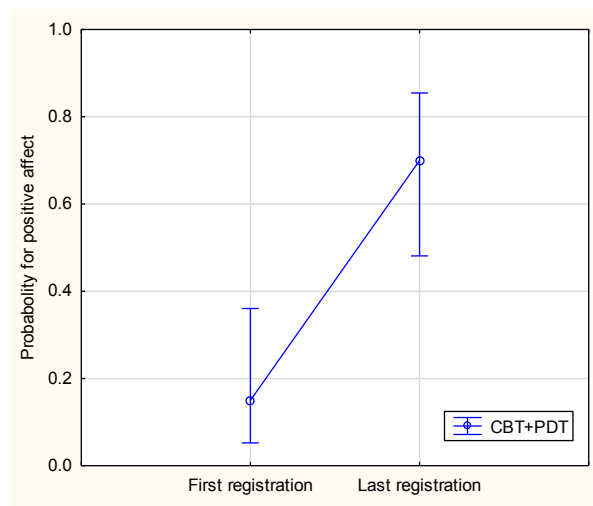
Den statistiska metod som användes vid analysen av den affektiva processen var logistisk regressionsanalys

för upprepad mätning. Där jämfördes de två behandlingsmetoderna för att fastställa sannolikheten att vissa fenomen skulle inträffa.

Vår frågeställning var om det fanns sannolikhet för att trenden rörde sig mot Kategori I, McNemar test (Henriksson, 2008) användes för att bedöma skillnaden i utfallet vid första registreringen jämfört med den sista.

Resultat

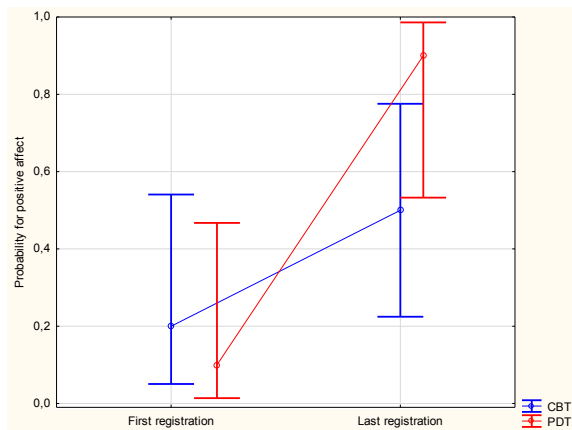
Utgångspunkten för studien var att testa utvärderingsinstrumentet i sig. För detta mål studerades i en första omgång skillnaden i affektmönster i början av en terapi och i slutet för de båda behandlingsmetoderna sammanslagna. Affektmönstret presenteras i Figur 2.



Figur 2. Grafen visar den statistiska sannolikheten för trenden att uppnå affekten "positiv", vid den sista registreringen, för de båda behandlingsmetoderna.

Resultatet av analysen, trenden, sannolikheten att uppnå behandlingseffekt med övervägande *positiva* affekter hos patienten, i slutet av terapin för de två behandlingsmetoderna, visade på ett p-värde till $p=0,0021$.

I ett nästa analyssteg visas trenden att uppnå affekten *positiv* för de två behandlingsmetoderna separerade från varandra. Data i figur 3 visar en skillnad i sannolikheten att nå affekten *positiv*. För PDT gäller en signifikans $p=0,0018$ och för KBT var sannolikheten att nå *positiv* affekter för patienten sämre, med signifikansen $p=0,17$ det vill säga icke signifikans.



Figur 3. Figuren visar att det finns en skillnad för de båda behandlingsmetoderna med avseende på den statistiska sannolikheten för trenden att uppnå affekten "positiv" mot slutet av psykoterapien.

Diskussion

Den föreslagna metoden att studera förändringen i det affektiva mönstret hos patienten som går i psykoterapi, tycks göra det möjligt att utvärdera behandling på ett objektiva sätt. Syftet med studien var dock inte att utvärdera de bägge behandlingsmetoderna, utan att testa utvärderingsinstrumentet i sig självt, men instrumentet skulle kunna användas för en utvärdering av olika behandlingsmetoder.

Användningen av instrumentet, där FACS ingår, tycks visa att KBT behandlingen med sitt fokus på kognition och patientens tankar, skapar ett avstängt ansiktsuttryck hos patienten, på grund av en intellektuell/kognitiv överföring istället för en emotionell. Patienten drar sig undan/isolerar sig (Nathanson, 1992). PDT behandlingen med fokus på relationen patient – terapeut, bygger på att optimera säkerhet, emotionellt utforskande och mental tillväxt (Fosha, 2000). Behandlingsklimatet i terapin kallar Nilsson (2005) affektiv smitta. Patienten får terapeutens hjälp med affektiv avbördan/befrielse eller avlastning genom förståelse och bekräftelse. KBT-terapeuten missar eventuellt patientens snabba översvämmande negativa affekter, med sitt fokus på kognition och förståelsen/bekräftelsen uteblir. Men återigen, målet för denna studie var inte att jämföra behandlingsmetoderna KBT och PDT, utan att illustrera hur instrumentet arbetar.

Metoddiskussion

Det hade varit önskvärt att studera integrationen mellan sannolikheten att nå affekten positiv och själva terapimetoden. För detta räckte inte data till. Varje sampel hade behövt utvidgas med åtminstone fem patienter i varje behandlingsgrupp KBT och PDT. Men som sagt var syftet med studien inte att utvärdera två behandlingsmetoder.

För en jämförande studie av behandlingsmetoderna skulle man behöva randomisera patienterna. Detta var inte möjligt på grund av att de hämtades från en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Med denna svaghet och med ett fokus på ett förändrat affektflöde i sig hos patienten, borde detta instrument ändå vara kliniskt intressant för utvidgade studier i analysen av patientens affektiva förändringskapacitet i psykoterapi samt psykoterapeuters skicklighet i terapiarbetet.

Slutsats

Ett utvidgat intresse för att föra in affekter i psykologiska behandlingsmetoder går att iakttä i flera teoretiska strömningar idag. I KBT traditionen plockar man upp affekterna i behandlingssammanhang allt oftare (Kåver, 2016). Affektpsykologin erfar också ett intresse från forskningsområdet affektiv neurovetenskap (Barlow, 2014). I samarbetet mellan hjärna och kropp uppstår känslor/emotioner hos människan postulerar Damasio (1999). Panksepp (2004) och Schore (2012) är andra forskare inom fältet affektpsykologi. Att utveckla affektiva mätmetoder i den psykoterapeutiska behandlingen borde med andra ord vara intressant. ○



STAFFAN STÅLFORS, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, spec. i klinisk psykologi. Privat mottagning sedan 1988. info@samtalshalsan.se

REFERENSER

- Barlow, D. H. (2014). The neuroscience of psychological treatments. *Behavior Research and Therapy*, 62, 143-144.
- Broberg, A., Granqvist P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytnings teori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace & Company.
- Darwin, C. (1872/2009). *The expression of the emotions in man and animals. With an Introduction, Afterword and Commentaries by Paul Ekman*. London: Harper Perennial.
- Demos, E. V. (1995). *Exploring affect. The selected writings of Silvan S. Tomkins. Simulation of personality: The interrelationship between affect, memory, thinking, perception and action*. New York: Cambridge University Press.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1978). *Manual for the facial action coding system (FACS)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed*. New York: Henry Holt and Company.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect*. New York: Basic Books.
- Käver, A. (2016). *KBT i utveckling*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Henriksson, W. (2008). *Statistik – Icke-parametriska metoder*. Institutionen för beteendevetenskapliga mätningar. Umeå: Umeå Universitet.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). Affect and affect consciousness – a psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect and script theory within the framework of self psychology. In Arnold Goldberg (Eds.) *Pluralisms in self psychology. Progress in self psychology*. Vol. 15 [287-307]. The Analytic Press. Hillsdale, NJ. ISBN 0-88163-312-7.
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex and the birth of the self*. New York: W. W. Norton & Company.
- Nilsson, A. (1996). Tomkins visioner, omstörtande för psykologin. *Psykologtidningen*, 17, 9-12.
- Nilsson, A. (2005). *Om Homo psychicus uppkomst. En biopsykologisk fantasi*. Lund: ALN förlag.
- Nilsson, A. (2011). *Det främmande, det kusliga och tankens brist. Det analoga, det digitala och Homo psychicus*. Höör: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Nilsson, A. (2014). *Affekter, relationer, operationer – grunden för Homo psychicus. Mot en människoteori i dynamiken mellan det analoga och det digitala*. Höör: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Nilsson, A. (2016). *Homo psychicus som människa – och att bli en person*. Höör: Brutus Östlings förlag.
- Oppenheim, D. & Koren-Karie, N. (2002). Mothers' insightfulness regarding their childrens' internal worlds: The capacity underlying secure child-mother relationships. *Infant Mental Health Journal*, 23, 593-605.
- Piaget, J. (1955). *The child's construction of reality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York – London: Norton & Company.
- Solms, M., Turnbull, O. (2005). *Hjärnan och den inre världen. En introduktion till psykoanalysens neurovetenskapliga grunder*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Solomon J. & George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17, 3, 183-197.
- Stålfors, S. & Sandahl, C. (2008). How do affects emerge in psychotherapy – a systematic observation of twenty-five clinical cases. Self-Psychology, *European Journal for Psychoanalytic Therapy and Research*. Heft 33/34, 377-385.
- Tomkins, S. (1962). *Affect, Imagery, Consciousness, Volume I. The Positive Affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S. (1963). *Affect, Imagery, Consciousness Volume II: The Negative Affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S. (1979). Script theory. In: E.V. Demos (ed.). *Exploring Affect. The selected writings of Silvan Tomkins*. New York: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. (1991). *Affect, Imagery, Consciousness Volume III. The negative affects: Anger and fear*. New York: Springer.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.